

Ana Maria de Almeida Marques Rodrigues

Dependência no Autocuidado dos Idosos Residentes em Lar



Agosto de 2015

Ana Maria de Almeida Marques Rodrigues

Dependência no Autocuidado dos Idosos Residentes em Lar

Relatório Final

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Rosa Martins



Agosto de 2015

Agradecimentos

À Professora Doutora Rosa Martins, pela orientação, apoio, estímulo e mestria que proporcionou em todas as etapas deste estudo.

Aos idosos da Residência Rainha D. Leonor o meu profundo agradecimento.

Às entidades envolvidas: Escola Superior de Saúde de Viseu e Residência Rainha D. Leonor.

À minha família pelo apoio, disponibilidade, pelo tempo que lhes foi negado e pela compreensão ao longo desta etapa académica.

Aos meus amigos e colegas de trabalho pela compreensão, interesse e apoio sempre que solicitados.

A todos os que de alguma forma, me apoiaram ao longo deste percurso.

Muito Obrigada.

“Tem sempre presente que a pele se enrugua, que o cabelo se torna branco, que os dias se convertem em anos, mas o mais importante não muda: tua força interior.”

Madre Teresa de Calcutá

Resumo

O autocuidado é indispensável à conservação da vida e resulta do crescimento diário da pessoa, na experiência como cuidador de si mesmo e de quem faz parte das suas relações. É a chave dos cuidados de saúde, sendo interpretado como uma orientação para a ação de enfermagem que, através das ações de autocuidado, podem implementar intervenções para a promoção da saúde e/ou prevenção da doença.

Os objetivos do estudo direcionam-se para a importância na identificação do perfil de autocuidado dos idosos, ou seja, na determinação dos diferentes níveis de dependência no autocuidado dos idosos a residir em lar. Entendemos este conhecimento, (proveniente dos resultados do estudo) como um contributo relevante no sentido de melhorar o modo como o apoio e/ou a ajuda pode ser ajustada a cada indivíduo, uma vez que estas adaptações só são possíveis perante o diagnóstico real da dependência das pessoas.

Metodologia: Este estudo inclui-se num paradigma de investigação quantitativa, do tipo não experimental, transversal, descritivo e correlacional. A população em estudo são os idosos residentes no lar Residência Rainha D. Leonor em Viseu. Utilizou-se uma amostra não probabilística acidental, em função do peso relativo dos idosos desta instituição constituída por 136 idosos. O instrumento de colheita de dados inclui a escala de dependência no autocuidado.

Resultados: Os idosos são maioritariamente mulheres, viúvas, com baixa instrução literária e com média de idade de 86 anos. Verificamos que as patologias predominantes são do foro cardíaco (70,6%), osteoarticular (62,5%) e neurológico (55,1%).

Considerando o nível global de dependência no autocuidado, verificamos que 46,4% da amostra é independente, 36,0% é dependente em grau elevado e 17,6% dependente em grau parcial, ou seja, 53,6% apresenta algum grau de dependência no autocuidado.

Conclusão: Os resultados deste estudo permitem a aquisição de conhecimento e desenvolvimento de competências que são de extrema importância na prática de cuidados de enfermagem de reabilitação, pois as necessidades de saúde desta população sofrem contínuas modificações ao longo do processo de envelhecimento, exigindo práticas atualizadas, no sentido de abranger a promoção dos processos de preservação e de autonomia.

Palavras-Chave: Autocuidado, Idoso, Institucionalização

Abstract

Self-care is essential to preserve life and results from person's daily growth in experience as a caregiver for himself and who is part of his relationship. It is the key of health care, being interpreted as a guideline for nursing action, which through self-care actions can implement interventions for health promotion and/or prevention of disease.

The aims of the study are directed toward the importance to identify the profile of the elderly self-care, ie, for determining the different levels of dependence on self-care of the elderly to live at nursing homes. We understand this knowledge (from the study results) as an important contribution towards improving the way the support and/or help can be adjusted to each individual, as these adaptations are only possible before the realistic diagnosis of dependence people.

Methodology: This study is included in a quantitative research paradigm, of non-experimental type, transversal descriptive and correlational. The study population are the elderly living in nursing home Residência Rainha D. Leonor, in Viseu. We used an accidental non probabilistic sample, depending on the relative weight of the elderly of this institution made up of 136 elderly. The data collection instrument includes the scale of dependence in self-care.

Results: The elderly are mostly women, widows with low literary instruction and with an average age of 86 years. We found that the predominant pathologies are heart disorders (70.6%), osteoarticular (62.5%), and neurologic (55.1%).

Considering the global dependency on self-care, we found that 46.4% of the sample is independent, 36.0% is highly dependent and 17.6% is partially dependent, ie, 53.6% of the elderly showed some degree of dependence in self-care.

Conclusion: The results of this study allow the acquisition of knowledge and development of skills that are of utmost importance in the practice of rehabilitation nursing care because the health needs of this population suffers continuous changes throughout the aging process, requiring updated practices in order to promote the preservation processes and the autonomy.

Keywords: Self-care, Elderly, Institution

Sumário

Lista de gráficos	15
Lista de figuras	17
Lista de tabelas.....	19
Lista de abreviaturas.....	21
Introdução.....	23
1 - Enquadramento teórico.....	27
1.1 - Envelhecimento	27
1.2 - Quedas/Risco de Quedas	32
1.3 - Institucionalização do Idoso	33
1.4 - Autocuidado.....	35
2 - Metodologia	43
3 - Apresentação de Resultados.....	55
3.1 - Estudo da dependência nos autocuidados.....	62
3.2 - Fatores associados à dependência no autocuidado/análise inferencial	69
4 - Discussão de resultados.....	75
5 - Conclusão	83
Referências bibliográficas	87
Anexo 1 - Instrumento de colheita de dados	93

Lista de gráficos

Gráfico 1 - Índice de envelhecimento em Portugal.....	28
Gráfico 2 - Índice de envelhecimento em Portugal/Viseu	28
Gráfico 3 - Índice de longevidade.....	29

Lista de figuras

Figura 1 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis	45
---	----

Lista de tabelas

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade dos idosos	55
Tabela 2 - Características sociodemográficas segundo o sexo	56
Tabela 3 - Caracterização dos idosos face aos antecedentes clínicos e toma de medicação	57
Tabela 4 - Caracterização dos idosos face à dor, acuidade auditiva e visual, uso de oxigenioterapia e reabilitação	58
Tabela 5 - Caracterização dos idosos face ao número de elementos do apgar familiar, apoio familiar e os itens da funcionalidade familiar	58
Tabela 6 - Caracterização da funcionalidade familiar	59
Tabela 7 - Estatísticas relativas ao estado mental e cognitivo	60
Tabela 8 - Caracterização da Escala de Morse	61
Tabela 9 - Análise de regressão linear simples entre a idade e o risco de queda (somatório)	61
Tabela 10 - Relação entre o risco de queda dos idosos com toma de medicação, diminuição acuidade auditiva, visual.....	62
Tabela 11 - Caracterização do autocuidado tomar banho.....	63
Tabela 12 - Caracterização do autocuidado vestir-se e despir-se.....	64
Tabela 13 - Caracterização do autocuidado arranjar-se	64
Tabela 14 - Caracterização do autocuidado alimentar-se	65
Tabela 15 - Caracterização do autocuidado uso de sanitário.....	65
Tabela 16 - Caracterização do autocuidado elevar-se, virar-se e transferir-se	66
Tabela 17 - Caracterização do autocuidado uso de cadeira de rodas.....	66
Tabela 18 - Caracterização do autocuidado andar	67
Tabela 19 - Caracterização do autocuidado toma de medicação.....	67
Tabela 20 - Síntese dos domínios dos autocuidados	68
Tabela 21 - Nota global da dependência no autocuidado (por grupos)	69
Tabela 22 - Estatísticas relativas ao autocuidado em função do sexo	69
Tabela 23 - Análise de regressão linear simples entre a idade e a nota global da dependência no autocuidado	70
Tabela 24 - Teste de Kruskal-Wallis entre a nota global da dependência no autocuidado e o estado civil dos idosos	70
Tabela 25 - Teste de Kruskal-Wallis entre a nota global da dependência no autocuidado e as habilitações literárias dos idosos.....	70

Tabela 26 - Análise de regressão linear simples entre estado mental e cognitivo dos idosos e a nota global da dependência no autocuidado	71
Tabela 27 - Estatísticas relativas ao autocuidado em função da toma de medicação	71
Tabela 28 - Estatísticas relativas ao autocuidado em função da capacidade auditiva e visual	72
Tabela 29 - Teste de Kruskal-Wallis entre a nota global da dependência no autocuidado e a funcionalidade familiar	72
Tabela 30 - Teste de Kruskal-Wallis entre a nota global da dependência no autocuidado e o risco de queda por grupos	73

Lista de abreviaturas

ABVD - Atividades básicas de vida diárias
ANOVA - Análise de variância um fator
AVC - Acidente vascular cerebral
AVD'S - Atividades de vida diárias
AIVD'S - Atividades instrumentais de vida diárias
DGS - Direção Geral de Saúde
EP - Erro padrão
ICD - Instrumento de colheita de dados
INE - Instituto Nacional de Estatística
MEEM - Mini-Exame de estado mental
NOC - Nursing Outcomes Classification
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial de Saúde
K - Curtose
R - Coeficiente de correlação de Pearson
SK - Skewness
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
UMW - Teste de U-Man-Whitney
X2 - Teste de qui quadrado

Introdução

Os progressos ocorridos na medicina, a diminuição das taxas de natalidade e de fertilidade e as alterações nos estilos de vida, são fatores que têm contribuído para o aumento do envelhecimento humano.

O envelhecimento para Fernandes (2005), é o “conjunto de todas as modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que aparecem como consequência da ação do tempo sobre os seres vivos” que se traduz numa “incapacidade progressiva do organismo para se adaptar às condições variáveis do seu ambiente”.

De facto o envelhecimento humano não é só um problema de cariz demográfico, mas sim um fenómeno mais complexo que engloba aspetos socioculturais, políticos e económicos em interação dinâmica e permanente com a dimensão biológica e subjetiva dos indivíduos (Carvalho & Dias, 2011). A reestruturação dos sistemas de reforma, os regimes de previdência social e o aumento das instituições de apoio à velhice, segundo os mesmos autores, são indicadores da preocupação e adaptação social ao fenómeno do envelhecimento.

Nesta perspetiva, o envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico, na estrutura e nos comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, têm vindo a determinar novas necessidades sobretudo no sector da saúde.

Sabemos que no processo de envelhecimento, estão implícitas alterações graduais que ocorrem ao longo da vida e que implicam a diminuição de competências funcionais, tendo normalmente como resultado maior dificuldade em realizar tarefas do dia-a-dia, incapacidade em manter a autossuficiência e conseqüentemente a perda da independência. Por isso o envelhecer, é muitas vezes visto como o declínio do vigor físico para realizar as atividades de vida diárias, isto é, a diminuição da autonomia funcional sendo esta autonomia vista como condição indispensável ao envelhecimento bem-sucedido (Subramanyam, 2011).

Envelhecer com saúde, independência e autonomia torna-se na atualidade um desafio quer à responsabilidade individual quer à responsabilidade coletiva, traduzindo-se quando conseguido, no desenvolvimento económico dos países. Pelas razões apontadas, devemos pois pensar a questão do envelhecimento ao longo da vida, com uma atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia. Para isso, deve ser incutido na sociedade, uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população e também a

adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento.

O autocuidado é um conceito central relevante para as disciplinas da saúde, principalmente quando pensamos a Enfermagem. Trata-se de um termo que tem sido utilizado na área da saúde como sinónimo de cuidar de si próprio, autoajuda, capacidade para realizar as atividades de vida diária e o desenvolvimento de habilidades pessoais para conseguir o bem-estar.

Ora, sabemos que com o passar dos anos, pode ocorrer declínio progressivo das funções com distintos graus de limitação funcional. Diz-nos Joel (2002), que entre as pessoas idosas com mais de 65 anos, 3 a 5% são muito dependentes, 10% daquelas que têm mais de 75 anos são muito dependentes e 25% são parcialmente dependentes.

A institucionalização, na opinião de Martins (2006), surge normalmente para a família ou para os idosos sem família, como a última alternativa quando todas as outras são inviáveis. Contudo, a perda de autonomia física é um fator determinante na opção da institucionalização, já que muitos dos idosos que residem em lares são fisicamente dependentes, não podendo por isso cuidar de si próprios.

Alguns estudos mostram ainda, que nas instituições de apoio a idosos, se assiste a práticas, por parte da equipa multidisciplinar, muito vinculadas ao modelo biomédico e às rotinas de cuidados em que o profissional de saúde tende a substituir o idoso na prestação de cuidados a si próprio, tornando-o deste modo ainda mais dependente.

Assim neste contexto, surgiu o nosso interesse pela temática do autocuidado, associado à pertinência que reconhecemos ao estudo, uma vez que o número de estudos realizados sobre o autocuidado ou dependência no autocuidado da pessoa idosa residente em instituições, é ainda bastante escassa.

No seguimento do referido, este estudo tem particular importância na identificação do perfil de autocuidado dos idosos, ou seja, na determinação dos diferentes níveis de dependência no autocuidado dos idosos a residir em lar. Entendemos este conhecimento, (proveniente dos resultados do estudo) como um contributo relevante no sentido de melhorar o modo como o apoio e/ou a ajuda pode ser ajustada a cada indivíduo, uma vez que estas adaptações só são possíveis perante o diagnóstico real da dependência das pessoas. Além disso, poderá também contribuir para que os profissionais de saúde compreendam a relevância do seu papel na promoção de comportamentos de autocuidado, pois a dúvida e a descrença na capacidade das pessoas para exercerem o autocuidado diminui a sua confiança e o seu desejo para executarem as atividades de vida diária.

Sabendo nós que, um trabalho de investigação surge do desejo que o investigador manifesta em estudar determinada temática, normalmente resultante dos problemas com os quais se debate diariamente, o presente estudo pretende avaliar *o grau de dependência dos idosos institucionalizados*, uma vez que é uma realidade com que nos confrontamos diariamente. Além disso, é ainda nosso desejo, verificar se variáveis de cariz sociodemográfico, clínicas e contextuais exercem influência ou se relacionam com a dependência no autocuidado dos idosos institucionalizados.

Assim este documento é composto por várias partes: uma primeira relativa à revisão da literatura com apresentação do enquadramento teórico sobre a problemática em estudo; uma segunda onde explicitamos o quadro metodológico seguido, e por fim apresentamos os capítulos relativos à apresentação, discussão e principais conclusões extraídas do estudo.

1 - Enquadramento teórico

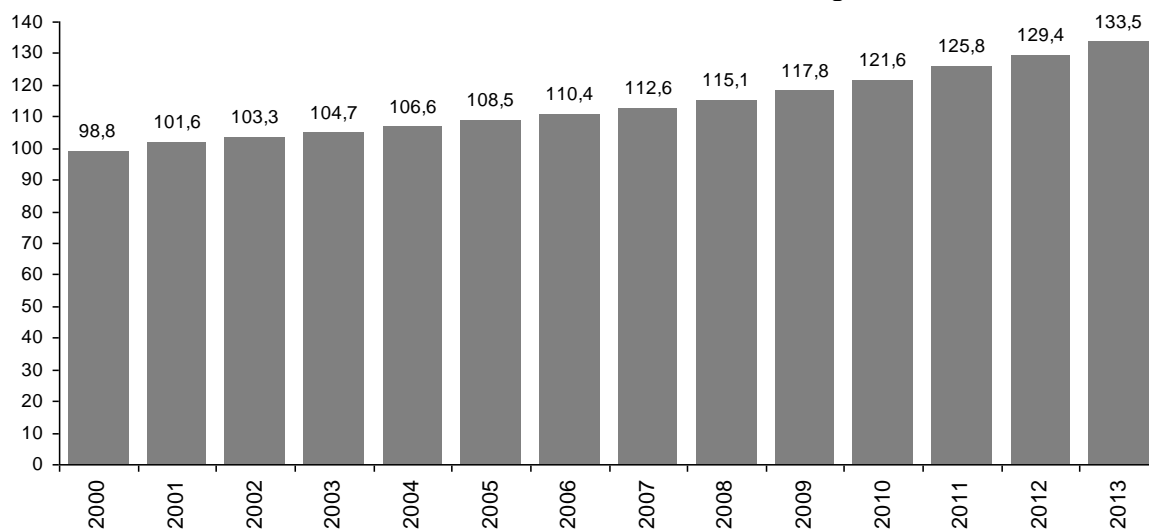
1.1 - Envelhecimento

O envelhecimento nas últimas décadas, tem vindo a assumir uma importância crescente face aos indicadores demográficos. Trata-se de facto de um dos maiores êxitos da humanidade, mas também um dos maiores desafios face às suas consequências sociais, económicas e políticas. O envelhecimento da população é, antes de tudo, uma história de sucesso para as políticas de saúde pública, assim como para o desenvolvimento social e económico do mundo (Organização Mundial de Saúde, 2005 – OMS).

Porém, como referencia Martins (2004), não basta acrescentar anos à vida, mas sim melhorar a qualidade de vida dos idosos, acrescentando vida a esses anos.

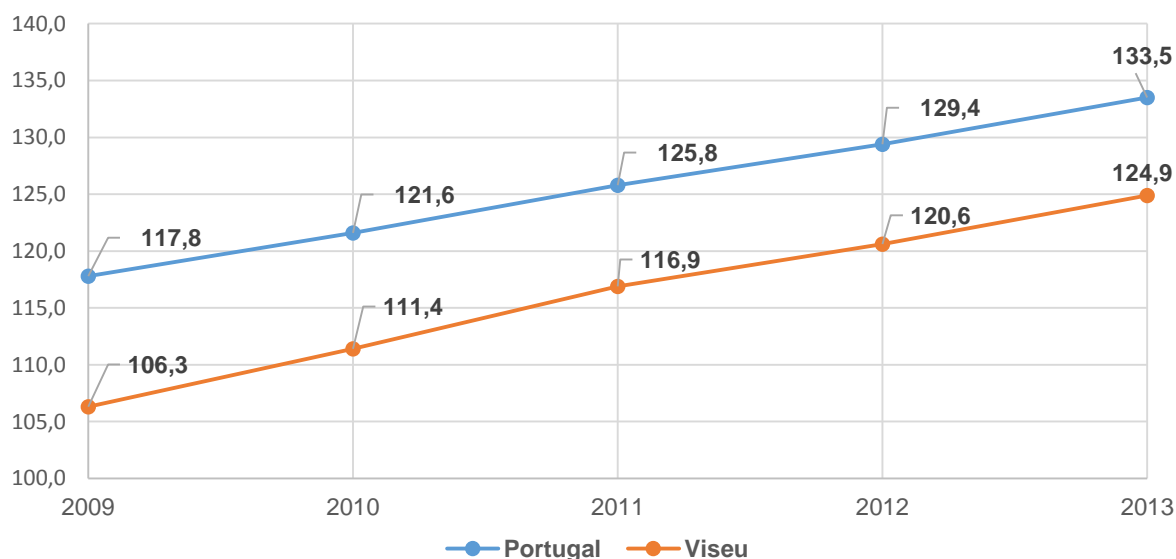
Para Cancela (2007), o envelhecimento é tendencialmente denominado como terceira idade, e atualmente, até mesmo de quarta idade. Contudo, o envelhecimento não corresponde a um estado, mas sim a um processo de degradação progressiva e diferencial que afeta todos os seres vivos e o seu fim natural é a morte do organismo. Trata-se portanto, de um processo natural e normal, comum a todos os seres vivos, merecendo a devida atenção para que seja compreendida toda a sua dimensão.

Portugal, à semelhança dos países desenvolvidos, não é exceção, pois o envelhecimento da população portuguesa é uma constante, tornando-se uma preocupação nas últimas décadas, no domínio da saúde. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), em Portugal, o número de idosos por cada cem jovens, tem vindo a aumentar ao longo dos anos, conforme podemos verificar no gráfico seguinte.

Gráfico 1 - Índice de envelhecimento em Portugal

Fonte: Pordata, acessível em www.pordata.pt

Similarmente à população portuguesa em geral, também no distrito de Viseu, nos últimos anos, a população tem vindo a ficar cada vez mais envelhecida como podemos constatar através do gráfico que se segue.

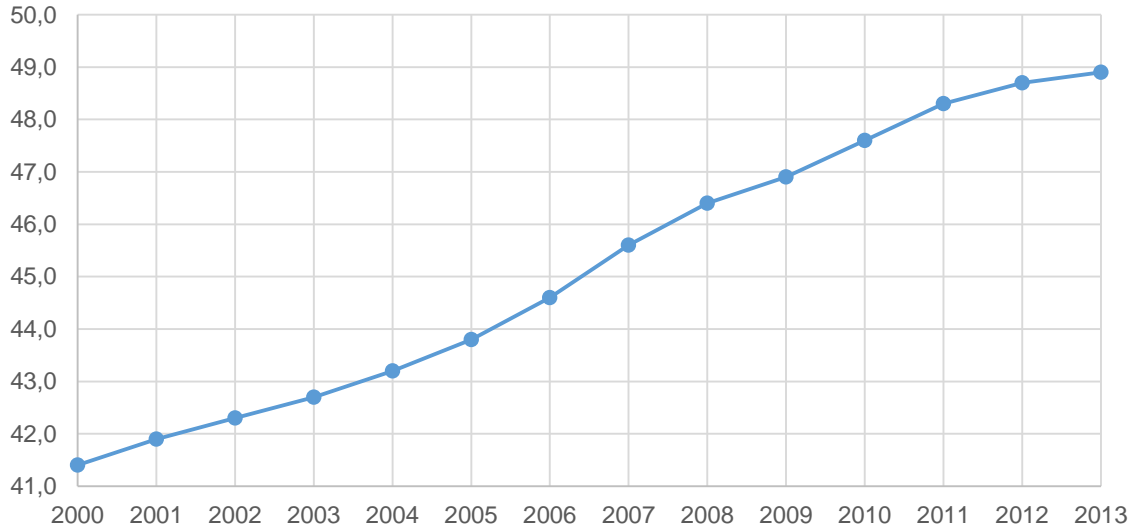
Gráfico 2 - Índice de envelhecimento em Portugal/Viseu

Fonte: Pordata, acessível em www.pordata.pt

O mesmo instituto, prevê que em 2020, a percentagem de idosos seja de 20,6% e de jovens de apenas 12,6%. As projeções da população residente em Portugal, no período até 2050 revelam um envelhecimento continuado da população, consequência do previsível

aumento da esperança média de vida. O gráfico seguinte, mostra o índice de longevidade da população portuguesa, dando a entender que a população está cada vez mais idosa.

Gráfico 3 - Índice de longevidade



Fonte: Pordata, acessível em www.pordata.pt

Simões (2006), diz-nos ainda que em 2030 em Portugal, se prevê que haja um número de pessoas com mais de 80 anos de idade que seja o dobro do número atual. Estes dados mostram que o envelhecimento da população é uma realidade de extrema importância para a nossa sociedade e sobre a qual nos devemos preocupar, no sentido de possibilitarmos uma melhor qualidade de vida a esta população.

O fenómeno do envelhecimento, é cada vez mais entendido como multidimensional, resultante da ação de vários mecanismos, como sejam biológicos, fisiológicos, psicológicos e sociais. Os especialistas que estudam o processo de envelhecimento, referem-se a três grupos:

- os idosos jovens, referindo-se a pessoas dos 65 aos 74 anos que habitualmente estão ativas e cheias de vigor;
- os idosos velhos, com idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos;
- os idosos mais velhos, com 85 ou mais anos, sendo aqueles que têm maior tendência para a doença e poderão ter mais dificuldade para desempenhar as atividades de vida diárias (Papalia, Olds & Fedman, 2006).

Apesar da categorização referida ser bastante comum, atualmente as pesquisas evidenciam que o processo de envelhecimento é uma experiência iatrogénica, vivida como

uma experiência individual. Algumas pessoas aos 60 anos, já apresentam alguma incapacidade, outras estão cheias de vida e energia aos 85 anos (Martins, 2006).

O envelhecimento, não é determinado pela idade cronológica, mas é consequência das experiências vividas, da forma como se vive e administra a própria vida no presente e das expectativas futuras; é portanto, uma relação entre as vivências pessoais, o contexto social e cultural em determinada época, estando nela envolvidos diferentes aspectos: biológico, cronológico, psicológico e social (Schneider & Irigaray, 2008).

Vemos deste modo que o envelhecimento é pois, influenciado por fatores internos (idade, gênero, genética) e por fatores externos (ambientais, socioeconômicos, profissionais), quando iniciado não evolui de forma uniforme para todas as funções, pois no interior do organismo, o envelhecimento é diferencial para os vários órgãos, contribuindo para o mesmo os estilos de vida, as intercorrências de doenças, entre outros.

Os trabalhos realizados sobre envelhecimento, dão ênfase às perdas funcionais relacionadas com a idade, manifestando-se por um declínio progressivo da função do organismo. O envelhecimento, não é uma doença mas um processo universal, dinâmico e complexo, com componentes fisiológicos, psicológicos e sociológicos inseparáveis, e com um crescimento, desenvolvimento e adaptação contínuos até à morte, em que a doença pode ser um fator adjuvante e/ou de aceleração do mesmo (Carvalho Filho, 2002). “Ser idoso, não designa precisamente uma idade específica, mas preferivelmente refere-se a processos que fazem parte da vida da pessoa o que inclui o crescimento, o desenvolvimento e o declínio” (Martins, 2004).

Para Netto (2006), o envelhecimento é um conjunto de componentes que estão intimamente relacionados: envelhecimento (processo), a velhice (fase da vida) e o velho ou idoso (resultado final). Assim, o envelhecimento como um processo é dinâmico e progressivo, com alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, condicionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que acabam por levá-lo à morte. A velhice, última fase da vida, caracteriza-se por redução da capacidade funcional, redução da capacidade de trabalho de resistência do indivíduo. São também associados a perda dos papéis sociais, da solidão, perdas psicológicas, motoras e afetivas.

Fonseca (2004) considera vantajoso o recurso às categorias de idade defendidas por Birren & Cunningham:

- ✓ **Idade biológica:** o funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano diminui com o tempo, afetando a saúde dos indivíduos;

- ✓ **Idade psicológica:** as capacidades de natureza psicológica das pessoas para se adaptarem às mudanças de natureza ambiental determinam as suas competências fundamentais para o controlo pessoal e a autoestima;
- ✓ **Idade sociocultural:** refere-se ao conjunto específico de papéis sociais que os indivíduos adotam numa sociedade e que influenciam os comportamentos, hábitos, estilos de relacionamento interpessoal, etc.

Martins (2004), refere que como seres humanos somos confrontados, com concepções de idades diferentes:

- ✓ “**Idade Cronológica:** determinada pelo calendário, pelo passar do tempo, pelos ponteiros do relógio;
- ✓ **Idade biológica:** definida como a posição atual do indivíduo no seu ciclo de vida e que pode não coincidir com a idade cronológica. A sua apreciação implica avaliação das capacidades funcionais e vitais do organismo;
- ✓ **Idade social:** refere-se aos papéis e hábitos do indivíduo em relação com o seu grupo social. Avalia-se por padrões de comportamento como o vestir, andar, desempenhar funções sociais,...;
- ✓ **Idade psicológica:** relaciona-se com as capacidades dos indivíduos em se adaptarem ao meio ambiente. Envolve o uso de capacidades adaptativas como a memória, a aprendizagem, a inteligência, a motivação e os sentimentos...”

Assim, não há uma idade específica para que as pessoas possam ser chamadas de velhas, a idade como variável, não é causa das alterações que acontecem no envelhecimento, é um indicador do que pode ser esperado num grupo de pessoas que pertencem a determinado grupo etário.

A noção de idade funcional proposta por Fernández-Ballesteros (2000) tem em conta que algumas funções diminuem necessariamente de eficácia (sobretudo as de natureza física, biológica), outras estabilizam (personalidade) e outras que, na ausência de doença, experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida (experiência, sabedoria). Uma das implicações deste conceito é a de que uma intervenção externa orientada para reforçar algumas das funções (competências dos idosos) pode permitir uma melhoria nas condições para um envelhecimento satisfatório (Fonseca, 2004).

Martins (2004), refere que a idade funcional está relacionada com as capacidades e alterações que se produzem a diferentes ritmos: os idosos com a mesma idade cronológica, funcionam a níveis diferentes. A idade funcional é individual, tende a associar-se em menor grau com atitudes menos positivas sobre a velhice e as capacidades funcionais, associam-se

geralmente com o bem-estar. Ainda a mesma autora, diz que “muitas alterações da idade são relativamente benignas, permitindo que a pessoa continue a funcionar, mantendo o seu lugar na sociedade. No entanto a velhice, apresenta um aumento gradual da vulnerabilidade à enfermidade e precisamente por isso, muitos dos medos de envelhecer, devem-se ao modo como a sociedade percebe a velhice, e conseqüentemente ao medo inevitável a essa deterioração”.

Hoeman (2000) refere que viver mais tempo aumenta as probabilidades em 80% de contrair uma ou mais doenças crônicas bem como limitações físicas incapacitantes. Os principais efeitos do processo de envelhecimento e/ou doença crônica manifestam-se a diferentes níveis: capacidade cardiovascular, capacidade respiratória, força e musculatura, flexibilidade, equilíbrio, habilidades motoras, massa óssea, capacidade de termo regulação, alterações sensoriais (visão, audição, percepção, processamento de informação, memória, padrões do sono, sistema nervoso).”

De realçar que a presença de múltiplas afeções associadas na mesma pessoa (frequente nos idosos) aumenta a probabilidade de incapacidade para uma ou mais atividades de vida diária. Estas incapacidades, no entender de Fedrigo (2000) estão a tornar-se cada vez mais prevalentes e têm importância crucial na medida em que não têm diagnóstico de resolutividade rápida e absorvem grandes quantidades de recursos materiais e de profissionais especializados

1.2 - Quedas/Risco de Quedas

Como referimos anteriormente, o processo de envelhecimento representa no ciclo vital a fase de declínio das funções orgânicas, com conseqüências para a vida social, financeira e para a saúde do idoso. A dificuldade na realização das tarefas que fazem parte do quotidiano do ser humano, as limitações que surgem devido à redução da força, muitas vezes têm como risco e conseqüência as quedas nesta faixa etária.

Com o avançar da idade, os passos tornam-se mais pequenos e lentos, o tronco tende a projetar-se para a frente para ganhar estabilidade, podendo interferir nas reações automáticas do equilíbrio (Papaléo Netto, 2006).

Segundo Fabrício Rodrigues e Costa Júnior (2002) a queda pode ser definida como uma ação não intencional que resulta na mudança de posição do indivíduo para um nível abaixo da sua posição inicial, sendo determinada por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade/postura.

As causas que podem provocar estas situações podem ser devidas a fatores intrínsecos, relacionados com as alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, e a fatores extrínsecos que se relacionam com os perigos ambientais, devido às inadequadas estruturas arquitetónicas e do mobiliário a que a maioria dos idosos está exposta (Menezes e Bachion, 2008).

Papaléo Netto (2006), informa que cerca de um terço dos idosos, que moram em casa, sofrem uma queda por ano e cerca de um em quarenta é hospitalizado. Os idosos institucionalizados, apresentam três vezes mais quedas do que aqueles que residem nas suas casas (Santos e Andrade, 2005). É um fenómeno importante a considerar pois as quedas podem originar graves consequências físicas e psicológicas, como a diminuição da capacidade funcional, fraturas, perda de mobilidade, restrição da atividade, sendo uma das principais causas de morbilidade e mortalidade nesta faixa etária (Studenskn; Wolter, 2002).

1.3 - Institucionalização do Idoso

O envelhecimento humano e a instalação de quadros de dependência, é um fenómeno complexo que envolve aspetos socioculturais, económicos e políticos em interação dinâmica e permanente com a dimensão biológica e subjetiva dos indivíduos. Considerando as estruturas familiares modernas e as exigências sociais, o idoso/família, na maioria das vezes terá que escolher a institucionalização, pois a ausência de apoio familiar capaz de responder às necessidades de autonomia e bem-estar dos idosos, conduz à necessidade de saída dos mesmos do seio familiar. Em geral, o idoso perde potencialidade para a realização das atividades de vida diárias, principalmente a ocupação diária, e devido às condições sociais, nomeadamente à falta de apoio familiar, torna-se necessário a institucionalização.

Para Pereira (2012), a institucionalização do idoso, existe quando este permanece durante todo o dia, ou parte deste, entregue aos cuidados de uma instituição. Já o idoso institucionalizado residente, existe quando este permanece as 24 horas do dia entregue aos cuidados da instituição.

Em Portugal a “institucionalização da velhice” surge como uma alternativa em expansão. Segundo o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2009), ao longo de dez anos as Residências e Lares para idosos apresentaram um crescimento de 39%. No nosso país, cerca de 51.017 pessoas idosas residem em lares (num total de 1.702.120 pessoas com mais de 65 anos) (INE, 2002). O grande desafio atual consiste na adoção de estratégias que possibilitem a promoção do envelhecimento saudável, centrado na manutenção da capacidade funcional e da qualidade de vida.

Na atual sociedade, a velhice é um tema caro ao ser humano e inevitável que nos coloca algumas interrogações. A solidão do idoso que se encontra desvinculado do seu meio social e a necessidade de adaptação a um novo meio, são questões centrais quando pensamos no idoso institucionalizado (Oliveira, 2006).

Diz Azeredo Matos (2004), de acordo com o estudo que realizaram com doentes com AVC, quando os doentes perdem a autonomia são muitas vezes levados para instituições que cuidem deles, devido à sua dependência.

Brito e Ramos (1998) referem que, a institucionalização deveria ser a última alternativa a ser considerada para o idoso, porque normalmente ocorre um aumento de isolamento, inatividade física e julgamentos sociais destrutivos, principalmente relacionados com a família.

A institucionalização pode constituir nalguns casos um momento difícil, pois o sentimento de perda é variável em função da pessoa e da sua história de vida (Fernandes, 2005). Apesar de algumas vezes poder ser positivo ou não problemático, uma vez que muitos idosos tomam a opção por eles próprios de deixar a sua casa, pode também constituir um momento de crise, dado que o deixar a casa onde sempre viveu, associado à perda de território e a sentimentos de abandono dos familiares, pode gerar sentimentos menos positivos. Contudo, poderá também haver ganhos, como a diminuição do medo noturno, acompanhado de cuidados e, para idosos muito isolados, um aumento da sua rede social (Paúl, 1997).

Vários são os fatores que podem levar o idoso à institucionalização, segundo Kane (2003), esta tomada de decisão poderá ser por viuvez, idade avançada, presença de diagnósticos médicos (doenças crónicas), o estado mental, limitação nas atividades de vida diárias, o facto de morarem sós, ausência de suporte social, etnia e a pobreza. Além destas situações, Cardão (2009), refere que o facto de a família não ter tempo ou capacidade para cuidar do idoso pelo elevado grau de dependência física e/ou mental, pode traduzir-se na ausência de suporte familiar ou na presença de conflitos que fragilizam o idoso, levando-o à institucionalização. Segundo Vaz (2009), o isolamento, a falta de uma rede que facilite a integração social e familiar do idoso, a perda de identidade, de autoestima e de liberdade, são também motivos que levam à institucionalização. Por sua vez, Paúl (2005), acrescenta aos anteriores, os problemas de saúde e a falta de recursos económicos para a manutenção da casa, como algumas das principais causas.

Habitualmente, na perspetiva da família e do idoso, verifica-se uma visão dicotómica desta nova realidade, traduzindo-se pela desconfiança/confiança. Para o idoso, a entrada no meio institucional implica ter de lidar com desconfiança e angústia devido ao sentimento de mudança, pautando-se o confronto com esta nova vida pelo aparecimento de medos como o

de ser maltratado, ser desrespeitado na sua integridade física e psicológica, da perda da liberdade, de ser abandonado pela família, dos novos colegas e dos funcionários. A família acredita que o idoso irá ter mais convívio, ter mais acompanhamento a nível dos cuidados básicos e de saúde, confiam inteiramente que a institucionalização será a melhor opção (Cardão, 2009).

A institucionalização implica um processo de adaptação. Sabendo que esta capacidade diminui com a idade, é de extrema importância proporcionar relações pessoais, fomentar relações com o exterior, família e amigos e desenvolver relações que evitem o isolamento social e a solidão do idoso. É fundamental na institucionalização do idoso a manutenção das relações familiares para que o processo de envelhecimento se dê de forma saudável (Pereira, 2008). A fase de adaptação, para Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), está concluída quando o idoso considera a instituição a sua casa, sabendo que a continuidade da estadia no lar deve garantir ao idoso autonomia, privacidade, direito de escolha, independência e dignidade.

O melhor espaço para a pessoa idosa residir, será aquele que oferece conforto, segurança, tranquilidade, que favorece o satisfazer das atividades de vida diárias, tendo em consideração os aspetos físicos, sociais e afetivos. A instituição deve aproximar-se o mais possível ao ambiente familiar, favorecendo uma melhor adaptação. As instituições, devem proporcionar convívio social da pessoa idosa com pessoas da mesma faixa etária, permitindo manter a autoestima e minimizar os sentimentos de solidão. É essencial a manutenção da integridade do EU, mantendo na medida do possível os diferentes papéis sociais, evitando a desesperança (Lopes, 2001, citado por Pereira, 2008).

1.4 - Autocuidado

O autocuidado, é uma função reguladora que permite às pessoas desempenharem, por si só, as atividades que visam à preservação da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar (Galvão & Janeiro, 2013). Quando falamos de autocuidado, faz sentido falar também de cuidar, que segundo Collière (1999) é o ato de manter e sustentar a vida, assegurando a satisfação de um conjunto de necessidades. É um ato que a pessoa presta a si própria, desde a aquisição de autonomia; mas também um ato que se presta temporário ou definitivamente a quem tem necessidade de ajuda para desempenhar as suas atividades de vida diária.

O autocuidado começa com a responsabilidade individual na tomada de decisões diárias no que diz respeito ao seu estilo de vida e aos riscos que toma. Refere-se também às

competências e práticas quotidianas que uma pessoa, família ou grupo, realiza para cuidar da sua saúde (Chamber, 2006).

Para Correa e Ospina (2004) existem seis princípios subjacentes ao autocuidado:

- ✓ Ato de vida que permite às pessoas tornarem-se sujeitos das suas ações, sendo um voluntário da pessoa para consigo mesmo;
- ✓ Implica uma responsabilidade individual e uma filosofia de vida ligada às experiências da vida quotidiana;
- ✓ Apoia-se num sistema formal como o da saúde e informal como o apoio social;
- ✓ Tem um carácter social, implica alguns conhecimentos, a elaboração de um saber e dá lugar a intervenções;
- ✓ Realiza as práticas de autocuidado, com fins protetores ou preventivos, melhora o nível de saúde dos indivíduos;
- ✓ Necessita de desenvolvimento pessoal, mediado por permanente fortalecimento do autoconceito, autocontrolo, autoestima, autoaceitação e resiliência.

Neves e Wink (2007) concetualizam o autocuidado de forma diferente uma vez que para estes, é um processo cognitivo, afetivo e comportamental, desenvolvido ao longo da vida e consolidado quando a pessoa se compromete a assumir responsabilidade da sua própria vida na conquista da integridade, nas relações consigo e com o mundo. Apresentam também planos do autocuidado e que são três:

- ✓ Mental, atender ao próprio desenvolvimento intelectual, mantendo-se atualizado em questões profissionais, sociais e políticas;
- ✓ Emocional, estar atento e ser reflexivo no que se refere à forma de atuar e de reagir, de se relacionar com os outros e consigo mesmo;
- ✓ Espiritual e energético, procurar estar bem nos aspetos físico, emocional e mental para alcançar a concretização do Eu Sou e possa vivenciar em plenitude a dimensão espiritual.

Cada pessoa, seleciona ou adota um conjunto de ações, definindo o seu padrão de autocuidado; a eleição dessas ações depende de decisões pessoais, tendo em conta os valores e as metas projetadas pela pessoa (Eliopoulos, 2011). No entanto, a adoção do estilo de vida em que se encontra incluído o autocuidado, é condicionado a nível físico e psicossocial pelo ambiente. Assim, o autocuidado está relacionado com os hábitos, as crenças, as práticas e os costumes culturais e também com os aspetos educacionais

relacionados com habilidades e limitações pessoais, experiências de vida, estado de saúde e recursos disponíveis do grupo onde o indivíduo está inserido.

O autocuidado é indispensável à conservação da vida e resulta do crescimento diário da pessoa, na experiência como cuidador de si mesmo e de quem faz parte das suas relações. Todos os indivíduos adultos e saudáveis têm capacidade de se autocuidar. Por motivos de doença, idade, estado de desenvolvimento, falta de recursos ou fatores ambientais a necessidade de autocuidado do indivíduo é superior à sua capacidade de o realizar. Quando existe défice de autocuidado, o indivíduo pode necessitar de ajuda a fim de satisfazer as suas necessidades de autocuidado (Ribeiro & Pinto, 2014). Assim, a pessoa dependente é aquela que durante um período de tempo, mais ou menos prolongado, necessita de ajuda de outra pessoa ou de equipamento para realizar atividades de vida diárias.

O autocuidado é considerado um componente integrante da gestão das doenças crónicas e da preservação de um nível aceitável de funcionalidade. Permite às pessoas observarem-se, reconhecerem sintomas e escolher estratégias apropriadas para minimizar a sintomatologia e maximizar a saúde (Sidani, 2011). Assim, integra a capacidade de cuidar de si próprio e também o desenvolvimento de atividades indispensáveis para atingir, manter ou promover uma saúde ótima (Richard e Shea, 2011).

A promoção da autonomia e independência, na pessoa idosa, está diretamente relacionado com a qualidade de vida. 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 atividades do seu dia-a-dia (Santos, 2000). No processo de envelhecimento, o que se torna mais evidente é a limitação progressiva das capacidades do indivíduo na realização das atividades de vida diárias de forma autónoma e independente.

A dependência sempre existiu ao longo dos tempos e do ciclo vital, porém, nos nossos dias, em que acontecem alterações estruturais como o maior envelhecimento da população; a mudança do perfil das patologias, com maior incidência de doenças crónicas; a mudança das estruturas familiares, com a presença das mulheres no mundo do trabalho; este fenómeno da dependência no autocuidado torna-se um grande desafio ao nível da saúde e também social e político (Ribeiro & Pinto, 2014).

Nas pessoas com mais idade, existe grande prevalência de doenças crónicas incapacitantes, limitações físicas, perdas cognitivas, declínio sensorial, acidentes (quedas) e isolamento social. Segundo Pereira (2003) as causas mais comuns de perda de independência funcional do idoso são as imobilidades e as inatividades. A imobilização acidental como resultado de fraturas ósseas, devido a quedas, assim como doenças crónicas, nesta faixa etária contribui em grande escala para a dependência no autocuidado.

Em idades avançadas, a dependência amplia-se e multiplica-se, sendo a tendência a ser um estado permanente. O Decreto-Lei nº100/2006 (D.R. 2006;3855) utiliza o conceito, referindo: “uma pessoa por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiências, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue por si só, realizar as atividades de vida diárias”.

Quando falamos de autocuidado ou dependência no autocuidado e para um melhor entendimento deste fenómeno, faz sentido fazermos referência aos principais marcos teóricos que desenvolveram esta temática. Assim, será adequado, abordarmos as teorias do autocuidado de Dorothea Orem e a perspectiva teórica das transições com relevância para a enfermagem de Afaf Meleis.

Orem (2001), define autocuidado como uma ação adquirida/aprendida por uma pessoa no seu contexto sociocultural. A pessoa realiza uma ação de forma voluntária, deliberadamente com o objetivo de preservar a sua vida, a sua saúde e bem-estar e das pessoas sob a sua responsabilidade. A aptidão da pessoa para se comprometer com o seu autocuidado depende das suas capacidades ativas, da idade, da sua etapa de desenvolvimento, do seu estado de saúde, da sua experiência, dos seus recursos intelectuais, seus interesses e motivações.

Segundo a mesma autora, os seres humanos diferenciam-se dos outros seres vivos pela capacidade de refletir sobre si mesmos, de simbolizar o que vivenciam e utilizar criações simbólicas no pensamento, na comunicação dirigida a ações benéficas para si mesmos e para os outros. A Teoria Geral de Enfermagem criada por esta teórica, integra três teorias: Teoria do Autocuidado, Teoria do Défice de Autocuidado e Teoria Geral de Enfermagem. A Teoria do Autocuidado, explica por que razão o autocuidado é necessário para a saúde e bem-estar da pessoa; a Teoria do Défice de Autocuidado explica quando e porque é necessária a enfermagem para ajudar as pessoas; a Teoria Geral de Enfermagem explica como as pessoas são ajudadas por meio da enfermagem.

A Teoria do Autocuidado refere que a realização do autocuidado requer a ação deliberada, intencional e calculada; está condicionada pelo conhecimento e habilidades do cliente. Baseia-se na premissa que os indivíduos sabem quando precisam de ajuda e, por isso, são conscientes das ações específicas que necessitam realizar. Segundo esta teoria, o autocuidado não é inato, aprende-se e vive-se durante o desenvolvimento humano, tendo o seu início com a relação entre pais e filhos. Esta teoria articula três conceitos: o agente de autocuidado, que é qualquer pessoa que cumpre com a responsabilidade de conhecer e satisfazer as necessidades de autocuidado; o agente de autocuidado ao dependente, refere-

se à pessoa externa que aceita proporcionar o cuidado a outra pessoa, remetendo-nos para o Prestador de Cuidados; o agente de autocuidado terapêutico, sendo o prestador de cuidados um profissional de saúde.

Para Orem (2001), as atividades do autocuidado são influenciadas pelas crenças culturais, hábitos/costumes e práticas habitacionais da família e da comunidade em que o cliente está inserido. A mesma autora, relaciona as atividades do autocuidado com três exigências ou requisitos, tendo como objetivo promover as condições necessárias para a vida e crescimento, prevenindo o aparecimento de condições adversas nos distintos momentos do processo evolutivo do ser humano. Assim, os requisitos são os seguintes:

- Universais, sendo também definidos como necessidades básicas, as atividades de vida diárias;
- De desenvolvimento, são condições mais específicas e particulares que garantem o crescimento e desenvolvimento normal da pessoa, como a adaptação a um novo trabalho ou a uma alteração física;
- De desvio de saúde, está relacionado e é exigido em situação de doença ou em consequência de atos médicos exigidos para diagnosticar e corrigir o evento de doença.

Para Leddy e Pepper (1992), “os requisitos de autocuidado universais são associados com ao desenvolvimento, tendo como resultados a promoção da saúde e a prevenção de doenças específicas, conhecidas como requisito de autocuidado para a prevenção primária. Os requisitos de autocuidado relacionados com os desvios de saúde conduzem à prevenção das complicações e ao evitar da incapacidade depois de um processo de doença, dando-lhe o nome de requisito do autocuidado para a prevenção secundária. O requisito de autocuidado relacionado com a prevenção terciária está relacionado com o funcionamento eficaz e satisfatório de acordo com as possibilidades existentes”.

A Teoria de Orem objetiva, possibilitar ao indivíduo, família e comunidade, a oportunidade de tomarem iniciativas e assumirem responsabilidades, assim como empenharem-se no desenvolvimento do seu caminho no sentido da melhoria da qualidade de vida, saúde e bem-estar. Desta forma, o autocuidado está muito além daquilo que a pessoa pode fazer por si, requer liberdade, mas também controlo e responsabilidade do próprio para assegurar e manter a sua qualidade de vida.

Durante o seu trabalho, a mesma autora além de interpretar os meta-paradigmas de enfermagem, como sejam: Pessoa, Saúde, Enfermagem e Ambiente; define três passos do processo de enfermagem:

- ✓ 1º diagnóstico e prescrição;
- ✓ 2º definições de um sistema de enfermagem e do planeamento para o cuidado;
- ✓ 3º produção e controlo dos sistemas de enfermagem.

A Teoria do Défice de Autocuidado, é considerada por Orem como o núcleo central do modelo que desenvolveu, consistindo em cinco conceitos centrais:

- ✓ 1º ações de autocuidado;
- ✓ 2º capacidade de autocuidado;
- ✓ 3º necessidade de autocuidado terapêutico;
- ✓ 4º défice de autocuidado;
- ✓ 5º ação de enfermagem.

As ações de autocuidado, têm relação com a capacidade de autocuidado e com a necessidade de autocuidado terapêutico. Quando as pessoas realizam deliberadamente ações de autocuidado, utilizam as suas capacidades para cuidar de si mesmas, tendo como meta satisfazer as suas necessidades de autocuidado terapêutico. A necessidade de autocuidado terapêutico indica os requisitos de autocuidado que o indivíduo deve satisfazer. As ações necessárias para satisfazer as categorias de requisitos de autocuidado constituem as exigências de autocuidado terapêutico do indivíduo (Orem, 2001).

A capacidade de autocuidado é avaliada em relação à necessidade de autocuidado terapêutico, para determinar se existe um défice. O fim resulta da associação entre a capacidade de autocuidado e a necessidade de autocuidado terapêutico, no qual a capacidade de autocuidado não é suficiente para satisfazer a necessidade de autocuidado terapêutico (Cade, 2001). A presença de um défice novo de ação de autocuidado indica-nos a necessidade de autocuidado de enfermagem. Em suma, existindo défice ou deficiência de autocuidado, a intervenção/ação de enfermagem deve estar presente, devendo utilizar os métodos de ajuda para obter o autocuidado pela pessoa em necessidade (Fialho, Pagliuca, Soares, 2002). Assim, existe relação entre o défice de autocuidado e a ação de enfermagem.

Os sistemas de enfermagem, são um conjunto de ação de planeamento e execução que visam o cuidado ao indivíduo com diferentes graus de dependência e a promoção do seu autocuidado (Orem, Taylor & Renpenning, 2001). Perante um cliente com défice de autocuidado, os profissionais de enfermagem atuam com base em três sistemas:

- ✓ Sistema totalmente compensatório, o enfermeiro compensa o cliente com total incapacidade de executar as ações de autocuidado;

- ✓ Sistema parcialmente compensatório, o cliente é capaz de realizar algumas atividades de forma autônoma, sendo o papel da enfermagem de ajudar naquilo que ele não é capaz de realizar por si só;
- ✓ Sistema de apoio/educação, o cliente é capaz de realizar o autocuidado, embora necessite de ajuda de enfermagem no sentido de ensinar e supervisionar na realização das ações.

Segundo Orem (2001), os fatores internos e externos aos indivíduos, são os condicionantes básicos. Estes interferem na capacidade do indivíduo para se ocupar do seu autocuidado, ou afetam o tipo e quantidade de autocuidado requeridos. Estes fatores são: a idade, o sexo, o estado de desenvolvimento, o estado de saúde/doença, a orientação sociocultural, os fatores do sistema de saúde, os fatores do sistema familiar, os padrões e estilos de vida, os fatores ambientais, a disponibilidade e adequação de recursos de apoio. Estes fatores influenciam a capacidade de autocuidado e as formas de atender os requisitos de autocuidado, condicionando as ações terapêuticas de enfermagem.

Quando observamos os diferentes aspectos que segundo Orem, influenciam o autocuidado dos clientes, somos levados para o território dos fatores condicionantes das transições vividas pelos clientes.

Meleis e colaboradores (2000), referem que a transição é o resultado de mudanças no estado de vida, saúde, relações interpessoais e ambiente. Para Schumacher e Meleis (1994), as transições são um conceito do interesse da enfermagem, são mesmo um “conceito central” da disciplina. Com o desenvolvimento da pessoa, é inevitável a mudança, mas esta mudança pode não ser desejável ou natural. Chick e Meleis (1996) referem que a transição em alguns casos começa por situações que não são controlados pelo sujeito, enquanto noutros, a transição é deliberadamente procurada através eventos como a mudança de profissão, casamento, gravidez, paternidade, entre outros. Todavia, nem todas as transições vivenciadas pelas pessoas têm igual relevância para a enfermagem. Assumir o papel de prestador de Cuidados ou o Papel Parental são transições importantes para a disciplina; mas a mudança do estado civil, ou a troca de profissão, são transições em que os cuidados de enfermagem não dão contributos significativos. Neste contexto falamos de “transições com relevo para a enfermagem”, como definidas e delimitadas por Meleis e colaboradores (2000).

As situações em que os clientes transitam de um estado de independência para a dependência no autocuidado, resultado do processo de envelhecimento (transição desenvolvimental) ou de um estado patológico (transição saúde/doença) (Meleis et al,2000), representam uma transição com grande relevância para a enfermagem, pois, como vimos,

ajudar os clientes a promoverem e desenvolverem as suas capacidades de autocuidado é uma das funções centrais da enfermagem (Orem, 2001).

Murphy (1990), refere que os enfermeiros podem atuar antecipadamente, preparando o cliente para a mudança de papéis, no sentido de prevenir os efeitos negativos. As estratégias de cuidados/terapêuticas mobilizadas pelos enfermeiros, perante um cliente em transição, estão assentes em pressupostos básicos como a compreensão da transição, a partir da perspectiva de quem a experiência (cliente), e os condicionantes pessoais e do ambiente que envolvem o cliente. A missão de enfermagem tem como meta facilitar os diferentes processos de transição que os clientes experienciam (Meleis e colaboradores, 2000).

Meleis e colaboradores (2000), identificaram quatro tipos de transição:

- ✓ Desenvolvimental, associada a problemas de saúde psicossociais ou fisiológicos, como a transição da infância para a adolescência, a transição para um quadro de dependência resultado de envelhecimento;
- ✓ Saúde/Doença, refere-se a mudanças abruptas, que resultam na passagem de um estado de bem-estar/saúde para um estado de doença agudo ou crónico;
- ✓ Situacional, enquadra-se aqui o papel de Prestador de Cuidados;
- ✓ Organizacional, diz respeito a reorganização familiar e respetivos papéis, ou a institucionalização de alguém.

As transições são complexas e multidimensionais, segundo Meleis et al (2000), podem identificar-se várias fases: consciencialização, envolvimento, mudanças e diferenças, períodos de transição, pontos e eventos críticos. Estas fases são integrantes de um processo complexo.

O papel de enfermagem assenta na ajuda aos clientes, de modo a facilitar as transições dirigidas para a saúde e bem-estar, ajudando no processo de aquisição de competências para a mestria, possibilitando aos indivíduos um nível ótimo de conhecimento e funcionamento.

A instalação de um quadro de dependência no autocuidado, dá origem a mudanças significativas na saúde dos clientes, tornando-os mais vulneráveis. O fenómeno de dependência no autocuidado para a enfermagem é de extrema importância, pelo impacto individual e coletivo que tem na saúde, merecendo investigação.

2 - Metodologia

Metodologia é uma palavra derivada de “método”, do Latim “*methodus*” cujo significado é “*caminho ou a via para a realização de algo*”. Método é o processo para se atingir um determinado fim ou para se chegar ao conhecimento.

É caracterizada como uma descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização de uma medição. É sem dúvida uma explicação minuciosa, detalhada, rigorosa e exata de toda ação desenvolvida no método (caminho) do trabalho de pesquisa. Deste modo a fase metodológica baseia-se em precisar como o fenómeno em estudo será inteirado num plano de trabalho que ditará as atividades conducentes à realização da investigação, (Fortin, 2009).

É nesta fase do projeto que se indica: o tipo de investigação realizada, a formulação de hipóteses, as variáveis e sua operacionalização, havendo coerência entre as definições concetuais e os critérios de mensuração. Refere-se também o processo de seleção da amostra, os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos de colheita de dados, bem como indica e justifica as técnicas e medidas estatísticas utilizadas, (Fortin, 2009).

Nesta linha de pensamento, delimitámos um problema a investigar, em função do qual se traçaram os objetivos. Para os atingir, efetivámos uma revisão bibliográfica, que permitiu sustentar teoricamente a problemática, tendo a preocupação de selecionar o que nos pareceu mais pertinente e atual. O presente estudo tem como objetivo avaliar níveis de *Dependência no Autocuidado dos Idosos Institucionalizados*.

• Questão e Objetivos de Investigação

Tendo em conta, os aspetos referenciados na fundamentação teórica, achamos pertinente equacionar-se a seguinte questão de investigação:

Qual o grau de dependência no autocuidado apresentado pelos idosos institucionalizados?

Na procura de respostas para a questão referida anteriormente, foram equacionados os seguintes objetivos:

- Caraterizar sociodemograficamente e clinicamente os idosos institucionalizados;

- Avaliar a sua percepção sobre a funcionalidade familiar;
- Determinar o risco de queda dos idosos institucionalizados;
- Avaliar a função cognitiva e mental destes idosos;
- Avaliar o grau de dependência dos idosos institucionalizados nos diferentes autocuidados;
- Determinar variáveis associadas à dependência no autocuidado nos idosos institucionalizados.

• Hipóteses

Face aos objetivos descritos, equacionaram-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – A idade, o sexo, o estado civil e as habilitações literárias do idoso influenciam a dependência no autocuidado.

Hipótese 2 – Existe relação entre o estado mental e cognitivo dos idosos com o nível de dependência nos autocuidados.

Hipótese 3 – O nível de dependência dos idosos institucionalizados sofre influência da toma de medicação.

Hipótese 4 – A capacidade auditiva e visual influencia a dependência no autocuidado dos idosos.

Hipótese 5 – Existe relação entre Funcionalidade Familiar e o nível de dependência nos autocuidados dos idosos.

Hipótese 6 – A dependência nos autocuidados dos idosos é influenciada pelo risco de queda.

• Tipo de Estudo

De uma forma sintética pode afirmar-se que o tipo de pesquisa equacionada para esta investigação se caracteriza por ser:

- ✓ Análise quantitativa - pois pretende-se garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação;
- ✓ Não experimental - pois não procuramos manipular as variáveis em estudo, embora seja nossa intenção obter evidências para explicar por que ocorre um determinado fenómeno, (Sampieri *et al.*, 2006).

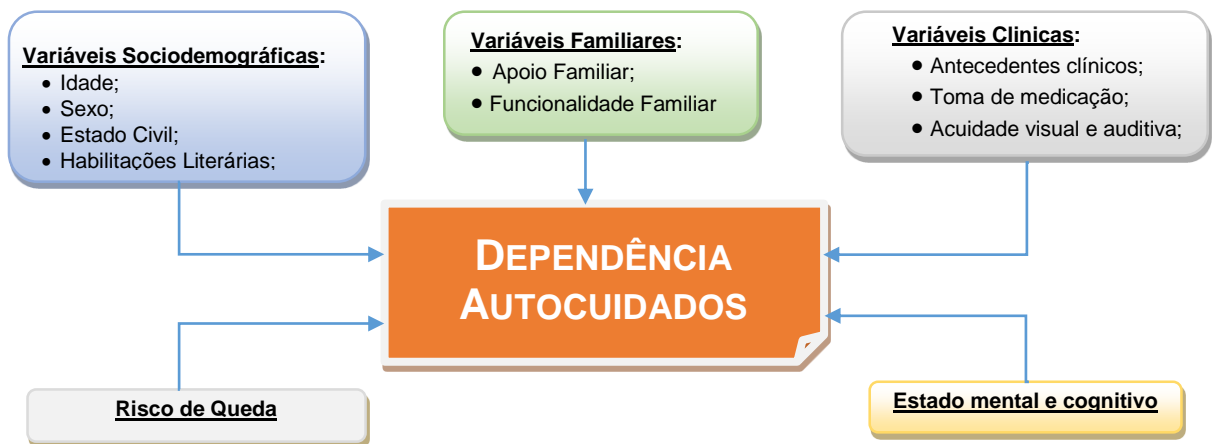
- ✓ Transversal, pois caracteriza-se pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, (Campana *et al.* 2001).
- ✓ Descritivo e correlacional - pois se por um lado recolhe informação de maneira independente, por outro, tem como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis (Sampieri *et al.* 2006).

O seu desenho insere-se no âmbito das investigações empíricas pela sua componente observacional, ao permitir compreender o fenómeno a estudar (Hill e Hill, 2000). Pretende-se, deste modo, descrever as características de uma determinada população. Utilizámos a metodologia quantitativa por se fundamentar no método hipotético dedutivo e pelo qual os dados colhidos fornecem realidades objetivas no que respeita às variáveis em estudo, suscetíveis de serem conhecidas, (Sampieri *et al.*, 2006).

Uma das vantagens dos estudos retrospectivos, é a aplicação dos questionários autoadministrados, método a que recorremos para a colheita de informação (cf. Anexo I).

Nesta perspetiva e tendo em conta a revisão teórica, objetivos e as hipóteses, elaboramos uma representação esquemática, que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis, (cf. Figura 1).

Figura 1 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis



- **Instrumento de Colheita de dados (ICD)**

O instrumento de colheita de dados em investigação, são equipamentos concebidos para a obtenção de informação pertinente e necessária. Assim, a seleção do instrumento de colheita de dados deve estar diretamente relacionada com o problema em estudo, de maneira a permitir a avaliação das variáveis em causa (Lakatos, Marconi, 2001).

Para o nosso estudo, como forma de obtenção de dados e mensuração das diferentes variáveis, aplicamos um questionário que permitiu recolher a informação necessária, válida e pertinente à realização do trabalho de investigação.

Parte I – Caracterização Sociodemográfica

Os dados biográficos visam a caracterização dos idosos institucionalizados, nomeadamente em termos de idade, sexo, estado civil e habilitações literárias (cf. Anexo I).

Parte II – Caracterização Clínica

Os dados clínicos caracterizam os idosos, nomeadamente ao nível dos antecedentes clínicos, que medicamentos tomam habitualmente, avaliação do nível da acuidade visual e auditiva, avaliação da dor e realização de reabilitação (cf. Anexo I).

Parte III – Caracterização Familiar

Estudo da componente familiar avalia o agregado familiar, apoio familiar e a Funcionalidade Familiar, (cf. Anexo I).

A referida escala da Funcionalidade Familiar foi elaborada por Smilkstein em 1978 (Smilkstein, Ashworth e Montano, 1982), sendo constituída por cinco questões que quantificam a perceção que o indivíduo inquirido tem do funcionamento da sua família. As perguntas pretendem avaliar aspetos como: a adaptação intrafamiliar, a convivência e comunicação, o crescimento e desenvolvimento, o afeto e ainda a dedicação à família. As perguntas em causa apresentam três opções de resposta (*quase sempre, algumas vezes e quase nunca*), com uma valoração de, respetivamente, dois pontos, um ponto e zero. Com estes dados encontraremos três tipos de família: a altamente funcional (7 a 10 pontos), a moderadamente funcional (4 a 6 pontos) e a família com disfunção acentuada (0 a 3 pontos).

Parte IV – Capacidade mental e cognitiva (Mini Mental Scale)

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), elaborado por Folstein et al. (1975), é um dos testes mais aplicados e mais estudados em todo o mundo para avaliação do funcionamento cognitivo. Usado isoladamente ou incorporado em instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e rastreio de quadros demenciais (Lourenço & Veras, 2006).

O MEEM foi desenvolvido para ser utilizado na prática clínica na avaliação da mudança do estado cognitivo de clientes geriátricos. Examina a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e viso-espaciais. Pode ser usado como teste de rastreio para perda cognitiva. Não pode ser usado para diagnosticar demência (Chaves, 2009).

Exceto os itens de linguagem e coordenação motora, o conteúdo do MEEM foi derivado de instrumentos que já existiam. Foi denominado “mini” porque concentra apenas os aspectos cognitivos da função mental e exclui humor e funções mentais anormais que são detetadas, por exemplo, pela Escala de Demência de Blessed. Inclui onze itens, divididos em duas secções. A primeira exige respostas verbais a questões de orientação, memória e atenção; a segunda, leitura e escrita sobre habilidades de nomeação, seguir comandos verbais e escritos, escrever uma frase e copiar um desenho (polígonos). Todas as questões são realizadas na ordem listada e podem receber um *score* imediato somando os pontos atribuídos a cada tarefa completada com sucesso. Em termos de validade de conteúdo, o MMS avalia oito de 11 principais aspectos do estado cognitivo, omitindo abstração, julgamento e expressão. Embora análises fatoriais tenham usado diferentes tipos de amostras e versões do MMS, facilmente identificam fatores relacionados com a orientação, memória e atenção (Chaves, 2009).

De acordo com Sequeira (2007) o MEEM foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e col. (1994). O *score* pode variar de 0 a 30. As pontuações de limiar diagnóstico para defeito cognitivo, em função do nível de escolaridade obtidos no processo de validação para Português (Portugal) são: para os Analfabetos valores inferiores ou igual a 15, para escolaridades entre o 1 e o 11 anos valores inferiores ou igual a 22 e para quem possui mais que o 11º ano valores iguais a 27, (Nunes, 2005).

Por sua vez Morgado et al. (2009) propõem os seguintes valores operacionais de “corte” do MMSE para a população portuguesa atual: escolaridade entre o zero e dois anos valores inferiores ou igual a 22, entre os 3 e 6 valores inferiores ou igual a 24 e para valores iguais ou superior a sete anos valores de pelo menos 27, (Nunes, 2005)

Parte V – Avaliação do Risco de Queda (Escala de Morse)

A Escala de Quedas de Morse (do inglês, Morse Fall Scale - MFS) é a escala mais utilizada nos hospitais portugueses, embora seja de realçar a sua utilização sem ter sido validada para a população portuguesa. Foi validada para Portugal por Ferreira, Pero, L. (Costa-Dias et al, 2014). A MFS é particularmente importante no momento da admissão dos

doentes, sobretudo nas pessoas com 65 anos ou mais anos de idade, nos doentes confusos ou com agitação psicomotora, nos doentes no pós-operatório, em doentes medicados com fármacos associados ao risco de queda, como psicofármacos, analgésicos estupefacientes ou anti hipertensores (Leipzig, Cumming, & Tinetti, 1999; Leipzig, Cumming, & Tinetti, 1999) entre outros, contribuindo para um adequado plano de intervenção ao nível da prevenção das quedas dos doentes em ambiente hospitalar. Segundo a autora da escala, a grande maioria dos enfermeiros (82,9%) descreve esta escala como “rápida e fácil de usar” e estima que são precisos menos de 3 minutos para a preencher. Os itens que constituem a escala são seis e são pontuados da seguinte forma:

Historial de quedas: Este item é pontuado com 25 pontos se o doente tiver caído durante o internamento hospitalar atual, ou se, anteriormente à admissão, tiver havido um historial imediato de quedas, tais como as decorrentes de ataques ou de só andar com ajuda. Se o doente não tiver caído, o item é pontuado com 0 pontos. Nota: se um doente tiver caído pela primeira vez, a sua pontuação aumenta imediatamente para 25.

Diagnóstico(s) secundário(s): Este item é pontuado com 15 pontos se houver registos de mais do que um diagnóstico médico feito ao doente; caso contrário, pontue com 0.

Ajuda para caminhar: Este item é pontuado com 0 se o doente andar sem qualquer ajuda (mesmo que seja assistido por um enfermeiro), andar de cadeira de rodas, ou se permanecer deitado e nunca sair da cama. Se o doente usar muletas, canadianas ou uma bengala, este item pontua com 15 pontos; se o doente se deslocar apoiando-se a uma peça de mobiliário, pontue este item com 30 pontos.

Terapia intravenosa: Este item é pontuado com 20 pontos, se o doente tiver um dispositivo intravenoso ou tiver inserido “lock” de heparina; caso contrário; pontue com 0 pontos.

Modo de andar: um andar normal caracteriza-se por o doente andar com a cabeça levantada, baloiçar os braços livremente dos lados do corpo e dar passos largos sem hesitação. Este tipo de andar é pontuado com 0 pontos. Com um andar debilitado, pontue com 10 pontos: o doente anda curvado, mas é capaz de levantar a cabeça enquanto anda, sem perder o equilíbrio. Os passos são curtos e o doente pode arrastar os pés. Com um andar dependente de ajuda, pontue com 20 pontos: o doente tem dificuldade em se levantar da cadeira, tenta pôr-se de pé apoiando-se nos braços da cadeira ou balanceando-se (isto é, fazendo várias tentativas para se levantar). O doente põe a cabeça para baixo e olha para o chão. Quando o doente não tem muito equilíbrio, agarra-se ao mobiliário, a uma pessoa, ou a ajudas técnicas para andar. Não consegue andar sem ajuda.

Estado mental: Ao usar esta escala, o estado mental é avaliado com base na autoavaliação que o próprio doente faz da sua capacidade de se deslocar. Pergunte ao doente: “Consegue

ir à casa de banho sozinho ou precisa de ajuda?” Se a resposta do doente, em relação ao juízo que faz da sua capacidade, for consistente, considera-se o doente “normal” e pontua-se com 0 pontos. Se a resposta do doente não for consistente com as instruções dadas pelos enfermeiros ou se a resposta do doente não for realista, então considera-se que o doente sobrevaloriza as suas capacidades e se esquece das suas limitações. Neste caso, é pontuado com 15 pontos.

A pontuação é então somada e registada na ficha do doente. Em seguida, é identificado o nível de risco e as respetivas ações recomendadas (por exemplo, não são necessárias quaisquer intervenções, recomendam-se intervenções padrão de prevenção de quedas ou intervenções de prevenção de alto risco). A Escala de Morse deverá ser adequada a cada centro ou unidade de saúde, de modo que as estratégias de prevenção das quedas tenham como alvo os doentes em maior risco. Por outras palavras, as pontuações correspondentes a cada nível de risco podem ser diferentes conforme a escala esteja a ser utilizada num hospital de cuidados de doenças graves, num lar ou numa unidade de reabilitação. Além disso, numa mesma instalação, as escalas de cada unidade podem diferenciar-se entre si.

O somatório da Escala de Morse permite determinar o Nível de Risco, assim:

- ✓ Sem risco: 0 - 24 Bons cuidados de enfermagem básicos;
- ✓ Baixo risco: 25 - 50 Intervenções padrão de prevenção de quedas;
- ✓ Alto risco: ≥ 51 Intervenções de prevenção de quedas de alto risco.

Parte VI – Avaliação da dependência nos diferentes autocuidados

A escala de avaliação da dependência nos diferentes domínios do autocuidado, por nós utilizadas, partiu do instrumento utilizado por Duque (2009) e, previamente desenvolvido na ESEP, por um grupo de investigadores interessados nesta temática, a partir de diferentes conteúdos específicos incorporados na Nursing Outcomes Classification – NOC (Moorhead, Johnson e Maas, 2008). De acordo com os resultados do estudo de Duque (2009) e suas discussões, entre o grupo de investigadores envolvidos no projeto de investigação, foram acrescentadas ao instrumento original duas novas dimensões do autocuidado – “Andar” e “Tomar medicação”. Por outro lado, foram agrupados os domínios (originais) “Arranjar-se” e “Cuidar da higiene pessoal”, numa única dimensão, que designaram apenas como “Arranjar-se”. A opção de inserir o tipo de autocuidado “Andar” foi decidida pelo grupo de investigação, que considerou ser esta, também, uma ABVD e a dependência neste tipo de autocuidado um fator importante para a dependência em outras ABVD, principalmente, na realização das AIVD. Como apontado por Silva e colaboradores (2006, p.204), “a mobilidade é, geralmente,

a primeira atividade de vida comprometida e, se considerarmos que esta é necessária para a maioria das atividades de vida, isso resultará na perda da independência”. Quanto à dimensão “Tomar a medicação”, apesar de ser uma AIVD, de acordo com a tipologia que apresentamos na delimitação da problemática, pareceu-nos relevante a sua inclusão, considerando a atual situação em relação à utilização de terapêutica medicamentosa nomeadamente na população idosa, com um aumento do consumo e do número de medicamentos usados. Acresce que os estudos de Padilha (2006) e de Petronilho (2006), evidenciaram que este era um domínio de compromisso nas capacidades de desempenho dos clientes e onde, de uma forma significativa, se verificavam quadros de dependência. No seu estudo, Padilha (2006) sugere que a existência destes défices/dependências no “Tomar a medicação” podem resultar em quadros de descontinuidade no tratamento farmacológico dos dependentes. Como já tivemos oportunidade de salientar ao longo deste trabalho, a avaliação da dependência nos vários domínios do autocuidado foi feita com base num instrumento que incorpora várias escalas, cada uma delas com diferentes “indicadores”, cada um concretizado numa escala de Likert de quatro pontos:

- ✓ Dependente não participa – score 1;
- ✓ Necessita de ajuda de pessoa – score 2;
- ✓ Necessita de equipamento – score 3;
- ✓ Completamente independente – score 4.

Segundo o estudo de Duque (2009), foram estabelecidos critérios para categorizar os níveis globais de dependência de um indivíduo em cada tipo de autocuidado. Tomando em consideração os itens “não nulos” ou “aplicáveis” ao caso e em função dos diferentes scores obtidos, foram definidos, sequencialmente, os seguintes critérios para “computar” os níveis globais de dependência, em cada um dos tipos de autocuidado:

- Dependente, não participa – casos que obtiveram score 1 em todos os itens aplicáveis da escala;
- Completamente independente – casos que obtiveram score 4 em todos os itens aplicáveis da escala;
- Necessita de equipamento – dos casos que não foram categorizados de acordo com as alíneas anteriores; aqueles que só “Necessitam de Equipamento”; ou seja, apresentam em todos os itens com algum nível de dependência scores > 2; podendo em alguns dos itens terem score 4.
- Necessita de ajuda de pessoa – os restantes casos; ou seja, que não foram categorizados em nenhuma das três categorias (alíneas) anteriores. Quer isto dizer que, em algum item da escala “necessita de ajuda de pessoas”.

A consistência interna corresponde à homogeneidade dos enunciados de um instrumento de medida, indicando como cada um deles está ligado aos outros enunciados da escala (Almeida e Freire, 2008). A técnica mais utilizada para estimar a consistência interna dos instrumentos é o Alpha (α) de Cronbach. O α de Cronbach é uma medida estatística que indica a consistência das respostas dos sujeitos nos itens das escalas e subescalas subsequentes. Segundo Fortin (2009), o α Cronbach é utilizado quando existem várias escolhas para o estabelecimento dos scores. Esta medida varia entre 0 e 1. Quanto mais próximo de 1 for o valor de α , mais consistentes são os itens da escala, indicando que a escala produz valores precisos. De acordo com a literatura disponível (Hill e Hill, 2002; Pestana e Gageiro, 2008), um α inferior a 0,6 é “inaceitável” para qualquer instrumento. Valores superiores, naturalmente, são sempre mais desejáveis.

O estudo de Duque revelou valores de α de Cronbach na ordem de 0,9 (Duque, 2009), o que pode ser considerado como muito bom (Pestana e Gageiro, 2008).

Na presente investigação os valores de α de Cronbach obtidos para os autocuidados foram de .994 no tomar Banho, .995 Vestir-se e Despir-se, .994 no Arranjar-se, .983 no autocuidado Alimentar-se, .996 no Uso de Sanitário, e .960 no Uso de cadeira de rodas, .993 e .904 no Andar e na Toma de medicação, respetivamente. Com a nota global da Escala de Avaliação da Dependência nos Autocuidados de .996.

- **Procedimentos Estatísticos**

Após a colheita de dados, efetuámos uma primeira análise a todos os questionários, no intuito de eliminarmos aqueles que porventura se encontrassem incompletos ou mal preenchidos. Seguidamente efetuou-se o processamento, a codificação e tabulação de modo a prepararmos o tratamento estatístico.

Na análise dos dados, recorremos à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo.

A medida de assimetria Skewness (SK) obtém-se através do cociente entre (SK) com o erro padrão (EP). Se SK/EP oscilar entre -2 e 2 , a distribuição é simétrica. Mas se SK/EP for inferior a -2 , a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita e se SK/EP for superior a $+2$, a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda (Pestana & Gageiro, 2003).

Para as medidas de achatamento curtose (K) o resultado também se obtêm através do coeficiente com o erro padrão (EP). Deste modo se K/EP oscilar entre -2 e 2 a distribuição é mesocúrtica, pelo contrário se K/EP for inferior a -2 , a distribuição é platicúrtica, enquanto que para K/EP superior a $+2$, a distribuição é leptocúrtica. Conforme o recomendado, os testes de normalidade, Skewness e Kurtosis foram aplicados a todas as variáveis de natureza quantitativa.

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados de acordo com Pestana & Gageiro, (2005), do seguinte modo:

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

No que respeita à **estatística inferencial**, fizemos uso da estatística paramétrica, e para estudo de proporções de estatística não paramétrica.

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras de populações (Maroco, 2007).

Este autor acrescenta ainda que os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas (Maroco, 2007), o que aliás, vai de encontro ao referido por Pestana e Gageiro, (2008) quando afirma que para grupos amostrais com um N superior a 30, a distribuição t com x graus de liberdade aproxima-se da distribuição normal, independentemente da distribuição amostral não apresentar características de curvas gaussianas.

Já a estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando as condições de aplicação destes, nomeadamente a homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificou (Maroco, 2007) ou seja, só recorremos a estes testes quando o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1.6 (Pestana & Gageiro, 2003). Estes testes são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos deduzindo-se daí que a possibilidade de rejeitar H_0 é muito menor.

Assim, quanto à estatística paramétrica e não paramétrica destaca-se:

- **Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW)** - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respectivas variâncias populacionais;
- **Análise de variância a um fator (ANOVA)** - para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si. O teste One-Way Anova é uma extensão do teste t de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo. Todavia, quando se testa a igualdade de mais de duas médias e, dependendo da natureza nominal ou ordinal do fator, recorre-se habitualmente aos testes post-hoc, para saber quais as médias que se diferenciam entre si (Pestana & Gageiro, 2008).

Quando utilizamos apenas uma variável dependente e uma independente, efetuamos uma **regressão linear simples**. Por outro lado quando comparamos uma variável dependente e mais que uma variável independente efetuamos a **regressão múltipla**. Na regressão a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente (Y). Quanto maior for a correlação entre X e Y melhor a previsão. Quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão.

Em relação às correlações de *Pearson* que este tipo de teste gera, utilizamos os valores de r que, por convenção, Pestana & Gageiro (2008) sugerem que:

- ✓ $r < 0.2$ – associação muito baixa;
- ✓ $0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa;
- ✓ $0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada;
- ✓ $0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta;
- ✓ $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta.

O **coeficiente de correlação de Pearson**, é uma medida de associação linear que foi usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por isso os valores oscilam entre -1 e +1. Se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, os aumentos numa variável estão associados em média à diminuição da outra; se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido. Acresce ainda referir que a comparação de dois coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado designado por coeficiente de determinação (r^2) que indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra, e que tanto R como

r^2 não exprimem relações de causalidade. A violação de normalidade afeta pouco o erro tipo 1 e a potência do teste principalmente quando se trabalham com grandes amostras.

O Teste de qui quadrado (X^2), usado para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência ou seja os valores do teste pertencem à região crítica. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para $p=0.05$ (Pestana & Gageiro, 2008, p.127, 128 e 131).

Na análise estatística utilizámos 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;**

$p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa.

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS 18.0 (Statistical Package for the Social Sciences) versão 18.0 (2006) para Windows.

3 - Apresentação de Resultados

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos após a aplicação do instrumento de colheita de dados e o respetivo tratamento estatístico. Em primeiro lugar, será abordada a caracterização da amostra e posteriormente realizada a análise inferencial.

• Caracterização Sociodemográfica

A técnica de amostragem para selecionar os idosos institucionalizados foi não probabilística acidental. A amostra ficou constituída por 136 idosos pertencentes à instituição do distrito de Viseu, Residência Rainha D. Leonor durante os meses de janeiro a março de 2015, tendo sido distribuídos 150 questionários, ou seja com uma taxa de adesão de 90.7%.

A amostra é constituída maioritariamente por idosos do sexo feminino (75.6%), com uma média de idades de aproximadamente 86 anos ($Dp=7.040$), com as idades a oscilarem entre os 65 e os 99 anos. As mulheres em media são mais velhas que os homens como é normal na população portuguesa uma vez que tem maior esperança media de vida (82.8 anos vs 76.9 anos), contudo sem diferenças significativas ($p=.232$), (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade dos idosos

	n	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
Masculino	34	72	96	85.35	5.618	-.791	.094	6.6	61.51	U=1496.5; Z=-.196; p=.232
Feminino	102	65	99	86.19	7.040	-5.192	4.563	8.2	70.83	
Total	136	62	99	85.98	6.703	-5.216	4.583	7.8		

Observamos que a maioria da amostra dos idosos é viúva (60.7%) existindo maior percentagem de mulheres viúvas face aos homens (63.7% vs 51.5%), revelando o teste Qui-quadrado diferenças significativas ($\chi^2=6.717$; $p=.035^*$). Existem ainda 20.7% de idosos casados ou vive em união de facto e 18.6% estão solteiros, divorciados ou separados. A maioria percentual dos idosos institucionalizados possui baixa instrução literária, 37.8% possui o 1º Ciclo Escolar (4º Classe), 35.6% o 3º Ciclo Escolar (11º ano ou antigo 7º ano) e 13.3% o 2º Ciclo Escolar (9º ano ou antigo 5º ano) e em igual percentagem o 12º ano ou equivalente, Curso médio ou Superior. O teste Qui-Quadrado evidencia que homens e mulheres não se diferenciam face às habilitações literárias, embora nas mulheres o grupo

mais representado é o do *1º Ciclo Escolar (4ª Classe)* (40.6%) e nos homens *3º Ciclo Escolar (11º ano ou antigo 7º ano)* (38.3%) ($p > 0.05$).

Tabela 2 - Características sociodemográficas segundo o sexo

Variáveis	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado:
	n	%	n	%	n	%	N	%	
	(33)	(24.4)	(102)	(75.6)	(135)	(100.0)			
Estado Civil									$\chi^2=6.717$; $p=.035^*$
Casado ou união de fato	12	36.4	16	15.7	28	20.7			
Solteiro\Divorciado ou Separado	4	12.1	21	20.6	25	18.6			
Viúvo	17	51.5	65	63.7	82	60.7			
Habilitações Literárias									$\chi^2=1.632$; $p=.652$
1º Ciclo Escolar (4ª Classe)	10	29.4	41	40.6	51	37.8			
2º Ciclo Escolar (9º ano ou antigo 5º ano)	5	14.7	13	12.9	18	13.3			
3º Ciclo Escolar (11º ano ou antigo 7º ano)	13	38.3	35	34.6	48	35.6			
12º ano ou equivalente, Curso médio ou Superior	6	17.6	12	11.9	18	13.3			

• Caracterização Clínica

A análise do historial clínico dos idosos revela que 70.6% tem problemas cardíacos, 62.5% osteoarticular e 55.1% neurológicos. Por sua vez em menor percentagem estão os problemas do foro respiratório (19.9%) e oncológico (13.2%). O estudo face ao sexo dos idosos revela que apenas nos antecedentes neurológicos os homens se diferenciam de forma significativa das mulheres ($\chi^2=5.242$; $p=.022^*$), ou seja as mulheres estão mais representadas nas patologias neurológicas face aos homens (60.8% vs 38.2%), (cf. Tabela 3).

Quanto à toma de medicação, os medicamentos que os idosos institucionalizados mais tomam são os anti-hipertensores (57.4%), seguidos sedativos com 54.6% e dos diuréticos com 51.5%, por sua vez os antidiabéticos orais, os digitálicos e os neurolépticos são os menos consumidos pela nossa amostra. Os homens tomam mais digitálicos face às mulheres e por sua vez as mulheres tomam mais benzodiazepinas, sedativos, neurolépticos, antidepressivos, diuréticos, anti hipertensores e antidiabéticos orais, contudo apenas no grupo farmacológico dos diuréticos as diferenças são estatisticamente significativas ($\chi^2=4.749$; $p=.029^*$), (cf. Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização dos idosos face aos antecedentes clínicos e toma de medicação

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		n	%	n	%	N	%
Patologia Cardíaca		23	67.6	73	71.6	96	70.6
Patologia Respiratória		7	20.6	20	19.6	27	19.9
Patologia Metabólica		12	35.3	31	30.4	43	31.6
Patologia Neurológica		13	38.2	62	60.8	75	55.1
Patologia Osteoarticular		17	50.0	68	66.7	85	62.5
Patologia Oncológica		7	20.6	11	10.8	18	13.2
Patologia Oftalmológica		10	29.4	38	37.3	48	35.3
Benzodiazepinas		9	26.5	30	29.4	39	28.7
Sedativos		15	44.1	47	46.1	62	54.6
Neurolépticos		8	23.5	28	27.5	36	26.5
Antidepressivos		7	20.6	38	37.3	45	33.1
Digitálicos		11	32.4	18	17.6	29	21.3
Diuréticos		12	35.3	58	56.9	70	51.5
Anti-hipertensores		18	52.9	60	58.8	78	57.4
Anti-diabéticos		6	17.6	19	18.6	25	18.4

$\chi^2=5.242$; $p=.022^*$

Ainda na análise das variáveis clínicas procuramos caracterizar a acuidade auditiva e visual, uso de oxigenioterapia, a reabilitação e a dor dos idosos. Após a análise da tabela 4, concluímos que 78.5% dos idosos apresenta diminuição da acuidade visual e 62.2% da acuidade auditiva, apenas 7.4% tem necessidade de fazer terapia com oxigénio. Mais de metade dos idosos (52.6%) manifesta que raramente sente dores, 40.0% manifestou ter algumas dores por vezes e 7.4% tem muitas vezes dores, o estudo entre os homens e as mulheres revela que as mulheres manifestam mais dores face aos homens (9.0% vs 0.0%), contudo sem evidência significativa ($p=.156$). Apenas um terço dos idosos realizou reabilitação, sendo que a maioria recorreu a um fisioterapeuta (91.1%) e 8.9% a enfermeiro de reabilitação.

Tabela 4 - Caracterização dos idosos face à dor, acuidade auditiva e visual, uso de oxigenioterapia e reabilitação

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		n	%	n	%	N	%
Diminuição acuidade Visual		27	79.4	79	78.2	106	78.5
Diminuição acuidade Auditiva		21	61.8	63	62.4	84	62.2
Uso de Oxigenioterapia		0	0.0	10	9.9	10	7.4
Costuma sentir dor							
Raras vezes		20	58.8	51	50.5	71	52.6
Algumas vezes		14	41.2	40	39.6	54	40.0
Muitas vezes		0	0.0	10	9.9	10	7.4
Já realizou reabilitação							
Sim		12	35.3	33	32.7	45	33.3
Enfermeiro Reabilitação		0	0.0	4	12.1	4	8.9
Fisioterapeuta		12	100.0	29	87.9	41	91.1

• Caracterização da Funcionalidade Familiar

A avaliação da funcionalidade familiar do idoso institucionalizado foi efetuada através da escala da funcionalidade familiar. Verificamos que a maioria dos idosos, antes da institucionalização, estava inserido numa família com pelo menos mais um elemento do agregado familiar (72.8%), 25.0% têm dois ou mais elementos no agregado familiar e 2.2% estavam sozinhos. Nas mulheres o número de elementos do agregado familiar mais frequente é de mais um (77.5%) e os homens tem mais representatividade em estarem acompanhados por dois ou mais elementos do seu agregado familiar face as mulheres (41.2% vs 19.6%), sendo as diferenças significativas ($res=2.5$), (cf. Tabela 5). A maioria dos idosos sente que quase sempre tem apoio da família (55.6%) e 12.6% manifestou que quase nunca tem o apoio da família.

Tabela 5 - Caracterização dos idosos face ao número de elementos do apgar familiar, apoio familiar e os itens da funcionalidade familiar

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		n	%	n	%	N	%
Número de elementos do Agregado familiar							
Sozinho		0	0.0	3	2.9	3	2.2
Pelo menos um		20	58.8	79	77.5	99	72.8
Dois ou mais elementos		14	41.2	20	19.6	34	25.0
Apoio Familiar							
Quase sempre		15	44.1	60	59.4	75	55.6
Algumas vezes		12	35.3	31	30.7	43	31.9
Quase nunca		7	20.6	10	9.9	17	12.6

A análise dos cinco itens da escala da Funcionalidade Familiar revela que face ao item: *Está satisfeito com a ajuda que recebe da sua família, sempre que alguma coisa o preocupa?*,

a maioria dos idosos refere que tem quase sempre apoio (56.5%), 32.6% um apoio parcial e 10.9% manifesta que quase nunca tem apoio. Constatamos ainda que 54.3% dos idosos esta satisfeito com a forma como a sua família discute assuntos, 57.6% considera que a sua família quase sempre concorda com *o seu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o seu estilo de vida*, e com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos, e 54.4% esta quase sempre satisfeito com *o tempo que passa com a sua família*. O teste Qui-quadrado revela que os valores entre homens e mulheres são semelhantes entre si, pelo que não se diferenciam ($p > .05$), ou seja os itens da funcionalidade familiar não sofrem influência significativa do sexo dos idosos institucionalizados.

A análise da Funcionalidade Familiar global revela que a maioria dos idosos institucionalizados estão inseridos numa família altamente funcional (56.4%), 32.6% em famílias moderadamente funcionais e apenas 10.9% em famílias com disfunção acentuada. As mulheres estão inseridas em maior número em famílias altamente funcionais face aos homens (61.2% vs 44.0%), contudo o teste Qui-Quadrado indica que as diferenças não são significativas ($\chi^2=2.359$; $p=.307$), (cf. Tabela 6).

Tabela 6 - Caraterização da funcionalidade familiar

Variáveis	Sexo		Total		N	%
	Masculino	Feminino	n	%		
Esta satisfeito com a ajuda que recebe da sua família, sempre que alguma coisa o preocupa?						
Quase nunca	3	7	10	12.0	10.4	10.9
Algumas vezes	11	19	30	44.0	28.4	32.6
Quase sempre	11	41	52	44.0	61.2	56.5
$\chi^2=2.359$; $p=.307$						
Está satisfeito como a sua família discute assuntos?						
Quase nunca	4	7	11	16.0	10.5	12.0
Algumas vezes	10	21	31	40.0	31.3	33.7
Quase sempre	11	39	50	44.0	58.2	54.3
$\chi^2=1.551$; $p=.461$						
Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o seu estilo de vida						
Quase nunca	3	8	11	12.0	11.9	12.0
Algumas vezes	10	18	28	40.0	26.9	30.4
Quase sempre	12	41	53	48.0	61.2	57.6
$\chi^2=1.582$; $p=.453$						
Está satisfeito com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos?						
Quase nunca	3	7	10	12.0	10.4	10.9
Algumas vezes	10	19	29	40.0	28.4	31.5
Quase sempre	12	41	53	48.0	61.2	57.6
$\chi^2=1.373$; $p=.503$						
Está satisfeito com o tempo que passa com a sua família?						
Quase nunca	4	8	12	16.0	11.9	13.0
Algumas vezes	11	19	30	44.0	28.4	32.6
Quase sempre	10	40	50	40.0	59.7	54.4
$\chi^2=2.896$; $p=.235$						
FUNCIONALIDADE FAMILIAR (NOTA GLOBAL)						
Disfuncional	3	7	10	12.0	10.4	10.9
Moderadamente funcional	11	19	30	44.0	28.4	32.6
Altamente Funcional	11	41	52	44.0	61.2	56.5
$\chi^2=2.359$; $p=.307$						

- **Caraterização Capacidade Mental e Cognitiva (Mini Mental Scale)**

O estudo do estado mental e cognitivo foi realizado tendo por base a escala MEEM foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e col. (1994), como já foi descrito anteriormente no capítulo do Instrumento de colheita de dados. O score pode variar de 0 a 30, sendo que quanto mais baixo o valor mais déficit cognitivo têm as pessoas. Analisando a nota global do Estado mental e Cognitivo, os valores variam entre um mínimo de zero e um máximo de 30, com um valor médio de 15.55 (Dp=12.572) e com uma dispersão elevada em torno da média (CV=80.8%) com uma curva simétrica e platicurtica. Constatamos ainda que os homens apresentam melhor estado mental e cognitivo face às mulheres, uma vez que os valores das ordenações médias são superiores (OM=83.76 vs OM=63.41), revelando o teste U de Mann Whitney diferenças estatisticamente significativas (U=1215.5; Z=-2.661; p=.008), (cf. Tabela 7).

Tabela 7 - Estatísticas relativas ao estado mental e cognitivo

	n	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk _{erro}	K _{erro}	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
Masculino	34	0	30	19.41	12.893	-1.841	-1.678	66.4	83.76	U=1215.5; Z=-2.661; p=.008**
Feminino	102	0	30	14.27	12.259	.271	-3.618	85.9	63.41	
Total	136	0	30	15.55	12.572	-.995	-4.125	80.8		

- **Avaliação do Risco de Queda (Escala de Morse)**

O estudo da Escala de Morse foi realizada numa fase inicial de forma item a item, e posteriormente foi estudado o risco de queda através dos grupos previamente definidos.

A análise do item *Historia de Quedas* revela que apenas 26.5% dos idosos já caiu, sendo que nas mulheres a percentagem é mais elevada (27.5% vs 23.5%), contudo sem diferenças significativas (p=.654). Relativamente ao item Diagnostico médico, constatamos que a maioria dos idosos possui mais do que duas patologias (80.1%), sendo que as mulheres têm maior representatividade (84.3% vs 67.6%), com evidência significativa ($\chi^2=4.452$; p=.035). A totalidade da amostra não faz *medicação intravenosa ou tem um cateter permanente*, 85.3% não necessita de ajuda na *marcha* ou está acamado no leito, ou tem ajuda de um cuidador, por sua vez 14.7% dos idosos apresenta uma *marcha* com dificuldade embora não necessite de ajuda e 4.4% é incapaz de caminhar. A maioria dos idosos esta orientado (55.1%), contudo existe uma percentagem elevada de idosos com dificuldade na orientação (44.9%), sendo essa percentagem mais elevada nas mulheres (49.0% vs 32.4%), (cf. Tabela 8).

A análise da Escala de Morse através do somatório, revela que a maioria dos idosos institucionalizados apresenta um baixo risco de queda (50.7%), 39.0% não têm mesmo

nenhum risco e 10.3% têm elevado risco de caírem. As mulheres estão mais representadas no grupo de baixo risco (55.9%) e os homens no grupo de sem risco (55.9%), verificando que existe uma maior percentagem de homens no grupo de alto risco de queda face às mulheres (17.6% vs 7.8%). O teste Qui-Quadrado indica que as diferenças encontradas são significativas ($\chi^2=10.969$; $p=.004^{**}$), ou seja os homens têm maior risco de queda face às mulheres, (cf. Tabela 8).

Tabela 8 - Caracterização da Escala de Morse

Variáveis	Sexo		Total	
	Masculino	Feminino	N	%
História de Quedas				
Não	26	74	100	73.5
Sim	8	28	36	26.5
				$\chi^2=.201$; $p=.654$
Diagnostico médicos				
Não	11	16	27	19.9
Sim	23	86	109	80.1
				$\chi^2=4.452$; $p=.035^*$
Ajuda na Marcha				
Nenhuma\Ajuda cuidador\acamado	28	88	116	85.3
Bengala\canadiana\andarilho	6	14	20	14.7
Apoio nos móveis	0	0	0	0.0
				$\chi^2=.313$; $p=.576$
Terapêutica IV ou cateter permanente				
Não	34	102	136	100.0
Sim	0	0	0	0.0
Marcha				
Normal\cadeira de rodas\acamado	27	84	111	81.6
Com dificuldade, mas sem ajuda	5	14	19	14.0
Incapaz sem ajuda	2	4	6	4.4
				$\chi^2=.267$; $p=.875$
Estado Mental				
Orientado	23	52	75	55.1
Dificuldade de orientação	11	50	61	44.9
				$\chi^2=2.864$; $p=.091$
Escala de Morse (somatório)				
Sem Risco [0 – 24]	19	34	53	39.0
Baixo Risco [25 – 50]	9	60	69	50.7
Alto Risco > 50	6	8	14	10.3
				$\chi^2=10.969$; $p=.004^{**}$

Procuramos determinar ainda que variáveis poderão influenciar no risco de queda dos idosos, desta forma procedemos ao estudo da idade, das patologias associadas, toma de medicação e diminuição da acuidade visual e auditiva.

O estudo face à idade indica uma associação positiva e não significativa da idade dos idosos com a nota global da escala de morse, ou seja quando a idade aumenta, o risco de queda também aumenta, contudo sem evidência estatística significativa ($p > .05$) (cf. Tabela 9).

Tabela 9 - Análise de regressão linear simples entre a idade e o risco de queda (somatório)

	r	r2(%)	t	p
RISCO DE QUEDA (SOMATÓRIO)	.162	2.62	1.900	.060

No estudo da relação entre o risco de queda (por grupos) e as patologias e toma de medicação dos idosos, irá ser apresentado na tabela 10 apenas as variáveis onde se encontraram diferenças significativas. Desta forma inferimos que ao nível das patologias estudadas, os idosos que possuem patologia neurológica têm mais risco de queda face aos que não tem esta doenças (70.75 vs 26.2%), ($\chi^2=27.295$; $p=.000^{***}$).

No estudo da toma de medicação, verificamos que quem toma medicamentos neurolépticos e diuréticos tem mais risco de queda (neurolépticos: 69.4% vs 44.0%; diuréticos (61.4% vs 39.4%). Revelando o teste Qui-Quadrado diferenças significativas na toma de medicação neuroléptica ($\chi^2=6.898$; $p=.032^*$) e diurética ($\chi^2=13.465$; $p=.001^{**}$).

Relativamente a diminuição da acuidade visual e auditiva, verificamos pela tabela 10 que apenas a acuidade auditiva exerce influencia no risco de queda dos idosos ($\chi^2=14.333$; $p=.001^{**}$), sendo que os idosos que não têm qualquer alteração na visão estão mais representado no grupo sem risco de queda (56.9%) e os que têm diminuição visão têm maior representatividade no grupo de baixo risco (57.1% vs 41.1%) e no alto risco face aos que não tem alterações na visão (15.5% vs 2.0).

Tabela 10 - Relação entre o risco de queda dos idosos com toma de medicação, diminuição acuidade auditiva, visual

Variáveis	Risco de Queda		Sem Risco		Baixo Risco		Alto Risco		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Patologia Neurológicas									$\chi^2=27.295$; $p=.000^{***}$
Não	37	60.7	16	26.2	8	13.1			
Sim	16	21.3	53	70.7	6	8.0			
Toma de medicamentos Neurolépticos									$\chi^2=6.898$; $p=.032^*$
Não	44	44.0	44	44.0	12	12.0			
Sim	9	25.0	25	69.4	2	5.6			
Toma de medicamentos Diuréticos									$\chi^2=13.465$; $p=.001^{**}$
Não	36	54.5	26	39.4	4	6.1			
Sim	17	24.3	43	61.4	10	14.3			
Diminuição acuidade Visual									$\chi^2=.993$; $p=.609$
Sim	42	39.6	52	49.1	12	11.3			
Não	10	34.5	17	58.6	2	6.9			
Diminuição acuidade auditiva									$\chi^2=14.333$; $p=.001^{**}$
Sim	23	27.4	48	57.1	13	15.5			
Não	29	56.9	21	41.1	1	2.0			

3.1 - Estudo da dependência nos autocuidados

Para apurarmos o tipo de dependência, face a cada um dos domínios específicos do autocuidado (Alimentar-se; Tomar banho; Arranjar-se; Andar; Usar a cadeira de rodas; Usar o sanitário; Tomar a medicação; Transferir-se; Elevar-se; Vestir-se/Despir-se; Virar-se) procedemos inicialmente ao estudo individual de cada item de cada auto cuidado de forma a ter uma ideia acerca da sua distribuição percentual.

Desta forma face ao autocuidado **Tomar Banho**, observamos pelos valores da tabela 11 que a maioria dos idosos é totalmente dependente nas oito atividades que caracterizam o tomar banho com um valor de 38.2%, 30.1% dos idosos necessita de ajuda de outras pessoas para *lavar o corpo* e para *secar o corpo*, por sua vez 36.8% dos idosos é independente nas seguintes atividades *Obtém objetos para o banho*, *Consegue água* e *Abre a torneira*.

Tabela 11 - Caracterização do autocuidado tomar banho

	Dependente Não Participa		Necessita de Ajuda de pessoas		Necessita de Equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Obtém objetos para o banho	52	38.2	33	24.3	1	.7	50	36.8
Consegue água	52	38.2	33	24.3	1	.7	50	36.8
Abre a torneira	52	38.2	33	24.3	1	.7	50	36.8
Regula a temperatura da água	52	38.2	34	25.0	1	.7	49	36.1
Regula o fluxo da água	52	38.2	35	25.7	1	.7	48	35.3
Lava-se no chuveiro	52	38.2	39	28.7	1	.7	44	32.4
Lava o corpo	52	38.2	41	30.1	1	.7	42	30.9
Seca o corpo	52	38.2	41	30.1	1	.7	42	30.9

No auto cuidado **Vestir-se e Despir-se**, constatamos que as atividades com maior representatividade no grau de dependência Dependente são: *Veste as roupas na parte inferior do corpo*, *Despe as roupas na parte inferior do corpo*, *Usa cordões para amarrar*, *Usa fecho*, *Calça as meias*, *Descalça as meias*, *Calça os sapatos* e *Descalça os sapatos* com 36.8%. Por sua vez observamos que a maioria dos idosos teve valores mais elevados no grau de dependência completamente independente, sendo que 45.6% é autônomo a *Escolher as roupas*, 44.9% consegue *Segurar as roupas* e 42.6% não precisa de ajuda de ninguém para *Retirar as roupas da gaveta e do armário*. Quanto à dependência por terceiros, os itens que apresentaram maior representatividade são as atividades de *Calçar os sapatos* e *Descalçar os sapatos* com 25%, (cf. Tabela 12).

Tabela 12 - Caracterização do autocuidado vestir-se e despír-se

	Dependente Não Participa		Necessita de Ajuda de pessoas		Necessita de Equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Escolhe as roupas	47	34.6	26	19.1	1	.7	62	45.6
Retira as roupas da gaveta e do armário	49	36.0	27	19.9	2	1.5	58	42.6
Segura as roupas	48	35.3	26	19.1	1	.7	61	44.9
Veste as roupas na parte superior do corpo	48	35.3	30	22.1	2	1.5	56	41.2
Veste as roupas na parte inferior do corpo	50	36.8	33	24.3	1	.7	52	38.2
Despe as roupas na parte superior do corpo	48	35.3	31	22.8	2	1.5	55	40.4
Despe as roupas na parte inferior do corpo	50	36.8	33	24.3	1	.7	52	38.2
Abotoa as roupas	49	36.0	23	23.5	0	0.0	55	40.5
Desabotoa as roupas	49	36.0	32	23.5	0	0.0	55	40.5
Usa cordões para amarrar	50	36.8	33	24.3	1	.7	52	38.2
Usa fechos	50	36.8	31	22.8	1	.7	54	39.7
Calça as meias	50	36.8	33	24.3	1	.7	52	38.2
Descalça as meias	50	36.8	33	24.3	1	.7	52	38.2
Calça os sapatos	50	36.8	34	25.0	1	.7	51	37.5
Descalça os sapatos	50	36.8	34	25.0	1	.7	51	37.5

Quanto ao autocuidado **Arranjar-se**, verificamos que a maioria dos idosos institucionalizados tem maior representatividade em todos os itens como sendo completamente independentes, sendo que o item com maior percentagem é o *Mantém o nariz desobstruído e limpo* com 47.8% seguido do *Uso de espelho* com 47.1%, por sua vez o item *Cuida das unhas*, esta representada por 36.8% dos idosos como sendo independentes contudo 35.3% necessita de ajuda total para realizar esta atividade e 27.9% necessita de ajuda por parte de terceiros para realizar este auto cuidado. A atividade *Limpa a área do períneo* é a que têm maior representatividade na dependência muito dependente com valor de 36.8%, (cf. Tabela 13).

Tabela 13 - Caracterização do autocuidado arranjar-se

	Dependente Não Participa		Necessita de Ajuda de pessoas		Necessita de Equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Penteia ou escova os cabelos	48	35.3	24	17.6	1	.7	63	46.4
Barbeia-se	48	35.3	28	20.6	1	.7	59	43.4
Aplica maquiagem	48	35.3	28	20.6	2	1.5	58	42.6
Cuida das unhas	48	35.3	38	27.9	0	0	50	36.8
Usa um espelho	47	34.6	23	16.9	2	1.5	64	47.1
Aplica desodorizante	48	35.3	28	20.6	1	.7	59	43.4
Limpa a área do períneo	50	36.8	30	22.1	1	.7	55	40.4
Limpa as orelhas	49	36.0	30	22.1	0	0	57	41.9
Mantém o nariz desobstruído e limpo	45	33.1	24	17.6	2	1.5	65	47.8
Mantém a higiene oral	47	34.5	26	19.1	2	1.5	61	44.9

Analisando o autocuidado **Alimentar-se** (cf. Tabela 14), constatamos que na maioria das 10 atividades deste autocuidado a maioria dos idosos é completamente independente, sendo que foi nas atividades preparar os alimentos para a ingestão (37.5%) e abrir recipientes (36.0%) que mais idosos eram dependentes e que, no mínimo, necessitavam de ajuda de pessoa. A atividade em que mais pessoas só necessitavam de equipamento (.7%) era colocar os alimentos nos utensílios, pegar no copo ou chávena e concluir refeição.

Tabela 14 - Caracterização do autocuidado alimentar-se

	Dependente Não Participa		Necessita de Ajuda de pessoas		Necessita de Equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Prepara os alimentos para a ingestão	51	37.5	36	26.5	0	0	49	36.0
Abre recipientes	49	36.0	31	22.8	0	0	56	41.2
Utiliza utensílios	47	34.6	23	16.9	0	0	66	48.5
Coloca o alimento nos utensílios	47	34.6	18	13.2	1	.7	70	51.5
Pega no copo ou chávena	37	27.3	7	5.1	1	.7	91	66.9
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	37	27.2	6	4.4	0	0	93	68.4
Leva os alimentos à boca com recipiente	37	27.2	6	4.4	0	0	93	68.4
Bebe por copo ou chávena	37	27.2	6	4.4	0	0	93	68.4
Coloca os alimentos na boca	37	27.2	6	4.4	0	0	93	68.4
Conclui uma refeição	38	27.9	9	6.6	1	.7	88	64.7

No **Uso de Sanitário**, 43.4% das pessoas não necessita de nenhuma ajuda a *Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira*, 3.7% manifesta precisar de ajuda de equipamentos para *Ergue-se da sanita*, 22.8% necessita de ajuda de pessoas para *Fazer a higiene íntima após urinar ou evacuar*, e 37.5% é totalmente dependente nesta atividade, os itens onde os idosos são mais dependentes são ainda *Ocupa e desocupa o sanitário* (36.8%) e *Ergue-se da sanita* (36.8%), (cf. Tabela 15).

Tabela 15 - Caracterização do autocuidado uso de sanitário

	Dependente Não Participa		Necessita de Ajuda de pessoas		Necessita de Equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ocupa e desocupa o sanitário	50	36.8	25	18.4	3	2.2	58	42.6
Tira as roupas	49	36.0	26	19.1	3	2.2	58	42.6
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	49	36.0	25	18.4	3	2.2	59	43.4
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	51	37.5	31	22.8	2	1.5	52	38.2
Ergue-se da sanita	50	36.8	23	16.9	5	3.7	58	42.6
Ajusta as roupas após a higiene íntima	49	36.0	27	19.9	2	1.5	58	42.6

Observamos pelos valores da tabela 16 que a maioria dos idosos estudados é totalmente independente nas atividades *levantar parte do corpo* (48.5%), 34.6% necessitam de ajuda total e 15.4% de ajuda de pessoas, valores semelhantes obtivemos no autocuidado **Virar-se**, no item *Move o corpo, virando-o de um lado para o outro*.

Quanto ao Autocuidado **Transferir-se**, 44.9% dos idosos consegue Transferir-se da cama para a cadeira/cadeirão e do cadeirão para a cama sem ajudas, 35.3% precisa de ajuda total para fazer estas atividades, 17.6% necessita de uma ajuda parcial de pessoas e 2.2% de equipamentos.

Tabela 16 - Caracterização do autocuidado elevar-se, virar-se e transferir-se

	Dependente Não Participa		Necessita de Ajuda de pessoas		Necessita de Equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
AUTOCUIDADO ELEVAR-SE								
Levanta parte do corpo	47	34.6	21	15.4	2	1.5	66	48.5
AUTOCUIDADO VIRAR-SE								
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro	46	33.8	21	15.4	3	2.2	66	48.5
AUTOCUIDADO TRANSFERIR-SE								
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão	48	35.3	24	17.6	3	2.2	61	44.9
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	48	35.3	24	17.6	3	2.2	61	44.9

Quanto ao **Uso de Cadeira de Rodas**, observamos que a maioria da amostra não usa estes equipamentos (44.1%). Constatámos que as atividades em que mais pessoas eram dependentes e que, no mínimo, necessitavam de ajuda de pessoa, se referiam a manobrar em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida (38.2%) e transferir-se de e para a cadeira de rodas com segurança (38.2%). Para movimentar o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas 6.65 dos idosos consegue realiza-lo sem qualquer ajuda quer de pessoas ou equipamentos.

Tabela 17 - Caracterização do autocuidado uso de cadeira de rodas

	Não aplicável		Dependente Não Participa		Necessita de Ajuda de pessoas		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	60	44.1	49	36.0	18	13.2	9	6.6
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	60	44.1	52	38.2	19	14.0	5	3.7
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	60	44.1	52	38.2	21	15.4	3	2.2

Quanto ao **Andar**, 45.6% dos idosos *Suporta o próprio corpo na posição de pé* sem ajuda de ninguém, 43.4% não participa nas seguintes atividades *Sobe e desce degraus, Deambula em aclives e declives, Percorre distâncias curtas, moderadas e longas*. Sendo que 14.75% necessita de ajuda de pessoas para *Subir e descer degraus* e para *Percorre distâncias longas*. Quanto ao uso de equipamentos, verificamos que o item *Percorre distâncias curtas (<100m)* é o mais representado com 7.4% dos idosos a conseguir realizar esta atividade com ajuda de equipamentos auxiliares de marcha, (cf. Tabela 18).

Tabela 18 - Caracterização do autocuidado andar

	Dependente Não Participa		Necessita de Ajuda de pessoas		Necessita de Equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Suporta o próprio corpo na posição de pé	53	39.0	15	11.0	6	4.4	62	45.6
Deambula com passadas eficazes, a diferentes ritmos	57	41.9	14	10.3	9	6.6	56	41.2
Sobe e desce degraus	59	43.4	20	14.7	5	3.7	52	38.2
Deambula em aclives e declives	59	43.4	17	12.5	6	4.4	54	39.7
Percorre distâncias curtas (<100m)	59	43.4	11	8.1	10	7.4	56	41.2
Percorre distâncias moderadas (>100m<500m)	59	43.4	18	13.2	9	6.6	50	36.8
Percorre longas distâncias (>500m)	59	43.4	20	14.7	8	5.9	49	36.0

Relativamente a **Toma de Medicação**, a maioria dos idosos necessita de ajuda total para *Providencia medicamentos* (52.2%) e *Prepara a medicação* (50.0%), contudo 52.9% consegue tomar a medicação sem qualquer ajuda.

Tabela 19 - Caracterização do autocuidado toma de medicação

	Dependente Não Participa		Necessita de Ajuda de pessoas		Necessita de Equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Providencia medicamentos	71	52.2	31	22.8	0	0	34	25.0
Prepara a medicação	68	50.0	36	26.5	0	0	32	23.5
Toma a medicação	44	32.4	20	14.7	0	0	72	52.9

Após o estudo individual de cada autocuidado, procuramos através da tabela 20 fazer uma análise da dependência dos autocuidados através da nota global de cada um. Assim observamos que nos autocuidados Alimentar-se (68.4%), Virar-se (50.7%), Elevar-se (50.0%) e Andar (50.0%) a maior percentagem da amostra é completamente independente. Contudo nos restantes sete autocuidados observamos valores que indicam maior grau de dependência moderada ou total, sendo que o autocuidado com maior grau de dependência é o uso de cadeira de rodas (64.5%), seguido do andar onde 39.0% são dependentes totais e 11.0% necessita de Ajuda de pessoas/equipamento. No autocuidado Tomar banho 38.2% apresenta dependência total e 22.8% necessita de Ajuda de pessoas/equipamento, por sua vez no uso

de sanitário 35.3% são dependentes ou incontinente e 18.4% têm dependência parcial. No autocuidado transferir-se 52.9% necessitam de ajuda ou de forma total (35.3%) ou de forma parcial (17.6%).

Após a análise destes valores podemos concluir que a maioria da amostra nos diferentes autocuidados apresenta grau de dependência na sua realização

Tabela 20 - Síntese dos domínios dos autocuidados

	Dependente Não Participa ¹		Necessita de Ajuda de pessoas/ equipamento		Completamente independente	
	n	%	n	%	n	%
TOMAR BANHO	52	38.2 (3)	31	22.8	53	39.0
VESTIR-SE E DESPIR-SE	46	33.8 (7)	24	17.6	66	48.5
ARRANJAR-SE	45	33.1 (9)	24	17.6	67	49.3
ALIMENTAR-SE	37	27.2 (11)	6	4.4	93	68.4
ELEVAR-SE	47	34.6 (6)	21	15.4	68	50.0
VIRAR-SE	46	33.8 (8)	21	15.4	69	50.7
USO DE SANITÁRIO	48	35.3 (4)	25	18.4	63	46.3
TRANSFERIR-SE	48	35.3 (5)	24	17.6	64	47.1
USAR CADEIRA DE RODAS	40	64.5 (1)	18	23.7	9	11.8
ANDAR	53	39.0 (2)	15	11.0	68	50.0
TOMAR MEDICAÇÃO	41	30.1 (10)	35	25.7	60	44.2

A recodificação da variável nota global da Dependência nos Autocuidados, foi efetuada através da construção de três grupos, pela fórmula Mediana \pm 0,25x Amplitude Interquartil (Pestana & Gageiro, 2008).

Do resultado obtido adotar-se a seguinte classificação:

- **Dependência total** ≤ 1.85
- **Dependência parcial** $1.85 < M < 2.85$
- **Independente** ≥ 2.85

Observamos pelos valores da Tabela 21, que 46.4% dos elementos da amostra apresenta-se independente no autocuidado, 36.0% é dependente em grau elevado no autocuidado e 17.6% é dependente em grau parcial. O estudo comparativo entre homens e mulheres revela que nas mulheres estão mais representadas no grupo da dependência total (39.2%), por sua vez os homens são mais autónomos estando mais representados no grupo dos independentes (64.7%). Revelando o teste Qui-Quadrado diferenças estatisticamente significativa entre homens e mulheres face aos grupos da Dependência nos Autocuidados ($\chi^2=6.457$; $p=.040$).

¹ Entre parenteses ordenação decrescente face ao grau de dependência de mais dependente para menos dependentes de 1 a 11.

Tabela 21 - Nota global da dependência no autocuidado (por grupos)

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado:
	Nº (34)	% (25.0)	Nº (102)	% (75.0)	Nº (136)	% (100,0)	
Dependência total	9	26.5	40	39.2	49	36.0	$\chi^2=6.457$; $p=0,040^*$
Dependência parcial	3	8.8	21	20.6	24	17.6	
Independente	22	64.7	41	40.2	63	46.4	

3.2 - Fatores associados à dependência no autocuidado/análise inferencial

Após a análise descritiva dos dados obtidos, passamos de seguida à análise inferencial dos mesmos, de forma a determinar que variáveis influenciam de forma significativa a Dependência nos Autocuidados de forma a encontrar fundamento empírico que dê resposta aos objetivos da presente investigação.

Foi utilizado o valor total de cada um dos autocuidados sendo que podem variar entre 1 e 3 e onde quanto mais elevado o valor médio, ou das ordenações ou pesos médios maior grau de independência os idosos possuem.

Hipótese 1 – A idade, o sexo, o estado civil e as habilitações literárias do idoso influenciam a dependência no autocuidado.

Observamos através dos resultados do teste de U Mann Whitney na tabela 22, o estudo da dependência dos autocuidados dos idosos revelou, que os homens apresentam maior autonomia face às mulheres quer na nota global do Autocuidado, com uma ordenação média de 81.21 vs 64.26 respetivamente, sendo as diferenças estatisticamente significativas ($U=1302.0$; $Z=-2.232$; $p=.026^*$). Verificamos ainda que os homens são mais independentes em todos os 11 autocuidados, constatando-se que as diferenças são estatisticamente significativas no auto cuidado Tomar banho ($p=.016^*$), Elevar-se ($p=.036^*$), Virar-se ($p=.047^*$), Transferir-se ($p=.042^*$) e Andar ($p=.028^*$), pelo que se conclui que as mulheres idosas são mais dependentes nos diferentes autocuidados.

Tabela 22 - Estatísticas relativas ao autocuidado em função do sexo

	Masculino (N=34)	Feminino (N=102)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
TOMAR BANHO	81.72	64.09	1284.5	-2.418	.016*
VESTIR-SE E DESPIR-SE	78.35	65.22	1399.0	-1.835	.066
ARRANJAR-SE	77.81	65.40	1417.5	-1.737	.082
ALIMENTAR-SE	71.80	67.39	1620.5	-.702	.483
ELEVAR-SE	79.81	64.73	1349.5	-2.095	.036*
VIRAR-SE	79.10	64.97	1373.5	-1.989	.047*
USO DE SANITÁRIO	78.57	65.14	1391.5	-1.893	.058
TRANSFERIR-SE	79.44	64.85	1362.0	-2.032	.042*
USAR CADEIRA DE RODAS	38.89	38.41	428.5	-.087	.931
ANDAR	80.07	64.64	1340.5	-2.191	.028*
TOMAR MEDICAÇÃO	75.49	66.17	1496.5	-1.280	.201
AUTOCUIDADO (NOTA TOTAL)	81.21	64.26	1302.0	-2.232	.026*

Quanto à influência da idade dos idosos, observamos que quando a idade aumenta também aumenta o grau de dependência dos idosos nos autocuidados ($r=-.090$; $p=.296$), contudo sem evidência estatística significativa, ou seja a idade não influencia a dependência nos autocuidados, (cf. Tabela 23).

Tabela 23 - Análise de regressão linear simples entre a idade e a nota global da dependência no autocuidado

	r	r2(%)	t	p
IDADE	-.090	.81	-1.049	.296

A análise da influência do estado civil no grau de dependência dos autocuidados revela que os idosos que estão Solteiro/Divorciado ou Separado são os que são mais autônomos, contudo o teste Kruskal-Wallis revela que as diferenças não são significativas ($H=1.875$; $p=.3929$, (cf. Tabela 24).

Tabela 24 - Teste de Kruskal-Wallis entre a nota global da dependência no autocuidado e o estado civil dos idosos

DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO (NOTA TOTAL)	Casado ou união de fato (N=28)	Solteiro\ Divorciado ou Separado (N=25)	Viúvo (N=82)	Teste de Kruskal- Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
	59.36	71.76	69.80	1.875	.392

Quanto à influência das habilitações literárias, pela análise da tabela 25, observamos que os idosos com 12º ano ou equivalente, Curso médio ou Superior são os que tem um valor médio que indica maior autonomia nos autocuidados ($PM=84.50$), por sua vez os idosos com menor literacia são os que são mais dependentes na nota global dos autocuidados ($PM=52.95$). Revelando o teste Kruskal-Wallis diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações literárias e a dependência no autocuidado ($H=12.713$; $p=.005$).

Tabela 25 - Teste de Kruskal-Wallis entre a nota global da dependência no autocuidado e as habilitações literárias dos idosos

DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO (NOTA TOTAL)	1º Ciclo Escolar (4º Classe) (N=51)	2º Ciclo Escolar (9º ano ou antigo 5º ano) (N=18)	3º Ciclo Escolar (11º ano ou antigo 7º ano) (N=48)	12º ano ou equivalente, Curso médio ou Superior (N=18)	Teste de Kruskal- Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
	52.95	70.00	77.05	84.50	12.713	.005**

Hipótese 2 – Existe relação entre o estado mental e cognitivo dos idosos com o nível de dependência nos autocuidados.

A regressão linear simples entre o estado cognitivo e a dependência no autocuidado revela que quando aumenta o estado cognitivo e mental dos idosos maior é a autonomia ($r=.873$; $p=.000^{***}$). Revelando o valor de t da regressão linear simples que o estado cognitivo e mental explica 76.2% da variância da dependência dos autocuidados dos idosos, (cf. Tabela 26).

Tabela 26 - Análise de regressão linear simples entre estado mental e cognitivo dos idosos e a nota global da dependência no autocuidado

	r	r2(%)	t	p
ESTADO MENTAL E COGNITIVO DOS IDOSOS	.873	76.2	20.738	.000***

Hipótese 3 – O nível de dependência dos idosos institucionalizados sofre influência da toma de medicação

A análise da toma dos diversos medicamentos e a sua relação com o grau de dependência dos autocuidados revela diferenças significativas na toma de neurolépticos ($p=.000^{***}$) e de antidiabéticos orais ($p=.008^{**}$). Ou seja os idosos que tomam medicamentos do grupo farmacológico neurolépticos e antidiabéticos orais são os que têm maior grau de dependência na nota global dos autocuidados, nos restante grupos farmacológicos não observamos diferenças significativas, (cf. Tabela 27).

Tabela 27 - Estatísticas relativas ao autocuidado em função da toma de medicação

	Não (N=97)	Sim (N=39)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
BENZODIAZEPINAS					
AUTOCUIDADO (NOTA TOTAL)	64.83	77.83	1535.5	-1.761	.078
SEDATIVOS					
AUTOCUIDADO (NOTA TOTAL)	73.02	63.10	1959.5	-1.502	.133
NEUROLÉPTICOS					
AUTOCUIDADO (NOTA TOTAL)	76.52	45.81	998.5	-4.064	.000***
ANTIDEPRESSIVOS					
AUTOCUIDADO (NOTA TOTAL)	66.38	73.57	1854.5	-.918	.359
DIGITÁLICOS					
AUTOCUIDADO (NOTA TOTAL)	66.44	76.04	1331.5	-1.202	.230
DIURÉTICOS					
AUTOCUIDADO (NOTA TOTAL)	72.61	64.63	2039.0	-1.213	.225
ANTI-HIPERTENSORES					
AUTOCUIDADO (NOTA TOTAL)	65.30	70.88	2076.5	-.839	.401
ANTIDIABÉTICOS					
AUTOCUIDADO (NOTA TOTAL)	72.64	50.14	928.5	-2.651	.008**

Hipótese 4 – A capacidade auditiva e visual influencia a dependência no autocuidado dos idosos

A diminuição da acuidade visual e auditiva e a sua relação com a dependência no autocuidado foi efetuada através do teste U de Mann Whitney, revelou que os idosos que têm diminuição acuidade visual são os que possuem maior autonomia nos diferentes autocuidados (OM=72.43 vs OM=51.79), revelando diferenças significativas (U=1067.0; p=.010*).

Por sua vez os idosos que manifestam apresentar diminuição da capacidade auditiva são os que têm em média maior grau de dependência na nota global do autocuidado (OM=61.55 vs 76.83), sendo as diferenças significativas (U=1600.0; p=.011), (cf. Tabela 28).

Tabela 28 - Estatísticas relativas ao autocuidado em função da capacidade auditiva e visual

DIMINUIÇÃO ACUIDADE VISUAL	Sim (N=106)	Não (N=29)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
AUTOCUIDADO (NOTA TOTAL)	72.43	51.79	1067.0	-2.587	.010*
DIMINUIÇÃO ACUIDADE AUDITIVA	Sim (N=84)	Não (N=51)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
AUTOCUIDADO (NOTA TOTAL)	61.55	78.63	1600.0	-2.527	.011*

Hipótese 5 – Existe relação entre Funcionalidade Familiar e o nível de dependência nos autocuidados dos idosos

Quanto à influência da Funcionalidade Familiar na dependência dos autocuidados, constatamos pelos valores da tabela 29 que as variáveis em análise são independentes, ou seja a funcionalidade familiar não influencia a variável dependente (p=.220).

Tabela 29 - Teste de Kruskal-Wallis entre a nota global da dependência no autocuidado e a funcionalidade familiar

DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO (NOTA TOTAL)	Disfuncional (N=10)	Moderadamente funcional (N=30)	Altamente Funcional (N=52)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
	47.15	52.80	42.74	3.029	.220

Hipótese 6 – A dependência nos autocuidados dos idosos é influenciada pelo risco de queda

Constatamos que o risco de quedas (escala de Morse) exerce influência significativa com o grau de dependência dos idosos nos diferentes autocuidados (H=32.131; p=.000***), sendo que os idosos que possuem alto risco de queda são mais dependentes nos autocuidados (PM=50.21), por sua vez quem tem baixo risco de queda é mais autónomo nas atividades de vida diária (PM=88.53), (cf. Tabela 30).

Tabela 30 - Teste de Kruskal-Wallis entre a nota global da dependência no autocuidado e o risco de queda por grupos

	Sem Risco (N=53)	Baixo Risco (N=69)	Alto Risco (N=14)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO (NOTA TOTAL)	88.53	82.82	50.21	32.131	.000***

4 - Discussão de resultados

Após apresentação dos resultados, faz sentido interpretar os mesmos, à luz de uma apreciação comparativa e crítica. Trata-se de uma parte fundamental do relatório de pesquisa (análise dos dados obtidos) que consiste no culminar dos esforços do pesquisador para o alcance das metas previstas e é efetuada tendo por base os objetivos do estudo, e as hipóteses formuladas. Deste modo serão seguidamente apresentados os resultados mais relevantes do estudo, fazendo sempre que possível, a sua justificação e comparação com outros trabalhos já realizados.

Passaremos então a analisar alguns aspetos relativos à caracterização da amostra ao nível sociodemográfico, contexto clínico, contexto familiar, capacidade mental e cognitiva, risco de queda e dependência nos autocuidados.

No que diz respeito à **idade e sexo**, verificamos que esta oscila, no sexo masculino entre os 72 e os 96 anos e no sexo feminino entre os 65 e os 99 anos; a média de idades é de aproximadamente 86 anos, sendo as mulheres em média mais velhas e em maior percentagem (75,6%), do que os homens. Estes dados vêm de encontro aos estudos efetuados para a população portuguesa, pois os dados do INE (2002), mostram que variadíssimos estudos sobre idosos, demonstram o predomínio do sexo feminino.

Martins (2004), no seu estudo verificou também que o sexo feminino predomina sobre o sexo masculino na população idosa (56,8%). Também Carvalho & Dias (2011), verificaram que a população estudada era maioritariamente do sexo feminino (62,5%).

O envelhecimento populacional tem grande importância e consequências quando se pensa na prestação de cuidados de saúde. O núcleo do programa de saúde XXI, do Ministério da Saúde, apoiou a Faculdade de Medicina de Coimbra, para que fosse efetuado um estudo, com uma abordagem multidimensional, sobre o envelhecimento de adultos e idosos. Pretendiam determinar a prevalência de dependência funcional de terceiros e comparar os níveis de dependência funcional no domínio físico, mental e social, por estratificação das variáveis da amostra. Tal como o nosso estudo, identificou maior percentagem de dependentes do sexo feminino (57,4%) e uma associação estatisticamente significativa entre dependência funcional e grupo etário. O estudo de Imaginário (2002), no norte do país, concluiu também uma predominância dos dependentes do sexo feminino, que se acentua com o aumento da idade, sendo a média de idades de 82,3 anos, muito semelhante à média de

idade do nosso estudo. Esta predominância do sexo feminino tem permanecido ao longo da última década (Amaral, et al,2000; Pacheco, et al 1999), facto que deriva da esperança média de vida entre mulheres e homens, à nascença (INE, 2009).

Relativamente ao **estado civil**, o estudo revelou que a maioria dos idosos são viúvos (60,7%), existindo maior percentagem de mulheres (63,7% vs 51,5%); Segundo Paúl (2005), a viuvez e a solidão a ela associada é uma das principais causas da institucionalização dos idosos. Salientar ainda que no que diz respeito ao estado civil de casado, existe maior percentagem do sexo masculino face ao feminino (36,4% vs 15,7%), 18,6% da nossa amostra são solteiros/divorciados/separados; estes dados corroboram os obtidos no estudo de Martins (2004), em que a percentagem de viúvos foi de 62,3% e de solteiros foi de 19,6%. Branco et al (2001), verificou que os homens são na maioria casados (83,4%) e as mulheres são predominantemente viúvas (52,2%), o que de certo modo vem de encontro aos nossos resultados. Carvalho & Dias (2011), verificaram, em relação ao estado civil que 52,5% eram viúvos e 32,5% eram solteiros, concluíram também, tal como no nosso estudo que a percentagem maior de idosos eram viúvos.

No que se refere às **habilitações literárias**, a maioria dos idosos possui baixa instrução literária (37,8%). Estes resultados estão de acordo com os obtidos por Martins (2004), Branco, Nogueira e Dias (2001) ao concluírem que a maioria da população idosa possui baixos níveis de instrução. De salientar que no nosso estudo, nas mulheres o grupo mais representativo é o primeiro ciclo escolar, 4ª classe (40,6%) e nos homens o terceiro ciclo escolar, 11º ano ou antigo 7º ano (38,3%). De certo modo, os dados respeitantes a um menor nível de instrução por parte das idosas não são de estranhar, espelhando certos aspetos socioculturais dominantes da sociedade da época. Hoje em dia as expetativas da sociedade para a mulher são um pouco diferentes, mas há alguns anos atrás as expetativas que a sociedade colocava na mulher relacionavam-se sobretudo com o desempenho dedicado às tarefas domésticas; conseqüentemente aspetos relacionados com a instrução/cultura não eram considerados prioritários. Segundo o INE (2009), só 30,2% possui o ensino secundário completo, facto que está ainda associado à população jovem.

Relativamente à **caraterização clínica**, concluímos que a maioria dos idosos estudados possui patologia cardíaca (70,6%), seguindo-se a patologia osteoarticular (62,5%) e a patologia neurológica (55,1%). O estudo revelou que só no que se refere à patologia neurológica, as mulheres são mais representativas (60,8% vs 38,2%). Em estudos publicados, são mencionadas como sendo as patologias mais frequentes nesta faixa etária, as doenças e perturbações do sistema músculo-esquelético e as perturbações do aparelho circulatório (Jacques, 2004; Born e Boechat, 2006), o que de certa forma está de acordo com os dados por nós obtidos.

Podemos concluir que a maioria dos idosos institucionalizados, no nosso estudo possui patologia(s) crônicas, o que está de acordo com estudos efetuados que mencionam a condição de saúde como uma das principais causas de institucionalização (Wilmoth, 2002; Levenson, 2001; Paúl, 2005).

As doenças/patologias da pessoa idosa, habitualmente cursam com a presença de dor. No nosso estudo, concluímos que mais de metade dos idosos (52,6%) manifesta que raramente sente dor, manifestou ter alguma dor 40% dos idosos e 7,4% refere que tem dores muitas vezes. Neste estudo verificou-se também que as mulheres manifestam mais dores face aos homens, não havendo evidência significativa. Os nossos resultados, não estão de acordo com alguns autores quando dizem que a percentagem de dor nos idosos institucionalizados pode variar entre 73 e 80% (Figueiró e Cosentino, 2006).

No que se refere à toma de medicação, verificou-se que os medicamentos que os idosos institucionalizados mais tomam são anti hipertensores (57,4%), seguindo-se os sedativos (54,6%) e os diuréticos (51,5%). Constatamos que os homens tomam mais digitálicos e que as mulheres tomam mais benzodiazepinas, sedativos, neurolépticos, antidepressivos, diuréticos, anti hipertensores e antidiabéticos orais. Estes dados vêm reforçar a teoria de que a população idosa representa uma significativa parcela de consumidores de medicamentos e muitas vezes de forma conjunta - a polifarmácia (Cabrera, M. 2009)

Relativamente à **capacidade mental e cognitiva**, constatou-se que os homens apresentam melhor estado mental e cognitivo que as mulheres, revelando diferenças significativas. Segundo as autoras Marra & Carmagnani (2011), a avaliação mental ocupa-se do estado das faculdades mentais, especialmente a memória e a orientação, mas também do estado de vontade de viver e do estado de ânimo. As mesmas autoras referem que a avaliação da função mental assim como a avaliação funcional são fundamentais para se conhecer o grau de independência de um indivíduo. Ainda as mesmas autoras, dizem que o envelhecimento afeta funções a nível do sistema nervoso central (SNC) como a percepção, a memória recente, o sono, a coordenação motora e o controle muscular.

O sistema biológico mais comprometido com o envelhecimento é o SNC, responsável pelas sensações, movimentos, funções psíquicas (vida de relação) e pelas funções biológicas internas (vida vegetativa) (Cançado & Horta, 2002). Estes autores, referem que o declínio é mais precoce nas mulheres que nos homens, acontecendo uma correlação entre cérebro, peso do corpo e altura o que também acontece no nosso estudo. Dizem ainda, que acima dos 45 anos, em relação ao peso do cérebro, este vai reduzindo; ocorre um decréscimo discreto na década de 60 anos, com acentuação entre as décadas de 70 a 90 anos, com decréscimo

até 80%. Os resultados por nós obtidos vêm de encontro a esta descrição, pois a doença neurológica está presente numa percentagem significativa (55,1%) da amostra estudada.

A análise do **risco de queda**, mostra que a maioria dos idosos institucionalizados apresenta risco de queda baixo (50,7%), um número significativo não apresenta risco de queda (39,0%) e apenas uma pequena percentagem (10,3%), apresenta elevado risco de queda. Resende e colaboradores (2008), verificaram que 7,3% da sua amostra apresentava propensão para quedas; e teria havido ocorrência de quedas no ano anterior, de causa relacionada com o próprio indivíduo e/ou presença de sequelas em 44% do total, principalmente nos mais velhos e nas mulheres. Downton (1998), não estando completamente em consonância com os nossos resultados, diz que pelo menos 50% das pessoas mais velhas institucionalizadas correm risco de queda. Figueiredo et al (2007), referem que a prevalência de queixas de equilíbrio na população idosa chega a ser de 85%, estando associadas a várias etiologias, como sejam: diminuição da acuidade visual, degeneração do sistema vestibular, alterações proprioceptivas, défices musculo esqueléticos, atrofia cerebral, diminuição do mecanismo de atenção, hipotensão ortostática, etc. Sabemos pois, que quanto maior o número de fatores de risco, maior é a possibilidade de queda.

A percepção do idoso sobre a **funcionalidade da sua família**, foi avaliada através da escala do Apgar familiar: verificou-se que a maioria dos idosos percecionam uma família altamente funcional, 56,5%, moderadamente funcional 32,6% e disfuncional 10,9%. Estes resultados estão em consonância com Andrade e Martins (2011) ao concluírem que os idosos percecionam uma relação familiar que integra famílias altamente funcionais (62,4%). Também Carvalho e Dias (2011), concluíram que a maioria dos idosos (95%), considera satisfatória a presença da família na sua vida.

Por sua vez, Martins e Mestre (2014), referem que os idosos maioritariamente sentem que a família se preocupa pouco (36%) ou muito pouco (52%) com eles. Nesta situação, segundo as autoras poderá dever-se ao facto de as famílias passarem cada vez menos tempo com os seus idosos, dando apoio instrumental e delegando para segundo plano o apoio emocional, deveras importante para o idoso.

No que diz respeito ao **autocuidado**, ou seja ao avaliarmos o grau de dependência dos idosos na concretização do mesmo, constatamos que a maior percentagem da amostra é independente nos autocuidados alimentar-se (68,4%) e virar-se (50,7%). Por sua vez, apresentam maior grau de dependência no uso de cadeira de rodas (64,5%), no andar (39,0%) e no tomar banho (38,2%), sendo que estas percentagens relacionam-se com a dependência total. Ao adicionarmos a necessidade de ajuda de pessoa/equipamento, estas percentagens

passam para 88%, 50% e 61% para os autocuidados uso de cadeira de rodas, andar e tomar banho respetivamente.

Os dados mostram ainda que os homens apresentam maior autonomia que as mulheres na nota global do autocuidado, com uma ordenação média de 81.21 vs 64.26 respetivamente, sendo as diferenças estatisticamente significativas. Verificamos também que a dependência aumenta com o aumento da idade, estando estes dados em consonância com o descrito na parte teórica, quando dizemos que à medida que a idade avança, o idoso fica mais dependente na realização das atividades de vida diária, fruto do desgaste e da prevalência de doenças crónicas (Freitas e Miranda, 2006), e da média de idades uma vez que no caso da nossa amostra esta é de 86 anos.

Considerando a nota global do autocuidado, verificamos que 46,4% da amostra é independente, 36,0% é dependente em grau elevado e 17,6% dependente em grau moderado, ou seja, 53,6% apresenta algum grau de dependência. Carvalho & Dias (2011), refere que 40,1% dos idosos são autónomos e parcialmente dependentes e que 59,9% são dependentes ou muito dependentes, o que de certa forma vai de encontro aos resultados por nós obtidos neste estudo.

No que se refere à influência do estado civil na dependência no autocuidado, não o comprovamos, porque apesar dos solteiros/separados/divorciados serem os mais autónomos, o teste de Kruskal-Wallis revela que as diferenças não são significativas.

Relativamente à influência das habilitações literárias na dependência no autocuidado, concluímos que os idosos com curso médio ou superior são os que têm mais autonomia, contrariamente aos idosos com menor literacia (mais dependentes nos autocuidados) sendo estas diferenças significativas.

A regressão linear simples efetuada entre o estado cognitivo e a dependência no autocuidado, revela que quanto melhor for o estado cognitivo, maior é a autonomia do idoso. Este resultado está em consonância com vários estudos descritos anteriormente, uma vez que para avaliarmos o grau de dependência, a avaliação cognitiva tem de estar presente, pois é um fator preponderante como podemos constatar nos dados obtidos.

Ao analisarmos a toma de medicação e a relação com o grau de dependência nos autocuidados, obtivemos diferenças significativas na toma de neurolépticos e de antidiabéticos orais. Os idosos que tomam este tipo de medicação são, no nosso estudo os que têm maior dependência na nota global dos autocuidados. Nos restantes grupos farmacológicos não se verificam diferenças significativas. Segundo Cabrera (2011), o uso diário de múltiplos medicamentos pelos idosos, acarreta problemas que poderão interferir na sua qualidade de vida.

Analisando a capacidade visual e auditiva relativamente à dependência no autocuidado, verificamos que os idosos com diminuição da capacidade auditiva são mais dependentes.

Quando analisamos o risco de queda (escala de Morse) nos idosos, constatamos que os idosos que têm alto risco de queda são mais dependentes no autocuidado, sendo que os mais autônomos têm menor risco de queda, estando de acordo com o descrito por Bachion e Menezes (2008) ao referirem que as alterações do equilíbrio e marcha resultam em limitações funcionais para estes idosos, como sentar e levantar da sanita, tomar banho, sair da cama, alcançar objetos, subir e descer escadas, entre outros. Esta incapacidade física e funcional é expressa no comprometimento da realização de atividades de vida diárias, levando a concluir, segundo estes autores que quando existe compromisso funcional/dependência, há maior risco de queda.

Numa análise interpretativa dos resultados, verificamos que os autocuidados em que os idosos apresentam maior dependência são aqueles que exigem maior amplitude e coordenação de movimentos, maior capacidade motora fina e grosseira, assim como maior destreza manual, força muscular ou equilíbrio corporal.

No que se refere à dependência total, no nosso estudo são de realçar as percentagens elevadas nos 11 domínios do autocuidado usar cadeira de rodas (64,5%), andar (39,0%), tomar banho (38,2%), uso do sanitário (35,3%), transferir-se (35,3%), elevar-se (34,6%), vestir-se e despir-se (33,8%), virar-se (33,8%), arranjar-se (33,1%), tomar medicação (30,1%), alimentar-se (27,2%). Estes idosos, estão sujeitos a elevados riscos de compromisso dos processos corporais, precisam obrigatoriamente da ajuda de pessoas para a sua sobrevivência e bem-estar.

De salientar, no nosso estudo, que os idosos que necessitam de equipamento, eram em número pouco significativo, pelo que foram incluídos no autocuidado necessita de ajuda de pessoa. Pensamos que o comprometimento na execução dos autocuidados poderá ser muitas vezes colmatado pela utilização de equipamento adequado a cada situação. O que acontece muitas vezes é que o prestador de cuidados tem uma atitude de agir pela pessoa ou substituí-la em detrimento da promoção da capacidade de autocuidado, negando as oportunidades para desenvolver o potencial da pessoa dependente. Reconhecemos a importância dos equipamentos adaptativos na execução das atividades de autocuidado, mas, o desconhecimento da existência ou a impossibilidade da sua aquisição poderão justificar a não utilização, contribuindo para uma maior dependência da pessoa.

Os nossos resultados permitem dizer que, o fenómeno da dependência no autocuidado dos idosos residentes em lar é relevante e que as características dos idosos

dependentes identificados e avaliadas estão em linha com os resultados de estudos anteriores realizados em Portugal, colocando em destaque a necessidade de assistência/apoio a esta população cada vez mais numerosa.

5 - Conclusão

Procuramos apresentar ao longo deste trabalho todo o percurso efetuado no desenvolvimento do estudo da temática centrada na “Dependência no Autocuidado dos Idosos Institucionalizados”.

O envelhecimento da sociedade é um facto incontornável. As últimas projeções do INE demonstram a continuação da tendência verificada desde 2003 ou seja, o abrandamento do ritmo de crescimento da população, com aumento da proporção da população com idade superior a 65 anos e consequentemente aumento do índice de envelhecimento. Assim, constatamos um aumento das pessoas com doenças crónicas, com idades mais avançadas e com algum nível de dependência no autocuidado. Com as atuais políticas de saúde, a mulher cada vez mais no mercado de trabalho e os internamentos de curta duração, assistimos à necessidade de institucionalização da população idosa, no sentido de colmatar as necessidades de ajuda no autocuidado da mesma.

Ao longo da realização deste trabalho, surgiram algumas dificuldades aquando do preenchimento do formulário ou pela falta de motivação/colaboração dos idosos ou pela falta de tempo para a sua aplicação.

Esta problemática do autocuidado é de grande importância, existindo claros benefícios na definição de objetivos e intervenções realistas baseados em conhecimento científico acerca do nível de dependência no autocuidado. Em Portugal, assistimos ao acordar para a importância de novas reformas na saúde. A qualidade do exercício de enfermagem assenta não só na promoção da autonomia no autocuidado junto do indivíduo, mas também no aumento de competências dos membros da família para o exercício do papel de prestadores de cuidados (OE, 2001; Pereira, 2007; Silva, 2007).

Segundo Dorothea Orem (2001), a realização dos requisitos de autocuidado depende do grau em que estes requisitos se conhecem, “com propriedade” e do modo com se compreendem as formas de os satisfazer. Desta forma, as necessidades de autocuidado de cada pessoa só podem ser conhecidas e devidamente colmatadas se forem corretamente avaliadas. Assim, os instrumentos de avaliação do autocuidado devem ser valorizados, pois é neles que se baseia a tomada de decisão clínica. Deste modo, conhecendo as limitações específicas da pessoa dependente podemos adequar as intervenções aos seus reais défices nas diversas dimensões do autocuidado.

As projeções do INE para 2060, são de que se irá manter a tendência do aumento do índice de envelhecimento, podendo atingir valores superiores a 270 idosos por cada 100 jovens. Assim, em 2060 poderemos encontrar 30% da população portuguesa com idade superior a 65 anos. Estes valores levam-nos a refletir na importância de otimizar a assistência a esta população, que necessita de cuidados de enfermagem de qualidade e excelência.

O processo de reabilitação do idoso dependente está intimamente ligado ao perfil do prestador de cuidados, que por vezes limitam a capacidade de autonomia da pessoa quando a substituem na realização das suas rotinas diárias e atividades de autocuidado. Assim, cabe a nós enfermeiros não centrarmos as nossas intervenções somente no indivíduo, mas também nos membros prestadores de cuidados, no sentido de explorarmos todo o potencial, objetivando a independência máxima da pessoa.

Os enfermeiros têm um papel crucial na promoção do autocuidado, promovendo a independência e a responsabilidade individual no estado de saúde de cada indivíduo. Para isso, é essencial e deveras importante a avaliação clara da realidade no domínio do autocuidado e a intervenção da enfermagem de reabilitação. Segundo a OE (2011), a enfermagem de reabilitação é uma área de intervenção de enfermagem de referência e excelência, pois previne, cuida, recupera e ambiciona recuperar/reabilitar novamente os doentes, vítimas de doença súbita ou descompensação da doença crónica que origina défice funcional, promovendo a maximização das capacidades funcionais da pessoa. Os objetivos de atuação, são melhorar a função e promover a independência, permitindo viver com qualidade de vida. De acordo com Lima (2014), tendo em conta, os resultados do seu estudo, doentes sujeitos a imobilidade ou de certa forma dependentes no autocuidado, beneficiaram com a intervenção da enfermagem de reabilitação, pois recuperaram 38,03% da sua dependência funcional. Assim, o mesmo autor, afirmou que o enfermeiro de reabilitação faz a diferença na recuperação dos doentes, pois a sua intervenção pode traduzir-se em ganhos em saúde, tais como: maior autonomia nas AVD'S, maior independência funcional, podendo levar a uma considerável melhoria na qualidade vida.

Torna-se importante valorizar e promover a qualidade de vida dos idosos, a sua autonomia e a estimulação motora e intelectual. A participação dos idosos em atividades nas instituições, ajuda a promover um envelhecimento com qualidade, torna-o mais ativo física e psicologicamente; ou seja, menos dependente.

Ao finalizarmos este trabalho de investigação, tendo como base de orientação os objetivos iniciais retiramos as seguintes conclusões:

- ✓ A população estudada é na maioria do género feminino, com média de idades que ronda os 86 anos, predominantemente viúvas e as patologias mais comuns são cardíacas, osteoarticulares e neurológicas;
- ✓ A maioria dos idosos percebem que quase sempre têm apoio familiar, estando inseridos em famílias altamente funcionais;
- ✓ Apresentam maior risco de queda os homens, os mais idosos, quem toma neurolépticos, diuréticos e os que apresentam diminuição da acuidade auditiva;
- ✓ Os homens apresentam melhor estado mental e cognitivo que as mulheres;
- ✓ A maior percentagem de idosos dependentes é no autocuidado uso de cadeira de rodas, seguindo-se o autocuidado andar, tomar banho e o uso de sanitário;
- ✓ Os homens são mais independentes nos 11 autocuidados, apresentando maior autonomia;
- ✓ Quanto maior a instrução académica, maior a independência no autocuidado;
- ✓ Quanto melhor o estado cognitivo, maior independência no autocuidado;
- ✓ Os idosos que tomam neurolépticos e antidiabéticos orais, são mais dependentes no autocuidado;
- ✓ Os idosos com diminuição da acuidade auditiva, são mais dependentes que os idosos com diminuição da acuidade visual;
- ✓ A funcionalidade familiar não influencia a dependência no autocuidado;
- ✓ Os idosos que têm alto risco de queda, são mais dependentes no autocuidado.

As conclusões deste estudo, reforçam a ideia de que estudar a dependência no autocuidado dos idosos institucionalizados é um assunto pertinente e reforça a teoria de que é uma população que merece empenho e dedicação para o desenvolvimento de ações que privilegiem a independência e a qualidade de vida.

Neste sentido, pensamos que este tipo de estudos deverá ser efetuado a nível geral, no sentido de conhecer e compreender a pessoa idosa, no domínio do autocuidado. Desta forma, poderemos contribuir para a aquisição de dados fiáveis para a elaboração de processos de decisão e estratégias em saúde, com o intuito de proporcionar ao idoso um envelhecimento com qualidade e autonomia. Assim, devemos:

- ✓ Promover hábitos de vida saudáveis;
- ✓ Incentivar os prestadores de cuidados para a prevenção, tratamento e reabilitação do idoso;

- ✓ Promover a participação ativa da família e responsabilizar, no processo de autocuidado e promoção da autoestima;
- ✓ Proporcionar equipamentos, nas instituições de forma a tornar o idoso mais autónomo, para que viva com dignidade;
- ✓ Dar cumprimento aos direitos e deveres dos idosos institucionalizados;
- ✓ E muito mais...

Os idosos são documentos vivos a preservar. Os anos de vida conferem-lhes o estatuto de “sábios”, pois têm um legado de experiências e conhecimentos que devem ser de referência para as gerações futuras. Devem ser valorizados e considerados como um guião que nos orienta no caminho certo a seguir na vida. O papel dos avós é cada vez mais importante numa sociedade em que valores como o respeito, a solidariedade, a educação parecem estar esquecidos. Devemos pois investir nesta faixa etária, no sentido de proporcionar qualidade de vida e autonomia para que as gerações futuras possam usufruir dos conhecimentos e experiências desta população. Deste modo, a experiência destas idades, as vivências e percursos de vida são a base para transformar o futuro desta população e das próximas gerações em vida com qualidade/autonomia.

Envelhecer bem é a meta a alcançar, sendo condição necessária a pessoa manter baixo risco de doença, funcionamento físico e mental elevado e compromisso ativo com a vida.

Referências bibliográficas

- Almeida, L. S. & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. (5.^a ed.). Braga: Psiquilibrios edições.
- Amaral, M.F & Vicente, M.O. (2000). Grau de dependência dos idosos inscritos no centro de saúde de Castelo Branco. *Revista portuguesa de saúde pública*, 18, (2), 23-41.
- Andrade, A. & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Revista Millenium*, 40, 185-199.
- Atchley, R.C, (1987). *Aging: Continuity and change*, 2nd edition, Belmont,CA: Wadsworth
- Birren, J. & Cunningham, W. (1985). Research on the psychology of aging: principles, concepts and theory. In J. Birren & Shaie, *Handbook of the psychology of aging* (pp.3-34) New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Azeredo, Z. & Matos, E. (2004). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da faculdade de medicina de Lisboa*, 8 (4); 199-204.
- Bachion, M.M. & Menezes, R.L. (2008). Estudo da Presença de Fatores de Risco Intrínsecos para Quedas, em Idosos Institucionalizados. *Ciências & Saúde*, 13(4), 1209-1218.
- Born, T. & Boechat, N. S. (2006). *A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado*. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll & M.L. Gorzoni (2^aed.) *Tratado de Geriatria* (pp. 1131-1141). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Branco, M.J.; Nogueira, P.J. & Dias, C.M.(2001). *Mocecos, uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI*. Lisboa: Onsa.
- Cabrera, M.(2006). *Polifarmácia e adequação do uso de medicação*. In E.V. Freitas, L.Py,A.L. Néri. F.A.X. Cançado, M.L. & S.M. Rocha, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp.1055-1059) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Cade, N.V. (2001). A teoria do défice de autocuidado de Orem aplicada em hipertensas. Ribeirão Preto: *Revista latino Americana de Enfermagem*, 9 (3).
- Cançado, F.A.X. & Horta, M.L. (2002). *Envelhecimento cerebral* In E.V. Freitas, L.Py,A.L. Néri. F.A.X. Cançado, M.L. & S.M. Rocha, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp.112-127) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Cancela, D:M:G (2007). *O processo de envelhecimento*. Porto: Portal dos psicólogos.

- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de ler.
- Carvalho Filho, E. T. (2002). *Fisiologia do envelhecimento*. In M.P. Netto, Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada (pp.60-70) São Paulo: Atheneu.
- Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, 40. 161-184.
- Chambers, R. (2006). *Supporting self-care*. In R. Chambers, G.Walkley & A. Blenkinsopp. Supporting self-care in primary care. Oxford: Radcliffe Publishing, 1-13.
- Chick, N.; Meleis, A.I., (1996). *Transitions: a nursing concern*. In Chinn, P. L. Nursing research methodology (pp.237-257) Rockeville: Aspen.
- Collière, M.F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos enfermeiros portugueses.
- Collière, M.F. (1999). *Cuidar.... A primeira arte da vida* (2ª ed). Loures: Lusociências.
- Correa, O.T. & Ospina, G.C. (2004). *Fundamentos teóricos e metodológicos para el trabajo comunitário en salud*. Manizales: Universidad de Caldas: Centro Editorial.
- Decreto-Lei Nº100/2006, DR I Série A Nº109 (2006.06.06). Disponível em <http://cuidados.continuados.no.sapo.pt/legislação.htm>.
- Downton, J. (1998). *Quedas em idosos institucionalizados*. London: Hodder Arnold
- Duque, H.J. L. T. (2009) – *O doente dependente no autocuidado* – estudo sobre a avaliação e ação profissional dos enfermeiros. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Avançada – Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Portugal.
- Eliopoulos, C. (2011). *Enfermagem gerontológica* (7ª ed). Porto Alegre: Artmed
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e sociedade*. Oeiras: Celta.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontologia Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fialho, A.V.; Pagliuca, L.M.; Soares, E., (2002). Adequação da teoria do défice de autocuidado no cuidado domiciliar à luz do modelo de Barnum. Ribeirão Preto, Revista latino americana,.10 (5).
- Figueiredo, K.; Lima, K. e Guerra, R. (2007). Instrumento de avaliação do equilíbrio corporal em idosos, Artigo de revisão. *Cineantropom*, 9,.408-413.
- Figueiró, J.A.B. & Consentino, R.C.M. (2006). *Dor crónica e envelhecimento*. In E. T.C. Filho &M.P. Netto, Geriatria (2ªed.). Fundamentos, clínica e terapêutica, (pp.3-18). São Paulo, Atheneu.

- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fedrico, Claudia R. A. M. (2000) - *Fisioterapia na terceira idade – O futuro de ontem é a realidade de hoje* [online]. Available from World Wide Web: <http://www.fisiohoje.fst.br/>
- Freitas, E. V. & Miranda, R.D. (2006). *Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla*. In E. V. Freitas, L. Py, F.A.X., Cançado, J.Doll & M.L. Gorzoni (2ªed.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp.900-909). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Hoeman, S. P. (2000) - *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processos*. Lisboa: Lusociência.
- Imaginário, C. (2002). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *Revista de Estudos Demográficos - O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística (2009). *Indicadores sociais 2008*.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Estatísticas Demográficas 2010*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Jacques, M.E. (2004). *Abordagem psicossomática no contexto institucional e familiar*. *Sinais Vitais*, 55, 34-37.
- Joel, M. E. (2002). *L'émergence du problème des aidants*. In A. Colvez, M.E. Joel & D. Mischlich. *La maladie d'Alzheimer. Quelle place pour les aidants?* (pp.53-62). Paris: Maison.
- Lakatos, E.M. & Marconi, M.A.(2006). *Metodologia científica*. São Paulo: Editora atlas, 29-36.
- Leddy, S. & Pepper, J.M.(1992). *Bases Conceptuales de la enfermería profesional*. Organización Panamericana de la Salud (1ªed.), 165.
- Levenson, S.A. (2001). *A assistência institucional de longo prazo*. In J:J: Gallo, J.Busby-Whitehead, P.V.Rabins, R.A.Silliman & J.B.Murhhy.(5ªed.) *Assistência ao idoso: aspetos clínicos do envelhecimento* (pp.527-538). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Levet-Gautrat, M. (1995). *A la recherche du 3^e âge éléments de gérontologie sociale*. Paris: Armand Colin Actualité.

- Lima, R.; Lourenço, M. & Massi, G. (2014). *Trabalho com a linguagem e envelhecimento, uma busca por ressignificações de histórias de vida*, 6(2). Brasil: Cefac, 672-678.
- Marra & Carmagnani (2011). *Atenção integral do idoso*. São Paulo: Icone
- Martins, R. & Mestre, M. (2014). Esperança e Qualidade de Vida em Idosos. *Revista Millenium*, 47, 153-162.
- Martins, R:M:L: (2004). *Qualidade de vida dos idosos da região de viseu*. Tese de doutoramento. Universidade da Extremadura, Portugal.
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). *Facilitating Transitions: redefinition of the nursing mission*. *Outlook* 42 (6), 255-259.
- Meleis, A., et al (2000). *Experiencing Transactions: On Emerging Middle Range Theory*, *Advances in Nursing Science*, 23, 12-28.
- Menezes, R.L. & Bachion, M.M. (2007). *Estudo da presença de fatores de risco intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados*. Brasil: Goiânia; 1209-1218.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2009). *Carta Social: Rede de serviços e equipamentos*. Lisboa.
- Murphy, S.A. (1990). *Human responses to transitions: a holistic nursing perspective, holistic nursing practice*, 4 (3), 1-7.
- Netto, M. P. (2002). *O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos*. In Freitas, E.V. et al. *Tratado de geriatria* (pp2-12). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Netto, M.P. (2006). *O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos*. In E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F.X. Cançado, M. Gorzoni & S. Rocha. *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp.2-12). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Neves, E. & Wink, S. (2007). *O autocuidado no processo de viver: enfermeiras compartilham concepções e vivências em sua trajetória profissional*. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16, 172-179.
- Orem, D. E.; Taylor, S.G. & Renpenning, K.M. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. Boston: Mosby.
- Pacheco, A. & Lucas, J:C:, (1999). Avaliação da qualidade de vida e dependência funcional- idosos com 80 e mais anos-nascidos até 31.12.1998. *Revista Geriátrica*.12, 17-20.
- Padilha, J. M. S. C. (janeiro 2006). *Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa: conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios da*

- saúde. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Portugal.
- Paúl, C. (2005). *Envelhecimento e ambiente*. In L. Soczka. Contextos humanos e psicologia ambiental. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 247-268.
- Pereira, S.R.M. (2003). *Repercussões socio-sanitárias das fraturas 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, Brasil.
- Pereira, F. (2012). *Teoria e prática da gerontologia; um guia para cuidadores de idosos*. Viseu: Psico & Soma.
- Pestana, M. H.; Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados Para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS* (5.ª ed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Petronilho, F. (2006). *Preparação do regresso a casa – evolução da condição de saúde do doente dependente no autocuidado e dos conhecimentos e capacidades do membro da família prestador de cuidados, entre o momento da alta e um mês após no domicílio*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Portugal.
- Pordata. Índice de dependência dos idosos. Disponível em www.pordata.pt
- Portugal. Ordem dos Enfermeiros (2010). *Classificação para a prática de enfermagem*. Lisboa. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>.
- Resende, (2008). *Funcionalidade e prevalência de quedas nos idosos*. Dissertação de mestrado. Portugal.
- Santos, P.F.C. (2000). *A depressão no idoso; estudo da relação entre fatores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lousã: Lidel.
- Sidani, S. & Braden, C.J. (2011). *Design, Evaluation, and Translation of Nursing Interventions*. Canadá: Wiley-Blakwell.
- Silva, M. J.; Lopes, M.; Araújo, M.; Moraes, G. (abril-junho 2006). *Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza – Ceará: Acta paulista de enfermagem*, 19 (2). 201 – 206.
- Sousa, L.; Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família*. Porto: Âmbar.
- Subramanyam, V. (2011). *Physical Activity and Functional Competence* in Indian Journal of Gerontology, 25, 143-149.

Uribe, T. (1999). *El autocuidado y su papel en la promoción de la salud*. Investigación y educación en enfermería, 1, 109-118.

Vaz, E. (2008). *A velhice na primeira pessoa*. Penafiel: Editorial Novembro.

Wilmoth, J. (2002). *Arranjos de vida de idosos nos Estados Unidos*. Sociologias, 7, 136-155.

Anexo 1 - Instrumento de colheita de dados



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Escola Superior de Saúde de Viseu

IV Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação



ÁREA CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**ESTUDO DO RISCO DE QUEDAS E DA DEPENDENCIA NO AUTO-CUIDADO DOS IDOSOS
INTITUCIOLANLIZADOS
INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

_____ / _____ / _____

NOTA DE ESCLARECIMENTO

Antes de começar a responder às questões, que integram este instrumento de colheita de dados, queremos informá-lo que:

- Com o presente estudo pretende-se proceder a uma caracterização socio demográfica, clínica, dependência no autocuidado e risco de queda em idosos institucionalizados.
- As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e verdade;
- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;
- As suas respostas serão apenas lidas pela equipa que realiza o estudo. Elas não serão utilizadas para outro fim que não o da presente investigação;
- Não é necessário escrever o seu nome, pois a colheita de dados é confidencial.

Obrigado pela sua colaboração.

I – CARATERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA

1. Género:

Masculino (1)

Feminino (2)

2. Idade: _____ anos

3. Estado Civil:

Casado/União de Facto Solteiro Divorciado/Separado Viúvo

4.Habilitações Literárias:

Não sabe ler e escrever

1º Ciclo Escolar (4ª Classe)

2º Ciclo Escolar (9º ano ou antigo 5º ano)

3º Ciclo Escolar (11º ano ou antigo 7º ano)

12º ano ou equivalente

Curso Médio

Curso Superior

Mini Mental State Examination (MMSE)

Nesta secção, pretendemos apenas perceber a sua capacidade de Orientação e Cognitiva. Não se preocupe se não conseguir responder ou realizar tudo o que lhe é pedido, o importante é responder o melhor que conseguir.

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? _____
 Em que mês estamos? _____
 Em que dia do mês estamos? _____
 Em que dia da semana estamos? _____
 Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
 Em que distrito vive? _____
 Em que terra vive? _____
 Em que casa estamos? _____
 Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
 Gato _____
 Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta.)

Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
 Gato _____
 Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____
 Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____
 Dobra ao meio _____
 Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

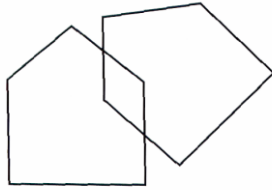
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais interseccionados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: ____

II – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

6. Antecedentes (Patologias adquiridas).

- Cardíacas
- Respiratórias
- Metabólicas
- Neurológicas
- Osteoarticular
- Oncológicas
- Oftalmológicas

7. Grupo Farmacológico, da medicação que realiza habitualmente.

- Benzodiazepinas
- Sedativos
- Neurolépticos
- Antidepressivos
- Digitálicos
- Diuréticos
- Anti-Hipertensores

8. Diminuição da acuidade visual? Sim Não

9. Diminuição da acuidade auditiva? Sim Não

10. No seu dia-a-dia costuma sentir dor? Nunca Raras vezes Algumas vezes Muitas vezes Sempre

11. No seu dia a dia utiliza oxigénio diariamente? Sim Não

12. Já realizou ou realiza algum tipo de reabilitação? Sim Não

13. Se respondeu sim, à questão anterior, refira a que profissional recorreu para realizar a mesma?

- Enfermeiro de Reabilitação
- Fisioterapeuta
- Psicomotricista
- Osteopata
- Terapeuta da Fala
- Terapeuta Ocupacional
- Outro

III – CARATERIZAÇÃO FAMILIAR

14. Agregado Familiar:

Número de membros _____

15. Sente que tem apoio familiar?

Quase sempre Algumas vezes Quase nunca

ESCALA DE FUNCIONALIDADE FAMILIAR

Nesta secção, pretendemos apenas conhecer a sua perceção sobre a funcionalidade da sua família. Por favor, para cada uma das questões, escolha a resposta, que melhor representa a sua experiência familiar.

1. Está satisfeito com a ajuda que recebe da sua família, sempre que alguma coisa o preocupa?

Quase sempre Algumas vezes Quase nunca

2. Está satisfeito como a sua família discute assuntos?

Quase sempre Algumas vezes Quase nunca

3. Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o seu estilo de vida?

Quase sempre Algumas vezes Quase nunca

4. Está satisfeito com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos (ex: amor, irritação, pesar)?

Quase sempre Algumas vezes Quase nunca

5. Está satisfeito com o tempo que passa com a sua família?

Quase sempre Algumas vezes Quase nunca

**IV– Avaliação da dependência nos diferentes autocuidados
(Escala de Avaliação da Dependência no Autocuidados)**

Instrumento desenvolvido pela Escola Superior de Enfermagem do Porto e testado para a população portuguesa por Hernâni Duque, 2009.

Pedimos que coloque uma cruz no grau onde considera que se encontra a sua dependência, numa escala de 1 a 4, em que 1 corresponde a Dependente/Não participa; 2- Necessita de ajuda de outras pessoas, 3- Necessita de equipamento, 4- Completamente independente.

		Dependente/ Não Participa 1	Necessita de ajuda de pessoas 2	Necessita de Equipamento 3	Completamente independente 4
Auto Cuidado: Tomar Banho A	Obtém Objetos para o banho				
	Consegue Água				
	Abre a Torneira				
	Regula a Temperatura da água				
	Regula o fluxo da água				
	Lava-se no chuveiro				
	Lava o corpo				
	Seca o corpo				
Auto Cuidado: Vestir-se e despir-se B	Escolhe as roupas				
	Retira as roupas da gaveta e do armário				
	Segura as roupas				
	Veste as roupas na parte superior do corpo				
	Veste as roupas na parte inferior do corpo				
	Despe as roupas na parte superior do corpo				
	Despe as roupas na parte inferior do corpo				
	Abotoa as roupas				
	Desabotoa as roupas				
	Usa cordões para amarrar				
	Usa fechos				
	Calça as meias				
	Descalça as meias				
	Calça os sapatos				
	Descalça os sapatos				
Auto Cuidado: Arranjar-se C	Penteia ou escova os cabelos				
	Barbeia-se				
	Aplica maquilhagem				
	Cuida das unhas				
	Usa um espelho				
	Aplica o desodorizante				
	Limpa a área do períneo				
	Limpa as orelhas				

	Mantém o nariz desobstruído e limpo				
	Mantém a higiene oral				

Auto Cuidado: Alimentar-se D	Prepara os alimentos para ingestão				
	Abre recipientes				
	Utiliza utensílios				
	Coloca os alimentos nos utensílios				
	Pega no copo ou chávena				
	Leva os utensílios à boca usando os dedos da mão				
	Leva os alimentos à boca com recipiente				
	Bebe por copo ou chávena				
	Coloca os alimentos na boca				
	Conclui uma refeição				
Auto Cuidado: Uso do sanitário E	Ocupa e desocupa o sanitário				
	Tira as roupas				
	Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira				
	Faz higiene íntima após urinar ou evacuar				
	Ergue-se da sanita				
	Ajusta as roupas após higiene íntima				
Auto Cuidado: Elevar-se F	Levanta partes do corpo				
Auto Cuidado: Virar-se G	Move o corpo virando-se de um lado para o outro				
Auto Cuidado: Transferir-se H	Tranferir-se da cama para a cadeira/cadeirão				
	Tranferir-se da cadeira/cadeirão para a cama				
Auto Cuidado: Usar a cadeira de rodas I	Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas				
	Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança				
	Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida				
Auto Cuidado: Andar J	Suporta o próprio corpo na posição de pé				
	Deambula com passadas eficazes, a diferentes ritmos				
	Sobe e desce degraus				
	Deambula em aclives e declives				
	Percorre distâncias curtas (<100m)				
	Percorre distâncias moderadas (>100m<500m)				
	Percorre longas distâncias (>500m)				
Auto Cuidado: Tomar medicação L	Providencia medicamentos				
	Prepara a medicação				
	Toma a medicação				

V- Avaliação do Risco de Queda

História e Circunstâncias de Queda

16. Já caiu alguma vez, mesmo que, sem consequências?

Sim Não

17. Teve alguma queda nos últimos 12 meses?

Sim Não

18. Em que altura do dia ocorreu a queda?

Dia Noite

19. Local onde caiu?

Cozinha Casa de Banho Quarto Sala Escadas Rua Refeitório Outro

20. Quais os motivos porque caiu?

Tropeço Escorregão Tontura Dor Uso de Chinelos Tapete/imperfeições no chão Outro

21. Quais as consequências da queda?

Nenhuma Escoriação Equimose Entorse Fratura Outro

22. Teve necessidade de Cuidados de Saúde?

Sim Não

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

(Escala de Morse para risco de quedas, validada para a população portuguesa por Ferreira, Pedro L.; Costa-Dias, Maria José; Oliveira, Alexandre Santos)

Nesta secção, pretendemos avaliar o risco que tem de vir a sofrer uma queda, pedimos que responda de forma sincera às questões colocadas.

- | | | | |
|----|--|---------|----------|
| 1. | <u>HISTÓRIA DE QUEDAS</u> | NÃO - 0 | SIM - 20 |
| 2. | <u>DIAGNÓSTICOS MÉDICOS</u> (> 2 patologias) | NÃO - 0 | SIM - 15 |
| 3. | <u>AJUDA NA MARCHA</u> | | |
| | Nenhuma / Ajuda cuidador / acamado _____ | 0 | |
| | Bengala / canadiana / andarilho _____ | 15 | |
| | Apoio nos móveis _____ | 20 | |
| 4. | <u>TERAPÊUTICA I.V. ou CATETER PERMANENTE</u> _____ | | 20 |
| 5. | <u>MARCHA</u> | | |
| | Normal / cadeira de rodas / acamado _____ | 0 | |
| | Com dificuldade, mas sem ajuda _____ | 10 | |
| | Incapaz, sem ajuda _____ | 20 | |
| 6. | <u>ESTADO MENTAL</u> | | |
| | Orientado _____ | 0 | |
| | Dificuldade de orientação _____ | 15 | |

O preenchimento do questionário terminou.
Muito obrigado pela sua preciosa colaboração.