

FOLHA DE ROSTO

AGRADECIMENTOS

Aos idosos que participaram neste estudo, o meu mais profundo agradecimento, sem eles nada teria sido possível.

À Professora Doutora Rosa Martins minha orientadora, pelo seu apoio e estímulo, e ao Professor Doutor João Duarte pelo acolhimento que recebi.

Aos amigos,

À família

Aos pais

Ao amor

Aos colegas

A todos os outros que estiveram presentes nesta jornada e que colaboraram de forma directa ou indirecta na realização deste trabalho.

O meu sincero muito obrigada!!!

RESUMO

Introdução: O envelhecimento da população a que actualmente assistimos está a tornar-se uma das principais preocupações no domínio da saúde. Com o avançar da idade, as perdas funcionais tornam-se evidentes e conseqüentemente, os idosos deixam de ser capazes de realizar actividades de vida diárias, perdendo a independência funcional. Esta é dimensionada em termos de habilidade e capacidade para realizar determinadas actividades, sendo esta uma das grandes componentes da saúde do idoso. A enfermagem de reabilitação, torna-se assim fundamental nos serviços de saúde actuais, ao permitir uma intervenção atempada, dirigida às necessidades individuais específicas que poderá determinar o sucesso da adaptação do idoso mantendo-o activo, independente e participativo.

Objectivos: Avaliar a (In)dependência Funcional dos idosos domiciliados, sujeitos a um programa de reabilitação, instituído por enfermeiros de reabilitação e verificar a sua correlação com as variáveis sociodemográficas.

Metodologia: Trata-se de um estudo transversal, descritivo e correlacional, do tipo quantitativo. Foi aplicado um formulário a 40 idosos residentes no domicílio (sujeitos a um programa de reabilitação), constituído por duas partes, em que a primeira corresponde á caracterização sociodemográfica e a segunda inclui a Escala de AVD de Lawton & Brody 1969, testada por Sequeira, 2010.

Resultados: A nossa amostra é maioritariamente constituída por idosos do sexo feminino, casados, a viverem com outras pessoas que não o conjugue, habilitados com o 1º ciclo de estudos, que exerceram actividades não remuneradas e apresentam como patologia do foro osteo-muscular e tecido conjuntivo.

São mais independentes os indivíduos:

- Do grupo etário 65-71 anos em todas as dimensões da EAVD;
- Do sexo feminino, em todas as dimensões da EAVD, excepto nas dimensões “Cuidados pessoais”, “Compras e gestão do dinheiro” na admissão ao programa de reabilitação e nas dimensões “Trabalho, recreação e lazer” e “Locomoção” na alta;
- Casados, para todas as dimensões da EAVD, excepto “Cuidados pessoais”, “Cuidados domésticos” e “Trabalho recreação e lazer” na admissão ao programa de reabilitação.

- Com habilitações para todas as dimensões da EAVD nos dois momentos de avaliação;

Conclusões: Concluímos que os idosos no final do programa de reabilitação, apresentam maior independência funcional comparando com o momento de admissão ao referido programa, confirmando a relevância atribuída aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

ABSTRACT

Introduction: The aging of the population that currently witnessing is becoming a major concern for health. With advancing age, the functional losses become evident and the elderly fails to perform ADLs, thus decreasing its functional independence. Functional independence is scaled in terms of skill and ability to perform certain activities, this being one of the major components of the health of the elderly. Nursing rehabilitation, thus becomes crucial in the current health services, by allowing early intervention, targeted at specific individual needs that may determine the successful adaptation of the elderly keeping it active, independent and participatory.

Objectives: To evaluate the Functional (In)dependence of the elderly resident, subject to a rehabilitation program, established by nurses rehabilitation and verify its correlation with sociodemographic variables.

Methodology: It is a cross-sectional, descriptive and correlational, was quantitative. Form was applied to 40 elderly residents in the home (subject to a rehabilitation program), consists of two parts, where the first corresponds to sociodemographics and the second includes the ADL Scale of Lawton & Brody 1969, tested by Sequeira, 2010

Results: Our sample is mostly composed of elderly female, married, living with people other than the spouse, qualified with the first cycle of studies, having engaged in unpaid and have a pathology of the forum the musculoskeletal and connective tissue.

They are more independent individuals:

- The age group 65-71 years in all dimensions of EAVD;
- The female, in all dimensions of EAVD, except in the dimensions "Personal care", "Shopping and money management" on admission to the rehabilitation program and the dimensions "Work, recreation and leisure" and "Locomotion" on high;
- Married to all dimensions of EAVD except "Personal care", "Home care" and "Work recreation and leisure" on admission to the rehabilitation program;
- With qualifications in all dimensions of EAVD in two stages of evaluation.

Conclusions: We conclude that the elderly at the end of the rehabilitation program, have greater functional independence compared to the time of admission to this program, confirming the importance given to the care of Rehabilitation Nursing.

ÍNDICE GERAL

p.

ÍNDICE DE TABELAS

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ÍNDICE DE SÍMBOLOS

1 - INTRODUÇÃO.....17

PARTE I

Fundamentação Teórica

2 - (IN)DEPENDÊNCIA FUNCIONAL.....21

2.1 - CONCEITOS DE (IN)DEPENDÊNCIA FUNCIONAL.....21

2.2 - FACTORES DETERMINANTES DA (IN)DEPENDÊNCIA FUNCIONAL.....23

2.3 - AVALIAÇÃO FUNCIONAL.....26

3 - ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: CONCEITOS.....31

3.1 - COMPETÊNCIAS GERAIS DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO.....32

3.2 - A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA
INDEPENDENCIA FUNCIONAL DO IDOSO.....34

PARTE II

Fase Metodológica

4 - METODOLOGIA.....37

4.1 - CONCEPTUALIZAÇÃO E OBJECTIVOS DO ESTUDO.....37

4.2 - DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	39
4.3 - HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO.....	40
4.4 - POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	41
4.5 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	42
4.6 - PROCEDIMENTOS PARA A RECOLHA DOS DADOS.....	44
4.7 – TRATAMENTO DOS DADOS.....	45

Parte III

Fase Empírica

5 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	47
5.1 - ANÁLISE DESCRITIVA.....	47
5.2 - ANÁLISE INFERENCIAL.....	54
6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	69
7 - CONCLUSÃO/SUGESTÕES.....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
ANEXOS.....	91
ANEXO I - Instrumento de Colheita de Dados.....	93
ANEXO II - Autorização para Aplicação do Formulário.....	107

ÍNDICE DE TABELAS

	p.
Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo o sexo em função dos grupos etários.....	48
Tabela 2 – Estatísticas relativas à idade em função do sexo.....	49
Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo as variáveis sócio-demográficas em função de sexo.....	51
Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo a variável contexto clínico em função do sexo.....	52
Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo os níveis de Independência funcional em função do sexo.....	52
Tabela 6 – Estatísticas relativas à Independência funcional por dimensões.....	53
Tabela 7 - Teste de Kruskal-Wallis: independência funcional em função da idade na admissão.....	56
Tabela 8 - Teste de Kruskal-Wallis: independência funcional em função da idade na alta.....	56
Tabela 9 - Teste de Mann-Whitney: independência funcional em função do sexo na admissão.....	57
Tabela 10 - Teste de Mann-Whitney: independência funcional em função do sexo na alta.....	58
Tabela 11 - Teste de Mann-Whitney: independência funcional em função do estado civil na admissão.....	60
Tabela 12 - Teste de Mann-Whitney: independência funcional em função do estado civil na alta.....	61
Tabela 13 - Categorização das habilitações literárias.....	62
Tabela 14 – Teste de Mann Whitney: independência funcional em função das habilitações literárias na admissão.....	63
Tabela 15 - Teste de Mann Whitney: independência funcional em função das habilitações literárias na alta.....	64
Tabela 16 - Teste de Kruskal-Wallis: independência funcional em função da profissão na admissão.....	65
Tabela 17 - Teste de Kruskal-Wallis: independência funcional em função da profissão na alta.....	66

Tabela 18 – Estatística descritiva do Teste t para amostras emparelhadas.....	67
Tabela 19 – Correlações entre variáveis do teste t para amostras emparelhadas.....	67
Tabela 20 – Teste t para amostras emparelhadas.....	68

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD - Actividades básicas de vida diária;

AIVD - Actividades Instrumentais da Vida Diária;

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD - Actividades de Vida Diária;

Cit. - Citado

Cit. in – citado em

CNP – Classificação Nacional das profissões

DGS – Direcção Geral de Saúde;

Dp – desvio padrão

EAVD – Escala de Actividades de Vida Diárias

Ed. – edição

Et al. – e outros

G. - grupo

H – hipótese

INE – Instituto Nacional de Estatística

K – Kurtosis

Máx. - Máximo

Md – mediana

Min. - Mínimo

n – frequências absolutas

N. - Número

OMS - Organização Mundial de Saúde;

Orden. – Ordenação média

p – significância

p. – página

R – coeficiente de correlação de rho de Spearman

Sk – Skewness

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences;

U de M-W – resultado do teste de Mann-Whitney

Vol. - Volume

ÍNDICE DE SÍMBOLOS

% -percentagem

\bar{X} - média

< - menor

> - maior

CV% - coeficiente de variação

n - Frequências absolutas;

& - e

χ^2 - qui-quadrado

= - igual

1 – INTRODUÇÃO

Com as evidentes mudanças demográficas assiste-se a um aumento considerável da população idosa. Esta transição ocorre de forma diferenciada entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nos primeiros, este aumento deu-se sobretudo devido à melhoria na qualidade de vida e preparação de serviços de saúde, enquanto que nos segundos se atribuiu fundamentalmente a inovações tecnológicas, as quais têm possibilitado a prevenção e cura de doenças anteriormente fatais (QUARESMA, 2008).

Em Portugal, tem-se verificado um crescente aumento da população idosa e consequentemente um crescente aumento do número de pessoas dependentes que necessitam de algum tipo de ajuda ou cuidado (CORTE et al., 2007). As recentes previsões estatísticas vêm corroborar esta mesma realidade, na medida em que, a percentagem da população idosa com 65 e mais anos de idade representa 17,4% do total de efectivos em 2008 e poderá evoluir para valores entre 32,3% em 2060 (INE, 2009).

Esta realidade traduz-se num comprometimento da qualidade de vida, autonomia e independência do idoso e em maiores custos sociais, económicos e políticos; consumo de cuidados de saúde e exigência de profissionais de saúde com formação e sensibilidade, para dar resposta às novas necessidades de saúde de uma população envelhecida.

Segundo DEVONS (2002), para a pessoa idosa, a independência funcional é normalmente o factor mais importante na manutenção da qualidade de vida por estar relacionada com a capacidade do indivíduo de se manter na comunidade, desfrutando a sua independência até às idades mais avançadas.

Atendendo a que os percursos da formação devem dar resposta às mudanças sociais, verificam-se actualmente reformas de fundo, nomeadamente no que respeita á individualização de especialidades em enfermagem. O sistema proposto pela ordem dos enfermeiros prevê a criação de uma área de especialização dirigida, exclusivamente, á saúde do idoso mas simultaneamente desenvolvem-se as áreas de especialização cujo alvo de intervenção é a pessoa ao longo do ciclo de vida, entre as quais surge a enfermagem de

reabilitação que também deve contribuir com o desenvolvimento de actividades dirigidas à população idosa (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007).

Neste sentido, procuramos cooperar de forma activa nesta construção e desenvolver, no âmbito do nosso percurso profissional uma actividade de investigação, que permita analisar uma experiencia concreta contribuindo para a sua implementação e alargamento a outras instituições.

Assim, tendo em conta o referido realizou-se o presente relatório sobre: “(In)dependência Funcional em Idosos Domiciliados: Intervenção da Enfermagem de Reabilitação”.

Escolhemos este tema que pretende interceptar a enfermagem de reabilitação com a questão da avaliação da independência funcional nos idosos, pois a nossa intervenção, como especialistas, deve ser adequada não apenas para ajudar o idoso a viver com as suas limitações mas no sentido de promover um envelhecimento óptimo ou bem sucedido.

Com a elaboração deste trabalho pretendemos alcançar os seguintes objectivos:

- Caracterizar a população idosa;
- Identificar níveis de (in)dependência funcional;
- Verificar as relações existentes entre as variáveis sociodemográficas, e a (in)dependência funcional.

Atendendo a que, segundo FORTIN (2003), as inquietações que evoluem para questões de investigação precisas, numa disciplina profissional como a nossa, se fundamentam, em grande medida na nossa prática, no nosso caso elaboramos as seguintes perguntas de investigação:

- Será que existe uma associação significativa entre as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias e profissão) e a (in)dependência funcional dos idosos?
- Será que existe uma associação significativa entre a (in)dependência funcional dos idosos na admissão e alta do programa de reabilitação?

A idealização deste estudo leva-nos a reflectir sobre a relevância da intervenção da enfermagem de reabilitação nos cuidados prestados às pessoas idosas, contribuindo para demonstrar o trabalho desenvolvido e os ganhos em saúde que poderão ser obtidos pela população abrangida.

O presente documento é composto por três partes. A primeira parte compreende a fundamentação teórica, onde analisamos diversa literatura relevante que se encontra distribuída em dois capítulos: sendo o primeiro referente á independência funcional do idoso, onde salientamos a importância da respectiva avaliação e alguns factores determinantes. Por fim, o segundo capítulo desenvolve os conceitos de enfermagem de reabilitação, evidenciando as competências dos enfermeiros nesta área, assim como a sua importância no âmbito da independência funcional do idoso.

Na segunda parte descrevemos a investigação empírica, delineado no primeiro capítulo a metodologia implementada para a sua consecução, desde a conceptualização do estudo em que definimos os objectivos a atingir, passando pela enunciação das variáveis, formulação das hipóteses, apresentação do instrumento de colheita de dados e respectivos procedimentos éticos até a previsão do tratamento estatístico.

A terceira parte destina-se à apresentação e análise dos resultados, seguindo-se a discussão dos resultados e as conclusões a que chegamos, a partir das quais se propõem algumas sugestões.

Para elaborar e fundamentar o presente trabalho a metodologia utilizada baseou-se na consulta de referências bibliográficas, nomeadamente livros, dissertações de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, revistas científicas na área de Geriatria e sites da internet. A escolha dos mesmos teve a preocupação de incluir estudos recentes, nacionais e internacionais sobre a temática.

2 – (IN)DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países (DGS, 2004).

Na pessoa idosa, a promoção da autonomia e independência estão fortemente relacionados com a qualidade de vida. Uma vez que, uma forma de mensurar a qualidade de vida do idoso, consiste em avaliar o grau de autonomia e independência com que o mesmo realiza as actividades do seu dia-a-dia (LEMOS E MEDEIROS Cit. por SANTOS, 2000).

2.1- CONCEITOS DE (IN)DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Frente ao novo perfil epidemiológico do país, ao aumento da incidência de doenças crónico-degenerativas, o crescente número de acidentes envolvendo idosos e às modificações estruturais relacionadas com as famílias, que se têm tornado cada vez mais nucleares, e desta forma mais limitadas em assistir o idoso dependente no domicílio, torna-se latente a necessidade de uma reestruturação dos programas e serviços de saúde, de modo a atender adequadamente a essas alterações emergentes, objectivando a manutenção da qualidade de vida.

O efeito mais evidente do processo de envelhecimento é a limitação progressiva das capacidades do indivíduo para satisfazer, de forma autónoma e independente, as suas necessidades.

No sentido de especificar e quantificar o estado funcional do indivíduo, surge o conceito de independência funcional. Este conceito tem evoluído ao longo dos tempos e, de acordo com os autores consultados, trata-se de um conceito complexo que engloba diversas dimensões.

Torna-se assim pertinente clarificar os termos utilizados por diferentes autores, para conceptualizar a independência funcional. De acordo com a INFOPÉDIA (2007), independência significa a qualidade de gozar de liberdade e autonomia, por oposição á

dependência que é definida como a falta de autonomia e independência conduzindo a um estado de sujeição e subordinação.

Encontram-se ainda na literatura termos como incapacidade, que segundo OMS (1989) consiste na limitação ou ausência de capacidade para realizar uma actividade de forma considerada normal para qualquer indivíduo afirmando que, cada incapacidade é resultado de deficiência exteriorizada ao nível do desempenho e do rendimento funcional.

FILLENBAUM (1984) e KANE & KANE, (1981) Cit. por RAMOS (2003) afirmam que a capacidade funcional surge como um novo paradigma de saúde, particularmente relevante para o idoso. De acordo com esta nova óptica, envelhecimento saudável passa a ser o resultado da interacção multidimensional entre saúde física, mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência económica. A perda de um ente querido, as dificuldades económicas, uma doença incapacitante, um distúrbio mental, um acidente, são acontecimentos quotidianos que podem, juntos ou isoladamente, comprometer a capacidade funcional de um indivíduo.

Assim sendo, conceitos como independência/ capacidade e dependência/ incapacidade serão utilizados livremente, ao longo deste trabalho, de acordo com terminologia utilizada pelos diferentes autores consultados.

Para NETTO (2002, p.11) independência pode ser definida como a “capacidade de realizar algo com os seus próprios meios”. LOUREIRO (2007) refere também, que a dependência não é um atributo pessoal, antes traduz a relação com o outro, ou seja, só existe em relação a alguém, ou a uma relação social. O mesmo acontece relativamente á independência, pois na mesma pessoa podemos encontrar parâmetros quer de dependência quer de independência.

Já VERAS (2002), refere que do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional surge como conceito de saúde, mais adequado para instrumentar e operacionalizar uma política de atenção à saúde do idoso. Acções preventivas, assistenciais e de reabilitação em saúde devem objectivar e melhorar a capacidade funcional e sempre que possível recuperar as suas perdas. Um enfoque que transcende o simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas. Uma política de saúde do idoso deve, portanto ter como objectivo maior a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível

Daí decorre o conceito de capacidade funcional como a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autónoma. Sendo assim, de acordo com os actuais conceitos gerontológicos, o idoso que mantém a

autodeterminação e prescinde de qualquer ajuda ou supervisão para realizar suas actividades diárias deve ser considerado um idoso saudável, ainda que seja portador de uma ou mais doenças crónicas (VERAS, 2002).

Independência significa ser capaz de realizar actividades de vida diária sem ajuda, ao passo que dependência é definida como a incapacidade da pessoa funcionar satisfatoriamente sem ajuda de semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptação, sendo determinada por eventos biológicos, socioculturais e psicológicos (DIOGO, 2000; YUASO, 2003).

A incapacidade é caracterizada como o resultado de uma relação complexa entre o estado ou condição de saúde do indivíduo e factores pessoais com os factores externos que representam as circunstâncias nas quais o indivíduo vive (CENTRO COLABORADOR DA OMS PARA A FAMÍLIA DE CLASSIFICAÇÕES INTERNACIONAIS, 2003).

O conceito de independência funcional, portanto, envolve a execução das actividades desenvolvidas diariamente e estão directamente relacionadas ao autocuidado, ao cuidado do seu meio e à participação social.

Estas análises levam-nos a concluir que de facto, estes conceitos são abrangentes e complexos e encontram-se intimamente ligados.

2.2- FACTORES DETERMINANTES DA (IN)DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

A velhice é um período da vida com uma alta prevalência de doenças crónicas incapacitantes, limitações físicas, perdas cognitivas, sintomas depressivos, declínio sensorial, acidentes e isolamento social. O próprio processo de senescência é caracterizado por alterações fisiológicas, que se podem ou não associar as patológicas cursando numa dependência crescente. Salienta-se ainda eventos como quedas (muito frequentes nos idosos), das quais podem resultar fracturas, com possibilidade de implicações catastróficas como o fim temporário ou permanente da vida autónoma e independente.

Muitos estudos revelam que os factores mais fortemente associados com as dependências funcionais, estão relacionados com a presença de algumas doenças, deficiências ou problemas médicos. Entretanto, diversos estudos revelam também que a independência funcional é influenciada por factores demográficos, socioeconómicos, culturais e psicossociais. Assim, incluem-se comportamentos relacionados com o estilo de vida como fumar, beber, comer excessivamente e, em má qualidade, praticar exercício físico, estar

submetido a situações de stress psicossocial agudo ou crónico, manter relações sociais, como potenciais factores explicativos da capacidade funcional.

Neste sentido, muitos estudos englobam factores do tipo:

- **Socioeconómicos:** renda mensal/ encargo mensal com habitação; escolaridade; situação ocupacional;
- **Demográficos:** sexo; idade; estado civil; local de residência; composição familiar; situação da propriedade do domicílio em que vive;
- **Referentes à saúde:** hospitalização recente; visão; audição, doenças crónico - degenerativas; doença mental; insónias;
- **Referentes a relações sociais:** praticar exercício físico; ir ao cinema/teatro/concertos, visitar amigos, visitar familiares, participar em actividades religiosas;
- **Auto percepção da saúde:** estado de saúde; estado de saúde comparado com a saúde do seu par (ROSA et al, 2003).

PEREIRA (2003) afirma que as causas mais comuns de perda da independência funcional do idoso são as imobilidades e as inactividades (sedentarismo). A imobilização accidental é o palco das fracturas, quando o utente fica imobilizado até que a fase aguda se estabilize e a imobilização pode tornar crónico quando não há tratamento adequado.

A avaliação da independência funcional tem-se tornando um instrumento particularmente útil para avaliar o estado de saúde dos idosos, porque muitos têm várias doenças simultaneamente, que variam com severidade e provocam diferentes impactos na vida quotidiana, serve para enquadrar como as pessoas vivem os anos adicionais de vida ganhos com o aumento da longevidade (LIMA-COSTA, BARRETO, e GIATTI, 2003).

Vários estudos levam-nos a delinear múltiplos factores que determinam a independência funcional dos idosos, dos quais destacamos KOUKOULI et al. (2002), ROSA et al. (2003), SOUSA et al. (2003) que afirmam que o sexo feminino apresenta uma forte associação á dependência funcional. MARTINS (2004), refere que o avanço da idade é também um dos factores que predispõe dependência funcional. HEBERT et al. (1999), verificou que relativamente ao estado civil e agregado familiar, as pessoas a morar sozinhas eram mais independentes e que apresentavam uma redução no risco de virem a apresentar declínio funcional. Opinião contrária, apresentou BRINK (2004), quando enuncia a viuvez como factor de risco para a dependência nas AIVD e na mobilidade.

Muitos autores referem também que a escolaridade tem influência sobre a independência funcional. ROSA et al (2003), menciona no seu estudo que um baixo nível de escolaridade encontra-se associado a níveis elevados de dependência funcional e um maior nível de escolaridade correspondeu a um menor nível de dependência funcional. BRANCO et al (2001), tem a mesma opinião ao verificar que idosos portugueses com elevado nível de escolaridade, foram os que menos referiram precisar de ajuda na realização de AVD.

A ocorrência de várias doenças ao longo da vida é também um factor estudado na dependência funcional. Para ROSA et al. (2003) a ocorrência de um AVC está associada a uma dependência moderada a grave.

Para a mesma autora, a actividade física, religiosa e lazer, foram também factores estudados e que constataram existirem maiores níveis de dependência funcional nos idosos que não fizeram ou receberam visitas de familiares ou de amigos.

DUCA et al (2009) refere no seu estudo que relativamente aos cuidados pessoais encontrou-se uma elevada prevalência de dependência para o controle das funções de urinar e/ou evacuar, seguida pelos cuidados de vestir-se e tomar banho, com o avanço da idade. Também relacionado com a idade encontra-se a dependência na locomoção em que muitos idosos referiram utilizar meio de transporte seguindo-se dependência menos significativa no fazer compras e lavar a roupa, respectivamente.

COSTA et al (2006) refere no seu estudo que as três AIVD nas quais os idosos tinham mais dependência, necessitando de ajuda, foram: gestão do dinheiro (73,9%), locomoção (72,5%) e cuidados domésticos (40,6%). As três actividades em que os idosos tinham maior dependência total incluíam: lavar qualquer peça de roupa (30,4%), realizar trabalho doméstico (26,1%) e utilizar o telefone (20,3%).

A dependência funcional pode levar à perda de autonomia. Na medida em que um idoso demonstra algum grau de dependência, para administrar as suas finanças ou adquirir alimentos e bens de consumo básico, pode ter a sua autonomia prejudicada. Às vezes, torna-se necessário a ajuda de outras pessoas para gerir os seus bens financeiros, fazer as suas compras e realizar as tarefas domésticas. A incapacidade na realização de uma dessas actividades instrumentais de vida diária, além de prejudicar a vida social do idoso, potencialmente implica transtornos para ele e para a sua família, a qual, dependendo da actividade, terá que mobilizar mais tempo, energia e recursos financeiros para suprir as demandas existentes.

A mesma autora refere ainda que, algumas incapacidades associam-se à falta de escolaridade como: manusear dinheiro, tomar medicação, usar o telefone, fazer compras e utilizar meios de transporte.

Tais incapacidades comprometem a socialização dos idosos, diminuindo a sua autonomia. É preciso tomar atitudes em relação a esta situação, proporcionando adaptações que favoreçam condições de acesso aos conhecimentos e recursos, que poderão torná-los autónomos e independentes. Em qualquer contexto de atendimento a idosos, é preciso que os profissionais de saúde, e em especial da enfermagem de reabilitação, estejam atentos para esta avaliação, na perspectiva de identificar problemas dos idosos para a sistematização da assistência.

2.3 – AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Segundo BOTELHO (2000), o conceito de independência funcional está relacionado com a autonomia na execução de tarefas de prática frequente e necessária a todos os indivíduos, representando a sua perturbação uma consequência de determinadas situações patológicas. A avaliação funcional pode ser definida como uma tentativa sistematizada de medir, de forma objectiva, os níveis nos quais uma pessoa é capaz de desempenhar determinadas actividades ou funções em diferentes áreas, utilizando-se de habilidades diversas, para o desempenho das tarefas de vida quotidiana, para a realização de interacções sociais, nas suas actividades de lazer e noutros comportamentos do seu quotidiano. Representa uma maneira de avaliar se uma pessoa é ou não capaz de, independentemente, desempenhar as actividades necessárias para cuidar de si mesmas, caso não seja, verificar se essa necessidade de ajuda é total ou parcial (DEVONS, 2002; DUARTE et al., 2007).

Quando se propõem programas terapêuticos em reabilitação, a identificação de problemas específicos a serem abordados, bem como a quantificação dos progressos dos utentes e o estabelecimento de novas prioridades, exige a documentação da funcionalidade de forma compreensível e reproduzível. Um componente essencial da avaliação da efectividade de um programa de reabilitação é a colheita de dados sistematizada acompanhada de performance funcional dos utentes.

Muitos instrumentos foram propostos com essa finalidade, entre os quais se destacam o Índice de Barthel e o Índice de Katz de Actividades de Vida Diária. Uma característica comum de tais medidas é que compreende apenas a avaliação do desempenho do indivíduo

quanto a actividades motoras, sem se voltarem para a capacidade de comunicação ou os aspectos cognitivos e sociais

A independência funcional tem sido definida como grau de preservação do indivíduo na capacidade de realizar actividades básicas de vida diária (ABVD) ou de auto cuidado e também para desenvolver actividades instrumentais de vida diária (AIVD) (NERI, 2001).

Citando ITAMI (2008), o termo actividades de vida diária surgiu em 1954, expressando a independência do indivíduo para actividades quotidianas. Em 1963, Katz estudou adultos e idosos com doenças crónicas e apresentou o termo ABVD's que englobava actividades que permitiam a esses indivíduos viver em seu próprio ambiente por meio de acções de autocuidado como banho, vestuário, higiene, transferência, continência e alimentação.

ITAMI (2008) faz referência ainda a LAWTON e BRODY (1969) os quais apresentaram as actividades instrumentais de vida diária (AIVD), sendo estas mais complexas e compreendem acções como cozinhar, arrumar a casa, telefonar, lavar a roupa, ir as compras, cuidar das finanças domésticas e tomar remédios.

Cronologicamente em simultâneo também surgiu o termo avaliação funcional, que foi criado com o intuito de mesurar objectivamente o desempenho de um indivíduo em determinadas áreas como saúde física, intelectual e emocional (KAWASAKI, CRUZ e DIOGO 2004).

Dentro dos objectivos da avaliação funcional podemos citar: detectar situações de risco, identificar áreas de disfunção ou necessidade, monitorizar o declínio funcional do indivíduo, estabelecer um plano de cuidados adequados às demandas assistenciais identificadas, identificar a necessidade de utilização de serviços especializados e estabelecer um plano de cuidados individualizado (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2003; PAULA, TAVARES, DIOGO, 1998).

Os instrumentos para avaliação do desempenho funcional foram criados levando em conta as actividades de vida quotidianas do indivíduo. A maior parte deles são genéricos, ou seja, não são direccionados a uma população específica e de forma geral avaliam o que o indivíduo é capaz de fazer (KAWASAKI, CRUZ e DIOGO, 2004).

As escalas utilizadas para avaliação funcional podem ser diferenciadas de acordo, com o número de dimensões avaliadas (física, psicológica, funcional, social, entre outros), como as escalas unidimensionais, mistas ou globais. Entre os instrumentos utilizados podemos citar: escalas de Katz, Lawton e Brody, Barthel, OARS (Older American Resources and Services),

MAI (Multilevel Assessment Instrument), MIF (Medida de Independência Funcional), POMA (Performance Oriented Mobility Assessment), PPT (Physical Performance Test), PTA (Physical Test Assessment), GARS (Gait Abnormality Rating Scale), PPME (Physical Performance and Mobility Examinations), Berg Test e o perfil PULSES (KAWASAKI, CRUZ e DIOGO, 2004).

A avaliação funcional deve ser efectuada com instrumento apropriado, fiável e válido (BOTELHO, 2000). Segundo DEVONS (2002), estes instrumentos permitem identificação de problemas específicos e são medidas objectivas com pontuações finais que facilitam também a comunicação entre profissionais de saúde.

As escalas de avaliação das actividades de vida diárias são assim úteis na determinação da capacidade da pessoa idosa de ser independente. Assim, a determinação da independência funcional conduz a uma adequada planificação da intervenção pois, consegue-se identificar as capacidades e as limitações de cada um.

Como já foi referido e analisando a literatura, observa-se uma proliferação de instrumentos que se propõem avaliar o estado funcional, no entanto a escolha e selecção dos instrumentos de avaliação a utilizar deve ser criteriosa e dependente dos objectivos do trabalho e da área onde este se desenvolve.

Os objectivos da avaliação são determinar o estado inicial de incapacidade funcional, avaliar as necessidades de reabilitação, elaborar um plano de intervenção e avaliar a evolução e/ou resposta aos cuidados prestados.

Neste sentido a escala de avaliação funcional seleccionada neste estudo – Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton & Brody (1969), testada por Sequeira 2010, permite avaliar o grau de dependência do idoso em sete grupos de actividades de vida diárias, sendo que uma pontuação mais elevada corresponde a um maior grau de dependência global (SEQUEIRA, 2010).

SEQUEIRA (2010), refere ainda que, o interesse deste instrumento reside na capacidade de avaliação global do idoso e na capacidade de avaliação parcelar, de acordo com cada grupo de actividades: cuidados pessoais; cuidados domésticos; trabalho, recreação/ lazer; compras e gestão do dinheiro; locomoção; comunicação e relações sociais, sendo que a sua pontuação oscila de 0 a 90, em que 0 significa ausência de dependência; 1-30 dependência ligeira; 31-60 – dependência moderada e superior a 60 dependência elevada.

A Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton & Brody (1969), tem sido amplamente aceite como um instrumento de avaliação válido e de confiança, utilizada em diversos estudos (CROMWELL et al, 2003). Segundo GRAF (2008), esta escala

é utilizada na população idosa, em contexto hospitalar ou na comunidade, não estando adaptada para pessoas idosas institucionalizadas, e pode ser usada como avaliação inicial e posteriormente ser comparada com avaliações posteriores.

ROEHRING et al (2007), na Alemanha, utilizando este instrumento de avaliação, inquiriu 327 pessoas idosas com idade ≥ 60 anos, dos quais 198 tinham o diagnóstico de carcinoma e 129 outros diagnósticos médicos. Identificou que em dois dos sete itens das actividades instrumentais de vida diárias, os indivíduos apresentaram 97,4% de limitações.

BOTELHO (2000), desenvolveu um estudo no qual foram avaliadas diversas variáveis, incluindo a independência funcional. Utilizando a Escala de Lawton e Brody (1969), verificou que relativamente á autonomia instrumental, numa amostra de 152 indivíduos com idade superior a 65 anos, a existência de diferenças significativas entre sexos e escalões etários, sendo que as pontuações mais altas pertencem às mulheres e na idade menos avançada.

Avaliar os diferentes níveis de dependência torna-se um objectivo fundamental para a planificação adequada dos cuidados de saúde. De facto, segundo o Ministério da Saúde (2004) citado por ARAÚJO, et al. (2007), os cuidados não estão organizados de forma a darem melhor resposta a uma população cada vez mais envelhecida e dependente. Desta forma, e como já foi referido, seleccionou-se um dos instrumentos utilizados para avaliação da (In)dependência Funcional para a realização das AVD e instrumentais mais complexas e indicadores da capacidade do doente dependente - a Escala de Lawton e Brody.

3 – ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: CONCEITOS

A esperança média de vida tem aumentado nas últimas décadas, contribuindo para o envelhecimento populacional. Como consequência deste fenómeno demográfico, existem cada vez mais pessoas a viver durante mais tempo com doenças crónicas e estados funcionais alterados, acompanhados de situações incapacitantes e de dependência. Estas situações conduzem a necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação, através dos quais poderão recuperar utentes fisicamente enfraquecidos, maximizando a sua independência.

A reabilitação tem sido entendida como um processo dinâmico, orientado para a saúde, que auxilia a pessoa que está doente ou incapacitada a atingir o seu maior nível possível de funcionamento físico, mental, espiritual, social e económico. Sob este ponto de vista o processo de reabilitação passa então por ajudar a pessoa a atingir uma aceitável qualidade de vida com dignidade, auto estima e independência.

HOEMAN (2000) citando STRYKER, define a enfermagem de reabilitação como sendo “ (...) *um processo criativo que começa nos cuidados preventivos imediatos, no primeiro estágio de doença ou acidente, continua na fase de recuperação e implica a adaptação de todo o ser a uma nova vida*”.

A mesma autora enumera os principais objectivos da enfermagem de reabilitação, dos quais destacamos:

- “ (...) *Definir objectivos para níveis máximos de interdependência funcional e actividades de vida diária;*
- *Promover o auto cuidado, prevenir complicações e posterior deficiência;*
- *Reforçar comportamentos de adaptação positiva;*
- *Assegurar a acessibilidade e a continuidade de serviços e cuidados;*
- *Advogar uma qualidade de vida óptima;*
- *Melhorar os resultados esperados (...)*” (HOEMAN, 2000)

A missão da reabilitação *“é uma prática multidisciplinar que se baseia, entre outros, em conhecimentos cientificamente fundamentados. Tem como finalidade assegurar à pessoa incapacitada ou deficiente, bem como aos seus próximos diferentes acções”* (HESBEEN, 2003).

Em forma de conclusão pode-se afirmar que, os enfermeiros de reabilitação interessam-se pela melhor forma de conseguir a qualidade de vida do doente e promovendo a independência no autocuidado, na capacidade de retomar a vida activa, ajudam a reavaliar as capacidades funcionais do doente, bem como a recuperar a consciência do seu valor.

3.1 – COMPETÊNCIAS GERAIS DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO

Para BOTERF (1994), cit. in FESTAS (2006, p. 36) competência consiste em “colocar em acção um conjunto de saberes e recursos que são oriundos de diferentes áreas, designando uma realidade dinâmica, um processo mais que um estado”.

Analisando tal definição, levamos a concluir que competência não se traduz somente no possuir de saberes, mas no saber utilizá-los com eficácia e eficiência, ou seja um saber agir responsável e assertivo, que é feito através do saber mobilizar, do saber integrar e do saber transferir os recursos do individuo, integrados num determinado contexto profissional.

Neste contexto, as intervenções do enfermeiro de reabilitação não se esgotam em procedimentos técnicos, pois muitas vezes os esforços na obtenção de tecnologia para reabilitação, podem não ser a escolha mais eficaz, nem a melhor prática HOEMAN (2000). Devem procurar ir mais além, assumindo-se num trabalho flexível e criativo, procurando envolver os indivíduos e as famílias como co-gestores que participam tanto quanto possível no planeamento, execução e avaliação dos seus cuidados.

Cabe ao Enfermeiro de Reabilitação o conhecimento mais alargado das capacidades, motivação e estilos de vida do indivíduo, da família e comunidade de forma a poder coordenar e mobilizar os meios necessários (individuais, comunitários e/ou públicos), para implantar os programas de educação ou reabilitação individual familiar, ou comunitária, que poderão ser apenas a promoção do potencial das pessoas visando a melhoria dos seus estilos de vida.

A função do enfermeiro de reabilitação é estabelecer parcerias entre o indivíduo e família com os profissionais para que as metas estabelecidas conjuntamente possam ser alcançadas, sendo que são essas metas estabelecidas a curto, médio e longo prazo que conduzem a melhorias da qualidade de vida no contexto da família e do utente. MUMMA (2000).

O enfermeiro especialista em reabilitação deve pautar a sua actuação, tendo por base projectos em saúde e planos de cuidados de saúde em função do indivíduo, da família ou de uma determinada população, de acordo com as políticas de saúde e com o Plano Nacional de Saúde, pois só assim é possível atingir mais e melhores ganhos em saúde. Cabe-lhe não apenas uma intervenção técnica e profissional, mas uma intervenção de cidadania e política, ao nível do pensamento crítico construtivo e de desenvolvimento de competências.

De acordo com o REGULAMENTO N° 125/2011, do diário da republica 2ª serie n° 35 de 18 de Fevereiro de 2011, “(...) a sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e acções preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. (...)”

Pode-se assim descrever as competências dos enfermeiros especialistas em reabilitação segundo o mesmo regulamento, como:

- a) Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- b) Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- c) Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Em suma, podemos afirmar que os enfermeiros especialistas de reabilitação, pelas competências obtidas através da sua formação especializada, são sem dúvida, os profissionais melhor posicionados para ensinar, instruir e treinar doentes nas actividades funcionais da sua vida diária, ensinar e orientar os respectivos familiares no processo de reabilitação, executar técnicas específicas de reeducação de funções orgânicas afectadas, participar em equipa nos

programas de reabilitação/ prevenção e ainda de reintegração socioprofissional do doente, minimizando o impacto da dependência instalada.

3.2 – A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DO IDOSO

Os avanços nas ciências da saúde reduziram as mortes prematuras devido a doenças agudas e prolongaram a vida para os que vivem com doenças crónicas (HANSON, 2005).

Se há uma conquista de mais anos de vida ao se prolongar o tempo de existência, a pessoa expõe-se as doenças, nomeadamente crónicas, mentais e incapacitantes, decorrentes do próprio processo de envelhecimento.

O progressivo aumento da idade e por consequência de anos de vida com patologia significa mais necessidade em cuidados, especialmente para responder a doenças com grande incidência na população envelhecida, como as doenças cerebrovasculares, cancro, Alzheimer e outras doenças neurodegenerativas. Este aumento do número de pessoas idosas com maior necessidade de cuidados torna-se preocupante porque se desenvolve num contexto desfavorável em que surge associado ao isolamento social, à diminuição da taxa de natalidade, à crescente instabilidade dos laços familiares, à emancipação laboral da mulher (que tradicionalmente cumpria a função de cuidadora informal) e consequente menor disponibilidade da família para dar apoio efectivo aos seus idosos, à crise dos sistemas de protecção social e solidariedade, à crescente despersonalização das relações sociais, que agravam as condições de vida das pessoas idosas, excluindo-as dos sectores produtivos da sociedade, remetendo-as para uma posição desfavorável e desprotegida (MONIZ, 2003).

Segundo COSTA (2009) a perda de capacidade das pessoas para realizar as actividades de vida diária deverá aumentar nos próximos anos, esperando-se que no nosso país mais de 10 em cada 100 pessoas necessitem de cuidados de saúde e apoio social para dar resposta a necessidades básicas. Estão a surgir novas formas de dependência que obrigam a encontrar novos tipos de organização dos cuidados de saúde e sociais.

A actuação da Enfermeiro Especialista em Reabilitação junto da pessoa idosa deve estar centrada na educação para a saúde, ao cuidar com base no conhecimento do processo de senescência e senilidade e na recuperação da capacidade funcional para a realização das suas

actividades, com objectivo de atender às suas necessidades básicas e alcançar a sua independência e a felicidade refere CAMPEDELLI, (1983), citado por DIOGO, (2000).

O diagnóstico da doença da pessoa idosa pode não ter tanta importância quanto as consequências dele na qualidade de vida do idoso, ou seja, na sua capacidade funcional e na manutenção da independência para as actividades de vida diárias.

A avaliação funcional da pessoa idosa faz parte do cuidado de enfermagem, com ênfase na pessoa e nos sistemas de apoio que ela pode contar. O enfermeiro actua partindo de uma avaliação de reabilitação, tendo como orientação as actividades de vida diária, fazendo a partir dos problemas detectados um plano de cuidados de enfermagem, posteriormente actua conforme plano e finalmente faz uma avaliação da pessoa para monitorizar os ganhos em saúde.

Assim sendo, além do levantamento relativo aos dados pessoais, de saúde e da família, inclui-se a avaliação das actividades de vida diárias. Cada actividade deve ser avaliada em termos da função e acção, procurando a identificação de rotinas anteriores, execução actual, problemas actuais e em potencial do idoso. Os objectivos a serem alcançados são traçados junto da pessoa idosa, em termos do seu desempenho esperado após a intervenção de enfermagem.

Na fase de Intervenção de enfermagem, o enfermeiro selecciona e realiza as acções de enfermagem, tendo como objectivos a prevenção de problemas, a promoção de conforto físico e psíquico e a diminuição da dependência do idoso, tornando-o habilitado a procurar ajuda para atender sua responsabilidade para o auto-cuidado. As intervenções de enfermagem devem contudo, estar centradas nas rotinas do idoso, procurando minimizar os problemas relacionados às AVD.

As AVD propostas para a enfermagem na reabilitação na pessoa idosa compreendem a manutenção do ambiente seguro (características do edifício residencial); locomoção, actividades físicas e esforços; alimentação e hidratação; eliminação; higiene corporal; acto de vestir-se; actividades realizadas em casa; sono e repouso; lazer e recreação; expressão da sexualidade; comunicação e uso de transportes. Estas actividades devem ser avaliadas no sentido do desempenho da pessoa idosa e na funcionalidade de cada uma, com o objectivo de descobrir rotinas anteriores, o que ele pode e não pode fazer por si próprio em relação a cada actividade e ainda quanto a alterações e problemas presentes.

Neste sentido, vários estudos evidenciam a importância da actuação da enfermagem de reabilitação na independência funcional dos idosos, como é o caso do estudo levado a cabo

por CUNHA et al (2007), com o objectivo de identificar a relação entre a participação de idosos num programa de reabilitação a independência funcional. O referido estudo demonstrou que os participantes que realizaram o respectivo programa apresentaram uma maior independência funcional que o restante grupo que não participou deste programa.

Da mesma opinião corroboram GOMES et al (2009), ao obterem resultados idênticos num estudo sobre a influência da enfermagem de reabilitação na mobilidade do utente idoso, submetido a artroplastia total do joelho durante o internamento hospitalar. Este estudo teve como finalidade identificar a capacidade de mobilidade do utente idoso, submetido a artroplastia total do joelho, com e sem intervenção de enfermagem de reabilitação.

Em jeito de conclusão podemos afirmar, que através de um programa de enfermagem de reabilitação instituído e focando todas as características acima mencionadas, é possível ajudar o doente a atingir uma qualidade de vida aceitável, com dignidade, auto estima e independência, uma vez que o enfermeiro de reabilitação o ajuda a reavaliar as suas capacidades funcionais, bem como a recuperar a consciência do seu valor.

4 – METODOLOGIA

A pesquisa científica é um procedimento formal, como método de pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico e que se constitui no caminho para se conhecer a realidade ou para descobrir verdades. A metodologia além de uma estratégia que permite estudar e avaliar as diferentes opções do estudo, indica a maneira de proceder para conseguir um fim determinado com mais facilidade e perfeição.

Nesta perspectiva, este capítulo visa essencialmente descrever as diferentes etapas e procedimentos implementados, com vista a desenvolver a investigação empírica. Para FORTIN (2003, p.108) “a fase metodológica operacionaliza o estudo” e é definida como um conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração e desenvolvimento da investigação científica. Os seus elementos são apresentados de forma a caracterizar o tipo de estudo, proceder à operacionalização das variáveis e especificar a população e amostra.

4.1 – CONCEPTUALIZAÇÃO E OBJECTIVOS DO ESTUDO

O envelhecimento demográfico está na ordem do dia e é o fenómeno mais relevante do século XXI nas sociedades desenvolvidas, devido às suas implicações na esfera socioeconómica, para além das modificações que se reflectem a nível individual e em novos estilos de vida. Como consequência, verifica-se um peso cada vez maior dos idosos na população gerando-se um desequilíbrio com implicações profundas a todos os níveis e, consequentemente, terá também um grande impacto no Sistema de Saúde nos próximos anos.

Enquanto fenómeno social global, em Portugal, á semelhança do que se vêm verificando em numerosos países do mundo desenvolvido e em vias de desenvolvimento, o número de idosos tem vindo a aumentar acentuadamente. Verificámos pelos dados recolhidos num estudo efectuado pelo Instituto Nacional de Estatística, em 2007, que o índice de dependência dos idosos em Portugal, em 1960 era de 12,7%, em 2001 de 24,2% e prevê-se que em 2050 seja de 57%.

Desta forma e em consequência deste fenómeno demográfico, consideramos que a enfermagem de reabilitação se torna um imperativo nos serviços de saúde.

Partilhamos assim da mesma opinião de MARTINS (2003), ao considerar que a sua abordagem holística, avaliando, atendendo e encaminhando o utente, sem descurar desde os aspectos físicos, psicológicos, cognitivos, sócias e financeiros, permite aliar a vertente reabilitadora, de carácter global, dos cuidados de enfermagem disponibilizados, á satisfação das necessidades preconizadas para a população mais idosa.

Para VIEIRA (2007, p.121) *“O percurso da profissão até hoje coloca os enfermeiros numa posição privilegiada para responder a alguns dos imensos desafios que as tendências do sistema de saúde permitem vislumbrar para amanhã”*. A enfermagem tem um papel primordial no que respeita á dependência do idoso, uma vez que oferece cuidados profissionais, diferentes dos cuidados naturais de outras pessoas.

Nesta inquietude e corroborando com VIEIRA (2007), remeteu-nos ao estudo da problemática da: *“(In)dependência Funcional em Idosos Domiciliados: Intervenção de Enfermagem de Reabilitação”*.

O plano de pesquisa utilizado, caracterizou-se por ser uma pesquisa epidemiológica transversal, uma vez que este estudo foi realizado num determinado momento e não durante um período de tempo longo, ou seja avaliamos o nível de (in)dependência funcional dos idosos domiciliados que recebem cuidados de enfermagem de reabilitação, prestados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados do Centro de Saúde de Baião. Esta avaliação compreendeu dois momentos, a admissão ao programa de reabilitação e a alta. Tratou-se também de um estudo descritivo, pois desejámos descrever e analisar as características sociodemográficas da população idosa residente no domicílio e correlacional ao estabelecer relações entre variáveis, examinando diferentes factores passíveis de interferir no nível de (in)dependência funcional.

De acordo com a problemática a estudar, optamos por um estudo quantitativo, na medida em que se quantificam as variáveis independentes em relação às dependentes.

Conhecendo assim as características da nossa investigação, pretendemos alcançar os seguintes objectivos:

- Descrever as características sociodemográficas da população em estudo;
- Avaliar o nível de (in)dependência funcional dos idosos domiciliados no desempenho das actividades instrumentais de vida diárias;

- Avaliar a associação entre as variáveis sociodemográficas e a (in)dependência funcional dos idosos domiciliados;

4.2 – DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

Estudar a temática da (in)dependência funcional em idosos, no contexto de enfermagem de reabilitação, implica uma abordagem de diversos factores interdependentes que, de acordo com a literatura consultada, revelam pertinência directa e indirecta nos níveis de (in)dependência funcional da população idosa.

Segundo CARMO E FERREIRA citados por SILVA (2009), variáveis podem ser definidas como os factores que são controlados pelo investigador para neutralizar quaisquer efeitos que possam ter no fenómeno que está a ser observado.

Existem vários tipos de variáveis, porém neste nosso estudo, apenas consideramos as variáveis dependentes (o fenómeno que se pretende estudar) e as variáveis independentes que explicam um dado acontecimento.

As variáveis podem-se assim dividir-se em variáveis independentes e variáveis dependentes.

Qualquer variável dependente pode ser influenciada por uma multiplicidade de variáveis independentes.

VARIÁVEL DEPENDENTE

A variável dependente não pode existir só por si, ou seja, está sempre sujeita a outra variável, variando pela acção da variável independente. Esta variável é o efeito e aparece geralmente em segundo lugar na hipótese.

Segundo FORTIN (1999, p. 37), variável dependente é *“a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente”*.

Por outras palavras, para POLIT (1995, p. 26) variável dependente é *“aquela que o investigador tem interesse em compreender, explicar, prever”*.

Esta variável é como que a consequência de uma multiplicidade de variáveis independentes.

No nosso desenho de investigação, a variável dependente é: *(In)dependência Funcional dos Idosos Domiciliados*.

VARIÁVEL INDEPENDENTE

A variável independente mantém-se por si própria, ou seja, não depende de nenhuma outra variável. No entanto, esta pode ser manipulada pelo investigador. É a causa e geralmente aparece em primeiro lugar.

A variável independente, para LAKATOS (1996), é aquela que influencia, determina ou afecta outra variável, é a que é manipulada pelo investigador, na tentativa de assegurar a sua relação com o fenómeno a ser investigado, observando a sua influência nos resultados.

Segundo FORTIN (1999, p. 37), variável independente é “*a que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente ou explicativa é muitas vezes chamada o tratamento ou a intervenção, ou simplesmente, a variável experimental*”.

Neste caso, as variáveis independentes, foram divididas em dois grupos:

Variáveis sociodemográficas:

- Idade
- Sexo
- Estado civil
- Habilitações literárias
- Profissão

Variáveis de contexto clínico:

- Patologia incapacitante

4.3 - HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

A hipótese de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente, que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar (FORTIN, 2003). Estas variáveis resultam directamente do objectivo que se pretende alcançar com o processo de

investigação, e especificam os aspectos a estudar. A forma de as apresentar determina os métodos que irão ser utilizados para obter uma resposta.

De acordo com o problema em estudo, e tendo em consideração os conhecimentos obtidos na fundamentação teórica, elaboramos as seguintes hipóteses que pretendemos testar:

Hipótese 1 ⇒ Existe associação significativa entre as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, profissão) e a independência funcional dos idosos domiciliados.

Hipótese 2 ⇒ Existe associação significativa entre a independência funcional dos idosos na admissão e alta do programa de reabilitação.

4.4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

Depois de abordada a metodologia e o tipo de estudo, torna-se importante delimitar uma população, seleccionar uma amostra e definir quais os sujeitos a estudar.

A população corresponde a um conjunto de todos os casos que compartilham certas características específicas. Segundo POLIT e HUNGLER (1995, p.143) “(...) *é toda a agregação de casos que atendem a um conjunto eleito de critérios (...).*”

Segundo FORTIN (1999, p.202) “*população é uma colecção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidos por um conjunto de critérios. Ou seja, um conjunto de elementos que têm em conjunto determinadas características*”. É através desses elementos que o pesquisador recolhe a informação.

Assim sendo, para a realização deste trabalho, tivemos necessidade de definir alguns critérios de inclusão, de forma a seleccionar os indivíduos alvos da nossa pesquisa.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram:

- Utentes com idade superior ou igual a 65 anos;
- Utentes com capacidade de resposta verbal e/ou escrita;
- Utentes que realizaram programa de reabilitação.

A população em estudo é constituída pelos utentes idosos residentes no seu domicílio do concelho de Baião.

Na investigação realizada necessitamos de seleccionar uma parte da população na qual seria aplicado o instrumento de colheita de dados, para tal foi necessário utilizar uma amostra devido à impossibilidade de trabalhar toda a população. Esta ideia é compartilhada com CARMO e FERREIRA (1998 p. 191) que referem que *"(...) número de elementos de uma população é demasiado grande para ser possível, dado o custo e o tempo, observa-los na sua totalidade, sendo então necessário proceder-se à selecção de elementos (...)".*

Tendo em conta a natureza dos fenómenos em estudo procedeu-se a uma amostragem não probabilística por selecção racional (40 utentes), ou seja, os elementos da população foram escolhidos devido à correspondência entre as suas características e os objectivos do estudo.

Temos consciência que para este tipo de estudo, precisaríamos de um grupo de controle, contudo e por razões de carácter ético, optámos por sujeitar ao programa de reabilitação efectuado pelos enfermeiros especialistas de reabilitação, todos os utentes com potencial de recuperação.

4.5 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Um estudo implica um levantamento de dados junto das pessoas a serem estudadas. Estes dados podem ser colhidos de diversas formas, dependendo da natureza do estudo e das características da amostra.

Segundo FORTIN, (1999, p.240), *"os dados podem ser colhidos de diversas formas junto dos sujeitos. Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de colheita de medida que melhor convém ao objectivo do estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas."*

Neste sentido, para a realização do presente trabalho tornou-se imprescindível a elaboração do instrumento de colheita de dados. Este pode definir-se como técnica que o investigador utiliza para obter a informação necessária, válida, para realizar um trabalho de investigação.

Assim perante o universo de instrumentos de medida, utilizámos como instrumento de colheita de dados **um formulário**, constituído por perguntas elaboradas por nós próprios, bem

como a utilização de uma escala já previamente organizada, aferida e mundialmente utilizada, como é o caso da Escala Actividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton & Brody (1969) e testada por Sequeira 2010.

Considerou-se esta fonte adequada à realização do trabalho e a que melhor se adaptou às características da amostra, uma vez que estamos perante uma população idosa, com graus académicos previsivelmente baixos.

A presença do investigador serviu para esclarecer qual o significado das perguntas que não esteja colocado de forma clara.

De referir de que todos os participantes foram informados da confidencialidade e anonimato das respostas dadas e do respeito de todos os princípios éticos na sua aplicação.

Tendo em conta as características referidas anteriormente, as variáveis em estudo e as hipóteses formuladas, utilizámos como instrumento de colheita de dados o formulário, constituído por 39 questões direccionadas para a colheita de dados junto do idoso.

O formulário encontra-se dividido em três partes:

I – Caracterização Sócio Demográfica:

Neste item pretendemos estudar as características biográficas de toda a amostra. A situação biográfica em que os indivíduos se encontram, poderá a nosso ver, trazer percussões importantes no desenvolvimento do estudo.

Assim esta parte é constituída nove questões, sendo duas fechadas e sete abertas.

Procura obter elementos de natureza pessoal ou seja, a caracterização do inquirido como idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, profissão, agregado familiar e perguntas de contexto clínico como patologia incapacitante.

II – Avaliação da (In)dependência Funcional:

Na segunda parte pretendemos avaliar a (in)dependência funcional do idoso. Para esta avaliação utilizamos a Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton & Brody (1969), testada por Sequeira 2010.

Este instrumento tem por objectivo medir a capacidade na realização das Actividades Instrumentais de Vida Diárias em diversas categorias de desempenho, sendo elas: cuidados

pessoais, cuidados domésticos; trabalho/ recreação e lazer, compras e gestão do dinheiro; locomoção; comunicação e relações sociais. Para cada categoria é atribuída uma cotação de 0 a 3, sendo que a cotação de 0 pontos refere-se a independência e 3 a dependência no desempenho das Actividades Instrumentais de Vida Diárias referidas. A pontuação final varia de 0 e 90 pontos sendo que a uma mais elevada pontuação significa uma maior dependência, ou seja, 0 significa ausência de dependência; 1-30 dependência ligeira; 31-60 – dependência moderada e superior a 60 dependência elevada.

4.6 - PROCEDIMENTOS PARA A RECOLHA DE DADOS

Na realização de qualquer pesquisa é fundamental não só delinear uma população mas também desenvolver um conjunto de acções, no sentido de alcançar os objectivos inicialmente propostos para o estudo. Assim, todos os procedimentos devem ser efectuados segundo uma rigorosa conduta ética respeitando os princípios da beneficência, da justiça e de um respeito integral pela dignidade humana.

Para a realização do nosso trabalho foi imprescindível a formulação de um pedido de autorização, contendo informação geral sobre os objectivos e o tipo de estudo que pretendíamos desenvolver, dirigido ao Director Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Tâmega I, de forma a procedermos á aplicação do nosso formulário. Depois de dada a autorização, pelo respectivo responsável, contactamos os utentes da Equipa de Cuidados Continuados do Centro de Saúde de Baião, a quem, em traços gerais demos a conhecer os objectivos do trabalho, as razões científicas do nosso interesse e as implicações práticas do mesmo. Neste contexto informal pedimos a sua colaboração no preenchimento do formulário.

A fase de recolha de dados, foi realizada durante os meses de Junho a Setembro de 2011 e compreendeu dois momentos de avaliação, os quais designamos por admissão (1º momento) e alta (2º momento de avaliação).

Pese embora a importância da autorização referida, não esquecemos em momento algum de pedir individualmente, a cada utente, o seu consentimento informado para colaborar na pesquisa.

Entendemos este requisito não só como um preceito legal, mas sobretudo um direito moral de todas as pessoas.

Tivemos sempre presente a importância de uma conduta pautada por princípios éticos e comprometemo-nos a salvaguardar o anonimato e confidencialidade sobre os dados obtidos.

4.7 – TRATAMENTO DOS DADOS

Após a colheita de dados, efectuamos uma primeira análise a todos os instrumentos de colheita de dados no intuito de eliminarmos aqueles que porventura se encontrassem fora dos critérios de inclusão, o que não se veio a verificar.

Posteriormente, procedemos à sua codificação e tabulação de modo a realizarmos o tratamento estatístico. Todo o tratamento estatístico processou-se através do programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences - versão 17.0 para Windows).

Recorremos à estatística descritiva, no sentido de apresentar e descrever os dados obtidos e a estatística inferencial para nos permitir realizar testes de hipóteses e assim infirmá-las ou não.

Em relação à estatística descritiva determinámos:

- Frequências absolutas (n) e percentuais (%);
- Médias (x);
- Desvio padrão (Dp)
- Coeficiente de variação (CV%).

Para o coeficiente de variação seleccionámos os seguintes graus de dispersão:

- $CV < 15\%$ - dispersão fraca;
- $15\% < CV < 30\%$ - dispersão média;
- $CV > 30\%$ - dispersão elevada.

E segundo PESTANA e GAGEIRO (2005), apresentamos os valores de referência para as medidas de simetria (Skewness) e de achatamento (Kurtosis).

Assim, para $p = 0,005$, uma distribuição é:

- Simétrica – quando $(\text{Skewness}/ \text{std error}) < 1,96$, a mediana pertence ao intervalo de confiança a 95% ou está perto de um dos limites desse intervalo;
- Assimétrica – quando $(\text{Skewness}/ \text{stderror}) > 1,96$, a mediana não pertence ao intervalo de confiança nem está perto de um dos extremos do intervalo.

De igual forma, uma distribuição pode ser:

- Mesocúrtica quando (kurtosis/ Std error) < 1,96;
- Platicúrtica quando (kurtosis/ Std error) < - 1,96;
- Leptocúrtica quando (kurtosis/ Std error) > 1,96.

Na análise estatística utilizamos os seguintes valores de significância:

- P < 0.05 – diferença estatística significativa;
- P < 0.01 – diferença estatística bastante significativa;
- P < 0.001 – diferença estatística altamente significativa;
- P > 0.05 – diferença estatística não significativa.

No que respeita á estatística inferencial utilizamos os Testes Não Paramétricos:

- **O teste de qui-quadrado (χ^2)**, compara frequências observadas;
- **O teste de Mann-Whitney (U de M-W)**, compara o centro de localização de duas amostras independentes, com o fim de detectar diferenças entre duas populações respectivas;
- **O teste de Kruskal-Wallis**, usado para testar a hipótese de igualdade no que se refere à localização, ou seja, a existência de um parâmetro comum de localização.

E os Testes Paramétricos:

- **Teste t para amostras emparelhadas (t)**: que segundo PESTANA E GAGEIRO (2005), é utilizado para analisar dois grupos diferentes de casos relativamente a uma característica comum pela qual possam ser comparados, desde que se verifiquem os pressupostos necessários à aplicação de testes paramétricos

A apresentação dos resultados é feita através de tabelas onde estão descritos os dados mais importantes.

A descrição e análise dos dados será feita obedecendo á ordem por que foi elaborado o nosso instrumento de colheita dados.

5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Tendo em conta uma melhor interpretação e compreensão dos dados colhidos, pretendemos apresentá-los e analisá-los, “(...) *à luz das questões de investigação ou das hipóteses formuladas (...)*” como refere FORTIN (2003, p.329).

O estudo entre as diversas variáveis, bem como a descrição das características de amostra em função destas, prevê a utilização de diferentes métodos de análise estatística, nomeadamente, estatística descritiva e inferencial.

A apresentação dos resultados encontra-se dividida em duas partes. Na primeira parte procedemos a uma análise de tipo descritivo e na segunda parte realizamos uma análise de tipo inferencial, testando a existência de associações entre as diferentes variáveis sociodemográficas e a avaliação da (in)dependência funcional.

5.1 - ANÁLISE DESCRITIVA

Numa análise descritiva é elaborado um perfil dos indivíduos que participaram no estudo, apresentando um conjunto de características que os distinguem de forma inequívoca (FORTIN, 2003).

A nossa análise descritiva é constituída por:

- Caracterização sociodemográfica da amostra;
- Caracterização do contexto clínico;
- Caracterização da (in)dependência.

A apresentação da informação em tabelas de análise uni e bivariada permite colocar em evidência várias comparações e relações entre os dados. Sendo um dos nossos objectivos investigar sobre a importância da enfermagem de reabilitação no cuidar de idosos domiciliados, apresentaremos alguns dados em função da avaliação funcional no momento de

admissão e alta do utente sujeito a um programa de reabilitação, bem como a caracterização sociodemográfica da população em estudo.

Caracterização sociodemográfica da amostra

Através da análise da tabela 1 podemos verificar que a amostra é maioritariamente constituída por mulheres com 57,5%, enquanto que os homens representam 42,5%. As mulheres são mais representativas nos grupos etários 65-71 anos, apresentando igual número no grupo etário 72-81 anos (34,8%), o mesmo acontece nos homens (29,4%), que nestes grupos etários distribuem-se de igual forma mas em menor numero que as mulheres. No grupo etário dos 82-101 anos os homens apresentam 41,2% da amostra, enquanto que as mulheres no mesmo grupo apresentam 30,4%.

Contudo, podemos dizer que os homens são mais idosos que as mulheres, uma vez que se encontram em maior número (41,2%) na faixa etária dos 82-101anos, enquanto que as mulheres apresentam maior representatividade nos grupos etários 65-71 anos e 72-81 anos com a mesma distribuição (34,8%).

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo o sexo em função dos grupos etários.

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	(n = 17; % = 42,5)		(n = 23; % = 57,5)		(n = 40; % = 100,0)	
Grupos etários	n	%	n	%	n	%
65 – 71	5	29,4	8	34,8	13	32,5
72 – 81	5	29,4	8	34,8	13	32,5
82 – 101	7	41,2	7	30,4	14	35
Total	17	100,0	23	100,0	40	100,0

Da análise da tabela 2 podemos constatar que a idade dos idosos varia entre um mínimo de 65 e um máximo de 101 anos, com uma média de 77,82 anos, a mediana corresponde a 79 anos, e o desvio padrão é de 8,59 anos, com um coeficiente de variação de 11,04% o que nos indica uma dispersão fraca em relação à média, relativamente á moda, caracteriza-se por ser uma amostra polimodal por apresentar vários valores da moda (65; 71; 79; 81 e 86 anos).

Relativamente ao género, podemos encontrar algumas diferenças: dos 40 indivíduos que compõem a amostra, 17 são do sexo masculino e 23 do sexo feminino. No sexo masculino a idade média é de 77,06 anos e média de idade das mulheres é 78,39, valores muito semelhantes.

Aplicando o teste de Mann-Whitney, que segundo PESTANA E GAGEIRO (2005), aplica-se para analisar diferenças entre duas condições, não se observaram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,71$) entre os valores das ordenações médias das idades em ambos os sexos, embora a do sexo masculino (19,71) seja inferior à do sexo feminino (21,09) confirmando assim os valores da média.

Pelos resultados obtidos e tendo em conta os valores de referência para os valores de simetria (Skewness) e de achatamento (Kurtosis) poderemos afirmar que a distribuição das idades por ambos os sexos é simétrica e mesocúrtica.

Tabela 2 – Estatísticas relativas à idade em função do sexo

Idade	n	Min.	Max.	\bar{X}	Dp	Sk/ Std. Error	K/ Std Error	CV (%)
Masculino	17	65	89	77,06	7,92	-0,33	1,28	10,2
Feminino	23	65	101	78,39	9,18	0,64	0,025	11,7
TOTAL	40	65	101	77,8	8,54	0,37	0,73	10,97

U de M-W 182,000; $p = 0,71$

Observando a tabela 3, podemos verificar que relativamente ao estado civil, constatamos que 62,5% dos idosos da nossa amostra são casados e 37,5% são viúvos. Enquanto que os homens são na sua maioria casados (82,4%), as mulheres situam-se no estado civil de viúvas (52,2%).

Quanto às habilitações literárias, a maioria da amostra tem o 1º ciclo de estudos (65%), o que se verifica tanto para o género masculino (64,7%) como para o género feminino (65,2%). Seguidamente salientamos que 32,5% dos idosos não sabe ler nem escrever. O género masculino é aquele que apresenta maior percentagem de analfabetos (35,3%) em comparação com o género feminino (30,4%).

Verificamos que 4,3% do género feminino da amostra possui o 3º ciclo de estudos, sendo este o grau literário mais elevado da amostra.

Em relação à profissão, a nossa amostra demonstra que o grupo profissional com maior representatividade é o da actividade não remunerada (G 11) com 55,5% da amostra e é o género feminino o que melhor demonstra esta situação (95,7%), uma vez que é, este grupo que representa as domésticas. O género masculino distingue-se no grupo dos agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas (G6) representado por 58,8% dos homens. Os grupos com menos representatividade são os grupos: operários, artífices e trabalhadores similares (7,5%) e o grupo de outras situações não previstas na Classificação Nacional de Profissões com 2,5% da amostra, o que não nos surpreendeu considerando as habilitações académicas.

Acerca do agregado familiar (coabitação) destacam-se os idosos que vivem com outras pessoas (filhos, irmãos; sobrinhos), 67,5% da amostra, seguindo-se 32,5% vivem com o conjugue. Nenhum dos idosos referiu viver sozinho. No sexo feminino, também a maior percentagem vive com outras pessoas (65,2%), o mesmo acontece com o sexo masculino (70,6%).

Resumindo podemos dizer que a nossa amostra é constituída, maioritariamente, por idosos do sexo feminino, casados, a viverem com outras pessoas, habilitados com o 1º ciclo de estudos e que exerceram actividades não remuneradas (domésticas).

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo as variáveis sociodemográficas em função de sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	(n = 17; % 42,5)		(n = 23; % =57,5)		(n = 40; % = 100,0)	
Variáveis	n	%	n	%	n	%
Estado Civil						
Casado(a)	14	82,4	11	47,8	25	62,5
Viúvo(a)	3	17,6	12	52,2	15	37,5
Habilitações literárias						
Não sabe ler nem escrever	6	35,3	7	30,4	13	32,5
1ºCiclo de estudos	11	64,7	15	65,2	26	65,0
3ºCiclo de estudos	–	–	1	4,3	1	2,5
Profissão						
G 5 – Pessoal de serviços...	4	23,5	–	–	4	10
G 6 – Agricultores...	10	58,8	–	–	10	25
G 7 – Operários...	3	17,6	–	–	3	7,5
G 10 – Outras situações...	–	–	1	4,3	1	2,5
G 11 – Actividade não remunerada...	–	–	22	95,7	22	55,5
Agregado Familiar						
Cônjuge	5	29,4	8	34,8	13	32,5
Outros	12	70,6	15	65,2	27	67,5

Caracterização do contexto clínico

Pela análise da tabela 4 verificamos que a nossa amostra divide-se em dois grandes grupos relativamente á patologia incapacitante. Verificamos que 62,5% apresenta patologia ao nível osteo-muscular e tecido conjuntivo, e 37,5% apresenta patologia do foro neurológico não traumático. À semelhança do total da amostra, também as mulheres apresentam patologia ao nível osteo-muscular e tecido conjuntivo com maior prevalência (73,9%), ao contrário do sexo masculino que apresenta a percentagem mais elevada (52,9%) na categoria patologia neurológica não traumática.

Independentemente da patologia, todos os idosos da amostra foram sujeitos a um programa de reabilitação.

Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo a variável contexto clínico em função de sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	(n = 17; % = 42,5)		(n = 23; % = 57,5)		(n = 40; % = 100,0)	
Patologia	n	%	n	%	n	%
Incapacitante						
Patologia osteo-muscular e do tecido conjuntivo	8	47,1	17	73,9	25	62,5
Patologia neurológica não traumática	9	52,9	6	26,1	15	37,5

Caracterização da (In)dependência Funcional

Da análise da tabela 5 sobressai o facto de a nossa amostra ser constituída por 70% de idosos com dependência elevada, no momento da admissão no programa de reabilitação e 50% no momento da alta, seguindo-se 27,5% de idosos com dependência moderada na admissão e 17,5% na alta e 2,5% de idosos com dependência ligeira na admissão e 32,5% com a mesma dependência na alta do programa de reabilitação. Contudo nenhum dos idosos apresentou ausência de dependência nos dois momentos de avaliação. Relativamente á distribuição do grau de (in)dependência funcional pelos géneros, verificamos que no momento de admissão no programa de reabilitação, ambos os sexos são maioritariamente dependentes elevados, sendo 64,7% do sexo masculino e 73,9% do sexo feminino, o mesmo acontece no momento da alta em que 58,8% dos homens são dependentes elevados e 47,8% das mulheres apresentam o mesmo tipo de dependência, apesar de apresentarem percentagem inferiores ao compararmos a dependência no momento da admissão e alta para ambos os sexos.

Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo os níveis de (In)dependência funcional pelo sexo

Sexo	Masculino (n = 17; % =42,5)				Feminino (n = 23; % =57,5)				Total (n = 40; % = 100,0)			
	Admissão		Alta		Admissão		Alta		Admissão		Alta	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ausência de dependência	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dependência ligeira	-	-	6	35,3	1	4,4	7	30,5	1	2,5	13	32,5
Dependência moderada	6	35,3	1	5,9	5	21,7	5	21,7	11	27,5	7	17,5
Dependência elevada	11	64,7	10	58,8	17	73,9	11	47,8	28	70	20	50

Na tabela 6 podemos observar as estatísticas relativas à (in)dependência funcional na nossa amostra.

Verificamos que as médias para todas as dimensões da EAVD, no momento da admissão são mais elevadas do que no momento da alta.

Relativamente às dimensões “Trabalho Recreação e Lazer” (13,33%) e “Locomoção” (4,23%), no momento da admissão verifica-se uma dispersão fraca, enquanto que as dimensões “Cuidados domésticos” (21,48%) e “Total da EAVD” (23,83%) apresentam uma dispersão média no momento de admissão e as restantes dimensões, seja no momento de admissão ou alta do programa de reabilitação, apresentam uma dispersão elevada.

Tabela 6 – Estatísticas relativas á (In)dependência Funcional por dimensões.

ESCALA AVD	\bar{X}		Dp		CV (%)	
	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta
Cuidados Pessoais	13,27	7,72	4,67	6,11	35,19	79,14

Cuidados Domésticos	13,87	11,12	2,98	5,18	21,48	46,58
Trabalho, recreação e lazer	11,10	7,05	1,48	3,34	13,33	47,37
Compras e gestão do dinheiro	7,25	6,17	2,91	4,11	40,13	66,61
Locomoção	11,82	8,10	0,50	3,55	4,23	43,82
Comunicação	7,20	5,97	5,43	4,61	75,41	77,21
Relações sociais	2,97	2,52	1,65	1,92	55,55	76,19
Total EAVD	67,50	48,67	16,09	26,32	23,83	54,07

5.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

Seguidamente apresentamos o tratamento estatístico inferencial que no dizer de POLIT et al (2004, p. 323) “*é baseada nas leis da probabilidade, proporciona os meios para que sejam tiradas conclusões sobre uma população, fornecidos os dados de uma amostra*”. Assim iremos neste capítulo proceder à análise inferencial com o objectivo de verificar, testar o comportamento de determinadas variáveis, nomeadamente: idade, sexo, estado civil, habilitações literárias e profissão, com o nível de (in)dependência funcional do idoso nos dois momentos de avaliação (que tomam a designação de Admissão – 1º momento de avaliação; e Alta - 2º momento de avaliação) do programa de reabilitação.

H₁ – Existe associação significativa entre as variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias e profissão) e a (in)dependência funcional

H_{1a} – Existe associação significativa entre a idade e a (in)dependência funcional dos idosos.

Com o objectivo de testar se existe associação significativa entre a idade e a independência funcional nos dois momentos de avaliação, utilizámos o teste de Kruskal-Wallis que “(...) é um teste não paramétrico aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal e usa-se para testar hipóteses de igualdade entre três ou mais condições experimentais. Apartir das amostras aleatórias de qualquer população pretende-se testar a hipótese de existência de um parâmetro de localização comum em todas as populações contra a hipótese alternativa de que, pelo menos, uma das populações tende a apresentar valores superiores (inferiores) em relação às outras (...)” (PESTANA E GAGEIRO, 2005, p. 455).

Da análise dos resultados apresentados na tabela 7 e 8, podemos constatar que as diferenças dos valores de independência funcional entre os sujeitos dos vários grupos etários são ligeiramente significativas ($p < 0,05$) em relação as dimensões: “Cuidados pessoais”, “Cuidados domésticos”, “Compras e gestão do dinheiro” e “Total da EAVD”, no momento da admissão. No momento da alta verificamos que as dimensões: “Cuidados pessoais”, “Compras e gestão do dinheiro” e “Comunicação” também são ligeiramente significativas. Em relação á “Locomoção”, “Comunicação” e “Relações sociais” no momento da admissão verifica-se que não existe relação significativa ($p > 0,05$), o mesmo acontece na alta do programa de reabilitação para as dimensões “Trabalho recreação e lazer”, “Locomoção” e “Relações sociais”.

O “Trabalho, recreação e lazer” no momento da admissão bem como os “Cuidados domésticos” na alta apresentam uma relação muito significativa ($p < 0,01$) em relação aos grupos etários.

Observando a tabela 7 e 8, podemos verificar que em todas as dimensões existe um aumento à medida que se evolui no grupo etário, isto é quanto maior é a faixa etária maior é o grau de dependência funcional e, quanto menor o grupo etário maior a independência nos dois momentos de avaliação.

Pode-se assim concluir, que existe uma relação estatística entre a idade e a (in)dependência funcional. Os idosos com o avançar da idade tornam-se mais dependentes, nos “Cuidados pessoais”, “Cuidados domésticos”, “Trabalho recreação e lazer”, “Compras e gestão do dinheiro”, “Comunicação” e “Total da EAVD”. No final do programa de reabilitação verificamos que a dependência também evolui com o avançar da idade para as dimensões “Cuidados pessoais”, “Cuidados domésticos”, “Compras e gestão do dinheiro”, “Comunicação” e “Total da EAVD”, aceitando assim a hipótese enunciada.

Tabela 7 - Teste de Kruskal-Wallis: (in)dependência funcional na admissão ao programa de reabilitação em função da idade.

Idade	65-71	72 – 81	82 - 101	X²	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
(In)dependência Funcional					
Cuidados Pessoais	13,77	23,42	24,04	6,580	0,037
Cuidados Domésticos	15,19	23,08	23,04	8,139	0,017
Trabalho	13,00	22,65	25,46	10,472	0,005
Recreação/ Lazer	15,38	23,08	22,86	6,070	0,048
Compras e Gestão do Dinheiro	18,23	21,54	21,64	2,202	0,332
Locomoção	14,88	21,12	25,15	5,428	0,066
Comunicação	16,31	21,42	23,54	2,797	0,247
Relações sociais	14,08	21,85	25,21	6,39	0,041
Total EAVD					

Os dados relativos á tabela 8 foram discutidos na análise acima referida.

Tabela 8 - Teste de Kruskal-Wallis: (in)dependência funcional na alta do programa de reabilitação em função da idade.

Idade	65-71	72 – 81	82 - 101	X²	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
(In)dependência Funcional					
Cuidados Pessoais	13,77	22,65	24,75	6,677	0,035
Cuidados Domésticos	12,88	22,69	25,54	10,293	0,006
Trabalho	14,92	22,23	24,07	4,621	0,099
Recreação/ Lazer	13,77	23,04	24,39	8,553	0,014
Compras e Gestão do Dinheiro	14,92	22,54	23,79	4,864	0,088
Locomoção	15,12	19,04	26,86	7,642	0,022
Comunicação	15,73	21,58	23,93	3,581	0,167
Relações sociais					

Total EAVD	14,35	21,58	25,21	6,004	0,050
------------	-------	-------	-------	-------	-------

H_{1b} – Existe associação significativa entre o sexo e a (in)dependência funcional dos idosos.

Para testarmos a hipótese formulada, optámos por realizar o teste de Mann-Whitney, que segundo PESTANA E GAGEIRO (2005), testa se uma população tem valores superiores á outra, ou seja, no caso do nosso estudo permite comparar o centro de localização de duas amostras, com o objectivo de encontrar diferenças entre as duas populações correspondentes (masculino e feminino) ao nível da (in)dependência funcional.

Assim, pela análise da tabela 9 e 10, podemos observar que os valores das ordenações médias são sempre superiores para o sexo masculino excepto nas dimensões “Cuidados pessoais” e “Compras e gestão do dinheiro” na admissão ao programa de reabilitação e na alta nas dimensões “Trabalho, recreação e lazer” e “Locomoção”.

Considerando a relação de significância, constatamos que não existem diferenças significativas ($p > 0,05$) entre os dois sexos e as dimensões da escala de AVD, tanto no momento da admissão ao programa de reabilitação como na alta.

Por conseguinte, conclui-se que não se verifica uma relação estatisticamente significativa entre a (in)dependência funcional e o sexo. Deste modo, rejeitamos a hipótese enunciada. No entanto, tendencialmente os idosos do sexo masculino são mais dependentes em relação ao sexo feminino, à excepção na dimensão “Compras e gestão do dinheiro” na admissão ao programa de reabilitação e na alta nas dimensões “Trabalho, recreação e lazer” e “Locomoção”.

Tabela 9 - Teste de Mann-Whitney: (in)dependência funcional em função do sexo na admissão ao programa de reabilitação.

Dimensões (in)dependência funcional	Sexo	N	Ordenação Média	U de Mann-Whitney	p
Cuidados Pessoais	Masculino	17	20,29	192,000	0,923
	Feminino	23	20,65		

Cuidados Domésticos	Masculino	17	21,91	171,500	0,347
	Feminino	23	19,46		
Trabalho, Recreação e Lazer	Masculino	17	22,12	168,000	0,399
	Feminino	23	19,30		
Compras e Gestão do Dinheiro	Masculino	17	18,94	169,000	0,352
	Feminino	23	21,65		
Locomoção	Masculino	17	20,62	193,500	0,924
	Feminino	23	20,41		
Comunicação	Masculino	17	21,97	170,500	0,486
	Feminino	23	19,41		
Relações sociais	Masculino	17	21,74	174,500	0,558
	Feminino	23	19,59		
Total EAVD	Masculino	17	21,71	175,000	0,574
	Feminino	23	19,61		

Os dados relativos á tabela 10 foram discutidos na análise acima referida.

Tabela 10 - Teste de Mann-Whitney: (in)dependência funcional em função do sexo na alta do programa de reabilitação.

Dimensões (in)dependência funcional	Sexo	N	Ordenação Média	U de Mann-Whitney	P
Cuidados Pessoais	Masculino	17	20,68	192,500	0,934
	Feminino	23	20,37		
Cuidados Domésticos	Masculino	17	22,68	158,500	0,267

	Feminino	23	18,89		
Trabalho, Recreação e Lazer	Masculino	17	20,00	187,000	0,815
	Feminino	23	20,87		
Compras e Gestão do Dinheiro	Masculino	17	20,74	191,000	0,900
	Feminino	23	20,33		
Locomoção	Masculino	17	19,09	171,500	0,493
	Feminino	23	21,54		
Comunicação	Masculino	17	21,29	182,000	0,702
	Feminino	23	19,91		
Relações sociais	Masculino	17	21,09	185,500	0,781
	Feminino	23	20,07		
Total EAVD	Masculino	17	21,26	182,500	0,722
	Feminino	23	19,93		

H_{1c} – Existe associação significativa entre o estado civil e a (in)dependência funcional dos idosos.

Com o intuito de analisar o efeito do estado civil sobre a (in)dependência funcional, utilizámos o teste de Mann-Whitney, cujos resultados se encontram expressos na tabela 11 e 12. Da sua observação constatamos que não se verificam diferenças estatísticas significativas para todas as dimensões da EAVD, nos dois momentos de avaliação ($p > 0,05$).

Neste sentido e em jeito de conclusão, podemos dizer que não se verifica uma relação estatisticamente significativa entre a independência funcional e o estado civil, rejeitando assim a hipótese. Por conseguinte, podemos verificar que para as dimensões: cuidados

peçoais, compras e gestão do dinheiro, locomoção, comunicação, relações sociais e total da EAVD no momento da admissão ao programa de reabilitação, bem como para todas as dimensões da escala no momento da alta, os idosos viúvos são mais dependentes que os idosos casados.

Tabela 11 - Teste de Mann-Whitney: (in)dependência funcional em função do estado civil na admissão ao programa de reabilitação.

Dimensões (in)dependência funcional	Estado Civil	N	Ordenação Média	U de Mann- Whitney	P
Cuidados Pessoais	Casado	25	20,38	184,500	0,932
	Viúvo	15	20,70		
Cuidados Domésticos	Casado	25	21,14	171,500	0,522
	Viúvo	15	19,43		
Trabalho, Recreação e Lazer	Casado	25	20,68	183,000	0,888
	Viúvo	15	20,20		
Compras e Gestão do Dinheiro	Casado	25	19,48	162,000	0,361
	Viúvo	15	22,20		
Locomoção	Casado	25	19,76	169,000	0,368
	Viúvo	15	21,73		
Comunicação	Casado	25	18,72	143,000	0,206
	Viúvo	15	23,47		
Relações sociais	Casado	25	19,60	165,000	0,522
	Viúvo	15	22,00		
Total EAVD	Casado	15	19,54	163,500	0,502

	Viúvo	25	22,10	
--	-------	----	-------	--

Os dados relativos á tabela 12 foram discutidos na análise acima referida.

Tabela 12 - Teste de Mann-Whitney: (in)dependência funcional em função do estado civil na alta do programa de reabilitação.

Dimensões (in)dependência funcional	Estado civil	N	Ordenação Média	U de Mann- Whitney	P
Cuidados Pessoais	Casado	25	19,70	167,500	0,574
	Viúvo	15	21,83		
Cuidados Domésticos	Casado	25	19,24	156,000	0,335
	Viúvo	15	22,60		
Trabalho, Recreação e Lazer	Casado	25	19,34	158,500	0,414
	Viúvo	15	22,43		
Compras e Gestão do Dinheiro	Casado	25	18,88	147,000	0,193
	Viúvo	15	23,20		
Locomoção	Casado	25	19,08	152,000	0,300
	Viúvo	15	22,87		
Comunicação	Casado	25	18,02	125,500	0,072
	Viúvo	15	24,63		
Relações sociais	Casado	25	19,46	161,500	0,461
	Viúvo	15	22,23		
Total EAVD	Viúvo	15	19,80	170,00	0,624

Casado	25	21,67		
--------	----	-------	--	--

H_{1d} – Existe associação significativa entre as habilitações literárias e a (in)dependência funcional dos idosos.

De forma a verificar o efeito das habilitações literárias na (in)dependência funcional dos idosos, recorreremos ao reagrupamento dos sujeitos da amostra em dois grupos conforme a tabela 13.

Tabela 13 – Categorização das habilitações literárias

Habilitações literárias	N	%
Com habilitações	13	32,5
Sem habilitações	27	67,5
Total	40	100.0

Para estudo da associação entre as habilitações literárias e a independência funcional utilizámos, mais uma vez, o teste de Mann Whitney.

Da análise das tabelas 14 e 15 podemos verificar que no momento da admissão ao programa de reabilitação as dimensões “Compras e gestão do dinheiro” e “Total da EAVD” apresentam valores muito significativos. O mesmo acontece na alta com a dimensão “Compras e gestão do dinheiro”. Valores ligeiramente significativos apresentam as dimensões: “Cuidados pessoais”, “Trabalho recreação e lazer” e “Relações sociais” na admissão ao programa de reabilitação, acontecendo o mesmo, com as dimensões “Cuidados pessoais”, “Locomoção”, “Relações sociais” e total da escala na alta do programa de reabilitação. Com as dimensões “Cuidados domésticos” nos dois momentos de avaliação e “Trabalho, recreação e lazer” na alta do programa de reabilitação, não existe significado estatístico ($p > 0,05$).

Desta forma, podemos afirmar que os idosos da nossa amostra, com habilitações são mais independentes nas várias dimensões da escala de AVD (excepto nas dimensões cuidados domésticos e na admissão e alta e a dimensão trabalho, recreação e lazer na alta), em

detrimento dos idosos que não possuem habilitações literárias, nos dois momentos de avaliação, levando-nos a aceitar parcialmente a hipótese enunciada.

Tabela 14 - Teste de Mann-Whitney: (in)dependência funcional em função das habilitações literárias na admissão ao programa de reabilitação.

Dimensões independência funcional	Habilitações Literárias	N	Ordenação Média	U de Mann- Whitney	P
Cuidados Pessoais	Sem habilitações	13	25,77	107,00	0,045
	Com habilitações	27	17,76		
Cuidados Domésticos	Sem habilitações	13	22,92	144,000	0,193
	Com habilitações	27	19,33		
Trabalho, Recreação e Lazer	Sem habilitações	13	25,19	114,500	0,048
	Com habilitações	27	18,24		
Compras e Gestão do Dinheiro	Sem habilitações	13	26,00	104,000	0,008
	Com habilitações	27	17,85		
Locomoção	Sem habilitações	13	23,00	143,000	0,102
	Com habilitações	27	19,30		
Comunicação	Sem habilitações	13	30,77	42,000	0,000
	Com habilitações	27	15,56		
Relações sociais	Sem habilitações	13	26,81	93,500	0,016
	Com habilitações	27	17,46		
Total EAVD	Sem habilitações	27	29,73	55,500	0,001

	Com habilitações	13	16,06		
--	------------------	----	-------	--	--

Os dados relativos á tabela 15 foram discutidos na análise acima referida.

Tabela 15 - Teste de Mann Whitney: (in)dependência funcional em função das habilitações literárias na alta do programa de reabilitação.

Dimensões independência funcional	Habilitações Literárias	N	Ordenação Média	U de Mann-Whitney	P
Cuidados Pessoais	Sem habilitações	13	26,19	101,500	0,032
	Com habilitações	27	17,76		
Cuidados Domésticos	Sem habilitações	13	25,50	110,500	0,040
	Com habilitações	27	18,09		
Trabalho, Recreação e Lazer	Sem habilitações	13	25,92	105,000	0,40
	Com habilitações	27	17,89		
Compras e Gestão do Dinheiro	Sem habilitações	13	27,46	85,000	0,003
	Com habilitações	27	17,15		
Locomoção	Sem habilitações	13	26,00	104,000	0,031
	Com habilitações	27	17,85		
Comunicação	Sem habilitações	13	29,96	52,500	0,000
	Com habilitações	27	15,94		
Relações sociais	Sem habilitações	13	26,73	94,500	0,018
	Com habilitações	27	17,50		
Total EAVD	Com habilitações	27	26,92	92,000	0,016

	Sem habilitações	13	17,41		
--	------------------	----	-------	--	--

H_{1e} – Existe associação significativa entre a profissão e a (in)dependência funcional dos idosos.

No sentido de compreendermos a associação existente entre a profissão e a (in)dependência funcional utilizamos o teste Kruskal-Wallis, encontrando-se os seus valores expostos nas tabelas seguintes (16 e 17).

Nestas podemos verificar que não há relação estatisticamente significativa entre a independência funcional e os grupos profissionais, contudo existe uma excepção referente à dimensão comunicação na alta do programa de reabilitação ($p = 0,049$) onde existe relação estatística ligeiramente significativa, o que nos leva a aceitar a hipótese enunciada para esta dimensão, mas não para as restantes dimensões e total pelo que há uma aceitação parcial da hipótese.

Tabela 16 - Teste de Kruskal-Wallis: independência funcional em função da profissão na admissão no programa de reabilitação.

Profissão \ Independência Funcional	Grup. 5	Grup. 6	Grup. 7	Grup. 10	Grup. 11	X^2	P
	Ord. Média	Ord. Média	Ord. Média	Ord. média	Ord. média		
Cuidados pessoais	13,00	22,10	24,33	37,50	19,89	4,431	0,351
Cuidados domésticos	24,50	22,45	16,67	24,50	19,23	2,966	0,564
Trabalho recreação e lazer	22,25	24,05	15,05	12,50	19,61	2,714	0,607
Compras gestão dinheiro	11,75	21,60	19,67	26,00	21,45	4,462	0,347
Locomoção	17,63	21,10	23,00	23,00	20,30	1,389	0,846
Comunicação	14,63	25,55	19,83	31,50	18,86	4,350	0,361

Relações sociais	18,88	23,70	19,00	23,00	19,43	1,146	0,887
Total EAVD	16,13	24,20	20,83	30,50	19,11	2,614	0,624

Os dados relativos á tabela 17 foram discutidos na análise acima referida.

Tabela 17 - Teste de Kruskal-Wallis: (in)dependência funcional em função da profissão na alta do programa de reabilitação

Profissão (In)dependência Funcional	Grup. 5	Grup. 6	Grup. 7	Grup. 10	Grup. 11	X²	P
	Ord. Média	Ord. Média	Ord. Média	Ord. média	Ord. média		
Cuidados pessoais	11,25	23,10	25,17	39,00	19,52	6,206	0,184
Cuidados domésticos	14,63	26,60	20,33	29,50	18,41	6,040	0,196
Trabalho recreação e lazer	8,63	23,60	23,17	36,50	20,16	6,986	0,137
Compras gestão do dinheiro	12,00	24,10	21,17	28,50	19,95	4,741	0,315
Locomoção	8,63	22,60	21,33	31,00	21,11	5,817	0,213
Comunicação	10,00	26,45	19,17	39,50	19,02	9,523	0,049
Relações sociais	15,25	23,00	22,50	26,00	19,80	1,702	0,790
Total EAVD	11,25	25,20	21,50	39,00	19,07	6,994	0,136

H₂ – Existe associação significativa entre a independência funcional dos idosos na admissão e na alta do programa de reabilitação.

Com o objectivo de testar esta hipótese utilizou-se o teste paramétrico - Teste t para amostras emparelhadas, que segundo PESTANA E GAGEIRO (2005), é aconselhável, visto que pode ser utilizado para analisar dois grupos diferentes de casos relativamente a uma característica comum pela qual possam ser comparados, desde que se verifiquem os pressupostos necessários à aplicação de testes paramétricos

A análise das tabelas 18, 19 e 20 mostram que a dependência diminuiu significativamente durante o programa de reabilitação pois os valores da média são superiores no momento de admissão e mais baixos na alta, aceitando-se deste modo a hipótese enunciada.

Tabela 18 – Estatística Descritiva do Teste t para amostras emparelhadas

Teste t	\bar{X} Admissão	\bar{X} Alta	Dp Admissão	Dp Alta
Cuidados pessoais	13,27	7,72	4,67	6,11
Cuidados domésticos Admissão	13,87	11,12	2,98	5,18
Trabalho recreação e lazer	11,10	7,05	1,48	3,34
Compras gestão do dinheiro	7,25	6,17	2,91	4,11
Locomoção	11,82	8,10	0,50	3,55
Comunicação	7,20	5,97	5,43	4,61
Relações Sociais	2,97	2,52	1,65	1,92
Total EAVD	67,50	48,68	16,09	26,32

Tabela 19 – Correlações entre variáveis do Teste t para amostras emparelhadas

Teste t	Correlação entre variáveis	p
Cuidados pessoais Admissão Cuidados Pessoais Alta	0,917	0,000
Cuidados domésticos Admissão Cuidados domésticos Alta	0,666	0,000
Trabalho recreação e lazer Admissão Trabalho recreação lazer Alta	0,413	0,008
Compras gestão dinheiro Admissão Compras gestão dinheiro Alta	0,924	0,000
Locomoção Admissão Locomoção Alta	0,414	0,008
Comunicação Admissão Comunicação Alta	0,973	0,000
Relações sociais Admissão	0,955	0,000

Relações sociais Alta		
Total EAVD Admissão	0,974	0,000
Total EAVD Alta		

Tabela 20 – Teste t para amostras emparelhadas

Teste t	\bar{X}	Dp	t	p
Cuidados Pessoais Admissão Cuidados Pessoais Alta	5,55	2,61	13,44	0,000
Cuidados domésticos Admissão Cuidados domésticos Alta	2,75	3,89	4,46	0,000
Trabalho recreação Admissão Trabalho e recreação Alta	4,05	3,04	8,40	0,000
Compras e gestão Admissão Compras e gestão Alta	1,07	1,80	3,77	0,001
Locomoção Admissão Locomoção Alta	3,72	3,37	6,98	0,000
Comunicação Admissão Comunicação Alta	1,22	1,42	5,44	0,000
Relações sociais Admissão Relações sociais Alta	0,45	0,59	4,76	0,000
Total EAVD Admissão Total EAVD Alta	18,82	12,27	9,70	0,000

6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação e análise dos resultados obtidos e o tratamento estatístico efectuado, impõe-se como passo seguinte a sua discussão, onde pretendemos estabelecer, sempre que possível, um paralelo entre os resultados e as implicações teóricas e práticas que se revelaram mais pertinentes. A discussão dos resultados terá como referência os objectivos do trabalho, as hipóteses e a fundamentação teórica.

Para além dos objectivos traçados, também constitui interesse nosso, verificar a eventual influência de enfermagem de reabilitação na população idosa, nomeadamente através dos benefícios que um programa de reabilitação pode proporcionar na independência funcional.

Em função das características do estudo e da população, optámos por seleccionar para esta nossa pesquisa uma amostra não probabilística intencional por conveniência. Este estudo foi realizado com base numa amostra de 40 idosos, residentes no domicílio e foram sujeitos a um programa de reabilitação.

HAREL (2003), refere que perante amostras deste tipo, limita o pesquisador a generalizar as conclusões obtidas e extrapolá-las para uma população semelhante, mas nós podemos arriscar que estes resultados poderão ser semelhantes para muitos idosos, com características idênticas.

Seguidamente os resultados do nosso estudo serão discutidos e interpretados de uma forma clara, que decorrerá de acordo com as hipóteses estudadas, seguindo o modelo conceptual concebido, em que se esboça a inter-relação da (in)dependência funcional (variável dependente), com as variáveis independentes: sociodemográficas.

A (in)dependência funcional e a caracterização sócio demográfica

Idade e género

Relativamente á idade, verificamos que esta varia entre os 65 e os 101 anos, a nossa amostra está maioritariamente representada no grupo etário dos 82-101 anos, com 35% dos sujeitos. A média de idades para o total da amostra é de 77,82 anos, apresentando valores ligeiramente mais elevados para o sexo feminino do que para o masculino com idades médias de 78,39 e 77,06, respectivamente.

Os dados sócio demográficos caracterizadores da amostra, revelam desigualdade na repartição por sexos já que 57,5% dos idosos são do sexo feminino e apenas 42,5% do sexo masculino.

Esta distribuição também se verifica em todos os grupos etários. Os dados de acordo com INE (2005), salientam a feminilização do envelhecimento demográfico.

MARTINS (2004), corrobora da mesma opinião ao identificar a predominância do sexo feminino entre a população idosa no seu estudo (56,8%).

ROSA et al (2003), ALVES et al (2007), MACIEL e GUERRA (2007), e MOLINA et al (2003) nos seus estudos, também identificaram que as populações em estudo eram predominantemente femininas.

Igualmente o INE (2002) mostra que são variadíssimos os estudos sobre idosos em que o predomínio feminino se verifica: os factores que contribuem para esta tendência prendem-se com a relação de masculinidade, os efeitos da sobremortalidade masculina, os efeitos dos fluxos migratórios e da esperança de vida, que como sabemos é mais elevada no caso das mulheres.

Observa-se ainda que no grupo etário dos 82-101 anos, os homens são mais representativas (41,2%), em detrimento das mulheres no mesmo grupo que representam apenas 30,4%.

Estes resultados contrariam os confirmados por IMAGINÁRIO (2004), ao referir que vários autores na classe dos idosos com idade maior ou igual a 85 anos as mulheres são mais numerosas em comparação com o sexo oposto.

Para MARTINS (2004) cada ser tem o seu contínuum autonomia/dependência na realização de múltiplas tarefas e estas expressões, utilizam-se para definir os extremos desse contínuum, que ao longo do ciclo vital podem variar em qualquer direcção e divergir profundamente de pessoa para pessoa. É o que notamos nos idosos que estudamos ao

verificarmos que a sua maioria (70%), são dependentes elevados, na realização das AVD, o que implica não ser capaz de realizar por si sós, determinadas necessidades específicas, no momento da admissão do programa de reabilitação, passando para 50% na alta; 27,5% representa uma dependência moderada na admissão o que implica a necessidade de ajuda na realização de algumas necessidades e apenas 17,5% apresentam a mesma dependência na alta; relativamente á dependência ligeira verificamos que 2,5% da nossa amostra apresenta este tipo de dependência no momento de admissão no programa de reabilitação, passando a 32,5% na alta, o que nos leva a concluir o facto a nossa amostra ter realizado um programa de reabilitação, é um contributo favorecedor de uma maior independência funcional.

Relativamente á idade, podemos verificar que em todas as dimensões da EAVD existe um aumento das ordenações médias à medida que se evolui no grupo etário, isto é quanto maior é a faixa etária maior é o grau de dependência funcional. O mesmo resultado foi identificado por BRANCO, NOGUEIRA e DIAS (2001) e MOLINA et al (2003), ao referir o carácter progressivo da dependência funcional em relação á idade.

ROSA et al (2003), no seu estudo identificou que entre os 65 a 69 anos a probabilidade de ficar dependente é de 1,9 vezes, aumentando gradativamente até cerca de 36 vezes entre os de mais de 80 anos.

A mesma opinião tem MACIEL e GUERRA (2007), ao referir que na realização das AVD, a cada ano que passa aumenta uma vez a probabilidade de o idoso se apresentar dependente, justificando que, com o avanço da idade, as limitações físicas e orgânicas levam a repercussões sobre a função física, intelectual e social.

Uma análise simplificada da relação idade/independência funcional poderia levar-nos a conclusões precipitadas. Contudo, se pensarmos que em idades avançadas se verificam maiores problemas de saúde, perdas mais acentuadas de autonomia pessoal e problemas mais graves de mobilidade física e competência funcional, então a influência da idade na independência funcional dos idosos torna-se mais compreensiva (MARTINS, 2004).

Contrapondo estes resultados PARAHYBA e SIMÕES (2006), demonstraram que a incapacidade funcional não é uma consequência inevitável do processo de envelhecimento, ao observarem entre as pessoas de idade mais avançada um grupo que não referiu dificuldades na realização das suas actividades.

É de salientar que ao analisar a influência do sexo na (in)dependência funcional, esta não se revelou significativa. Nas dimensões da EAVD, podemos observar que os valores das ordenações médias são quase sempre superiores para o sexo masculino, excepto nas dimensões compras e gestão do dinheiro na admissão ao programa de reabilitação e nas dimensões trabalho, recreação e lazer e locomoção na alta onde o sexo feminino apresenta valores superiores.

Estes dados diferem dos de alguns autores (SOUSA, GALANTE; FIGUEIREDO 2003 e PARAHYBA e SIMÕES 2006), uma vez que para eles existe uma forte associação entre o sexo feminino e a dependência funcional. A mesma opinião tem ROSA et al (2003), ao concluir com o seu estudo, que o sexo está fortemente ligado á ocorrência de dependência, sendo duas vezes superior a probabilidade para as mulheres em relação aos homens.

MACIEL e GUERRA (2007), afirmam que em virtude de as mulheres viverem mais do que os homens, estas experimentam um maior número de doenças crónicas e comorbidades, resultando em limitações funcionais e dependência.

SARKISIAN et al (2000), num estudo realizado em mulheres maiores de 65 anos, demonstraram que a utilização de benzodiazepinas, depressão, falta de exercício, obesidade e deteriorização da acuidade visual se associam a perda de funções básicas.

O facto de no nosso estudo os idosos do sexo masculino estarem mais dependentes que os idosos do sexo feminino, poderá, em nosso entender e corroborando da opinião de OSADA (2000), dever-se á circunstância de as mulheres serem responsáveis por algumas actividades domésticas diárias, mantendo-se assim activas por mais tempo e retardando deste modo a perda da funcionalidade.

Estado civil e agregado familiar

Da análise do estado civil, o estudo revelou que, a maioria dos idosos são casados (62,5%), sendo os restantes viúvos (37,5%), não se tendo verificando outros estados civis na nossa amostra.

BRANCO et al. (2001), refere-se a uma predominância destes na população idosa a nível nacional. Destaca-se ainda que tal como se verifica na nossa amostra os homens são na sua maioria casados (82,4%) e as mulheres são predominantemente viúvas (52,2%).

Também MACIEL e GUERRA (2007), no seu estudo verificou a predominância dos idosos casados (55,8%) em relação aos viúvos (33,5%). ROSA et al (2003) também obteve os mesmos resultados, ao estudar os factores determinantes da capacidade funcional entre idosos.

No que respeita à composição do agregado familiar encontramos 67,5% dos idosos a viver com outras pessoas (filhos, irmãos, empregados), enquanto que 32,5% vivem com o conjugue. Relativamente á distribuição por sexo, verificamos que os idosos de ambos os sexos coabitam maioritariamente com outras pessoas enquanto que a viver com os conjugue temos uma maior percentagem de mulheres (34,8%) seguindo-se os homens com 29,4%. Nenhum dos idosos referiu viver sozinho.

MACIEL e GUERRA (2007), também verificaram que maioritariamente, os idosos vivem com outras pessoas (64,8%) em detrimento de viver com o cónjuge (28,7%).

BRINK (2004), associa a viuvez a um maior risco de dependência. Corroboramos com a mesma opinião, apesar de não se verificar uma relação estatisticamente significativa entre a independência funcional e o estado civil, mas pelos dados obtidos também podemos afirmar que os idosos viúvos são mais dependentes que os casados.

MACIEL e GUERRA (2007), no seu estudo sobre a influência dos factores biopsicosociais sobre a independência funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil, verificaram que os idosos casados ou que mantinham uma relação conjugal estável apresentam menor probabilidade de apresentarem limitação funcional e consequente dependência.

ROSA e tal (2003), concluiu no seu estudo que, os idosos viúvos apresentam 3,3% de probabilidade para desenvolver dependência.

HÉBERT et al. (1999) e MACIEL e GUERRA (2007), referem que as pessoas ao morar sozinhas se revelam mais independentes, porque pode significar uma motivação á manutenção da habilidade para realizar AVD, devido á inexistência de um companheiro ou outra pessoa para ajudar, situação que não se verificou no nosso estudo uma vez que todos os idosos referiram viver acompanhados pelo conjugue ou outras pessoas.

Habilitações literárias e profissão

Os baixos níveis de escolaridade observados na nossa amostra vêm ao encontro dos estudos realizados por MARTINS (2004), BRANCO, NOGUEIRA e DIAS (2001) ao

referirem que os dados nacionais revelam que a maioria da população idosa possui baixos níveis de instrução.

Neste contexto, saliente-se que 65% dos idosos possuem apenas o 1º ciclo de estudos, enquanto que 32,5% não sabe ler nem escrever.

ROSA et al (2003) e MACIEL e GUERRA (2007), obtiveram resultados contrários ao nosso estudo, em que a maior percentagem dos idosos são analfabetos.

As mulheres possuem predominantemente maiores habilitações literárias (65,2%), seguindo-se os homens com valores muito semelhantes (64,7%), o que contrapõe com a moldura sócio-cultural que por largos anos prevaleceu na nossa sociedade.

Obtivemos uma relação estatisticamente significativa entre as habilitações literárias e a independência funcional. Em que os idosos com habilitações literárias, apresentam a uma maior de independência funcional nos dois momentos de avaliação.

Os mesmos dados são corroborados por ROSA et al. (2003), BRANCO, NOGUEIRA e DIAS (2001).

ROSA et al (2003), vai mais longe ao referir que, os idosos analfabetos apresentam uma probabilidade cinco vezes superior de dependência, comparando com os idosos com habilitações literárias.

MACIEL e GUERRA (2007), refere que pessoas com maior instrução, tem maiores preocupações com a sua saúde e capacidade de recuperação, assim como hábitos higiénicos mais saudáveis, do que aquelas menos favorecidas.

No que diz respeito à análise da profissão dos nossos inquiridos, o grupo profissional com maior representatividade é o da actividade não remunerada (G 11) com 55,5% da amostra e é o sexo feminino o que melhor demonstra esta situação (95,7%), pois este grupo representa as “domésticas”. O sexo masculino distingue-se no grupo dos agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas (G6) representado por 58,8% dos homens. Os grupos com menos representatividade são os grupos: pessoal dos serviços e vendedores (10%); o grupo dos operários, artífices e similares com 7,5% e o grupo de outras situações não previstas no CNP com 2,5% da amostra.

Em relação á profissão o nosso estudo não verificou existir influência da actividade profissional na (in)dependência funcional, contudo existe uma excepção referente à dimensão comunicação na alta do programa de reabilitação ($p = 0,049$) onde existe relação estatística ligeiramente significativa, contrapondo com os dados obtidos por ROSA et al (2003), que concluiu que as domésticas apresentam uma probabilidade oito vezes superior de desenvolverem dependência comparando com outras profissões.

A (in)dependência funcional e o programa de reabilitação

O presente estudo pretendeu analisar e destacar a influência desta variável na (in)dependência funcional dos idosos, sem no entanto deixar de incluir outros factores, considerados pela literatura consultada, como intervenientes neste processo.

Observamos que na amostra estudada, todos os sujeitos realizaram um programa de reabilitação tendo sido avaliados na admissão ao referido programa e na alta.

Da análise inferencial emergiu a existência de uma relação estatisticamente significativa entre os dois momentos de avaliação, verificando-se que no primeiro momento de avaliação (admissão) os idosos apresentaram níveis de dependência funcional superiores comparados com os níveis de dependência na alta do programa de reabilitação (segundo momento de avaliação)

Vários autores corroboram com os resultados obtidos no nosso estudo.

CUNHA et al (2007), com o objectivo de identificar a relação entre a participação de idosos num programa de reabilitação e a independência funcional concluiu que os participantes que realizaram o respectivo programa apresentaram uma maior independência funcional que o restante grupo que não participou deste programa.

Da mesma opinião corroboram GOMES et al (2009), ao obterem resultados idênticos num estudo sobre a influência da enfermagem de reabilitação na mobilidade do utente idoso, submetido a artroplastia total do joelho durante o internamento hospitalar.

Mediante um ensaio clínico aleatório, REUBEN et al (1999), concluíram que a intervenção em idosos que apresentem uma dependência específica previne a deteriorização funcional a melhora a qualidade de vida relativa á saúde.

Já GILL et al (2002), demonstrou com o seu estudo que um programa de intervenção domiciliária centrado nas dependências físicas pode melhorar a deteriorização funcional em idosos considerados frágeis que vivem no seu domicílio.

Fundamentando os dados obtidos corroboramos da mesma opinião de MOLINA et al (2003), COSTA (2005); PARAHYBA et al (2005) e LOUREIRO et al (2007) ao realçarem a importância de diferentes intervenções junto dos idosos, entre as quais a dos enfermeiros de reabilitação, no sentido de prevenir o envelhecimento patológico e promover condições pessoais e mudanças sócio-ambientais que permitam reequilibrar a harmonia entre o idoso e o ambiente que o rodeia.

3 – CONCLUSÃO/ SUGESTÕES

O envelhecimento da população tornou-se uma das principais preocupações dos intervenientes no domínio da saúde e começa a influenciar profundamente a prática dos cuidados.

Sabendo-se que com a idade há um aumento da prevalência de doenças crónicas, muitas vezes incapacitantes, a dependência torna-se num dos maiores problemas enfrentados pelos idosos, resultando na perda de espaço e de autonomia em que a pessoa idosa se vê limitada na gestão da sua própria vida.

Os enfermeiros de reabilitação, através da sua formação especializada, são sem dúvida, os profissionais melhor posicionados para estimular, ensinar e treinar a pessoa idosa a desenvolver as suas capacidades individuais no sentido de manter ou recuperar habilidades perdidas. Inclui e orienta os respectivos familiares no processo de reabilitação preparando assim o idoso e família para uma vivencia mais adaptada desta fase da vida.

O nosso intuito com este trabalho foi ir de encontro a uma problemática actual, de elevado interesse e pertinência. Pretendíamos assim, reflectir sobre os efeitos da intervenção da enfermagem de reabilitação, nomeadamente ao nível da (in)dependência funcional da população idosa abrangida.

Este capítulo procura ser o ponto de reflexão sobre o estudo realizado com o qual se pretende dar conta de algumas conclusões a que nos foi possível chegar, embora reconheçamos que continuam em aberto muitas questões a suscitar novos avanços e novas investigações.

Da análise dos resultados obtidos e tendo em atenção os objectivos propostos inicialmente, concluímos que:

- A amostra estudada é maioritariamente feminina (57,5%), situando-se a média das idades nos 77,82 anos;
- Quanto ao estado civil, são predominantemente casados (62,5%) a viver com outras pessoas (67,5%), habilitados com o 1º ciclo de estudos (65%), actualmente reformados de profissões não remuneradas (domésticas), (55,5%);

- Relativamente às patologias incapacitantes mais frequentes na amostra estudada, apurámos que estas se verificam ao nível do sistema ósteo-muscular e tecido conjuntivo (62,5%). É de salientar que também aqui se verifica uma predominância do sexo feminino (42,5%).
- A (in)dependência funcional dos idosos, avaliada através escala de AVD de Lawton e Brody, oscilou entre o valor mínimo de 29 e máximo de 84 na admissão no programa de reabilitação e entre o valor mínimo de 4 e máximo de 79 na alta, situando-se numa média de 67,5% na admissão e 48,7% na alta, o que significa que houve uma evolução de dependência elevada para uma dependência moderada da população em estudo que foi sujeita a um programa de reabilitação.
- Os idosos da nossa amostra com mais habilitações literárias são mais independentes, em detrimento dos idosos sem habilitações literárias

Após a síntese dos principais resultados cabe agora a interpretação das hipóteses enunciadas, assim podemos referir que:

- Existe uma relação estatisticamente significativa entre a idade e a independência funcional;
- Não existe uma relação estatisticamente significativa entre a (in)dependência funcional e o sexo;
- Não se verifica uma relação estatisticamente significativa entre o estado civil e a (in)dependência funcional;
- Já no que se refere às habilitações literárias existe uma relação estatisticamente significativa com a (in)dependência funcional;
- Não existe uma relação estatisticamente significativa entre a profissão e a independência funcional, há exceção da dimensão comunicação na alta do

programa de reabilitação (onde existe relação estatística ligeiramente significativa $p = 0,049$);

- Existe uma relação estatisticamente significativa entre a independência funcional e respectivas dimensões e o programa de reabilitação, uma vez que a dependência funcional diminui da admissão para a alta do programa de reabilitação

Considerando que o título do nosso trabalho faz alusão á intervenção de enfermagem de reabilitação na (in)dependência funcional dos idosos domiciliados, que apesar de não haver um grupo de controle, uma vez que por questões de carácter ético foi nosso objectivo incluir todos utentes que realizaram o programa de enfermagem de reabilitação, não excluindo nenhum, é nosso intuito afirmar que, este estudo veio confirmar a importância da enfermagem de reabilitação como entidade promotora da independência funcional, uma vez que os resultados finais obtidos na independência funcional dos idosos demonstram valores mais positivos.

A dependência ocasiona maior vulnerabilidade, exigindo por parte da sociedade uma preparação adequada, ao nível da prevenção e reabilitação como forma de combater a dependência funcional.

O primeiro obstáculo, com a realização deste estudo, surgiu com a dificuldade em seleccionar a amostra determinando os critérios de elegibilidade e a sua acessibilidade.

Por outro lado, a colheita de dados foi facilitada, pois o contacto com os idosos inquiridos é diário.

Seguidamente procedemos á pesquisa bibliográfica conscientes que as fontes consultadas comportam um nível de informação pertinente e o mais actual possível, de forma aprofundar e a consolidar conhecimentos indispensáveis sobre o tema, surgindo aqui alguma dificuldade em seleccionar os estudos existentes, uma vez que na área específica da reabilitação respeitante á realidade portuguesa, estes são em número reduzido.









O desenvolvimento e consecução desta pesquisa permitiu-nos atingir o principal objectivo delineado e perceber que na realidade o trabalho e empenho da enfermagem de reabilitação, parece contribuir positivamente para que a população idosa apresente níveis de independência funcional mais elevados.











No final deste trabalho, constatamos que a manutenção da independência funcional se torna essencial, para um envelhecimento saudável, levando-nos assim a tecer algumas sugestões que consideramos pertinentes:










- Manter e melhorar a independência funcional do idoso iniciando programas de reabilitação o mais precocemente possível;
- Acções educativas para cuidadores informais com o intuito de promoção da saúde e prevenção de incapacidades nos idosos;
- A necessidade de um maior apoio das instituições de carácter social às famílias de idosos incapacitados, de modo a garantir a sua qualidade de vida, independência e autonomia, indicativos de envelhecimento saudável e bem sucedido;
- Criação de uma rede de apoio informal (família, amigos e vizinhos) e formal (apoio institucional) que procure solucionar/minimizar estes problemas através de estratégias integradas (inter-institucional e multi-sectorial) com vista à prevenção de autonomia do idoso;
- Realizar um estudo de investigação com as mesmas características mas em amostras mais amplas e outros desenhos epidemiológicos, como os estudos longitudinais;
- Realização de estudos de investigação, que identifiquem os factores responsáveis pela dependência funcional para uma melhor intervenção da enfermagem de reabilitação.









Se o chegar ao “términus” de uma tarefa pode ser gratificante, uma vez que nos liberta para outras tarefas, fica-nos a sensação que este trabalho é uma realidade inacabada para a qual ainda não se conseguiram alcançar estádios de conhecimento que o possa considerar como definitivo.










REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS








-  ALVES, Luciana C. et al. - A influência das doenças crónicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública Vol.23, nº 8 p. 1924-1930.
-  BRANCO, Maria João; NOGUEIRA, Paulo Jorge; DIAS, Carlos Matias – **MOCECOS: uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI**. Lisboa: ONSA, 2001.
-  BOTELHO, Maria - **Autonomia funcional em idosos**. PORTO: Laboratórios Bial, 2000.
-  BRINK, Carolien L. van den [et. al] – Effect of widowhood on disability onset in elderly men from three European countries. Journal of the American Geriatrics Society. [em linha]. Vol 52, nº 3 (2004), p. 353-358. Disponível em <<http://www.blackwell-synergy.com>>.
-  CARMO; Hermano; FERREIRA, M — **Metodologia da Investigação: Guia para Auto Aprendizagem**. Lisboa: Universidade Aberta, 1998, p.130-193.
-  CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA A FAMÍLIA DE CLASSIFICAÇÕES INTERNACIONAIS. CIF: **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.
-  COSTA, Ana Raquel (et al.) – **Qualidade de Vida no Deficiente Motor com Lesão Medular Traumática**. Viseu, 2006. P. 236. Trabalho de investigação de final de curso, apresentado na Escola Superior de Saúde de Viseu.
-  COSTA, Maria Arminda – Cuidados de enfermagem aos idosos: percursos de formação e de investigação. In PAÚL, Constança; FONSECA, António M. – *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. P. 255-279.









-  CROMWELL, D. A., EAGAR, K., POULOS, R. - The performance of instrumental activities of daily living scale in screening for impairment in elderly community residents. Journal of Clinical Epidemiology, Vol. 56, (2003), p. 131-137.
-  CUNHA, Cristina [et al.] – **A Importância da Enfermagem de Reabilitação no Cuidar de Idosos**. Viseu 2007. p. 208. Trabalho de Investigação de 1º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação – Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de saúde de Viseu.
-  DEVONS, C. - Comprehensive geriatric assessment: Making the most of the aging years. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*, 2002, nº 5, p. 19-24.
-  DIOGO M.J.D. - O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol. 11, nº 1 (2000), p. 75-81.
-  DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) – **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. Lisboa. 2004, p.20.
-  DUCA, Giovanni et al - Incapacidade funcional para actividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. Revista de Saúde Pública. nº 43, (Fevereiro 2009), p. 796-805
-  Duarte, Y., Andrade, C., Lebrão, M. - O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, nº 41, (2007). pp.317-325.
-  FESTAS, Constança – Cuidado de enfermagem e Competência profissional. Informar. Porto. Ano XII, nº 37 (Julho/ Dezembro 2006), p. 30-37.
-  FORTIN, Marie-Fabienne – Métodos de amostragem. In - *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999, p. 15 - 202.
-  FORTIN, Marie-Fabienne – Apresentação e Interpretação dos resultados. In – *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 2003. p. 329-338.









-  GILL, T.M.; BAKER D.I.; GOTTSCHALK M.; - A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. N.Engl J. Med Vol. 347, (2002); p. 168-174.
-  GOMES, JACINTA (et al) – **Contributos do Enfermeiro de Reabilitação na mobilidade - O idoso com artroplastia do joelho.** Viana do Castelo, 2009. Trabalho de Investigação do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação – Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde Viana do Castelo.
-  GRAF, C. - The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale. AJN, American Journal of Nursing, Vol.108, (2008). p. 52-62.
-  HANSON, Shirley - **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família – Teória, Prática e Investigação**, Loures. Editora Lusociência. 2005.
-  HAREL, François – Análise estatística dos dados. In FORTIN, Marie-Fabienne – O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência, 2003.p.269-304
-  HESBEEN, Walter. - **A reabilitação: Criar novos caminhos.** Loures: Lusociência, 2003.
-  HÉBERT, Réjean; BRAYNE, Carol; SPIEGELHALTER, David – Factors associated with functional decline and improvement in a very elderly community dwelling population. American Journal of Epidemiology [em linha]. Vol.150, nº 5 (1999), p. 501-510. Disponível em <<http://www.aje.oxfordjournals.org/cgi/reprint/150/5/501>>.
-  HOEMAN, Shirley P. – **Enfermagem de Reabilitação.** 2ª Edição. Lisboa: Lusociência, 1989, p. 51-167.
-  HOEMAN, Shirley P. - Bases Conceptuais da Enfermagem de Reabilitação. In HOEMAN, Shirley P, Enfermagem de Reabilitação 2ª Edição. Lisboa. Lusociência, 2000.


-  ITAMI, L.T. - Causas externas e seu impacto sobre independência funcional em adultos com fracturas. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. 2008.
-  IMAGINÁRIO, Cristina M.– **O Idoso Dependente em Contexto Familiar: uma análise da visão da família e do Cuidador Principal**. Coimbra: Formasau, 2004. 242 p. ISBN 972–8485–38–7.
-  INFOPÈDIA – Enciclopédia e dicionários. Porto Editora. (2007). Disponível <http://www.infopedia.pt>.
-  KAWASAKI K.; Cruz K.C.T., Diogo M.J.D. - A utilização da Medida de Independência Funcional (MIF) em idosos: uma revisão bibliográfica. Med Reabil. São Paulo (2004), p. 57-60.
-  KOUKOULI, S.; VLACHONIKOLIS, I. G.; PHILALITHUS, A. – Socio-demographic factors and self reported functional status: the significance of social support. BMC Health Serv. Res. (em linha). VOL. 2, n°20 (2002). Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472.6963/2/20>.
-  LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade – **Metodologia Científica**. 3ª Edição, São Paulo: Editora Atlas, 1996, p. 29-36.
-  LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S.M.; GIATTI, L. - Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicação da população idosa brasileira: um estudo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios. Cadernos de Saúde Pública. 2003.
-  LOUREIRO, Marli (et al) – As actividades de vida diária e ajudas técnicas nos grandes idosos, diagnóstico de situação. Geriatrics. Lisboa. Vol. 3, nº 15 (Maio/ Junho 2007), p. 50-58

-  MACIEL, Á. C., GUERRA, R. O. - Influência dos factores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia, nº10, (2007), p. 178-189.
-  MARTINS, Rosa Maria Lopes – Envelhecimento e saúde: um problema social e emergente. Millenium. Viseu. Nº 27 (Abril 2003) disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium27/default.htm>.
-  MARTINS, Rosa Maria Lopes – **Qualidade de Vida dos Idosos da Região de Viseu**. Badajoz: [s.n.], 2004, 306 p. Dissertação de Doutoramento apresentada á Universidade da Extremadura. Acessível na Biblioteca da Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.
-  MOLINA, E., LAPORTE, A., GIL, L., TUDURY, X. M. T. (2003). Factores predictores del deterioro funcional geriátrico.nº32, p. 282-287.
-  MONIZ, José Manuel Nunes – **A Enfermagem e a pessoa idosa a prática de cuidados como experiência formativa**. Loures: Lusociência, 2003. ISBN:972-8383-49-5.
-  MUMMA, Christina M.; NELSON, Audrey - **Modelos Teóricos para a Prestação de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação**. In HOEMAN, Shirley P. *Enfermagem de Reabilitação*. 2ª Edição. Lisboa: Lusociência, 2000.
-  NERI, A.L. - **Desenvolvimento e envelhecimento**. Campinas: Papirus, 2001.
-  NETTO; Matheus Papaléo – O Estudo da Velhice no Século XX: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In FREITAS, Elizabete Viana [et al.] – *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2002. p. 2-12.
-  ORGANIZAÇÃO PAN – AMERICANA DA SAÚDE. SABE – **Saúde, Bem Estar, Envelhecimento – O projecto SABE no Município de São Paulo: Uma abordagem inicial**. Brasília, 2003.

-  ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Classificação Internacional de deficiências, incapacidades e desvantagens**. Secretariado Nacional de Reabilitação. Ministério do Emprego e da Segurança Social. Lisboa, 1989.
-  OSADA, H. [et al.], The relationship between psychological well-being and physical functioning in Japanese urban and rural olders adults. Journal of aging and physical activity Champaign, III, .nº8. (2000) p.140-147.
-  PARAHYBA, Maria Isabel; SIMÕES, Celso Cardoso da silva.; - A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. Ciência e Saúde Colectiva. (em linha) Vol. 11, nº 4(2006),p.967974.Disponível<<http://redalyc.Uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArstPdfRed.jsp?iCve=63011418>>.
-  PARAHYBA, Maria Isabel; VERAS, Renato; MELZER, David.; - **Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil**. Revista de Saúde Pública. Vol. 39, nº 3. (2005), p.383-391. Disponível <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S003489102005000300008&Ing=en&nrm=isso>>.
-  PAULA, J.A.M.; TAVARES, M.C.G.C.F.; DIOGO, M.G.D. – Avaliação Funcional em Gerontologia. Gerontologia. 1998.
-  PESTANA, Maria Helena, GAGEIRO, João Nunes – **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS**. 4ª ed. Revista e aumentada. Lisboa: Edições Sílabo, 2005.
-  PEREIRA, S.R.M. - **Repercussões sócio-sanitárias da “epidemia” das fracturas do fémur sobre a sobrevivência e a capacidade funcional do idoso**. Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz . Rio de Janeiro. 2003.

-  POLIT, Denise; HUNGLER, Bernardette — **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. 3ª Edição. Artes Médicas: Porto Alegre, 1995. p. 70- 146.
-  POLIT, Denise F. - **Investigação em Ciências de Saúde**. México:Nova Editorial, Intera Mexicana, 1995, p. 13, 19, 26.
-  POLIT, D.; HUNGLER, B.- **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
-  PORTUGAL. INSTITUTO DE EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL - Classificação Nacional de Profissões. Versão 1994 (em linha) 2006. Disponível em <http://portal.iefp.pt/portal/pageid=117,102201&dad=gov_portal_iefp&schema=GOV_PORTAL_IEFP>.
-  PORTUGAL. INE – Destaque: informação à comunicação social. Indicadores sociais. [em linha]. 2005 [Disponível em <<http://www.ine.pt/prodserv/quadros/período.asp?pubcod=163>>.
-  PORTUGAL. INE – O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. Revista de Estudos Demográficos. [em linha]. N.31 (2002), p.185-208 Disponível em <<http://www.ine.pt>>.
-  PORTUGAL. INE – Projecções de população residente em Portugal 2008-2060. [em linha]. (2009). Disponível em <<http://www.ine.pt>>.
-  RAMOS, Luiz Roberto – Factores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projecto Epidoso, São Paulo. Cadernos de Saúde Pública [em linha]. Vol.19, nº3 (2003) Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2003000300011&script=sci_artte>.

-  REGULAMENTO nº 125/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República II Série N.º 35 - (2011-02-18). P. 8658-8659.
-  REUBEN, D.; FRANK J.; HIRSCH, S. – A randomized clinical trial of outpatient comprehensive geriatric assessment coupled with an intervention to increase adherence to recommendations. *J.Am Geriatr Soc* 1999; 47;269-276.
-  ROEHRIG, B., HOEFFKEN, K., PIENKA, L., & WEDDING, U. (2007). How Many And Which Items Of Activities Of Daily Living (ADL) And Instrumental Activities Of Daily Living (IADL) Are Necessary For Screening. Critical Reviews in Oncology/Hematology, n° 62, p. 164-171.
-  ROSA, Tereza .Etsuko da Costa [et al]; - Factores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Revista de Saúde Pública.Vol. 37, nº1 (2003), p. 40-48 Disponível em <<http://www.fsp.usp.br/rsp>>.
-  SANTOS, Purificação Fernandes Custódio dos Santos – **A depressão no Idoso. Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão.** Coimbra: Quarteto Editora, 2000, p. 131. ISBN: 972-8535-61-9.
-  SARKISIAN C. A., LIU. H., GUTIERREZ, P.R., - Modifiable risk factors predict functional decline among older women: a prospectively validated clinical. Am Geriatric Vol.48 nº 170-8 (2000).
-  SEQUEIRA, C. 2010. **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental.** 1ªEdição. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda, 2010. ISBN: 978-972-757-717-0.
-  SILVA, Maria Anabela – A urgência de preparar a velhice. Artigo Jornal de Leiria [em linha] (2001). Disponível em: <<http://www.apgerontopsiquiatria.com/historial.php>>.

 SOUSA, Liliana.; GALANTE, Helena; e FIGUEIREDO, Daniela. – Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. Revista de Saúde Pública [em linha]. Vol. 37, nº3 (2003), p.364-371. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n3/15866.pdf>>.

 VERAS R. - **Terceira Idade: gestão contemporânea em saúde**. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 2002, p.52-55.

ANEXOS

ANEXO I

Instrumento de colheita de dados

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

II CURSO DE MESTRADO
EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

FORMULÁRIO

**(In)dependência Funcional em Idosos Domiciliados:
"Intervenção de Enfermagem de Reabilitação"**

DATA: ____/____/____

Nº ____

Sou Enfermeira e encontro-me a realizar um trabalho de Investigação intitulado (IN)DEPENDÊNCIA FUNCIONAL EM IDOSOS DOMICILIADOS: “INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO”, no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Viseu.

A concretização deste estudo só será assim possível graças à sua colaboração. O formulário é anónimo, as suas respostas confidenciais e o seu uso restrito apenas ao presente trabalho.

Desde já agradeço a sua atenção, colaboração e disponibilidade.

I – CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA

1 - Idade _____ anos.

2-Sexo : Masculino Feminino

3 – Estado Civil:

Casado (a)	
Viúvo (a)	
Divorciado (a)	
Solteiro (a)	
Outro	

Qual? _____

4- Habilitações Literárias:

Não sabe ler nem escrever	
1º Ciclo de Estudos (4ª classe)	
2º Ciclo de Estudos (9º ano ou antigo 5ºano)	
3º Ciclo de Estudos (11º ano ou antigo 7º ano)	
Curso Médio	
Curso Superior	
Outro	

Qual? _____

5- Profissão:

6 - Patologia Incapacitante: _____

7 – Tempo que medeia desde o surgimento da patologia _____

8– Início do programa de enfermagem de reabilitação _____

9 – Agregado familiar: (com quem vive): _____

II – AVALIAÇÃO DO GRAU DE (IN)DEPENDÊNCIA:

Lawton e Brody (1969)

CUIDADOS PESSOAIS

1 - Alimentação

0 = Normal

1 = Independente

2 = Necessita de ajuda para cortar ou servir

3 = Deve ser alimentado(a) na maioria das refeições

2 - Vestir-se

0 = Normal

1 = Independente, mas lento(a)

2 = Sequência errada, esquece itens

3 = Necessita de ajuda para vestir-se

3 - Banho

0 = Normal

1 = Toma banho sozinho(a) mas necessita de ser lembrado(a)

2 = Toma banho sozinho(a) com assistência

3 = Toma banho sozinho(a) com ajuda total de outros

4 - Eliminações Fisiológicas

0 = Vai á casa de banho sozinho (a)

1 = Vai á casa de banho quando lembrado (a); pequenos problemas

2 = Precisa de ajuda para a actividade

3 = Não tem controlo sobre esfíncter anal e/ou vesical

5 - Medicação

0 = Toma sem ajuda

1 = Lembra-se quando a medicação é deixada em local especial

2 = Necessita de lembretes escritos ou falados

3 = Necessita que outros lhe dêem a medicação

6 - Interesse na aparência pessoal

0 = O mesmo de sempre

1 = Interessa-se quando vai sair, mas não em casa

2 = Preocupa-se apenas quando solicitado

3 = É necessário ser vestido(a) por terceiros

CUIDADOS DOMÉSTICOS

1 - Preparação da alimentação, cozinhar

0 = Planeia e prepara a refeição sem dificuldades

1 = Cozinha, mas menos do que o habitual ou com menos variedade

2 = Prepara a refeição com ajuda (ingredientes previamente seleccionados)

3 = Não realiza esta actividade

2 - Arrumação da mesa

0 = Normal

1 = Independente, mas lento(o)

2 = Esquece-se de itens ou coloca-os errado

3 = Não realiza esta actividade

3 - Trabalhos domésticos

0 = Mantém a casa como de costume

1 = Faz apenas metade do seu trabalho

2 = Ocasionalmente varre a casa ou faz pequenos serviços

3 = Não cuida da casa

4 - Tarefas domésticas

0 = Realiza todos os arranjos habituais

1 = Realiza, pelo menos, metade dos trabalhos habituais

2 = Ocasionalmente faz pequenos arranjos

3 = Não lava as roupas

5 - Lavar Roupas

0 = Lava-as como de costume (rotina)

1 = Lava com menor frequência

2 = Lava apenas quando lembrado

3 = Não lava as roupas

TRABALHO, RECREAÇÃO/ LAZER

1 - Trabalho

0 = Trabalha normalmente

1 = Problemas leves com responsabilidades de rotina

2 = Trabalha em actividades mais fáceis ou durante período de tempo mais curto

3 = Não trabalha

2 - Recreação

0 = A habitual

1 = Actividade menos frequente

2 = Perdeu certas habilidades necessárias para actividades recreativas

3 = Não participa em actividades recreativas

3 - Organizações

0 = Comparece a encontros

1 = Comparece menos frequentemente

2 = Comparece ocasionalmente

3 = Não comparece

4 - Viagens

0 = O habitual

1 = Viaja com a ajuda de alguém

2 = Viaja com ajuda de cadeira de rodas

3 = Limitado(a) á casa ou ao hospital

COMPRAS E GESTÃO DO DINHEIRO**1 - Compras**

0 = Normal

1 = Esquece-se de itens ou compra itens desnecessários

2 = Necessita de ser acompanhado(a) enquanto faz as compras

3 = Não faz as compras

2 - Gestão do dinheiro

0 = Normal

1 = Tem dificuldade em pagar valores exactos, contar o dinheiro

2 = Perde ou coloca o dinheiro em local errado

3 = Não gere o dinheiro

3 - Administração das finanças

0 = Pagamento de contas e serviços bancários normais

1 = Paga contas atrasadas, dificuldades para preencher cheques

2 = Esquece-se de pagar as contas, problemas para administrar o saldo bancário; necessita da ajuda de terceiros

3 = Não gere as finanças

LOCOMOÇÃO

1 - Transporte público

0 = Utiliza transporte público normalmente

1 = Utiliza transporte público menos frequentemente

2 = Perde-se quando utiliza transporte público

3 = Não usa transporte público

2 - Condução de veículos

0 = Conduz normalmente

1 = Conduz com cuidado

2 = Dificuldade em conduzir; perde-se enquanto conduz

3 = Não conduz

3 - Mobilidade pela sua vizinhança

0 = Normal

1 = Sai de casa menos frequentemente

2 = Perde-se nas proximidades de casa

3 = Só sai acompanhado(a)

4 - Locomoção fora dos locais familiares

0 = Normal

1 = Ocasionalmente fica desorientado(a) em locais estranhos

2 = Fica muito desorientado(a), necessita de ser acompanhado(a)

3 = Não é capaz de sair sozinho(a) ou acompanhado(a)

COMUNICAÇÃO

1 - Uso do telefone

0 = Normal

1 = Telefona apenas para alguns números familiares

2 = Apenas atende ao telefone

3 = Não usa o telefone

2 - Conversas

0 = Normal

1 = Menos comunicativo(a), dificuldade em lembrar-se de certas palavras

2 = Comete erros ocasionais de linguagem

3 = A fala é quase ininteligível

3 - Compreensão

0 = Compreende tudo o que lhe é dito

1 = Solicita repetição para compreender

2 = Ocasionalmente tem dificuldade em compreender conversações ou palavras específicas

3 = Não compreende o que as pessoas falam na maior parte do tempo

4 - Leitura

0 = Normal

1 = Lê com menor frequência

2 = Tem dificuldade em compreender ou lembrar-se do que leu

3 = Não lê

5 - Escrita

0 = Normal

1 = Escreve com menor Frequência, dá erros ocasionais

2 = Apenas assina o nome

3 = Não escreve

RELAÇÕES SOCIAIS

1 - Relações familiares

0 = Normais

1 = Pequenos problemas

2 = Sérios problemas

3 = Divórcio(a), separado(a), sem relacionamentos

2 – Relações familiares (crianças)

0 = Normais

1 = Facilmente irritável, punições intempestivas

2 = Negligencia as necessidades físicas e emocionais dos filhos

3 = Incapaz de cuidar das crianças

3 - Amigos

0 = Encontra os amigos com a mesma frequência

1 = Encontra os amigos com menos frequência

2 = Aceita visitas, mas não procura companhia

3 = Recusa a vida social, insulta os visitantes

TOTAL: _____

ANEXO II

Autorização para aplicação do formulário

