

Fátima Maria Machado Silva

Avaliação da dependência funcional da pessoa idosa
nas atividades básicas e instrumentais de vida diária

Um estudo num serviço de ortopedia

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2013

Fátima Maria Machado Silva

Avaliação da dependência funcional da pessoa idosa
nas atividades básicas e instrumentais de vida diária

Um estudo num serviço de ortopedia

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2013

Fátima Maria Machado Silva

Avaliação da dependência funcional da pessoa idosa
nas atividades básicas e instrumentais de vida diária

Um estudo num serviço de ortopedia

(Fátima Maria Machado Silva)

“Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica.”

Sumário

A conquista do prolongamento da vida conseguida essencialmente à custa do desenvolvimento tecnológico, das ciências médicas e da melhoria das condições de vida das populações lançou um dos maiores desafios de sempre no sentido de se conseguir proporcionar qualidade aos anos acrescentados à vida, permitindo assim, aos homens e mulheres idosas manterem a sua saúde, autonomia e independência até fases mais tardias da vida.

A avaliação funcional é fundamental e determina não só o comprometimento funcional da pessoa idosa, mas a sua necessidade de ajuda. Representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma. Caso não seja capaz, verificar se essa necessidade de ajuda é parcial, em maior ou menor grau, ou total. Comumente utiliza-se a avaliação no desempenho das atividades de vida diária que se subdividem em dois domínios: as atividades básicas de vida diária (ABVD), que são essenciais para o autocuidado, e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), que são mais complexas e necessárias para uma adaptação independente ao meio ambiente.

Este estudo centrou-se nas pessoas idosas, tendo como objetivos: saber qual o perfil sociodemográfico; avaliar o grau de dependência na realização de atividades básicas de vida diária; saber quais as atividades básicas de vida diária em que são dependentes; avaliar o grau de dependência na realização de atividades instrumentais de vida diária; saber quais as atividades instrumentais de vida diária em que são dependentes; saber se existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis idade, sexo, estado civil, escolaridade e índice de massa corporal e o grau de dependência na realização de atividades básicas de vida diária; saber se existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis idade, sexo, estado civil, escolaridade e índice de massa corporal e o grau de dependência na realização de atividades instrumentais de vida diária; saber se existe relação estatisticamente significativa entre o grau de dependência na realização de atividades básicas de vida diária e o grau de dependência na realização de atividades instrumentais de vida diária.

Tratou-se de um estudo quantitativo do tipo descritivo correlacional de carácter transversal. A amostra, não probabilística acidental, ficou constituída por 107 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos idosas admitidas num serviço de ortopedia de um hospital da cidade do Porto, no período compreendido entre 7 de maio e 29 de junho de 2012.

Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário de administração indireta para avaliação da situação sócio-demográfica da pessoa idosa e aplicadas as escalas de Barthel, para avaliação das atividades básicas de vida diária e a de Lawton, para avaliação das atividades instrumentais de vida diária.

Através da aplicação da escala de Barthel, tornou-se evidente que a maioria dos idosos se mantém independente nas atividades básicas e com a escala de Lawton verificou-se um grau de dependência moderado para as atividades instrumentais de vida diária. Nas ABVD as maiores dependências (total ou parcial) surgiram no controlo vesical, no vestir e no subir escadas. Quanto às AIVD as maiores dificuldades surgiram nas atividades de fazer compras, de lavar a roupa e de usar transporte. Verificou-se que, tanto nas ABVD como nas AIVD, o avanço da idade e a reduzida escolaridade estão associadas a um maior grau de dependência, com predominância do sexo feminino. Ao contrário, não foi possível verificar que o índice de massa corporal e o estado civil influenciam o grau de dependência na realização das ABVD e das AIVD. Comparando o grau de dependência nas ABVD e nas AIVD verificou-se que as escalas estão relacionadas, concluindo-se que quanto maior a dependência nas ABVD também é maior a dependência nas AIVD.

Infere-se que a avaliação da dependência funcional da pessoa idosa nas atividades básicas e instrumentais de vida diária é fundamental para um diagnóstico mais preciso dos cuidados necessários, para que possam ser instituídas medidas concretas que melhorem as formas de intervenção, contribuindo assim para a melhoria assistencial aos idosos, nomeadamente através dos cuidados de enfermagem.

Abstract

The conquest of prolonging life, mainly achieved with technological development, medical science and the improvement of living conditions of the populations, has launched one of the biggest challenges ever in order to achieve quality to provide years added to life, thus allowing the elderly men and women maintain their health, autonomy and independence until the later stages of life.

Functional assessment is critical and determines not only the functional impairment of the elderly, but their need for help. It's a way to measure if a person is able or not to perform the necessary activities to take care of herself. If it's not able to do it, it's supposed to verify if this need of help is partial, in a greater or lesser degree, or complete. Commonly, it's used to evaluate the performance of the daily living activities the basic activities of daily living (BADL), which are essential for self-care, and instrumental activities of daily living (IADL), which are more complex and important for independent adaptation to the environment.

The focus of this study was the elderly people, and it's goals were: to know the demographic profile of the sample; evaluate the degree of dependence in performing basic activities of daily living; know in what basic activities of daily living are dependent; evaluate the degree of dependence in performing instrumental activities of daily living; know in what instrumental activities of daily living are dependent; know if there is a significant statistical relationship between age, sex, marital status, educational level and body mass index and the degree of dependence on performing basic activities of daily living; know if there is a significant statistical relationship between age, sex, marital status, educational level, body mass index and the degree of dependence in performing instrumental activities of daily living; and if there is a significant statistical relationship between the degree of dependence in performing basic activities of daily living and the degree of dependence in performing instrumental activities of daily living.

This was a quantitative descriptive correlational cross-cutting. The sample was a non-probabilistic one, and accidental, and it was composed of 107 people aged over 65 years old admitted in orthopaedics service of a hospital in Oporto city, in the period between May 7 and June 29, 2012.

Data was collected with a indirect assessment questionnaire to know some sociodemographic itens, with the Barthel Scale to evaluate the basic activities of daily living and with the Lawton Scale for assessment of instrumental activities of daily living.

Through the application of the Barthel scale, it became apparent that most elderly remains independent in basic activities and with the Lawton scale we verify there was a moderate degree of dependence on the instrumental activities of daily living. In BADL, the largest dependencies (total or partial) emerged in bladder control, in dress and climbing stairs. The IADL major difficulties were the activities of shopping, washing clothes and using transportation. It was found that in both BADL as the IADL, advancing age and low education are associated with a greater degree of dependence, with a female predominance. Rather, it was not possible to verify that the body mass index and marital status influence the degree of dependence on the performance of BADL and IADL. Comparing the degree of dependence in BADL and in IADL it was found that the scales are related: for a greater dependence on BADL, a greater dependence on IADL.

It is inferred that the evaluation of the functional dependence of the elderly on basic and instrumental activities of daily living is essential for an accurate diagnosis of the necessary care, so it can be established concrete measures to improve the forms of intervention, thus contributing to the improvement care for the elderly, particularly through nursing care.

Dedicatória

À minha mãe, pelos conselhos, pela sua inteligência e perspicácia, bem como, pela forte vontade de viver uma velhice ativa, fonte da minha admiração.

À memória do meu pai, que não chegou a ser idoso, mas cujos ensinamentos e ternura perpetuaram na minha memória.

À paixão da minha vida...o meu filho Rodrigo.

À minha restante família e amigos que, de formas diferentes, sempre me apoiaram ao longo do meu percurso pessoal e profissional.

Agradecimentos

Gostaria de deixar uma nota de expressão do meu reconhecimento a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, colaboraram para a consecução deste trabalho, ajudando a diluir o esforço pessoal.

Ao Professor Doutor José Manuel dos Santos, pela orientação, incentivo, tolerância, disponibilidade e enorme competência profissional, manifestada durante este percurso e pela confiança que em mim sempre depositou.

Ao Centro Hospitalar do Porto - Hospital Santo António, particularmente ao Senhor Enfermeiro Supervisor António Santos, pela atitude motivadora e por ter facilitado e mediado os contatos.

À minha família, mãe, irmão e filho que compreenderam as minhas ausências e os meus desalentos, mas que partilham as minhas conquistas.

À minha amiga Sandra Simões, pela constante disponibilidade, pela força e pela amizade. Sem palavras...

E por último, mas não menos importante, a todos os idosos, pela generosidade, afabilidade e entusiasmo com que participaram neste estudo.

A todos o meu obrigada!

*“De tudo, ficaram três coisas:
a certeza de que estamos sempre começando...
a certeza de que é preciso continuar...
a certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...”*

*Portanto devemos
fazer da interrupção um caminho novo...
da queda, um passo de dança...
do medo, uma escada...
do sonho, uma ponte...
da procura...um encontro.”*

Fernando Pessoa

Abreviaturas

etc. – et cetera

n.º – número

p. – página

pp. – páginas

s/d – sem data

TV – televisão

Siglas

AAVD – Atividades Avançadas de Vida Diária

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD – Atividades de Vida Diária

BADL – Basic Activities of Daily Living

CEPCEP – Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

DGS – Direção Geral de Saúde

GNR – Guarda Nacional Republicana

IADL – Instrumental Activities of Daily Living

IASFI – Instrumento de Avaliação Socio-Funcional em Idosos

ICIDH – Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps

ICN – International Council of Nurses

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

WHO – World Health Organization

Símbolos

r – correlação de Pearson

dp – desvio padrão

€ – euros

\bar{x} – média

m – metros

n – número de casos

% – percentagem

Kg – quilogramas

t – teste t-Student

p – significância estatística

	Página
PARTE I	
Introdução	21
PARTE II	
I. FASE CONCEPTUAL	29
1. Pertinência e justificação do estudo	29
2. Questões e objetivos de investigação	32
3. Revisão da literatura	35
i. A pessoa idosa	35
ii. Alterações fisiológicas e estruturais na pessoa idosa	46
iii. Dependência da pessoa idosa	52
iv. Avaliação funcional da pessoa idosa	59
v. Atividades básicas e instrumentais de vida diária	66
vi. A enfermagem e a pessoa idosa	71
II. FASE METODOLÓGICA	78
1. Tipo de estudo	78
2. População, amostra e processo de amostragem	79
3. Variáveis em estudo	81
4. Instrumento de colheita de dados	83
i. Pré-teste	87

5. Colheita de dados	88
6. Análise, tratamento e apresentação dos dados	89
7. Considerações éticas	91
III. FASE EMPÍRICA	93
1. Apresentação e análise dos resultados	93
2. Discussão dos resultados	113

PARTE III

Conclusão	127
Referências bibliográficas	132
Anexos	152

Anexo I - Instrumento de colheita de dados

Anexo II - Autorização conjunta do Conselho de Administração, da Comissão de Ética, do Gabinete Coordenador de Investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação e ainda da Direção de Enfermagem e Direção Clínica do Centro Hospitalar do Porto

Anexo III - Autorização do autor da versão abreviada dos índices de Barthel e Lawton

Anexo IV - Termo de consentimento informado

Índice de figuras

	Página
Figura n.º 1 – Interação entre os componentes da CIF	61
Figura n.º 2 – Curva de capacidade funcional ao longo do ciclo vital	62

Índice de gráficos

	Página
Gráfico n.º 1 – Evolução da população residente em Portugal, 1981-2011	41
Gráfico n.º 2 – Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários em 1981, 1991, 2001, 2011	41

Índice de quadros

	Página
Quadro n.º 1 – Modificações fisiológicas do envelhecimento	48
Quadro n.º 2 – Número de pessoas idosas admitidas no Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar do Porto de 2005 a 2011	80
Quadro n.º 3 – Operacionalização das variáveis em estudo	82

Índice de tabelas

	Página
Tabela n.º 1 – Testes da Normalidade	90
Tabela n.º 2 – Distribuição da Idade	94
Tabela n.º 3 – Sexo, Estado Civil e Escolaridade das Pessoas Idosas	94
Tabela n.º 4 – Situação Profissional e Profissão Exercida	95
Tabela n.º 5 – Motivo do Internamento e Origem por Queda	96
Tabela n.º 6 – Índice de Massa Corporal	96
Tabela n.º 7 – Morbilidades	97
Tabela n.º 8 – Incapacidade, Dispositivos de Correção e Equipamentos de Apoio à Deambulação	98
Tabela n.º 9 – Acompanhamento por Profissionais de Saúde	99
Tabela n.º 10 – Medicação Habitual	99
Tabela n.º 11 – Com Quem Vive	100
Tabela n.º 12 – Suporte de Apoio	100
Tabela n.º 13 – Convivência Habitual	101
Tabela n.º 14 – Ocupação dos Tempos Livres	101
Tabela n.º 15 – Tipologia e Características da Habitação	102
Tabela n.º 16 – Rendimento Mensal	103
Tabela n.º 17 – Resultados das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)	105
Tabela n.º 18 – Resultados Descritivos do Grau de Dependência nas ABVD	106
Tabela n.º 19 – Resultados Percentuais do Grau de Dependência nas ABVD	106

Tabela n.º 20 – Resultados das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) .	108
Tabela n.º 21 – Resultados Descritivos do Grau de Dependência nas AIVD	109
Tabela n.º 22 – Resultados Percentuais do Grau de Dependência nas AIVD	109
Tabela n.º 23 – Correlação entre o Grau de Dependência nas ABVD e AIVD e a Idade	110
Tabela n.º 24 – Comparação do Grau de Dependência nas ABVD e AIVD por Sexo	111
Tabela n.º 25 – Comparação do Grau de Dependência nas ABVD e AIVD por Estado Civil	111
Tabela n.º 26 – Correlação entre o Grau de Dependência nas ABVD e AIVD e a Escolaridade	112
Tabela n.º 27 – Correlação entre o Grau de Dependência nas ABVD e AIVD e o IMC	112
Tabela n.º 28 – Correlação entre o Grau de Dependência nas ABVD e o Grau de Dependência nas AIVD	113

Introdução

O envelhecimento da população é um processo, intrínseco, cumulativo e irreversível. Abordado inicialmente numa perspetiva biológica, os conhecimentos produzidos no âmbito de diferentes disciplinas, nomeadamente nas ciências sociais, revelaram tratar-se de uma realidade bem mais complexa, que integra aspetos físicos, psicológicos, comportamentais e sociais que vão interagindo entre si ao longo do percurso de vida (DGS, 2004). Desta forma, para além de fenómeno coletivo, é também um processo individualizado, que se reflete na heterogeneidade característica deste grupo etário, pelo que definir uma categoria específica que inclua as pessoas idosas, resulta sempre numa construção abstrata e normativa (Pimentel, 2001).

De facto, uma das primeiras necessidades a ter em conta quando se pretende estudar o fenómeno do envelhecimento é de carácter cronológico, sendo pertinente interrogar-se se será possível estabelecer uma idade a partir da qual a pessoa se torna idosa, dada a complexidade do fenómeno. Contudo, a idade cronológica é um marco fundamental porque reflete, de uma forma simples, a organização dos acontecimentos (Fonseca, 2004). Nalguns países, como em Portugal, considera-se que pessoa idosa é todo o indivíduo com mais de 65 anos, independentemente do sexo ou estado de saúde (INE, 1999; OMS, 2001).

O envelhecimento pode ser analisado sob duas grandes perspetivas: a demográfica e a individual. O envelhecimento demográfico diz respeito ao aumento da proporção das pessoas idosas na população total e é resultado da transição demográfica, normalmente definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevado para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução de efetivos populacionais jovens e o alargamento do topo, com acréscimo de efetivos populacionais idosos (INE, 2002). Individualmente, o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, no aumento da esperança média de vida. Este conceito está inerente ao envelhecimento biológico, requerendo grande adaptação por parte do indivíduo (INE, 2002).

Embora o envelhecimento não seja sinónimo de doença ou incapacidade, mas considerado como um processo contínuo, complexo, universal e comum a todos os seres vivos, nomeadamente ao Homem, pode observar-se uma evolução mais rápida, ou pelo menos mais notória, nas últimas fases da vida (Fernandes, 2002).

De facto, com o avanço da idade, vão ocorrendo alterações estruturais e funcionais a nível molecular, tecidual e nos diferentes sistemas, que estão associadas ao processo intrínseco do envelhecimento, mas que podem ser potencializadas ou amortecidas por fatores extrínsecos, como são os estilos de vida (alimentação, exercício físico, alcoolismo, tabagismo, sedentarismo), as enfermidades e a imobilidade (DGS, 2004; WHO, 2002).

Ainda que a maioria dos idosos não seja doente nem dependente, a verdade é que as transformações biopsicossociais pelas quais todas as pessoas idosas passam levam ao aparecimento de algumas limitações e ao aumento da predisposição à doença (DGS, 2004), aumentando o risco de se instalarem várias doenças crónicas, que se potenciam entre si, originando situações de dependência aos diferentes níveis (Rebelatto e Morelli, 2004; Sousa et al., 2007).

Para Sequeira (2010), a dependência surge como resultado do aparecimento de um défice, que limita a atividade em termos da funcionalidade, em consequência de um processo patológico ou acidente. A limitação na atividade não pode ser compensada na totalidade por uma ajuda técnica, pelo que necessita de ser compensada com a ajuda de outra pessoa.

A dependência pode ser definida como a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de um semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptar-se. Neste sentido, traduz-se pela necessidade de assistência nas atividades quotidianas que o indivíduo já não realiza (Pavarini e Neri, 2000).

Avaliar o grau de dependência funcional ajuda a determinar o tipo de cuidados necessários, constituindo assim indicadores para um diagnóstico mais preciso dos

cuidados, fundamentados na resposta funcional da pessoa traduzida por graus de dependência (Araújo et al., 2011).

A avaliação funcional pode ser definida como uma tentativa sistematizada de medir, de forma objetiva, os níveis nos quais uma pessoa é capaz de desempenhar determinadas atividades ou funções em diferentes áreas, utilizando-se de habilidades diversas, para o desempenho das tarefas da vida quotidiana, para a realização de interações sociais, nas suas atividades de lazer e noutros comportamentos do seu quotidiano (Devons, 2002; Duarte et al., 2007). Deve ser efetuada com instrumentos apropriados, fiáveis e válidos (Botelho, 2000; Sequeira, 2010), com o objetivo de identificar problemas específicos reais da pessoa idosa, mas também prever em termos de risco de institucionalização e até de mortalidade (Devons, 2000; Sequeira, 2010). Na prática clínica, as atividades básicas e as atividades instrumentais constituem os instrumentos de medida mais utilizados (Hedrick, 1995).

Entende-se por atividades básicas de vida diária (ABVD) um conjunto de atividades primárias da pessoa, relacionadas com o autocuidado e a mobilidade, que permitem ao indivíduo viver sem precisar de ajuda de outros, incluindo atividades como: comer, uso de casa de banho, arranjar-se, vestir-se, tomar banho, deambular, entre outras. São as atividades imprescindíveis para uma pessoa viver de forma independente. As atividades instrumentais de vida diária (AIVD) são constituídas pelas atividades que possibilitam à pessoa adaptar-se ao meio e manter a sua independência na comunidade. Estão diretamente correlacionadas com o estado cognitivo e incidem sobre o cozinhar, o uso de transportes, o uso de dinheiro, o uso do telefone, entre outras (Sequeira, 2010).

Um dos instrumentos mais utilizados, nomeadamente em pessoas idosas, para avaliar o grau de dependência na realização das ABVD é a escala de Barthel, e para avaliar as AIVD a escala de Lawton, uma vez que constituem instrumentos válidos e fáceis de aplicar na prática clínica e na investigação (Paixão e Reichenheim, 2005; Sequeira, 2010; Elias, 2011).

A avaliação funcional do idoso é parte integrante dos cuidados de enfermagem, centrados na pessoa e nos recursos disponíveis. Tendo em conta a importância das ABVD e das AIVD na independência da pessoa idosa, compete aos enfermeiros atuarem na deteção de comprometimentos através da aplicação de escalas de avaliação funcional, permitindo uma assistência sistematizada onde se identifiquem os problemas de maneira individualizada, por forma a planear e executar intervenções de enfermagem centradas no idoso e que estão diretamente relacionadas com o tipo e grau de dependência (Carvalho, 2009). A enfermagem assume-se como uma profissão do cuidar, e cuidar pressupõe a ajuda dada a uma pessoa que caminha num contínuo de vida, independentemente da idade e da condição (Collière, 1999), sendo que os enfermeiros são os autores por excelência para desenvolver, concretizar e fortalecer a lógica do cuidar (Hesbeen, 2000).

A avaliação funcional, desde há muito tempo, constitui uma grande preocupação. Muito se tem falado sobre a promoção da funcionalidade, da redução e adiamento das incapacidades funcionais adquiridas; contudo, na perspetiva da investigação, este assunto está pouco explorado, sobretudo em idosos inseridos na comunidade (não institucionalizados). Esta realidade leva à inexistência de dados objetivos, nomeadamente sobre a avaliação funcional e incidência do fenómeno de dependência no autocuidado, assim como sobre a prestação de cuidados de enfermagem centrados na promoção (Duque, 2009).

Esta dissertação surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica da Universidade Fernando Pessoa. A leitura e reflexão de vários estudos e a constatação na prática clínica sugerem que a avaliação do estado funcional das pessoas idosas é essencial para que se possa compreender a capacidade de autocuidado dos indivíduos, não só no que diz respeito às atividades básicas de vida diária, como em relação a outras atividades mais complexas, ou seja, as atividades instrumentais da vida quotidiana, cuja execução é fundamental para a manutenção de uma autonomia e independência.

Neste sentido, optou-se por realizar um estudo sobre a avaliação da dependência funcional da pessoa idosa nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, pela

relevância que este pode trazer, uma vez que a avaliação do grau e tipo de dependência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária das pessoas idosas constitui um indicador para um diagnóstico mais preciso dos cuidados a prestar. Parece assim encontrar-se justificada a dedicação à investigação nesta área, principalmente pelos enfermeiros, dada a sua perceção da realidade pelo contacto privilegiado com o idoso, família e comunidade.

Para este estudo foram definidos os seguintes objetivos relativos às pessoas idosas: saber qual o perfil sociodemográfico; avaliar o grau de dependência na realização de atividades básicas de vida diária; saber quais as atividades básicas de vida diária em que são dependentes; avaliar o grau de dependência na realização de atividades instrumentais de vida diária; saber quais as atividades instrumentais de vida diária em que são dependentes; saber se existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis idade, sexo, estado civil, escolaridade e índice de massa corporal e o grau de dependência na realização de atividades básicas de vida diária; saber se existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis idade, sexo, estado civil, escolaridade e índice de massa corporal e o grau de dependência na realização de atividades instrumentais de vida diária; saber se existe relação estatisticamente significativa entre o grau de dependência na realização de atividades básicas de vida diária e o grau de dependência na realização de atividades instrumentais de vida diária.

Para atingir os objetivos propostos optou-se pela realização de um estudo quantitativo do tipo descritivo correlacional de carácter transversal.

Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário para avaliação da situação sociodemográfica da pessoa idosa e aplicadas à população alvo deste trabalho as escalas de Barthel, para avaliação das atividades básica de vida diária e a de Lawton, para avaliação das atividades instrumentais de vida diária. Este instrumento foi aplicado a 107 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, admitidas num serviço de ortopedia de um hospital da cidade do Porto, no período compreendido entre 7 de maio e 29 de junho de 2012, tratando-se de uma amostra não probabilística acidental.

O tratamento dos dados obtidos foi realizado através do programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 18.0 para Windows, sendo os dados apresentados com recurso a tabelas. No tratamento e análise dos dados utilizou-se a estatística descritiva e correlacional, com recurso à determinação de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e medidas de dispersão. Foram ainda realizados testes paramétricos de correlação de *Pearson (r)* e teste *t-Student*, para encontrar a existência ou não de diferenças estatisticamente significativas nas variáveis dependentes em função das variáveis independentes.

Os resultados obtidos são expressivos de um envelhecimento da população portuguesa, com uma média de idades de 76,6 anos, marcadamente no feminino, maioritariamente casadas, mas com elevada representatividade das pessoas viúvas, com reduzida escolaridade e reformadas, na sua maioria, de uma atividade de natureza não qualificada. Uma proporção substancial dos participantes referiu ter mais do que uma morbilidade, sendo na sua maioria de tipologia crónica e, conseqüentemente, uma parte significativa destes idosos inclui no seu regime terapêutico o consumo diário de vários medicamentos. De um modo geral, a população alvo do estudo visitou profissionais de saúde diversas vezes por ano, com destaque para o médico e enfermeiro de família, que constituem os principais recursos para a vigilância da saúde. De entre as morbidades referenciadas por este grupo de idosos, sobrevém uma grande representatividade da doença cardiovascular. A proporção de idosos que revelou problemas osteoarticulares também se mostrou significativa, tendo em conta o contexto da amostra; no entanto, a maioria não utiliza tecnologias de apoio para a deambulação. Quanto ao motivo de internamento, apresentaram-se causas diversas, salientando-se as fraturas trocântéricas ou intra-trocântéricas e do fémur, tendo sido a maioria provocada por quedas. Igualmente, constatou-se que a maior parte dos participantes vive com o cônjuge/companheiro e/ou com outros familiares, mantendo saudáveis relações de convivência com estes e com amigos e vizinhos, e referem não necessitar de qualquer tipo de suporte de apoio. Ocupam os tempos livres com atividades desenvolvidas essencialmente dentro de casa que, na maioria dos casos, constitui habitação própria do tipo moradia/vivenda com degraus, sendo o corrimão o principal apoio para a acessibilidade.

Tanto a escala de Barthel como a de Lawton surgem como instrumentos de fácil aplicação na prática clínica e na investigação para a avaliação da dependência funcional na realização de atividades básicas de vida diária (ABVD) e de atividades instrumentais de vida diária (AIVD), respetivamente. Através da aplicação destas escalas tornou-se evidente que a maioria dos idosos se mantém independente nas atividades básicas de vida diária e apresenta um grau de dependência moderado nas atividades instrumentais de vida diária. Nas ABVD, as maiores dependências (total ou parcial) surgiram no controlo vesical, no vestir e no subir escadas. Quanto às AIVD, as maiores dificuldades surgiram nas atividades de fazer compras, de lavar a roupa e de usar transporte. Verificou-se que, tanto nas ABVD como nas AIVD, o avanço da idade e a reduzida escolaridade estão associadas a um maior grau de dependência, com predominância do sexo feminino. Ao contrário, não foi possível verificar que o índice de massa corporal e o estado civil influenciam o grau de dependência na realização das ABVD e das AIVD. Comparando o grau de dependência nas ABVD e nas AIVD, verificou-se que as escalas estão relacionadas, concluindo-se que quanto maior a dependência nas ABVD também é maior a dependência nas AIVD.

Este documento está estruturado em três partes: a primeira corresponde à introdução, a segunda compreende as fases conceptual, metodológica e empírica (constituídas por diversos capítulos) e a última parte diz respeito à conclusão.

Na fase conceptual é apresentada a pertinência e justificação do estudo, as questões e objetivos desta investigação e é feita uma revisão da literatura sobre a temática, que inclui o conceito de pessoa idosa e as suas principais alterações fisiológicas e estruturais, a dependência e a avaliação funcional da pessoa idosa, as atividades básicas e instrumentais de vida diária, incluindo, ainda, a importância da enfermagem face à pessoa idosa. Também é apresentado o estado da arte com a referência a alguns estudos que se considerou poderem contribuir para o presente estudo.

Na fase metodológica é referido o tipo de estudo, a população, amostra e processo de amostragem, são apresentadas as variáveis em estudo, o instrumento de colheita de dados utilizado e a aplicação da colheita de dados. É mencionado o método de análise, tratamento e apresentação dos dados e descritas as principais considerações éticas.

Na fase empírica apresentam-se e analisam-se os resultados obtidos, seguindo-se a discussão dos mesmos.

Na terceira parte expõe-se a conclusão na qual se reflete sobre o trajeto percorrido, onde se expõem os resultados mais relevantes do estudo e se apresentam as principais limitações e potenciais contributos desta investigação com algumas sugestões para futuras pesquisas.

Considerando que a avaliação funcional da pessoa idosa nas atividades de vida diária representa uma ferramenta fundamental para uma avaliação clínica mais completa no campo da gerontologia, deseja-se que este estudo possa ser um contributo para a avaliação da dependência funcional da pessoa idosa em atividades básicas e instrumentais de vida diária, permitindo a definição de objetivos e intervenções realistas e adequadas, nomeadamente pelos enfermeiros, possibilitando a antecipação de necessidades e de reajustes no contexto comunitário melhorando, assim, a qualidade de vida deste grupo populacional.

I. FASE CONCEPTUAL

A fase de conceptualização pressupõe principalmente uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um tema preciso tendo em vista uma concepção clara e organizada do objecto de estudo (Freixo, 2009, p. 156).

Segundo Fortin et al. (2009), é nesta fase que se definem os elementos de um problema e que o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe informação sobre um tema preciso, sendo a mesma de crucial importância, já que fornece à investigação as suas bases, a sua perspectiva e a sua força.

Toda a investigação tem por base um problema inicial que, crescente e ciclicamente, se vai complexificando, em interligações constantes com novos dados, até à procura de uma interpretação válida, coerente e solucionadora (Lima e Pacheco, 2006, p. 13).

1. Pertinência e justificação do estudo

A evolução socioeconómica verificada a partir de meados do século passado tem contribuído para alterações demográficas em todo o mundo, fundamentalmente nas sociedades ocidentais, onde o aumento da esperança de vida e o decréscimo da natalidade explicam o aumento crescente da curva populacional dos idosos (INE, 2002).

A Organização Mundial de Saúde prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muito idosos (com 80 ou mais anos), que maioritariamente vivem nos países desenvolvidos (aproximadamente 75%), constituem o grupo etário de maior crescimento (OMS, 2001).

Segundo os dados do INE, em 2002, Portugal apresentava aproximadamente um quinto da população com mais de 65 anos de idade, cerca de 16,7% da população total,

prevendo para 2050 um crescimento de forma exponencial deste grupo populacional para cerca de 32%.

Os resultados provisórios dos Censos 2011 confirmam esta tendência do fenómeno do duplo envelhecimento da população, que se caracteriza pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem. De acordo com a mesma fonte, apenas 15% da população residente em Portugal se encontra no grupo etário mais jovem (0-14) e cerca de 19% pertence ao grupo dos idosos, ou seja, com 65 ou mais anos de vida. O índice de envelhecimento da população (quociente entre a população idosa com 65 e mais anos e a população jovem dos 0-14 anos) é de 129, o que significa que por cada 100 jovens há hoje 129 idosos, o que significa um aumento em relação ao verificado em 2001, em que o índice era de 102.

De facto, a inversão das pirâmides etárias que se tem vindo a observar nos diferentes pontos do mundo leva a que as questões relativas ao processo do envelhecimento façam cada vez mais parte das agendas políticas locais, nacionais e internacionais, porque a dimensão e a complexidade do fenómeno assim o exige (Sousa, 2011).

Abordar as questões relacionadas com o envelhecimento pressupõe que se tenha em conta uma perspetiva de ciclo de vida, a qual reconhece que a capacidade funcional vai aumentando desde o nascimento, atingindo o seu máximo nos adultos jovens saudáveis e a partir daí vai diminuindo gradualmente com as alterações estruturais e funcionais que se associam ao processo de senescência (DGS, 2004; WHO, 2002).

Embora a idade cronológica não seja um indicador fidedigno quanto às alterações que envolvem o envelhecimento, porque é um processo muito individualizado, a probabilidade de experimentar graves incapacidades físicas e cognitivas aumenta consideravelmente com o aumento da idade, sendo mais significativas para o grupo dos mais idosos (WHO, 2002; Ribeiro, 2005), originando situações de dependência aos diferentes níveis, levando a sofrimento do idoso e sua família e diminuindo o seu bem-estar e qualidade de vida (Rebelatto e Morelli, 2004; Sousa et al., 2007).

Subjacente a esta abordagem centrada no ciclo de vida, o Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas, elaborado pela Direcção Geral de Saúde em 2004 conceptualizado no paradigma do envelhecimento ativo, orienta para a necessidade de uma intervenção integradora e pluridisciplinar em alguns determinantes da perda de autonomia e de independência, a fim de alcançar ganhos em anos de vida com independência.

Ainda de acordo com os resultados provisórios dos Censos 2011 houve um agravamento do índice de dependência total, destacando-se que este agravamento é resultado sobretudo do aumento do índice de dependência de idosos (habitualmente definido como a relação entre a população com 65 ou mais anos e a população entre os 15 e os 64 anos), que subiu de 24 em 2001 para 29 em 2011.

Segundo Sequeira (2010), a dependência no idoso resulta habitualmente do declínio funcional em consequência de complicações de uma patologia ou devido a acidente, agravada muitas vezes por outros fatores a que os idosos estão expostos (polimedicção, alimentação deficitária, falta de ajudas técnicas, ambientes inadaptados entre outros), pelo que se torna fundamental realizar uma avaliação das limitações/défices existentes para que se possam prescrever intervenções adaptadas às suas necessidades reais, de forma a prevenir a deterioração e contribuir para uma maior satisfação.

Avaliar o estado funcional das pessoas idosas é, assim, essencial para que se possa compreender a capacidade de autocuidado dos indivíduos, não só no que diz respeito às atividades básicas de vida diária, como em relação a outras atividades mais complexas, como sejam as atividades instrumentais da vida quotidiana, cuja execução é fundamental para a manutenção de uma autonomia e independência de vida (Devons, 2002; Duarte et al., 2007).

O enfermeiro, enquanto ser humano, não pode alhear-se do contexto que o envolve. Assim, esta problemática não revela apenas uma preocupação sentida individualmente mas espelha, indiretamente, o cenário social que está na base dessa preocupação. Como defendem Polit e Hungler (2004) e Hesbeen (2000), os enfermeiros, enquanto

pesquisadores, tendem, cada vez mais, a desenvolver investigação com o intuito de dar resposta a uma questão que gostariam de ver solucionada ou a resolver um problema detetado.

Considerando que a avaliação do grau de dependência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária das pessoas idosas constitui um indicador para um diagnóstico mais preciso dos cuidados a prestar, encontra-se assim justificado o investimento na investigação nesta área, principalmente pelos enfermeiros, dada a sua percepção da realidade pelo contacto privilegiado com o idoso, família e comunidade. *“Deve-se agir para que o tempo a mais de vida seja também um tempo rico de vida (...) e que não se limite a uma espera, por vezes vivida como uma espécie de fardo”* (Hesbeen, 2000, p. 33).

2. Questões e objetivos de investigação

As questões de investigação são premissas em que se apoiam os resultados de uma investigação, ou seja, são *“enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis assim como a população estudada”* (Fortin, 2003, p. 101).

Segundo a mesma autora, especificam os aspetos a estudar, uma vez que precisam as variáveis que serão descritas e as relações que possam existir entre elas. A forma de as colocar determina os métodos que serão utilizados para obter resposta.

Neste sentido, e uma vez que as perguntas de investigação orientam e ajudam a organizar a recolha de dados no decurso de um estudo, surgiram as seguintes questões relativas às pessoas idosas admitidas num serviço de ortopedia:

- ♦ Qual o perfil sociodemográfico?

- ♦ Qual o grau de dependência na realização de atividades básicas de vida diária?

- ♦ Quais as atividades básicas de vida diária em que são dependentes?

- ♦ Qual o grau de dependência na realização de atividades instrumentais de vida diária?

- ♦ Quais as atividades instrumentais de vida diária em que são dependentes?

- ♦ Será que existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis idade, sexo, estado civil, escolaridade e índice de massa corporal e o grau de dependência na realização de atividades básicas de vida diária?

- ♦ Será que existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis idade, sexo, estado civil, escolaridade e índice de massa corporal e o grau de dependência na realização de atividades instrumentais de vida diária?

- ♦ Será que existe relação estaticamente significativa entre o grau de dependência na realização de atividades básicas de vida diária e o grau de dependência na realização de atividades instrumentais de vida diária?

Segundo Fortin (2003), a investigação é um percurso que permite resolver problemas ligados ao conhecimento de fenómenos reais e deve estar intimamente ligada à prática de cuidados, numa relação de reciprocidade.

De acordo com a mesma autora, o objetivo de um estudo patenteia o propósito de uma investigação, sendo “(...) *um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação*” Fortin (2003, p. 100).

Neste contexto de pesquisa, foram definidos como objetivos relativos às pessoas idosas admitidas num serviço de ortopedia:

- ♦ Saber qual o perfil sociodemográfico;
- ♦ Avaliar o grau de dependência na realização de atividades básicas de vida diária;
- ♦ Saber quais as atividades básicas de vida diária em que são dependentes;
- ♦ Avaliar o grau de dependência na realização de atividades instrumentais de vida diária;
- ♦ Saber quais as atividades instrumentais de vida diária em que são dependentes;
- ♦ Saber se existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis idade, sexo, estado civil, escolaridade e índice de massa corporal e o grau de dependência na realização de atividades básicas de vida diária;
- ♦ Saber se existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis idade, sexo, estado civil, escolaridade e índice de massa corporal e o grau de dependência na realização de atividades instrumentais de vida diária;
- ♦ Saber se existe relação estatisticamente significativa entre o grau de dependência na realização de atividades básicas de vida diária e o grau de dependência na realização de atividades instrumentais de vida diária.

Como será exposto no capítulo relativo à fase metodológica, o grau de dependência nas Atividades Básicas de Vida Diárias (ABVD) será avaliado através do índice de Barthel e o grau de dependência nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) será avaliado pelo índice de Lawton.

Com base nestes pressupostos, este estudo pretendeu avaliar a dependência funcional nas atividades básicas e instrumentais de vida diária das pessoas idosas, no sentido de melhor se conhecer a realidade para melhor poder intervir. Procurou-se, desta forma, contribuir para que os profissionais de saúde em geral e os enfermeiros em particular integrem nas suas práticas clínicas a avaliação deste foco de atenção e, numa dialética investigação/prática clínica, pensar conjuntamente em mais e melhores estratégias de intervenção dirigidas aos idosos.

4. Revisão da literatura

A revisão da literatura *“é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação”* Fortin (2003, p. 74).

“ Conhecer e a dar a conhecer, o estado de arte, sistematizando a informação obtida e transformando-a em conhecimento aprofundado sobre um dado tema” Cardoso et al. (2010, p. 26) é a função do trabalho de revisão da literatura. Tal atividade implica um processo de transformação, uma passagem de informação das chamadas fontes (livros, artigos e outros suportes disponíveis), para o conhecimento que está nas pessoas. Assim, para os mesmos autores:

O investigador trabalha a informação para a transformar em conhecimento e, nesse processo, tece de novo os fios que desenlaçou para os reelaborar num texto que resulte do seu conhecimento sobre o assunto e sirva de informação a quem o lê (Cardoso et al., 2010, p. 22).

i. A pessoa idosa

Viver mais tempo implica envelhecer. Maior longevidade não é um fatalismo ou uma ameaça. É uma vitória da humanidade e uma oportunidade de potenciar o «património imaterial» que significa o

contributo das pessoas mais velhas (Programa de Ação do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, 2012, p. 3).

Segundo Moniz (2003), a pessoa é um ser no mundo que comporta diferentes dimensões - biológica, psicológica, sociológica, cultural e espiritual - e que interage com o seu meio ambiente. Neste sentido, o conceito de pessoa idosa é complexo e dinâmico, difícil de traduzir em palavras, pois reflete todo um conjunto de fatores biopsicossociais.

Qualquer limite cronológico para definir pessoas idosas é sempre arbitrário e dificilmente traduz todas as dimensões do ser humano. A autonomia e o estado de saúde devem ser fatores a ter em conta, pois afetam os indivíduos com a mesma idade de maneira diferente. Contudo, a demarcação é necessária para a descrição comparativa e internacional do envelhecimento (INE, 2002).

Assim, na tentativa de uniformizar critérios e de acordo com a Organização das Nações Unidas, do Conselho da Europa e da Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Económico (INE, 1999), convencionou-se que pessoa idosa é todo o indivíduo com mais de 65 anos, independentemente do sexo ou estado de saúde.

Alguns gerontólogos dividem a velhice em categorias cronológicas: idoso jovem dos 65 aos 74 anos, idoso médio dos 75 aos 84 anos e idoso idoso, com 85 ou mais anos. Mas a maioria prefere classificar as pessoas de acordo com a sua idade funcional (Staab e Hodges, 1997, *cit. in* Imaginário, 2008).

(...) os conceitos ligados às palavras velho, envelhecer, velhice e envelhecimento são muito complexos. O adjetivo velho, no grau positivo, significa deteriorado e aplica-se a coisas, pessoas ou animais; como substantivo refere-se exclusivamente a pessoas de idade avançada; já como adjetivo no grau comparativo tem apenas um significado cronológico (Morato, 1986, *cit. in* Imaginário, 2008, p. 37).

De acordo com Arantes (2003), a idade cronológica é um estereótipo através do qual é possível afirmar-se que uma pessoa é jovem, de meia-idade ou idosa, daí resultando

diferentes papéis ou oportunidades na estrutura social. O sentido atribuído à idade cronológica depende do significado social atribuído à mesma.

(...) a idade é apenas um marcador da passagem do tempo e, enquanto variável explicativa do processo de envelhecimento (idade cronológica) não produz, em si mudanças (...) (Fernandes, 2000, *cit. in* Moniz, 2003, p. 49).

Birrem e Cunningham (1985), referidos por Fontaine (2000), consideram que cada pessoa não tem apenas uma idade, mas três: a idade biológica (que está ligada ao envelhecimento humano, durante a qual cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida e a capacidade de auto regulação torna-se menos eficaz), a idade social (que se refere ao papel, aos estatutos e aos hábitos das pessoas, relativamente aos outros membros da sociedade e que é fortemente determinada pela cultura e pela história de um país e a idade psicológica) e a idade psicológica (que respeita às competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente e que inclui as capacidades mnésicas (a memória), as capacidades intelectuais (a inteligência) e as motivações para o empreendimento.

Pimentel (2001), afirma que a definição de uma categoria específica que inclua as pessoas idosas resulta sempre de uma construção abstrata e normativa. A este respeito, Fontaine (2000) faz uma elucidação importante, quando distingue o envelhecimento da velhice, dizendo que enquanto a velhice é um estado que caracteriza um grupo de determinada idade, o envelhecimento é um processo.

O envelhecimento

“O valor atribuído à velhice depende do que a sociedade necessita ou prefere em determinado momento” (Cabrillo e Cachafeiro, 1992, p. 57).

O envelhecimento é um processo natural e comum a todas as pessoas. É um facto inerente ao ciclo de vida biológico: a pessoa nasce, cresce, envelhece e morre. No entanto, este processo é vivido de diferentes modos consoante o contexto social em que as pessoas se inserem, além de sofrer influências internas e externas que se vão repercutir na velhice e na forma como se vai envelhecendo (Almeida, 2008).

Esta visão do ciclo de vida respeita e valoriza a natureza dinâmica e desenvolvimental do envelhecimento. Apesar de existir para todas as espécies uma duração máxima de vida, e esse limite ser precedido por um período de envelhecimento (Ermida, 1999), para o Homem, encarar a velhice como um período do fim da vida é perder o processo de envelhecimento, a variedade de percurso e a multiplicidade de resultados (Fonseca, 2004).

Embora se possa considerar que o processo de envelhecimento se inicia a partir do momento em que nascemos, enquanto fenómeno demográfico começou a assumir uma importância significativa a partir da segunda metade do século XX ao nível dos países desenvolvidos (Nazareth, 1988).

Segundo o INE (2002), o envelhecimento demográfico define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total (conseguido em detrimento da população jovem, e/ou em detrimento da população em idade ativa), originando uma importante alteração na estrutura da população, o que constitui um fenómeno único na humanidade.

O envelhecimento demográfico é resultado da transição demográfica, normalmente definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevado para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução de efetivos populacionais jovens e o alargamento do topo, com acréscimo de efetivos populacionais idosos (INE, 2002).

Na Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, realizada em Viena em 1982, ficou reconhecido que este aumento da população idosa tem repercussões importantes no padrão geral do desenvolvimento social, económico, político e cultural, representando um desafio que tem de ser enfrentado de uma forma racional por todos os países, a nível mundial (OMS, 1985, *cit. in* Azeredo, 2011).

A população mundial, que em 1950 era na ordem dos 2 biliões de pessoas, aumentou para 6,5 biliões em 2007 (European Commission, 2007). Segundo projeções das Nações Unidas, a população mundial continuará a crescer, embora a um ritmo mais lento, prevendo-se que atinja 9150 milhões de habitantes em 2050. Deste crescimento, 95% situar-se-á nos países desenvolvidos. Nos 50 países menos desenvolvidos do mundo duplicará neste período temporal, sendo que a grande contribuição virá sobretudo do crescimento da população do continente africano. Nesta data, em contraste com o contínuo envelhecimento da Europa, da China e do Japão, a Índia tornar-se-á o país mais populoso do planeta (European Union, 2010).

A Europa, que em 1950 representava 21,6% da população mundial, com um decréscimo em 2010 para 10,6% representará em 2050 apenas 7,2%. Assim sendo, à exceção da Turquia, todos os países europeus perdem população e registam índices de crescimento natural negativos, consequências não somente da crescente redução de mortalidade, mas principalmente da redução da natalidade (European Commission, 2007).

Segundo a mesma fonte, neste cenário prospetivo a população ativa da União Europeia diminuirá cerca de 50 milhões entre 2005 e 2050, mas no mesmo intervalo de tempo, a população idosa aumentará substancialmente, sobretudo no grupo dos 80 ou mais anos. Sendo um grupo etário no qual as incapacidades são mais prevalentes e em que a fragilidade é maior, levantam-se questões preocupantes não só para a economia, devido às despesas com os cuidados, mas também pela utilização de recursos adicionais para manter as pessoas desta faixa etária, tanto quanto possível, autónomas e independentes (European Commission, 2007).

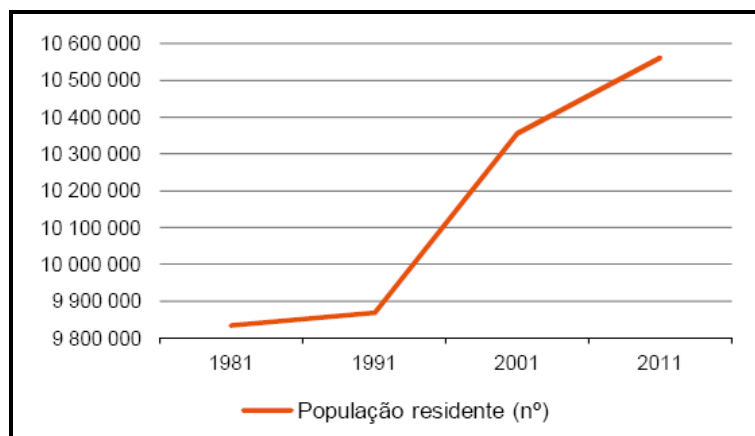
De acordo com a European Union (2010), em 2004, na União Europeia-25, a esperança média de vida ao nascer para os homens era de 73,7 anos e para as mulheres 80,4 anos; mas neste cenário prospetivo, em 2050 será de 80,5 anos para os homens e de 85,6 para as mulheres, prevendo-se que haverá uma menor diferença entre homens e mulheres, apontando-se como razão a alteração de estilos de vida da mulher. Em Portugal, que em 2008 tinha uma esperança média de vida ao nascer de 75,8 anos para os homens e de 82,4 anos para as mulheres, prevê-se que essa esperança em 2060 venha a ser de 84,1 para os homens e 88,8 para as mulheres.

Há que salientar que no indicador esperança média de vida aos 65 anos - número de anos que, em média, uma pessoa com 65 anos, ainda tem para viver, num determinado contexto sócio-económico-sanitário - pesam bastante as taxas de mortalidade e as doenças crónico-degenerativas (neoplasias e doenças cardio-cérebro-vasculares), que têm alta incidência nos países desenvolvidos. Em 2008, em Portugal, a esperança média de vida aos 65 anos era de 16,3 anos para os homens e de 19,9 para as mulheres, prevendo-se que venha a ser, em 2060 de 24,8 anos para os homens e de 34,5 anos para as mulheres, superando a média prevista para a União Europeia-25: 22,0 anos para os homens e 25,3 para as mulheres (Azeredo, 2011).

Assim sendo, para Azeredo (2011), o envelhecimento demográfico constitui um dos grandes desafios que se colocam à União Europeia nos próximos anos, em consequência dos significativos progressos económicos, sociais e médicos, que possibilitam aos europeus a oportunidade de viverem uma vida longa com níveis de conforto e de segurança sem precedentes na história.

Os resultados provisórios dos Censos 2011, referenciados em Março de 2011 (gráfico n.º 1), indicam que a população residente em Portugal era de 10.561.614 habitantes, o que significa que na última década aumentou cerca de 2%. Contudo, o crescimento demográfico registado é cerca de 5% inferior ao registado na década passada (INE, 2012).

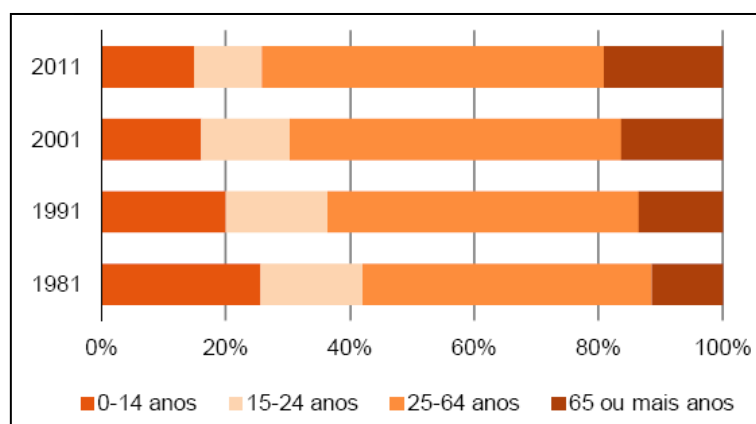
Gráfico n.º 1 - Evolução da população residente em Portugal, 1981-2011



Fonte: INE, 2012 - Resultados provisórios dos Censos 2011, p. 7

O fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, continua bem vincado nos resultados dos Censos 2011 (gráfico n.º 2). Em 1981, cerca de ¼ da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos), e apenas 11,4% estava incluída no grupo etário dos mais idosos (com 65 ou mais anos). Em 2011, Portugal apresenta cerca de 15 % da população no grupo etário mais jovem e cerca de 19% da população com 65 ou mais anos de idade (INE, 2012).

Gráfico n.º 2 - Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários em 1981, 1991, 2001, 2011



Fonte: INE, 2012 - Resultados provisórios dos Censos 2011, p. 11

Entre 2001 e 2011 verificou-se uma redução da população jovem (0-14 anos de idade) em 5,1% e da população jovem em idade ativa (15-24 anos) em 22,5%. Em contrapartida, aumentou a população idosa (com 65 ou mais anos) cerca de 19,4%, sendo as regiões do Alentejo e Centro as mais envelhecidas, com 24,3% e 22,5% respetivamente, assim como o grupo da população situada entre os 25-64 anos, que cresceu 5,3% (INE, 2012).

As melhores condições de vida socioeconómicas, aliadas ao avanço tecnológico, particularmente na área da saúde, têm contribuído para a crescente longevidade humana e para o aceleração do envelhecimento demográfico no topo da pirâmide etária com todas as consequências que daí advêm (Azeredo, 2011).

Como consequência, surge o fenómeno do duplo envelhecimento demográfico: o envelhecimento na base da pirâmide etária, motivado pelo declínio da natalidade e fecundidade, a par de um envelhecimento no topo devido ao aumento da proporção de idosos, que é agravado pelo aumento da esperança de vida (Rosa e Vieira, 2003).

Os Censos 2011 revelam ainda que, na última década, o índice de dependência total (relação entre a população com 0-14 anos conjuntamente com a população com 65 ou mais anos e a população com 15-64 anos) aumentou de 48 em 2001 para 52 em 2011. O agravamento do índice de dependência total é resultado do aumento do índice de dependência de idosos (relação entre a população com 65 ou mais anos e a população com 15-64 anos) que aumentou cerca de 21% na última década (INE, 2012).

O índice de envelhecimento da população reflete também esta tendência. Em 2011, o índice de envelhecimento acentuou o predomínio da população idosa sobre a população jovem. Os resultados dos Censos de 2011 indicam que o índice de envelhecimento do país é de 129, o que significa que Portugal tem hoje mais população idosa do que jovem. Em 2011, havia 85 municípios com o índice de envelhecimento menor ou igual a 100. Em 2011, este valor é de 45 (INE, 2012).

As implicações do envelhecimento são habitualmente analisadas sob duas perspetivas: por um lado, a análise pela base da pirâmide demonstra consequências sobretudo a longo prazo, nas gerações ativas futuras e no dinamismo do mercado de trabalho; por outro, o envelhecimento pelo topo manifesta-se a curto prazo, demonstrando o grau de longevidade da população (INE, 2002).

Este fenómeno social é um dos desafios mais importantes do século XXI e obriga à reflexão sobre questões com crescente relevância como a idade da reforma, a qualidade de vida dos idosos, o estatuto que estes ocupam na sociedade, a solidariedade intergeracional, a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde e sobre o próprio modelo social em vigor atualmente. Por outro lado, uma sociedade constituída por pessoas mais velhas pode criar oportunidades em domínios distintos, como novas atividades económicas e profissionais, designadamente na área da prestação de serviços comunitários e de redes de solidariedade, ambientes e arquitetónicas diferentes, bem como padrões de consumo específicos à imagem dos consumidores mais velhos, com necessidades também elas específicas (INE, 2002).

O envelhecimento é um processo muito complexo, cujo mecanismo está ainda por definir, não obstante a existência de inúmeras teorias que têm surgido na tentativa de o explicar (Azeredo, 2011). Como refere Ermida (1999), se o início e as etapas do envelhecimento assentam em alterações estruturais e funcionais suficientemente significativas e evidenciáveis, as causas e natureza do processo ainda não se encontram esclarecidas.

São múltiplas as teorias sobre o envelhecimento, existindo mesmo um “Manual das teorias do envelhecimento” editado por Bengtson e Schaie em 1999, referido por Oliveira (2005), que pode ser considerado uma espécie de “bíblia”. Dele constam teorias biológicas e biomédicas, teorias psicológicas e teorias sociais. Segundo Oliveira (2005), Birren, com a autoridade que lhe advém de meio século de investigação neste domínio, conclui que nenhuma delas, por si só, explica o problema do envelhecimento, devendo procurar-se interpretações mais holísticas e sistémicas.

O envelhecimento individual é um processo contínuo que assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, no aumento da esperança média de vida. Este conceito está inerente ao envelhecimento biológico, requerendo grande adaptação por parte do indivíduo (INE, 2002).

Segundo Leão (2000, *cit. in Graça et al., 2005*), o envelhecimento é entendido como um processo lento, progressivo, universal, caracterizado por uma hipofuncionalidade somática e que atinge as estruturas do organismo e limita progressivamente a actividade do ser humano, tornando o indivíduo menos capaz de desenvolver por si só todas as atividades de vida diária, mas que varia de indivíduo para indivíduo e de meio para meio.

Ermida (1999), define o envelhecimento como um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidentes ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo. Significa que o envelhecimento não é em si uma doença “(...) *embora possa ser agravado, acelerado ou estar associado a ela*” (Berger, 1995, *cit. in Graça et al., 2005*, p.31).

Também Robert, o define como:

(...) a perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente (Robert, *cit. in Santos, 2002*, p. 21).

Ainda para Birren e Zarit:

(...) o envelhecimento biológico é um processo de mudança no organismo, que com o tempo diminui a probabilidade de sobrevivência e reduz a capacidade biológica de auto-regulação, reparação e adaptação às exigências ambientais (Birren e Zarit, 1985, *cit. in Spar e La Rue, 2005*, p.58).

De acordo com Roach (2003, p. 20), existem quatro características básicas no processo de envelhecimento:

(...) é universal - todas as pessoas envelhecem, excepto quando a morte ocorre na idade jovem. (...) é progressivo - nem todas as pessoas, necessariamente mostram os sinais de envelhecimento compatíveis com a idade cronológica. (...) é intrínseco à natureza - parece originar-se de dentro do corpo. (...) é afectado por factores extrínsecos - que se originam fora do corpo e afectam o processo de envelhecimento e incluem o ambiente, o padrão de vida e os mecanismos de enfrentamento.

Muitas das definições de envelhecimento procuram englobar as dimensões biológica, psicológica e sociocultural, como a que é apresentada pela Direcção Geral de Saúde, segundo a qual o envelhecimento humano pode ser entendido como o processo de *“mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida”* (Direcção Geral de Saúde, 2004), podendo ser entendido como a perda de capacidade de adaptação com o tempo (Squire, 2005).

Sousa et al. (2004), salientam ainda que se pode destringir entre o envelhecimento primário e o envelhecimento secundário. Para as autoras, o primeiro indica o processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou doença, mas que acontece, inevitavelmente, com o passar do tempo. O segundo diz respeito aos factores que interferem no processo de envelhecimento normal, tais como o stresse, traumatismo ou doença, susceptíveis de acelerar o envelhecimento primário.

Desta distinção emergem dois conceitos: o de senescência e o de senilidade. Entende-se por senescência o conjunto de alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que ocorrem em consequência do processo de envelhecimento; e entende-se por senilidade o conjunto de modificações determinadas pelas afeções que as pessoas idosas apresentam (Birren e Zerit, 1985, *cit. in* Sequeira 2010). De acordo com o mesmo autor, apesar de serem conceitos distintos do ponto de vista teórico, por vezes a diferenciação é extremamente difícil devido à sua mútua interacção.

Ao longo dos tempos, o envelhecimento tem sido considerado através de duas perspectivas antagónicas: uma que o reconhece como etapa final da vida, a fase de declínio que culmina na morte, e a outra que o concebe como fase da sabedoria, da maturidade e da serenidade (Sousa et al., 2004).

Corroborado por Paúl (2005), que refere que as atitudes perante os idosos têm vindo a mudar, refletindo por um lado o nível de conhecimentos fisiológicos e anatomias humanas e por outro a cultura e as relações sociais das várias épocas. Na verdade, as *“definições de envelhecimento e de idoso continuarão a evoluir com o conhecimento; mas o que será sempre verdade é que a sua utilização implica relações com o tempo”* (Costa, 2002, p. 38).

ii. Alterações fisiológicas e estruturais na pessoa idosa

O envelhecimento não é sinónimo de doença ou incapacidade, mas é um processo complexo, universal, comum a todos os seres vivos, nomeadamente ao Homem. Pode ser considerado como um processo contínuo, podendo observar-se uma evolução mais rápida, ou pelo menos mais notória, nas últimas fases da vida (Fernandes, 2002).

Para Melo e Barreiros (2002), como consequência do processo de envelhecimento, a deterioração funcional baseia-se fundamentalmente em dois fatores associados, o desuso e a degeneração, levando a um enfraquecimento geral e a um declínio das funções biológicas e do rendimento psicomotor. Tem o seu início relativamente precoce, no final da segunda década de vida, perdurando por longo tempo pouco perceptível, até que surgem no final da terceira década as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais. Admite-se como regra geral, que ocorre a cada ano, a partir dos 30 anos de idade, a perda de 1% da função.

O declínio das funções orgânicas durante o processo de envelhecimento varia de pessoa para pessoa e está associado a fatores intrínsecos (genéticos ou hereditários) que podem ser potencializados ou amortecidos por fatores extrínsecos, como os estilos de vida (alimentação, exercício físico, alcoolismo, tabagismo, sedentarismo), as enfermidades e a imobilidade (DGS, 2004; WHO, 2002).

Conforme assinalam Guimarães e Farinatti (2005), cada uma destas alterações por si só pode parecer pouco significativa, mas o seu efeito cumulativo traduz-se num maior

risco de ocorrer uma resposta inadequada ou ineficiente, podendo resultar numa incapacidade de coordenação, sobretudo quando o idoso realiza uma atividade funcional mais complexa.

Segundo Yancik et al. (2007), as mudanças decorrentes do avanço da idade são devidas quer a fatores naturais quer a fatores patológicos, próprios do processo de envelhecimento. Artrite, hipertensão, cancro, diabetes, osteoporose e Alzheimer são alguns exemplos de doenças que ocorrem primariamente nos idosos. As doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, pulmonares e osteoarticulares são outras situações de saúde que se encontram também em pessoas idosas.

Outros autores, como Isaacs (1996) e Born e Boechat (2006), consideram que, dentro do grupo etário das pessoas idosas, há uma maior prevalência de determinadas condições, que designam por “gigantes da geriatria” e que são: a incontinência urinária, a instabilidade postural e quedas, a imobilidade, a demência, o delirium e a depressão.

Ainda para Berger e Mailloux-Poirier (1995), as alterações provocadas pelo envelhecimento não devem ser vistas apenas como doenças, mas também como alterações naturais, sendo um processo multifatorial que arrasta uma deterioração fisiológica do organismo. É um fenómeno normal, universal, intimamente ligado ao processo de diferenciação e de crescimento.

As mesmas autoras defendem que as modificações fisiológicas que se produzem no decurso do envelhecimento resultam de interações complexas entre os vários fatores internos e externos e manifestam-se através de mudanças estruturais e funcionais (quadro n.º 1).

Quadro nº 1 – Modificações fisiológicas do envelhecimento

Alterações estruturais	<ul style="list-style-type: none">♦ Células e tecidos;♦ Composição global do corpo e peso corporal;♦ Músculos, ossos e articulações;♦ Pele e tecido subcutâneo;♦ Tegumento.
Alterações funcionais	<ul style="list-style-type: none">♦ Sistema cardiovascular;♦ Sistema respiratório;♦ Sistema renal e urinário;♦ Sistema gastrointestinal;♦ Sistema nervoso e sensorial;♦ Sistema endócrino e metabólico;♦ Sistema reprodutor;♦ Sistema imunitário;♦ Ritmos biológicos e sono.

Fonte: Berger e Mailloux-Poirier (1995, p. 127) - Aspectos biológicos do envelhecimento

Dos sistemas anteriormente referidos, os que sofrem maiores transformações no decurso do envelhecimento são o sistema nervoso central, o aparelho locomotor, o sistema cardiovascular e o sistema respiratório (Berger e Mailloux-Poirier, 1995). As alterações da estrutura e as perdas funcionais ocorrem em distintos órgãos e sistemas do corpo humano em tempos e ritmos diferentes, concorrendo para a diminuição das reservas funcionais do organismo (Elias, 2011).

Alterações no sistema osteomioarticular

O processo de envelhecimento vem normalmente acompanhado de um declínio das funções, nomeadamente do sistema osteomioarticular. Verifica-se uma diminuição da massa músculo-esquelética, da densidade óssea e também dos espaços articulares. São as alterações nos referidos sistemas que desencadeiam algumas perturbações crónicas, que tendem a apresentar complicações e sequelas que comprometem a independência e a autonomia do idoso, repercutindo numa baixa qualidade de vida (Rossi, 2008).

As alterações osteoarticulares podem apresentar-se de forma isolada, causando, por exemplo, a osteoporose, a sarcopenia e a artrose ou, de forma associada, envolvendo

quer a postura quer a marcha deixando os idosos suscetíveis a quedas e, conseqüentemente, a fraturas (Rossi, 2008).

O ser humano atinge o seu pico de massa óssea aos 35 anos de idade, já que depois disto ocorre uma estabilização da taxa de formação e um aumento da taxa de reabsorção. Assim, ocorre uma perda progressiva de massa óssea, designada por osteopenia fisiológica, uma vez que faz parte do envelhecimento normal do individuo (Rossi, 2008).

Por volta dos 40 anos de idade começa a diminuir o tecido compacto que compõe a matriz óssea, o que gera um aumento de tecido esponjoso elevando, assim as trabéculas ósseas e originando determinadas patologias com comprometimento ósseo, entre as quais, a osteoporose (Rossi, 2008).

A osteoporose caracteriza-se pela diminuição da massa óssea, levando a um aumento da fragilidade do osso, o que deixa o idoso mais suscetível, sobretudo quando se associam alterações psicomotoras, perda da visão, uso de alguns medicamentos, consumo de álcool, tabagismo e massa corporal abaixo do peso ideal, aumentando o risco de fraturas, em especial, as do colo do fémur (Frazão, 2006).

As fraturas inter-trocantéricas ocorrem numa área extra capsular constituída por osso esponjoso bem vascularizado. Verifica-se nas fraturas do colo do fémur o suprimento de sangue limitado e desprotegido da cabeça do fémur. A localização intra capsular e grave atrofia trabecular do colo do fémur representam fatores que, muito frequentemente, impedem a consolidação da fratura ou levam à osteonecrose e ao colapso segmentar tardio da cabeça do fémur, fazendo com que o idoso fique com os movimentos comprometidos ou incapacitado (Serra et al., 2012).

A maioria das pessoas que fratura o colo do fémur apresenta um traumatismo pequeno. A presença de micro fraturas assintomáticas na trabécula do colo do fémur leva à dúvida sobre se é a fratura ou a queda que ocorre primeiro. Tratando-se da população idosa, as

fraturas do colo do fêmur resultam geralmente de quedas a partir da posição ereta (Serra et al., 2012).

As quedas na população geriátrica constituem um evento frequente entre os mais idosos com consequências desastrosas na funcionalidade, que se traduzem numa dependência e na necessidade de ajuda de terceiros e, naturalmente, na sua qualidade de vida (Elias, 2011).

Com o envelhecimento, há uma diminuição lenta e progressiva da massa muscular (de aproximadamente 50%), sendo o tecido nobre, paulatinamente, substituído por colagénio e gordura. A atrofia muscular decorre da perda gradual e seletiva das fibras musculares, essencialmente do tipo II (Carvalho e Soares, 2004).

A sarcopenia é designada como um complexo processo do envelhecimento muscular associado à diminuição da massa, da força e da velocidade de contração muscular. A etiologia da sarcopenia é multifatorial, envolvendo alterações endócrinas, alterações no metabolismo do músculo e fatores nutricionais, mitocondriais e genéticos, interferindo também as condições ambientais e problemas comportamentais (Carvalho e Soares, 2004).

O envelhecimento está associado a uma diminuição da altura, do peso e do índice de massa corporal (IMC). Nos idosos, a massa muscular relaciona-se com a força e esta, por sua vez, com a capacidade funcional do indivíduo. A sarcopenia, que se vai desenvolvendo ao longo do tempo, diminui progressivamente a capacidade física, acabando por comprometer as atividades de vida diária e aumentando o risco de quedas, o que acaba por levar a um estado de dependência cada vez mais grave (Carvalho e Soares, 2004).

A diminuição da força e resistência muscular a nível dos membros inferiores tem sido associada à dificuldade do idoso em se levantar da cadeira, sair da cama, diminuição da velocidade da marcha e problemas de equilíbrio (Guimarães e Farinatti, 2005).

O envelhecimento cartilaginoso torna as articulações mais rígidas e menos flexíveis. As articulações da anca e dos joelhos começam a perder a sua estrutura, enquanto os dedos perdem cartilagem. Já as articulações dos tornozelos, em geral sofrem poucas alterações com o envelhecimento (Espanha, 2008).

A artrose resulta numa destruição progressiva dos tecidos que compõem a articulação, em particular a cartilagem, conduzindo à instalação progressiva de dor, deformação e limitação dos movimentos (Seely et al., 2003).

Todas as articulações podem ser afetadas pela artrose; porém, esta manifesta-se maioritariamente na anca, nos joelhos, nos pés e na coluna. Esta última tem os seus discos intervertebrais mais achatados e menos elásticos e as vértebras sofrem pelo processo osteoporótico, adquirindo a forma de cunha originando o desalinhamento compensatório das vértebras dorsais e cervicais (Seely et al., 2003).

Os idosos apresentam diminuição da sua capacidade de controlo postural, pois manifestam alterações comportamentais durante a manutenção da postura ereta, as quais estão associadas a alterações patológicas seja dos sistemas sensoriais e/ou estruturais (Júnior e Heckman, 2006).

A estabilidade postural requer uma complexa interação entre diferentes sistemas, incluindo a deteção da posição e do movimento corporal pelos sistemas sensoriais, a integração e o processamento dessa informação sensitiva pelo sistema nervoso central, culminando com a execução das respostas motoras adequadas, pelo sistema musculoesquelético (Elias, 2011).

Nas pessoas de idade avançada é comum observar-se um aumento acentuado na cifose dorsal, sendo que um conjunto de fatores pode influenciar tal acontecimento, como a fraqueza da musculatura para-vertebral, sobretudo da região lombar. Esta fraqueza, associada à redução na capacidade estabilizadora dos ligamentos anterior e posteriores da coluna vertebral, ocasiona uma redução na lordose lombar fisiológica, que por sua

vez modifica a localização do centro de gravidade levando o indivíduo a buscar um novo posicionamento na postura ereta, com um aumento na cifose dorsal (White, 2004).

A marcha é uma atividade simples da vida diária e uma das principais habilidades do ser humano. A partir dos 65 anos começa a ocorrer um declínio da velocidade da marcha, uma redução do comprimento e da cadência do passo, além de distúrbios da coordenação entre os membros superiores e inferiores, aumento da base de suporte e do tempo de permanência na fase de duplo apoio, como estratégia para um aumento da estabilidade. Assim sendo, a marcha do idoso demonstra uma alteração sistémica envolvendo estruturas osteomioarticulares (Kirkwood et al., 2006).

De facto, com o avançar da idade, decréscimos fisiológicos, doenças crónicas e outros problemas de saúde tendem a acumular-se e a interferir no estado de saúde do indivíduo e na sua qualidade de vida (Yancik et al., 2007).

O crescente número de défices nos idosos, tal como a diminuição muscular, a diminuição do equilíbrio ou alterações neuromusculares, resulta em disfunção que pode levar a dificuldades na realização das atividades de vida diária, bem como a serem causas de dependência (Bischoff et al., 2003).

iii. Dependência da pessoa idosa

A forma como a velhice é vivida é paradoxal: *“Tememos a velhice quase tanto como tememos não viver o suficiente para a atingir”* (Walsh, 1989, cit. in Sousa et al., 2004, p. 27)

Embora uma grande parte das pessoas idosas consiga viver com bons níveis de autonomia e saúde, a tendência é para um aumento do número de idosos com necessidades de apoio na realização das atividades de vida diária (Lezaun et al., 2001).

Lowenstein e Rubert (*cit. in* Serra, 2006) referem que os indicadores críticos da possibilidade de vida independente são constituídos pela capacidade revelada em manter funções de cuidados pessoais (como vestir-se, lavar-se e cuidar de si) e atividades instrumentais que possam servir para a manutenção da vida diária (estar orientado no tempo e no espaço, possibilidade de fazer compras, de telefonar ou de efetuar pagamentos).

Segundo Santos (*cit. in* Imaginário, 2008), existe independência quando se consegue alcançar um nível aceitável de satisfação das necessidades através de ações adequadas que a pessoa realiza por si mesma sem ajuda de outra pessoa; ou seja, o indivíduo possui capacidades para concretizar múltiplas tarefas e atividades sem o contributo de outros. Phaneuf (1993) considera como nível aceitável de satisfação aquele que permite a presença de um equilíbrio fisiológico e psicológico que se manifesta por um estado satisfatório de bem-estar.

Tal facto não se encontra presente em todas as pessoas idosas, dado que algumas precisam da ajuda de terceiros para a realização da sua vida quotidiana, que se revela pela incapacidade do indivíduo adotar comportamentos ou realizar por si só ações que lhe permitam obter um nível aceitável de satisfação das suas carências, podendo ser estas necessidades do domínio físico, psicológico, social ou económico (Imaginário, 2008).

Também para Netto et al. (2006), as alterações funcionais que decorrem do processo de envelhecimento, associadas à maior prevalência de doenças crónicas, podem efetivamente conduzir à deterioração da habilidade de manutenção da independência.

A dependência é definida como a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de um semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptar-se. Neste sentido, traduz-se pela necessidade de assistência nas atividades quotidianas que o indivíduo já não realiza porque não pode ou porque não quer (Pavarini e Neri, 2000).

Para Sequeira (2010), a dependência surge como resultado do aparecimento de um défice, que limita a atividade em termos da funcionalidade, em consequência de um processo patológico ou acidente. A limitação na atividade não pode ser compensada na totalidade por uma ajuda técnica, pelo que necessita de ser compensada com a ajuda de outra pessoa. Importa ainda salientar que a dependência pode ser total ou parcial, temporária ou permanente (Paschoal, 2007).

Segundo Fernandes (2002), os conceitos de independência e dependência são difíceis de operacionalizar, dado o seu grau de subjetividade e dificuldade em torná-los mensuráveis.

A definição apresentada pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade é abrangente e considera como dependência:

(...) a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual resultante ou agravada por doença crónica, doença orgânica, sequelas pós traumáticas, deficiência, 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 diária (...) (Portal do Governo e Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, 2006, p. 3857).

De acordo com Cerrato e Baltar (2004) e Lezaun e Salanova (2001), o conceito de dependência é complexo, envolvendo a presença de três noções fundamentais: multidimensionalidade, multicausalidade e multifuncionalidade.

A multidimensionalidade significa que a dependência pode estender-se a múltiplas dimensões: mental, física, económica, entre outras (assim como a combinação entre as mesmas), podendo afirmar-se que a dependência não é um fenómeno que exiba uma única configuração (Cerrato e Baltar, 2004; Lezaun e Salanova, 2001).

A ideia de multicausalidade implica que vários fatores influenciam o surgimento, progressão e manutenção da dependência, nomeadamente fatores físicos, psicológicos e contextuais. No que concerne aos fatores físicos, pode referenciar-se as alterações

funcionais, as doenças crónicas e a utilização de fármacos. Distúrbios mentais e características de personalidade aparecem como fatores psicológicos que poderão contribuir significativamente para a dependência. Por último, fatores contextuais como o ambiente físico e ambiente social poderão constituir, de igual forma, fatores preditores de dependência (Cerrato e Baltar, 2004; Lezaun e Salanova, 2001).

Por fim, a noção de multifuncionalidade significa que a dependência pode assumir várias funções, nomeadamente, a de adaptação. Por tudo isto, segundo os mesmos autores, pode afirmar-se que o conceito de dependência não é sinónimo de velhice ou de envelhecimento (Cerrato e Baltar, 2004; Lezaun e Salanova, 2001).

Para Martins (2002), embora a dependência possa ocorrer em todas as idades, a sua prevalência aumenta quando a idade aumenta, pelo aparecimento e desenvolvimento de doenças crónicas que podem conduzir a diferentes tipos e níveis de dependência.

Baltes e Silverberg (*cit. in* Sousa et al., 2003) descrevem três tipos de dependência: estruturada (o significado do valor do ser humano é determinado, essencialmente, pelo empenhamento que este assume no trabalho), física (incapacidade funcional individual para realizar as atividades de vida diária) e comportamental (antecede frequentemente a dependência física e é socialmente induzida independentemente do nível de competência individual dos idosos).

Para responder ao problema da elevada dependência, designadamente dos idosos, surgiram em alguns países unidades de saúde orientadas para a recuperação funcional das pessoas que apresentem uma perda funcional potencialmente recuperável, resultante de doença crónica ou de um processo patológico agudo, independentemente da sua natureza. Esta recuperação funcional, no caso da pessoa idosa e para além de outros benefícios, permite muitas das vezes voltar ao seu contexto domiciliário, evitando a institucionalização (Araújo et al., 2007).

Emergem, assim, novas necessidades sociais e de saúde que requerem respostas novas e diversificadas que venham satisfazer o incremento esperado da procura por parte das

peçoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de peçoas com doenças incuráveis em estado avançado ou em fase terminal, exigindo habitualmente uma forte componente de apoio psicossocial, a que se deu a designação de cuidados continuados (Ministério da Saúde, 2004; Portal do Governo e Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, 2006).

Em Portugal foi criada, pelo Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, que tem como funções um conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrentes da avaliação conjunta, centradas na recuperação global, entendida como o processo terapêutico ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da peçoas em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Portal do Governo e Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, 2006).

A satisfação das necessidades básicas é feita ao longo da vida de uma forma dependente e independente, sendo que numa primeira fase da vida são satisfeitas por terceiros, e o mesmo acontece à medida que a idade vai avançando (Imaginário, 2008).

Fernandes (2002) refere que a dependência nos idosos surge com mais frequência face a obstáculos que o impedem de satisfazer as suas necessidades, como falta de afeto e apoio da família, isolamento e solidão pela perda de amigos e familiares, inatividade derivada da reforma ou perda de forças, originando diminuição dos rendimentos económicos, alteração do estatuto com perda de prestígio e passividade (devido à falta de compromissos).

Segundo a mesma autora, estes e outros fatores provocam ansiedade e stresse resultando em desequilíbrio, dando origem a problemas que se manifestam através de múltiplos sinais e sintomas, sendo que o grupo de maior risco é o dos idosos dependentes, vulneráveis, isolados, pobres, que vivem afastados da família e dos que lhe são mais

próximos, ou os que estão sujeitos a institucionalização por falta de alternativa (Fernandes, 2002).

Para Imaginário (2008), as necessidades do idoso não se manifestam apenas no domínio biológico mas também no psicológico, no sociológico, no cultural e no espiritual, acrescentando que para uma boa qualidade de vida é fundamental que exista equilíbrio entre os diferentes domínios. Não se pode falar de necessidades absolutas, uma vez que estas decorrem dos valores, das crenças, dos pressupostos e atitudes, estando demarcadas pelo indivíduo e intrínsecas aos contextos em que eles se movem. Cardoso, no seu estudo, constatou que os idosos referiam como necessidades prioritárias: ter saúde, ter dinheiro, ser jovem, ter afeto/companhia e ter habitação (Cardoso, 2000, *cit. in* Imaginário, 2008).

Segundo Brown (*cit. in* Cerrato e Baltar, 2004), a maioria dos trabalhos realizados sobre a temática da dependência e do envelhecimento centra-se na dependência funcional, na avaliação do nível de dependência e no tipo e quantidade de cuidados necessários para colmatar as necessidades identificadas.

Quaresma (2004, p. 38), refere que a definição de dependência exige uma definição de “(...) *autonomia e de perda de autonomia que possibilite a medida das perdas, em função de parâmetros e com objectivos precisos (...)*”. No entanto, na perspectiva desta autora, a articulação entre os conceitos de autonomia e de dependência não resulta necessariamente de uma relação dicotómica. Netto e Ponte (2002) entendem que a autonomia é a capacidade de decisão e de comando e a independência é a capacidade de realizar algo com os seus próprios meios.

Fernandes (2002) refere que a perda de autonomia é um dos principais fenómenos que influencia a qualidade de vida da pessoa idosa, sobretudo quando esta perda se dá a nível psicológico e se relaciona com transtornos cognitivos e alterações da personalidade.

Também Sequeira (2010) corrobora que a autonomia e a independência, embora sejam termos que definem situações complementares, não têm o mesmo significado. A autonomia está relacionada com a capacidade da pessoa para gerir a sua vida, ou seja, tomar decisões sobre si. A independência está relacionada com a capacidade de desempenho de atividades de vida diária e de autocuidado.

Albarede et al. (*cit. in* Fernandes, 2002) consideram a autonomia como sendo a capacidade e/ou o direito que uma pessoa tem de ela própria escolher os atos e os riscos que pode correr, sendo a perda de autonomia exatamente o contrário, ou seja a incapacidade e/ou a interdição de uma pessoa escolher ela própria as regras da sua conduta, a orientação dos seus atos e os riscos que pode correr. Trata-se de um comportamento do indivíduo em relação a si mesmo, como autor responsável pelas suas leis e pelo sistema de valores que presidem às suas atitudes.

Fernandes (2002, p.48), salienta que a perda de autonomia é um dos fenómenos que, “(...) sobretudo a nível psicológico, maior influência exerce na vida dos idosos e na qualidade da mesma (...)”.

Embora exista uma relação inquestionável entre poder fazer e poder escolher, é necessário acentuar que, mesmo funcional e fisicamente impedidas, algumas pessoas conseguem exercer as suas capacidades de escolha e de controlo sobre parte do seu ambiente. Por exemplo, conseguem decidir se querem ir para um lar ou não, participar na programação de serviços que lhes são prestados, escolher a roupa que vão vestir, para onde ir de férias, entre outros. Ao contrário, verifica-se também muitas vezes que a pessoa idosa dependente de ajuda para as atividades normais de vida diária é impedida por outros de decidir sobre a sua própria vida, perdendo a sua autonomia. Importa salientar que mesmo que uma pessoa idosa seja dependente, não tem que deixar de ser autónoma (Andrade, 2009).

Corroborando, Pavarani e Neri (2000) afirmam que dependência, independência e autonomia não são condições que se excluem umas às outras, porque o funcionamento do ser humano é multidimensional. Um idoso pode ser dependente em determinados

aspectos e independente noutros, como por exemplo, pode possuir uma dependência física (incapacidade) e ser autónomo financeiramente, ou ser dependente afetivamente e independente a nível cognitivo.

Fernandes (2002, p.51) conclui que:

(...) a vida em sociedade deve ser vivida em liberdade, sem a qual não há autonomia, e que os meios para a desenvolver ou restabelecer são, por um lado, a organização social global (ação educativa, formação, organização do trabalho, acesso à cultura, etc.). Por outro, ainda antes que a dependência se instale, devem desenvolver-se estratégias de forma a dar respostas a esta dependência para que se preserve ao máximo a independência do idoso. Em situações de dependência, é fundamental fazer-se a avaliação das necessidades em que o indivíduo necessita de ajuda, respeitando e incentivando a autonomia e independência.

iv. Avaliação funcional da pessoa idosa

“Cada indivíduo é como todas as outras pessoas, como algumas outras pessoas e como nenhuma outra pessoa.” (Kluckhohn e Murray, *cit. in* Menoita, 2012, p. 5).

A noção de funcionalidade, ou de capacidade funcional, está relacionada com a habilidade física e mental do indivíduo em manter o seu autocuidado de forma a preservar a sua autonomia e independência na realização das suas atividades quotidianas (Costa et al., 2002; Pelegrin et al., 2008), e essa autonomia para a realização de tarefas deve assegurar a possibilidade de viver sozinho em contexto domiciliário (Rebelatto e Morelli, 2004).

Embora o conceito de capacidade funcional tenha surgido na prática clínica com a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (*Internacional Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* - ICIDH), que é uma classificação do impacto da doença proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1980 (Diogo, 2000; Alves et al., 2008), segundo Amiralian et al. (2000), apesar da ICIDH distinguir as definições de deficiência (*impairment*), de incapacidade

(*disability*) e de desvantagem (*handicap*), não existe uma relação linear entre estes conceitos, podendo estes interligar-se ou não.

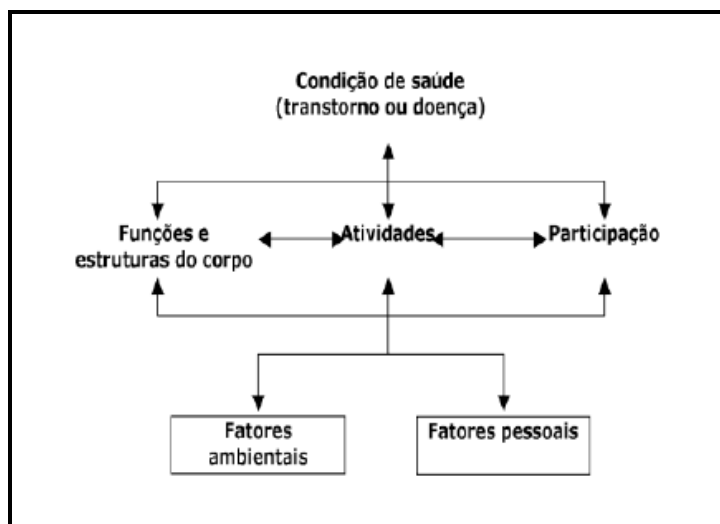
Também para Kearney e Pryor (2004), esta classificação está presa na teoria funcionalista, apresentando como limitações a falta de relação entre as dimensões sociais, culturais e ambientais.

Em 2003, a OMS publicou a Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (CIF), traduzida em 2004 para a língua portuguesa pela Direcção Geral de Saúde. Esta nova classificação foi mais abrangente e inclui a participação da interação que se estabelece entre a pessoa com deficiência, a limitação da atividade e os fatores do contexto sócio-ambiental (Organização Mundial de Saúde e Direcção Geral de Saúde, 2004).

Assim, de acordo com esta classificação, a incapacidade funcional resulta não apenas de uma deficiência orgânica, mas da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo, da limitação das suas atividades, da restrição da participação social e dos fatores ambientais e pessoais que interferem no seu desempenho em atividades de vida diária, podendo funcionar como barreiras ou facilitadores do estado funcional (Organização Mundial de Saúde e Direcção Geral de Saúde, 2004; Farias e Buchalla, 2005; Menoita, 2012).

De acordo com Lima et al. (2010), a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) baseia-se no modelo biopsicossocial e permite a compreensão dos processos de funcionalidade e incapacidade através da interação dos seus componentes (figura n.º 1).

Figura n.º 1 – Interação entre os componentes da CIF



Fonte: Organização Mundial de Saúde e Direcção Geral de Saúde, 2004, p. 13

Com a adoção da CIF, que abrange todos os aspetos da saúde, passa-se de uma classificação de “consequências das doenças” (ICIDH) para uma classificação de “componentes da saúde” (CIF), sendo fundamental o seu papel na consolidação e operacionalização de um novo quadro de funcionalidade, de incapacidade e de saúde humana (Menoita, 2012).

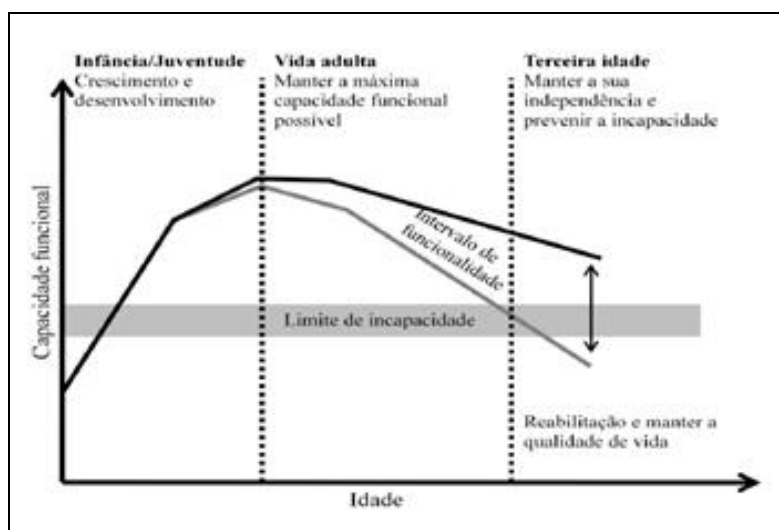
Farias e Buchalla (2005) referem que o objetivo da CIF é o de fornecer uma linguagem padronizada e um modelo de descrição dos estados relativos à saúde, permitindo a comparação dos dados referentes a essas condições entre países, serviços e setores de saúde. Contudo, existem poucos estudos sobre a avaliação do seu impacto na atenção à saúde, isto porque, por um lado, é uma classificação complexa e que apresenta um certo grau de dificuldade na sua utilização, e por outro, do ponto de vista prático, a sua aplicação requer muito tempo, para além dos aspetos inerentes à mudança de conduta por parte dos profissionais de saúde.

Embora a idade biológica não seja um indicador preciso das alterações que acompanham o envelhecimento, a probabilidade de observar graves incapacidades físicas e cognitivas, aumenta significativamente nas idades mais avançadas (Lopes, 2007; Sousa et al., 2007).

O envelhecimento é um processo intrínseco, progressivo, cumulativo e irreversível. Abordado inicialmente numa perspetiva essencialmente biológica, os conhecimentos produzidos no âmbito de diferentes disciplinas, nomeadamente nas ciências sociais, mostraram tratar-se de uma realidade bem mais complexa, que integra aspetos físicos, psicológicos, comportamentais e sociais que vão interagindo entre si ao longo do percurso da vida (DGS, 2004; Paúl et al., 2005). Desta forma, o envelhecimento constitui um processo individualizado que se reflete na heterogeneidade característica deste grupo etário (Fonseca, 2005).

Segundo Paschoal (2002) as pessoas vão desenvolvendo as suas capacidades aproximadamente até aos 20 ou 30 anos e a partir daí o desempenho funcional vai declinando pouco a pouco, ao longo dos anos, ocorrendo o denominado envelhecimento funcional (Figura n.º 2). Contudo, esta perda pode não significar incapacidade, limitação da atividade ou restrição da participação permitindo ao idoso a independência necessária a uma vida autónoma (WHO, 2002).

Figura n.º 2 – Curva de capacidade funcional ao longo do ciclo vital



Fonte: Adaptado de WHO - Active Ageing: A Policy Framework, 2002, p. 14

Com o avanço da idade, vão ocorrendo alterações estruturais e funcionais a nível molecular, tecidular e nos diferentes sistemas, que estão associadas ao processo

intrínseco do envelhecimento, mas que podem ser potencializadas ou amortecidas, por fatores extrínsecos como são os estilos de vida (alimentação, exercício físico, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, entre outros) as enfermidades e a imobilidade (DGS, 2004; WHO, 2002), sendo que é esta variedade de interações entre fatores que explica a diversidade do envelhecimento humano (Botelho, 2000).

De acordo com Rosa et al. (2003) e Maciel e Guerra (2007), estudos indicam que os fatores sócio-demográficos (como a idade, o sexo, a escolaridade e o agregado familiar), económicos, culturais e psicossociais podem influenciar a capacidade funcional do indivíduo.

Ainda que a maioria dos idosos não seja doente nem dependente, à medida que a vida se prolonga aumenta o risco de se instalarem várias doenças crónicas, que se potenciam entre si, originando situações de dependência aos diferentes níveis (Rebelatto e Morelli, 2004; Sousa et al., 2007).

De facto, Alves et al. (2008) realçam que com uma maior longevidade há uma tendência de alteração no padrão de morbilidade e de causas de mortalidade da população. Em vez das doenças infecto-contagiosas, tornaram-se predominantes as doenças crónico-degenerativas e suas complicações, o que implica uma maior prevalência de incapacidade funcional.

Num estudo realizado por Paúl (*cit. in* Araújo et al., 2007), a perda da capacidade funcional revelou-se como a principal razão encontrada na decisão de institucionalização de indivíduos idosos.

A incapacidade funcional surge, então, como a diminuição da capacidade ou incapacidade de realizar tarefas básicas de autocuidado, que são necessárias para uma vida independente (Yang, 2005).

Para a pessoa idosa, a independência funcional é normalmente o fator mais importante na manutenção da qualidade de vida por estar relacionada com a capacidade do

indivíduo de se manter na comunidade, desfrutando a sua independência até às idades mais avançadas (Devons, 2002).

Segundo Sequeira (2010), a avaliação funcional é uma das áreas mais relevantes no que concerne à prestação de cuidados ao idoso, porque tem uma capacidade preditiva significativa, em termos de institucionalização, deterioração física, necessidade de recursos de saúde e até de mortalidade.

A avaliação funcional pode ser definida como uma tentativa sistematizada de medir, de forma objetiva, os níveis nos quais uma pessoa é capaz de desempenhar determinadas atividades ou funções em diferentes áreas, utilizando-se de habilidades diversas, para o desempenho das tarefas da vida quotidiana, para a realização de interações sociais, nas suas atividades de lazer e noutros comportamentos do seu quotidiano. Representa uma maneira de avaliar se uma pessoa é capaz de, independentemente, desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma e, caso não seja, verificar se essa necessidade de ajuda é total ou parcial (Devons, 2002; Duarte et al., 2007).

De acordo com Stuck et al. (1993), a avaliação da funcionalidade tem como objetivos principais a identificação de perturbações funcionais, físicas, mentais e sociais, com vista à manutenção e/ou recuperação de capacidades. A prática efetiva de uma avaliação desta natureza permite detetar problemas não identificados na prática assistencial tradicional (Pinholt et al., 1987; Siu et al., 1994).

À medida que o ser humano envelhece, as tarefas quotidianas consideradas banais vão, paulatinamente e muitas das vezes de forma impercetível, tornando-se de difícil realização, até ao momento em que a pessoa nota que é necessário o auxílio de outrem para execução dessas tarefas (Araújo e Ceolim, 2007). A avaliação permite ainda verificar se o idoso necessita de algum dispositivo de ajuda como bengala, andarilho, cadeira de rodas, entre outros (Barreto e Tirado, *cit. in* Freitas et al., 2006).

A avaliação do estado funcional das pessoas idosas é importante para se poder compreender a capacidade de autocuidado dos indivíduos, não só no que diz respeito às

atividades de vida diária como em relação a outras atividades mais complexas, como sejam as atividades instrumentais da vida quotidiana, cuja execução é fundamental para a manutenção de uma autonomia de vida (Cabete, 2005). De acordo com a mesma autora, a avaliação funcional permite também ter uma noção do estado cognitivo do indivíduo, bem como da sua força física e destreza, uma vez que envolve capacidades como as de gerir dinheiro, tomar a medicação, ir às compras e alimentar-se, entre outras.

Instrumentos de avaliação funcional

“Todo o processo de avaliação guarda muita importância na medida em que permite a elegibilidade das prioridades para a intervenção” (Barreto e Tirado, cit. in Freitas et al., 2006, p. 1211).

A utilização de instrumentos de medida é fundamental para um diagnóstico rigoroso. A avaliação funcional deve ser efetuada com instrumentos apropriados, fiáveis e válidos (Botelho, 2000; Sequeira, 2010). Estes instrumentos permitem identificar problemas específicos reais da pessoa idosa, mas também têm uma capacidade preditiva significativa em termos de risco de institucionalização e até de mortalidade (Devons, 2000; Sequeira, 2010). Por outro lado, facilitam a comunicação entre os profissionais de saúde, uma vez que são medidas objetivas com pontuações finais (Devons, 2002).

Segundo Paixão e Reichenheim (2005), os métodos habituais de realização da avaliação funcional estruturada consistem na observação direta (testes de desempenho) e/ou através de questionários (auto-aplicados ou submetidos em entrevistas face a face), sistematizados por uma série de escalas que aferem os principais componentes desta dimensão. A seleção do método deve basear-se no objetivo e metodologia do estudo, recursos disponíveis e outras considerações práticas (Hedrick, 1995).

Habitualmente, os questionários de autopreenchimento têm a vantagem de ser de menor custo e de exclusão de qualquer efeito dos entrevistadores. Contudo, para as pessoas idosas frágeis com diminuições sensoriais (visão e audição), diminuição da cognição e

falta de familiaridade com os formatos dos questionários, a intervenção do entrevistador pode melhorar a qualidade dos dados colhidos (Hedrick, 1995).

Analisando a literatura, observa-se uma proliferação de instrumentos que se propõem a avaliar o estado funcional – instrumentos de avaliação funcional (Hedrick, 1995). Na prática clínica, as atividades básicas, as atividades instrumentais e as atividades avançadas de vida diária constituem os instrumentos de medida mais utilizados. Compete aos serviços/instituições selecionar os mais adequados em função dos objetivos, das necessidades dos idosos, das competências dos profissionais de saúde e do seu interesse clínico (Sequeira, 2010).

v. Atividades básicas e instrumentais de vida diária

(...) a investigação de comprometimentos no funcionamento do idoso, inclui obtenção de informações a respeito do grau de independência funcional do idoso, isto é, das condições de desempenho ou de execução das Actividades de Vida Diária (AVD) (Vieira et al., 1996, p. 24).

As atividades de vida diária são definidas como o conjunto de atividades quotidianas essenciais, que devem ser realizadas regularmente para manter a independência de um indivíduo no seu meio habitual (Baltes et al., 1999, *cit. in* Sequeira, 2010).

Segundo Figueiredo (2007), uma pessoa dependente será aquela que durante um determinado período de tempo necessita da ajuda de outra pessoa para realizar determinadas atividades do quotidiano. A dependência tem sido avaliada pelo método de avaliação funcional, bastante conhecido e aplicado na prática geriátrica. A funcionalidade tem sido definida como a capacidade de um indivíduo para se adaptar aos problemas e exigências do quotidiano e é avaliada com base na capacidade e autonomia de execução das atividades de vida diária (AVD) que, por sua vez, se subdividem em atividades básicas da vida diária (ABVD, que incluem higiene pessoal, vestir-se/despir-se, controlo intestinal/vesical, alimentar-se, mobilidade, entre outras), atividades instrumentais da vida diária (AIVD, indicativas da capacidade para levar uma

vida independente no seio da comunidade, como realizar as tarefas domésticas, fazer compras, utilizar os meios de transporte, responsabilizar-se pela medicação, gerir dinheiro, entre outras) e atividades avançadas da vida diária (AAVD, relacionadas com a independência social e comunitária do indivíduo, que se caracterizam por ações mais complexas e, em grande parte, ligadas à auto realização, como o trabalho, atividades de lazer, exercício físico, entre outras). Estas últimas não fazem parte da avaliação funcional multidimensional.

Desde os trabalhos pioneiros de Barthel, em 1965, e de Lawton e Brody, em 1969, o que determina se uma pessoa é ou não dependente é o facto de ela necessitar, ou não, de ajuda para realizar dois grupos distintos de atividades: as atividades básicas de vida diária e as atividades instrumentais de vida diária (Figueiredo, 2007).

ABVD - São definidas como um conjunto de actividades primárias da pessoa, relacionadas com o autocuidado e a mobilidade, que permitem ao indivíduo viver sem precisar de ajuda de outros, ou seja, com autonomia e independência elementares, incluindo actividades como: comer, uso de casa de banho, arranjar-se, vestir-se, tomar banho, deambular, etc. São as actividades imprescindíveis para uma pessoa viver de forma independente (Sequeira, 2010, p. 46).

Segundo Paixão e Reichenheim (2005), as ABVD correspondem aos níveis mais graves de deficiência das aptidões físicas, relevantes, na sua maior parte, para os indivíduos frágeis e/ou institucionalizados. Avaliam funções de sobrevivência, tais como alimentar-se, tomar banho, higiene pessoal, vestir-se, transferir-se de um local para ao outro, e outras atividades básicas.

AIVD - São constituídas pelas actividades que possibilitam à pessoa adaptar-se ao meio e manter a sua independência na comunidade. Estão directamente correlacionadas com o estado cognitivo e incidem sobre o cozinhar, o uso de transportes, o uso de dinheiro, o uso do telefone, etc. (Sequeira, 2010, p. 53).

As atividades instrumentais de vida diária englobam, para além das funções de sobrevivência, outros problemas um pouco mais complexos do quotidiano de um indivíduo menos dependente (Paixão e Reichenheim, 2005).

De acordo com Oliveira (2006), a dificuldade no desempenho de certas atividades da vida diária ocorre primeiramente em relação às atividades instrumentais de vida diária, que são mais complexas. As perdas relativas às atividades básicas de vida diária surgem na maioria das vezes após as perdas das atividades instrumentais de vida diária, sendo as primeiras relacionadas com os cuidados pessoais básicos e que são fundamentais para garantir independência.

Apóstolo (2011) refere como principais instrumentos de avaliação das atividades de vida diária na área geriátrica a existência dos índices de Lawton-Brody, de Pfeffer, de Barthel, de Katz, escala EK, Easy Care e o instrumento de avaliação socio-funcional em idosos (IASFI).

Para avaliar o grau de dependência na realização das ABVD, as escalas mais utilizadas são os índices de Katz e de Barthel; para avaliar o grau de dependência na realização das AIVD, a mais utilizada é a escala de Lawton e Brody. A vantagem destas escalas (ABVD e AIVD) é que, quando combinadas, avaliam a incapacidade em atividades críticas, necessárias para que o idoso cuide de si e possa permanecer no seu meio (Paschoal, 2007).

A facilidade de aplicação e interpretação do índice de Barthel, bem como a vantagem de poder ser repetido periodicamente (permitindo monitorizações longitudinais), associada aos reduzidos custos de aplicação e tempo despendido, fazem desta medida uma das mais utilizadas na clínica e na investigação para avaliar o grau de dependência dos idosos na realização de dez atividades básicas do quotidiano (Sequeira, 2010; Araújo et al., 2007; Paixão e Reichenheim, 2005).

O Índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de 10 atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, vestir e despir, tomar banho, uso de sanitários, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney e Barthel, 1965).

Segundo Paixão e Reichenheim (2005), este índice tem como objetivo quantificar e monitorizar a (in)dependência dos indivíduos na realização das ABVD. Numa revisão sistemática que efetuaram, encontraram 20 estudos de validação e fiabilidade do Índice de Barthel, tendo concluído que este instrumento é o que possui os resultados de fiabilidade e validade mais consistentes.

Na sua versão original, a pontuação da escala varia entre 0-100 (com intervalos de 5 pontos), sendo que a pontuação mínima de zero corresponde à máxima dependência para todas as atividades básicas de vida diária avaliadas e a máxima de 100 equivale à independência total para as mesmas ABVD avaliadas (Araújo et al., 2007).

Desde a sua publicação por Mahoney e Barthel em 1965 que o uso alargado deste instrumento motivou o desenvolvimento de diferentes versões, que se distinguem da original por aumentarem ou diminuírem as atividades avaliadas ou ainda por alterarem o sistema de pontuação (Araújo et al., 2007).

As qualidades psicométricas do instrumento estão bem documentadas em diversos estudos internacionais e também nacionais, envolvendo sujeitos com diferentes diagnósticos (Ellul, et al., 1998; Diestre e Vilarmau, 2000; Sabartés et al., 2003; Sainsbury, 2005; Imaginário, 2002 e Martins, 2004, *cit. in* Araújo et al., 2007).

Mais recentemente, a nível nacional, Sequeira (2007) procedeu à sua análise, revelando que este índice apresenta uma boa consistência interna de 0,89 para o total da escala e uma estrutura fatorial de três fatores explicando 75% da variância total: mobilidade – alimentação, vestir, utilização da casa de banho, subir escadas, deambulação e transferência (alfa de Cronbach 0,96, variância explicada 52,1%; higiene – banho e higiene corporal (alfa de Cronbach de 0,84%, variância explicada 12,4%) e controlo de esfíncteres – controlo de esfíncteres vesical e intestinal (alfa de Cronbach de 0,87, variância explicada 10,7%).

No mesmo ano, o estudo desenvolvido por Araújo et al. (2007) para validação do índice de Barthel para a população idosa portuguesa, evidenciou que o índice de Barthel é um

instrumento com um nível de fidelidade elevado (alfa de Cronbach de 0,96), apresentado os itens da escala correlações com a escala total entre $r = 0,66$ e $r = 0,93$. Embora a estrutura conceptual da escala seja unidimensional, o estudo deste instrumento forçado a duas dimensões veio diferenciar o autocuidado e a mobilidade por um lado (77,60% da variância), e a eliminação por outro (6,88% da variância).

Para avaliação das atividades instrumentais de vida diária é frequentemente utilizada a escala de Lawton-Brody na prática clínica e na investigação, principalmente em idosos, como demonstram diversos estudos (Botelho, 2000; Chiu, 2007; Imaginário, 2004, Röder et al., 2003 e Shyu et al., 2004, *cit. in* Elias, 2011).

Lawton e Brody (1969), desenvolveram uma escala com o intuito de medir a incapacidade e servir para planear e avaliar intervenções em idosos. Este instrumento avalia o nível de independência da pessoa idosa no que se refere à realização das AIVD que compreendem 8 tarefas como: usar telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir dinheiro, mediante a atribuição de uma pontuação segundo a capacidade do sujeito avaliado para realizar essas atividades (Araújo et al., 2008 e Sequeira, 2007).

Nesta escala são apresentadas como vantagens a sua fácil aplicação, os baixos custos e a sua utilidade. Contudo, a literatura chama a atenção para a prudência na sua utilização em idosos do sexo masculino essencialmente em algumas atividades como lavar a roupa, cozinhar e cuidar da casa, em que a incapacidade do idoso pode estar relacionada com fatores pessoais e/ou culturais e não com uma incapacidade real (Botelho, 2005 e Sequeira, 2010).

Originalmente trata-se uma escala nominal elaborada com o objetivo de avaliar, na população geriátrica, o funcionamento relativo a cada uma das 8 atividades, pontuando-a de forma dicotómica sendo que zero (0) corresponde a dependência (incapacidade) e um (1) à independência (capacidade). As pontuações parciais de cada tarefa são somadas para se obter uma pontuação final para as AIVD, variável entre 0 e 8, sendo

que a pontuação total de 8 identifica a independência máxima e a de 0 identifica a máxima dependência (Araújo et al., 2008).

Nos resultados do estudo realizado por Sequeira (2007) a análise fatorial revelou apenas um fator explicando 65% da variância total, reforçando o carácter unidimensional do instrumento e consistência interna de 0,92.

Araújo et al. (2008), analisaram as qualidades da escala pontuada na forma original (0 ou 1), obtendo um alfa de Cronbach de 0,91, e na versão policotómica (0, 1, 2, 3, 4), obtendo um alfa de Cronbach indicativo de boa fidelidade, de 0,94.

vi. A enfermagem e a pessoa idosa

“A filosofia de intervenção que suporta a assistência de enfermagem é o respeito pelo idoso em toda a unicidade, na totalidade do seu ser” (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p. 14).

O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura social e familiar, verificadas em Portugal (e um pouco por todo o mundo), determinam novas necessidades em saúde. Nesse âmbito é relevante organizar respostas adequadas aos últimos anos de vida, pois são frequentemente acompanhados de fragilidade e incapacidade, suscetíveis de prevenção, tratamentos e recuperação e sempre da possibilidade de manutenção da dignidade e qualidade de vida (Associação Portuguesa de Psicogerontologia, s/d).

Com o aumento progressivo da expectativa de vida a nível mundial, nas últimas décadas, o apoio na área da saúde ao idoso passou a ser uma prioridade, pois sempre foi desejo do ser humano aumentar o seu tempo de vida (Silva et al., 2007). Mesmo quem apresenta uma boa saúde pode debilitar-se devido às alterações fisiológicas que acontecem com o avanço da idade. Ou seja, a maior longevidade tende a ser

acompanhada por limitação nas funções do organismo, tornando os mais velhos cada vez mais em risco de dependência. Desta forma, tornam-se mais suscetíveis a doenças crónicas degenerativas, aumento de incapacidade e, por consequência, da necessidade de cuidados de saúde (Pessini e Barchifontaine, 2006).

Como referem Lima et al. (2002), os idosos constituem o grupo que mais procura os serviços de saúde e que tem necessidade de maior capacidade de resposta aos seus problemas individuais, pois apresentam múltiplas patologias que implicam, dos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, um conhecimento adequado sobre o processo de envelhecimento, para melhor poderem cuidar.

O cuidar pressupõe a ajuda dada a uma pessoa que caminha num contínuo de vida, independentemente da idade e da condição. Cuidar, é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais (Collière, 1999).

O conceito de cuidar designa, em saúde, uma atenção especial a uma pessoa que viveu uma situação particular com vista a ajudá-la, contribuir para o seu bem estar, promover a sua saúde (Hesbeen, 2000). O cuidar é uma função comum aos diversos profissionais de saúde, mas os enfermeiros “(...) são os autores privilegiados para desenvolver, concretizar e dar força à lógica do cuidar (...)” (Hesbeen, 2000, p. 45), por estarem e passarem mais tempo com as pessoas e pelo conteúdo das suas ações contribuir para o bem estar das pessoas.

Cuidar dos idosos sempre fez e fará parte das funções dos enfermeiros, dado tratar-se de um grupo a vivenciar uma etapa do seu ciclo vital, cuja necessidade de cuidados é diferente, porventura maior do que noutros tempos, e esta deve ser vista numa perspectiva ontológica (Cardoso e Nogueira, 2009).

Watson sublinha que os enfermeiros criaram um ideal de cuidar que é simultaneamente humanista e científico, defendendo que o cuidar é um fim em si e não um meio para atingir um fim; é uma abordagem individual dirigida à totalidade da pessoa e que integra todas as partes num todo significado (Watson, 1998, *cit. in* Almeida, 1999).

O processo de cuidar é entendido como um conjunto de interações com a finalidade de melhorar ou manter as potencialidades do indivíduo no seu processo saúde/doença, desenvolvendo-se por fases, variáveis em função de cada um dos autores, contudo sobreponíveis. Durante todo o processo é essencial a manutenção da integridade da pessoa e ter em consideração que esta é capaz de reconhecer as suas necessidades. A subjetividade e a intuição passaram a ser valorizadas em todo o processo de prestação de cuidados (Karouac, 1994, *cit. in* Lopes, 2006).

Amendoeira (1999) considera o processo de cuidados como um processo de interação, onde o centro de interesse é a pessoa e onde o profissional possui conhecimentos específicos que lhe permite fazer o diagnóstico e planeamento do cuidado que ele próprio executa. De facto, existe um aspeto consensual: o ser humano (qualquer que seja a designação de cada autor) é central para a enfermagem.

A enfermagem afirma-se como uma profissão do cuidar, mantendo o ideal de cuidar na prática e na formação, de modo a ajudar o enfermeiro a descobrir com a pessoa caminhos nas experiências de saúde e doença, esperando-se resultados positivos para ambas. Por isso, antes de prestar qualquer tipo de cuidado, o enfermeiro deve respeitar e conhecer a individualidade de cada um, reconhecendo as diferenças, possibilidades e impossibilidades, para auxiliar ou orientar a pessoa que recebe o cuidado a cuidar de si (Kuznier, 2007).

O decreto-lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, apresenta o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que define:

Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de

forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível.

A enfermagem é uma disciplina profissional que norteia os cuidados de enfermagem pela promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. O cuidar reside na relação interpessoal do enfermeiro com a pessoa, ou do enfermeiro com um grupo de pessoas, famílias ou comunidade. Esta interação leva à compreensão do outro na sua singularidade, permitindo estabelecer diferenças entre as pessoas e, assim, a prestarem-se cuidados de enfermagem de forma individualizada (Moniz, 2003).

De acordo com Santos (2002, p.22):

A finalidade dos cuidados de enfermagem consiste em permitir aos «receptores» desses cuidados desenvolver a sua capacidade de viver ou de tentar compensar o prejuízo das funções limitadas pela doença, procurando suprir a disfunção física, afectiva ou social que acarreta.

A enfermagem preconiza uma prestação de cuidados de qualidade, de modo integral, numa perspectiva holística da sociedade e do ser humano, desempenhando atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, tratamento e reabilitação (Carvalho, 2009).

Com o aumento da longevidade os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, veem potenciar a complexidade na sua prática de cuidados de enfermagem. Emerge um novo paradigma do cuidar, contudo a realidade mostra-nos que no que concerne aos cuidados, as práticas assistenciais, de uma maneira geral, ainda não refletem as mudanças que se verificam na estrutura e no contexto das problemáticas associadas ao processo de saúde /doença (Carvalho, 2009).

Os cuidados de enfermagem no idoso devem considerar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, económicas, culturais e políticas do envelhecimento, proporcionando um leque de respostas adequadas às reais necessidades das pessoas idosas e das suas famílias, dando visibilidade aos cuidados prestados em diferentes contextos (Carvalho, 2009).

A enfermagem centra-se nas respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida, assim como nas transições que cada pessoa vivencia ao longo da vida. Assim, o enfermeiro interage com o propósito de ajudar a manter, recuperar ou aumentar a saúde e o bem estar, contribuindo para que o idoso consiga reformular o seu projeto de saúde face às novas situações com que se depara, independentemente da sua natureza e/ou gravidade (Pironet, 2007).

O enfermeiro, no seio da equipa multidisciplinar, desenvolve as práticas colaborativas no diagnóstico, tratamento e avaliação das situações. Na consulta de enfermagem o enfermeiro identifica a necessidade de cuidados do idoso/cuidador, estabelece prioridades no cuidado, formula diagnósticos de enfermagem, planeia e executa intervenções de enfermagem dirigidas e personalizadas às características individuais, sociais e culturais das pessoas idosas e seus cuidadores, uma vez que estes últimos também são alvo de cuidados (Carvalho, 2009).

Uma etapa importante do planeamento é a avaliação multidisciplinar criteriosa do estado de saúde do idoso e dos recursos disponíveis. O enfermeiro intervém na avaliação funcional do idoso, onde utiliza instrumentos de avaliação, nomeadamente de ABVD e AIVD (escalas), que lhe permitem determinar o grau de autonomia e capacidade funcional, permitindo uma assistência sistematizada onde se identificam os problemas de maneira individualizada, por forma a planear e executar intervenções de enfermagem centradas no idoso e que estão diretamente relacionadas com o tipo e grau de dependência (Carvalho, 2009).

De acordo com Carvalho (2009, p. 5), na dependência física sem alterações cognitivas significativas, mas com comprometimento das ABVD e AIVD, os cuidados a prestar pelo enfermeiro passam por:

Orientar sobre a forma de lidar com as alterações relacionadas com a higiene, a alimentação, a mobilidade, a eliminação, incentivando o auto-cuidado, assim como lidar com a dependência nas tarefas domésticas, gestão do dinheiro, fazer compras, uso de transportes, etc. sempre tendo em consideração o respeito pelos hábitos e preferências do idoso solicitando a sua participação de modo a manter e promover

a autonomia possível e a funcionalidade. E **promover** a autoestima, dando reforços positivos e preservando, sempre, a sua dignidade.

Para o mesmo autor, na dependência mental, e aquando da inexistência de recursos cognitivos que permitam executar as ABVD e AIVD, os cuidados são:

Identificar as alterações comportamentais, formular diagnósticos adequados e intervir criando rotinas, adoptando precauções de segurança, adaptando o ambiente, promovendo exercícios de estimulação cognitiva, etc. (Carvalho, 2009, p. 5).

Cuidar do idoso dependente no domicílio implica também cuidar do cuidador pelo que as intervenções de enfermagem centradas no cuidador são essencialmente dirigidas à sua otimização. Assim, o enfermeiro deve supervisionar e desenvolver intervenções que capacitem os cuidadores para a prestação de cuidados globais ao idoso, de forma a não colocarem em risco a segurança da pessoa a cuidar. Estas intervenções, numa primeira fase, passam por instruir sobre o que fazer, como fazer e quando fazer, sendo seguidas pela prestação de informação sobre a doença, as suas principais dificuldades, gestão e adesão ao regime terapêutico e sobre o papel do cuidador em geral (Carvalho, 2009).

Assim, o enfermeiro presta cuidados, para que os idosos mantenham e alcancem o seu máximo potencial (Bahr, 1981), trabalhando com as pessoas idosas para conseguir saúde, bem estar e qualidade vida ótimos. De acordo com a ICN, tratando-se de idosos dependentes, será a melhor qualidade vida possível, de acordo com a decisão dos que recebem cuidados (ICN, 1998, *cit. in* Carvalho, 2009).

Levando em consideração as modificações físicas, psíquicas e sociais que ocorrem com o processo de envelhecimento humano, o cuidado de enfermagem necessita de ir além da técnica, quantificação e observação de sinais e sintomas. Somente o enfermeiro crítico será capaz de propor e executar mudanças nos modelos de cuidar, principalmente quando se refere a um grupo específico, como são os idosos (Rizzotto, 1999 e Sampaio, 1999). O objetivo é que os recursos disponíveis individuais e coletivos se integrem de forma a compensar a incapacidade, redefinir prioridades, contribuindo para a

manutenção da qualidade e dignidade de vida da pessoa idosa, mesmo perante problemas de saúde graves (Souza et al., 2002).

Silva e Batista, salientam que o enfermeiro, na excelência do seu exercício profissional junto dos idosos/família/cuidador, cuida para aumentar os hábitos saudáveis, diminuir e compensar as limitações inerentes à idade, ajudar o idoso a confortar-se com a angústia e debilidade da velhice, incluindo o processo de morte (Silva e Batista, 2007, *cit. in* Carvalho, 2009).

Para Carvalho (2009), a otimização dos cuidados de enfermagem no idoso, nomeadamente no dependente, passa pela criação e implementação de projetos que visem a promoção da saúde, o tratamento da doença, a reabilitação do idoso e a redução de danos no que diz respeito à co-morbilidade dos cuidadores enfatizando os cuidados no domicílio e a rentabilização dos recursos.

Costa (1998, p. 74), tece a seguinte consideração:

(...) o trabalho com pessoas idosas, durante muito tempo, foi percebido como fácil e pouco exigente, no plano de actividades e das habilidades; hoje é reconhecido como um domínio especializado e complexo (...).

II. FASE METODOLÓGICA

A fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação. É no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar hipóteses (Fortin et al., 2009, p. 53).

Segundo Fortin (2003, p. 372) entende-se por metodologia o “*Conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica (...)*”. Assim, os processos metodológicos utilizados foram selecionados no sentido de dar respostas aos objetivos e às questões de investigação.

1. Tipo de Estudo

Este estudo enquadra-se no paradigma quantitativo, ou positivista, porque adota a filosofia de que a realidade pode ser descoberta, garantindo uma maior precisão na análise e interpretação dos resultados (Batista et al., 2007; Fortin, 2003). A abordagem é tipicamente dedutiva e utiliza-se inicialmente o raciocínio dedutivo e a generalização (Sousa e Mendes, 2007).

O método de investigação quantitativo constitui assim um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. Baseia-se na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. Com este tipo de investigação, procura-se geralmente obter resultados suscetíveis de serem utilizados no plano prático e de fornecer melhorias em situações particulares (Freixo, 2009; Fortin et al., 2009).

“(...) o desenho de investigação é o plano lógico e elaborado e interpretado pelo investigador, para obter respostas às questões de investigação (...)” (Fortin, 2003, p.

40). A opção foi a realização de um estudo do tipo descritivo correlacional de carácter transversal. Um estudo descritivo correlacional, pois pretendeu-se:

(...) explorar e determinar a existência de relações entre as variáveis, com vista a descrever essas relações
(...) (Fortin, 2003, p. 174).

Um estudo transversal, porque se procurou:

(...) medir a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento (Fortin et al., 2009, p. 252).

O estudo foi realizado em meio natural, ou seja, “(...) *fora de lugares altamente controlados como são os laboratórios*” (Fortin, 2003, p. 132), mais concretamente, foi efetuado no Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar do Porto.

2. População, amostra e processo de amostragem

A população alvo é aquela para a qual são generalizados os resultados de uma investigação, obtidos a partir de uma amostra, ou seja, uma população particular que é submetida a um estudo. Segundo Fortin (2003), a escolha dos participantes faz-se por meio de critérios de seleção que asseguram uma relação íntima dos participantes com a experiência que se quer descrever e analisar.

Integrada numa investigação em enfermagem na área de Geriatria e Gerontologia, a população alvo em estudo foi constituída por pessoas idosas, que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), têm mais de 65 anos, independentemente do sexo ou do estado de saúde. A opção por pessoas idosas admitidas no Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar do Porto adveio da observação empírica, ao longo da prática profissional, do significativo aumento de recurso ao serviço nos últimos anos, e que está bem patente nos dados estatísticos do Centro Hospitalar do Porto, representados no quadro n.º 2.

Quadro n.º 2 – Número de pessoas idosas admitidas no Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar do Porto de 2005 a 2011

Ano	N.º de pessoas idosas (≥ 65 anos)
2005	724
2006	687
2007	704
2008	751
2009	832
2010	951
2011	1043

Fonte: Centro Estatístico do Centro Hospitalar do Porto (2005-2011)

A amostra, de acordo com Fortin (2009 et al., p. 312) “(...) é a fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo”. Para os mesmos autores, ela deve ser representativa desta população, ou seja, certas características conhecidas devem estar presentes em todos os elementos da população.

A amostra deste estudo foi constituída por 107 pessoas idosas admitidas no Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar do Porto, no período compreendido entre 7 de maio e 29 de junho de 2012. Tratou-se de uma amostra não probabilística acidental porque é “(...) formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num determinado local, num momento preciso (...)” (Fortin, 2003, p. 208).

Optou-se pela instituição de critérios de inclusão, como: a) ter idade igual ou superior a 65 anos, uma vez que de acordo com a OMS (2001), idoso é uma pessoa com mais de 65 anos, independentemente do sexo ou do estado de saúde e b) aceitar participar voluntariamente no estudo. Viver em contexto institucionalizado (lares e cuidados continuados) e não possuir condições cognitivas, foram critérios de exclusão pelas dificuldades em obter informação rigorosa.

3. Variáveis em Estudo

Para Fortin (2003, p. 36) as variáveis são:

(...) qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. Uma variável pode tomar valores diferentes para exprimir graus, quantidades, diferenças.

Assim, de acordo com Fortin et al. (2009, p. 171), *“As variáveis podem ser classificadas segundo o papel que exercem numa investigação”*. Podem ser independentes, dependentes, de investigação, atributo e estranhas.

A variável independente *“(...) é um elemento que é introduzido e manipulado numa situação de investigação com vista a exercer um efeito sobre uma outra variável”*, considerada como a causa do efeito produzido na variável dependente. A variável dependente *“(...) é a que sofre o efeito da variável independente; é o resultado predito pelo investigador”* (Fortin et al., 2009, p. 171).

Os mesmos autores definem variáveis de atributo como:

Características pré-existentes dos participantes em estudo. Elas são constituídas geralmente por dados demográficos (...) analisados no fim do estudo para obter um perfil demográfico das características da amostra (Fortin et al., 2009, p. 172).

Todas as variáveis em estudo contribuem para uma descrição dos atributos da amostra de interesse para a investigação, sendo que a idade, o sexo, o estado civil, a escolaridade e o índice de massa corporal foram consideradas variáveis independentes quando correlacionadas com as variáveis dependentes grau de dependência nas atividades básicas de vida diária e grau de dependência nas atividades instrumentais de vida diária.

Segundo Coutinho (2011), ao iniciar uma investigação empírica é fundamental que o investigador defina claramente os conceitos que serão alvo do estudo, ou seja, que operacionalize as variáveis em jogo.

A definição operacional é a evidência que o investigador usa para justificar a existência relativa (por vezes quantificável) do conceito, tarefa primordial que coloca enormes desafios ao investigador, e da qual depende uma boa consecução de um qualquer projecto de investigação, uma vez que a ela está directamente associada a qualidade dos instrumentos para recolha de dados (Coutinho, 2011, p. 68).

As variáveis em estudo foram operacionalizadas do seguinte modo (quadro n.º 3):

Quadro n.º 3 – Operacionalização das variáveis em estudo

Variáveis	Operacionalização
Sexo	Masculino; Feminino
Estado civil	Casado(a); Solteiro(a); Viúvo(a); Divorciado(a) / Separado(a); União de facto
Escolaridade	Sem escolaridade; 1º Ciclo; 2º Ciclo; 3º Ciclo; Ensino Secundário; Bacharelato / Licenciatura; Mestrado; Doutoramento
Situação profissional	Empregado(a); Reformado(a); Outra
Profissão que exerce(u)	Em função das respostas a obter
Motivo de internamento	Em função das respostas a obter
Originado por queda	Sim; Não
Peso e altura	Índice de massa corporal (Kg/ m ²): Abaixo do peso ideal (<18,5); Peso normal (18,5 – 24,9); Acima do peso ideal (25,0 – 29,9); Obesidade (≥30) Nota: categorização e pontos de corte propostos pela OMS e preconizados pela DGS no Programa Nacional de Combate à Obesidade (DGS, 2005)
Morbilidades	Doença cardiovascular; Doença osteoarticular; Doença respiratória; Doença neurológica / psiquiátrica; Doença endócrina; Doença oncológica; Outra
Tipos de incapacidade	Não tem; Visual; Auditiva; Motora; Outra
Dispositivos de correção	Não tem; Óculos; Lentes de contacto; Prótese auditiva; Prótese dentária; Membro artificial; Outro
Utilização de tecnologias de apoio para a deambulação	Não tem; Canianas; Andarilho; Bengala; Cadeira de rodas, Outra
Acompanhamento por profissionais de saúde	Sem acompanhamento; Até 3 vezes/ano; De 4 a 6 vezes/ano; Mais do que 7 vezes/ano
Profissionais de saúde que visitou	Em função das respostas a obter
Medicação habitual	Não toma; Aparelho cardiovascular; Aparelho digestivo; Aparelho geniturinário; Aparelho locomotor; Sistema nervoso central; Aparelho respiratório; Tratamento das doenças endócrinas; Outra

Avaliação da dependência funcional da pessoa idosa nas atividades básicas e instrumentais de vida diária
Um estudo num serviço de ortopedia

Com quem vive atualmente	Sozinho; Cônjuge/companheiro; Filhos; Netos; Irmãos; Genros/Noras; Sobrinhos; Vizinhos/Amigos; Outro
Suporte de apoio	Não necessita; Apoio informal; Apoio formal por profissionais da área da saúde; Apoio formal por outros profissionais que não da área da saúde
Costuma conviver com	Familiares; Amigos; Vizinhos; Membros de organizações / instituições sociais; Outro
Ocupação dos tempos livres	Leitura; Ver TV; Caminhar a pé; Praticar desportos; Participa em atividades de organizações sociais; Agricultura / jardinagem; Labores; Outro
Situação habitacional	Casa própria; Casa alugada; Casa cedida; Outra
Tipo de habitação	Morada/Vivenda; Andar / Apartamento; Quarto; Outro
Possui degraus / escadas	Sim; Não
Apoios facilitadores para a acessibilidade	Não tem; Elevador; Rampa; Corrimão; Barras de apoio lateral; Plataforma elevatória; Outra
Rendimento líquido mensal	Menos de 250 euros; De 250 a 500 euros; De 501 a 1000 euros; De 1001 a 2500 euros; Mais de 2500 euros

A variável “grau de dependência nas atividades básicas de vida diária” foi operacionalizada através do índice de Barthel, sendo que quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência, variando assim de modo inversamente proporcional ao grau de dependência, flutuando a sua cotação global entre 0 a 100, consoante os seguintes pontos de corte: 90-100 = independente, 60-89 = ligeiramente dependente, 40-55 = modernamente dependente, 20-35 = severamente dependente, <20 = totalmente dependente.

A variável “grau de dependência nas atividades instrumentais de vida diária” foi operacionalizada através do índice de Lawton, sendo que quanto maior for a pontuação maior é o grau de dependência, de acordo com os seguintes pontos de corte: 8 = independente, 9-20 = moderadamente dependente (necessita de ajuda), >20 = severamente dependente (necessita de muita ajuda).

4. Instrumento de colheita de dados

De forma a facilitar a avaliação funcional dos idosos, torna-se imperativa a utilização de instrumentos para caracterizar essa mesma população. Para tal, foi elaborado um questionário que, segundo Fortin (2003, p. 374), é um:

Conjunto de enunciados ou de questões que permitem avaliar as atitudes, as opiniões e o resultado dos sujeitos ou colher qualquer outra informação junto dos sujeitos.

Para Fortin (2003), Kumar (2005) e Oppenheim (2000), a aplicação do questionário apresenta vantagens ao nível do tempo e de custos, permite um melhor controlo dos enviesamentos e é uma ferramenta essencial de medição para colher dados específicos.

Quivy e Campenhoudt (1998) destacam duas variantes de questionário: quando o próprio investigador o completa a partir das respostas que lhe são fornecidas pelo participante – de administração indireta; e quando é o próprio participante que o preenche – de administração direta.

Também para Fortin et al. (2009, p. 380), os questionários:

Podem ser preenchidos pelos próprios participantes, por vezes sem assistência, como no caso do questionário auto-administrado (...) podem também ser preenchidos pelo assistente de investigação em presença do participante, como no caso do questionário-entrevista.

O instrumento de colheita de dados ficou constituído por três partes (anexo I): na primeira parte abordou-se a situação sociodemográfica da pessoa idosa; a segunda parte avaliou a dependência do idoso nas atividades básicas de vida diárias, através do índice de Barthel; e a terceira parte avaliou a dependência do idoso nas atividades instrumentais de vida diária, através do índice de Lawton.

Neste sentido, foi obtida autorização formal conjunta do Conselho de Administração, da Comissão de Ética, do Gabinete Coordenador de Investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação e ainda da Direção de Enfermagem e Direção Clínica do Centro Hospitalar do Porto (anexo II). Foi também obtida autorização do autor da versão abreviada dos índices de Barthel e Lawton (anexo III). Os participantes foram devidamente informados acerca dos objetivos do estudo e solicitada a sua colaboração, com preenchimento do termo de consentimento informado (anexo IV).

Questionário sociodemográfico e de situação clínica

Este questionário foi construído tendo por base os objetivos e a revisão da literatura e ficou constituído, essencialmente, por questões mistas e fechadas, existindo apenas duas questões abertas.

As variáveis foram operacionalizadas em escalas qualitativas (ordinais e nominais) e quantitativas (discretas de razão), com perguntas fechadas e mistas de resposta única ou múltipla. As duas questões abertas incluídas foram para conhecer a profissão exercida e o motivo do internamento.

Índice de Barthel

O índice de Barthel é um dos instrumentos mais utilizados na prática clínica e na investigação para a avaliação da capacidade funcional na realização de atividades básicas de vida diária (ABVD). Este índice tem sido amplamente utilizado com o objetivo de quantificar e monitorizar a (in)dependência dos indivíduos na realização das ABVD (Paixão e Reichenheim, 2005).

Na versão abreviada, o índice de Barthel é composto por 10 ABVD – alimentação, vestir, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência cadeira-cama e deambulação (Sequeira, 2007).

Ainda para Sequeira, as atividades básicas de vida diária podem ser definidas como “(...) o conjunto de actividades primárias da pessoa, relacionadas com o autocuidado e a mobilidade, que permitem ao indivíduo viver sem necessitar de ajuda de outros (...)” (Sequeira, 2010, p. 46).

Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que a pontuação 0 corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com 5, 10 ou 15 pontos em função dos níveis de diferenciação (Sequeira, 2010).

A sua cotação global oscila entre 0 e 100 pontos, variando de forma inversamente proporcional ao grau de dependência, ou seja, quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência de acordo com os seguintes pontos de corte já atrás referidos (Sequeira, 2010).

O índice de Barthel, para além de fornecer informação importante a partir da pontuação total, ou seja, o grau de dependência, também permite saber quais as atividades básicas de vida diária em que há dependência, a partir das pontuações parciais para cada atividade avaliada, o que constitui uma mais-valia (Sequeira, 2007).

Índice de Lawton

O índice de Lawton e Brody avalia a funcionalidade instrumental, ou seja, permite avaliar o grau de dependência da pessoa nas atividades instrumentais de vida diária (Lawton e Brody, 1969).

De acordo com a opinião de Sequeira, as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) *“São constituídas pelas actividades que possibilitam à pessoa adaptar-se ao meio e manter a sua independência na comunidade”* (Sequeira, 2010, p. 53).

Na versão abreviada, o índice de Lawton é composto por 8 atividades – cuidar da casa, lavar a roupa, preparação da comida, ir às compras, utilização do telefone, utilização de transporte, gestão do dinheiro e gestão da medicação (Sequeira, 2007).

Cada item apresenta três, quatro ou cinco níveis diferentes de dependência, pelo que cada atividade é pontuada de 1 a 3, de 1 a 4 ou de 1 a 5, em que uma maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência (Sequeira, 2010).

Este índice varia entre 8 e 30 pontos, de acordo com os pontos de corte já atrás mencionados (Sequeira, 2010).

Assim sendo, o índice de Lawton permite avaliar o grau de dependência nas atividades instrumentais de vida diária, de forma global mas também de forma parcelar. Contudo, salvaguarda-se a precaução na aplicação deste índice aos idosos do sexo masculino pelo facto de algumas atividades contempladas poderem ser influenciadas por fatores pessoais e culturais e não devidas a incapacidade (Sequeira, 2010).

i. Pré-teste

A realização do pré-teste do questionário é determinante no sucesso da pesquisa. Segundo Polit et al. (2004, p. 254) o pré-teste:

(...) é um ensaio para determinar se o instrumento foi formulado com clareza, sem parcialidade e se é útil para a geração das informações desejadas.

O pré-teste foi aplicado a 10 pessoas idosas admitidas no Serviço de Ortopedia na primeira semana de maio de 2012, que aceitaram colaborar neste estudo após terem sido devidamente informadas acerca dos seus objetivos.

Pelo facto dos participantes neste estudo serem pessoas idosas admitidas num contexto ortopédico, com restrições motoras, algumas das quais também com dificuldades na leitura e/ou na escrita, optou-se por que os questionários fossem preenchidos pelo investigador.

Assim, os questionários foram respondidos oralmente (cerca de 20-30 minutos de tempo despendido), o investigador foi questionando as pessoas idosas e registando as suas respostas, assim como as dificuldades que foram surgindo.

Foram assinaladas algumas dificuldades na resposta à questão 8, “Morbilidades (problemas referidos)”, e à questão 13, “Medicação habitual”, devido à multiplicidade de respostas, pelo que houve necessidade de reformular as opções de escolha.

A questão 6, “Motivo do internamento”, foi subdividida, de forma a ser possível melhor perceber se a causa do internamento se deveu a queda. O mesmo sucedeu na questão 19, “Tipo de habitação”, a propósito da qual se incluíram mais duas questões que permitissem perceber a existência de barreiras e/ou apoios facilitadores para a acessibilidade.

Uma vez que as escalas de Barthel e de Lawton estão validadas para a população portuguesa, com a aplicação das alterações mencionadas, concluiu-se que o questionário respondia aos objetivos do estudo.

5. Colheita de dados

A colheita de dados realizou-se entre 7 de maio e 29 de junho de 2012, mediante as autorizações anteriormente referidas. O instrumento foi aplicado a 107 pessoas idosas nas primeiras 72 horas após admissão no Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar do Porto. A decisão das 72 horas prendeu-se com o facto de se considerar, por um lado, o propósito de internamentos cada vez mais breves, com implicações na dinâmica do serviço, e por outro, o desconforto causado pela intervenção cirúrgica que condiciona a obtenção de respostas.

6. Análise, tratamento e apresentação dos dados

Fortin (2003, p. 135), refere que: “*O método de análise de dados deve ser congruente em relação aos objectivos e ao desenho em estudo (...)*”. Ainda para a mesma autora, “*As análises estatísticas devem (...) ser apropriadas à qualidade dos dados, quer estes sejam nominais, ordinais ou métricos*”.

O tratamento dos dados obtidos no âmbito do presente estudo foi realizado através do programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 18.0 para Windows, sendo os dados apresentados com recurso a tabelas que, segundo Fortin (2003), permitem colocar em evidência várias comparações e relações entre os dados.

No tratamento e análise quantitativa dos dados constantes no questionário, utilizou-se o método de estatística descritiva e correlacional.

Procedeu-se a uma análise descritiva dos dados com o objetivo de os caracterizar, com recurso à determinação de frequências absolutas e relativas, de medidas de tendência central (média, moda e mediana) e de medidas de dispersão (desvio padrão).

Para responder aos objetivos do estudo também se procedeu à análise das correlações entre as variáveis independentes (idade, sexo, estado civil, escolaridade e índice de massa corporal) e as variáveis dependentes (grau de dependência nas ABVD e grau de dependência nas AIVD). Na parte final realizou-se a correlação entre as duas escalas utilizadas para verificar se existe relação entre elas.

Porém, para saber a que tipo de testes estatísticos se deve recorrer é necessário realizar o teste da normalidade às variáveis das escalas. Deste modo, através dos testes da normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* e de *Shapiro-Wilk* é possível constatar que os níveis de significância ($\text{sig} > 0,05$) indicam poder assumir-se que existe normalidade dos dados e que as comparações e correlações podem ser feitas com recurso a estatística paramétrica (tabela n.º 1).

Tabela n.º 1 – Testes da Normalidade

	Testes da Normalidade					
	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Grau de Dependência ABVD	,260	107	,210	,697	107	,171
Grau de Dependência AIVD	,153	107	,176	,878	107	,142

Para verificar a correlação entre as duas escalas e também entre os níveis de dependência (em ABVD e AIVD) e a idade, a escolaridade e o índice de massa corporal, recorreu-se à correlação de *Pearson* (r). Na correlação, trabalha-se com dois valores em simultâneo: o valor de r e o valor de p . O valor de r representa o valor da associação entre as variáveis, e uma vez que este tipo de correlação vai de -1 a 1, pode assumir-se que quanto mais afastado for o valor de r do valor central (zero), maior é a associação entre as variáveis. O p é o nível de significância, sendo que sempre que p for menor ou igual a 0,05 pode assumir-se a existência de relação entre as variáveis.

Para efeito de comparação dos níveis de dependência das escalas por sexo e estado civil dos participantes recorreu-se ao teste *t-Student*. Na variável do estado civil criaram-se dois grupos distintos cuja distribuição ficou equiparada: o grupo dos casados, e o grupo dos idosos com outra condição (que inclui os solteiros, viúvos e divorciados/separados, ou seja, os participantes que não têm um cônjuge). O teste *t-Student* é um teste paramétrico próprio para a comparação de médias entre dois grupos independentes e tem subjacentes duas hipóteses: a hipótese nula, que afirma a existência de igualdade de resultados por grupos, e a hipótese alternativa, que afirma que os resultados por grupo são diferentes. Rejeita-se a hipótese da igualdade e aceita-se a diferença estatística dos resultados sempre que o nível de significância for igual ou inferior a 0,05 ($p \leq 0,05$).

De acordo com Fortin (2003), é durante o tratamento da informação que os investigadores verificam se os dados recolhidos respondem às questões de investigação e aos objetivos previamente definidos.

7. Considerações éticas

Em qualquer investigação que envolva seres humanos, as considerações éticas devem entrar em jogo desde o início da investigação (Fortin, 2003).

Nesse sentido, e após obtenção das devidas autorizações, foram tomadas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participaram neste estudo.

A pessoa tem direitos que devem ser absolutamente protegidos nos protocolos de investigação, tais como o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo, assim como, o direito a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 2003).

O direito à autodeterminação baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria (Fortin, 2003). Assim, as pessoas foram convidadas a participar neste estudo e puderam decidir livremente se aceitavam ou não participar nele.

O direito à intimidade refere-se à liberdade da pessoa decidir sobre a extensão da informação que quer dar e até que ponto aceita partilhar informações íntimas e privadas (Fortin, 2003). Assim sendo, as pessoas questionadas consentiram participar no estudo e revelar o conteúdo das questões íntimas e privadas, após terem sido devidamente informadas das condições do mesmo.

O direito ao anonimato é respeitado se a identidade do participante não puder ser associada às suas respostas, nem pelo próprio investigador. A confidencialidade diz respeito à gestão das informações pessoais pelo participante. O investigador deverá empenhar-se em manter secretos os dados colhidos durante e após o estudo, não podendo comunicá-los a quem quer que seja sem autorização expressa do participante (Fortin, 2003). Não tendo sido possível respeitar o anonimato, já que o questionário foi de administração indireta, foi, no entanto, mantida a confidencialidade, na medida em

que em nenhuma parte do questionário foi identificado o nome ou outro elemento que permita reconhecer o participante.

O direito à proteção contra o desconforto e prejuízo corresponde às regras de proteção da pessoa contra qualquer desconforto em termos psicológicos, fisiológicos, legais ou económicos (Fortin, 2003). Para este estudo, não se previram quaisquer riscos, uma vez que a interação entre investigador e participante foi apenas para a colaboração no estudo.

Finalmente, o direito a um tratamento justo e equitativo reporta-se à obrigatoriedade dos participantes serem informados sobre a natureza do estudo, a sua finalidade, duração e métodos utilizados para que possam aceitar ou recusar a sua participação. O direito a um tratamento justo remete para a seleção e tratamento equitativo dos participantes. Este princípio apela a que a escolha das pessoas que participam na investigação deva ser feita tendo em conta a sua relação com o tema e não na conveniência ou disponibilidade dos participantes (Fortin, 2003; Fortin et al., 2009). Neste estudo, o processo de amostragem foi não probabilístico e acidental, tendo os participantes sido informados sobre a natureza, a finalidade e a duração da investigação.

III. FASE EMPÍRICA

De acordo com o conceito de Fortin, na fase empírica:

O plano de investigação, elaborado na fase precedente é posto em execução. Esta fase inclui a colheita de dados no terreno, seguida da organização e do tratamento dos dados (Fortin, 2003, p. 41).

1. Apresentação e análise dos resultados

Apresenta-se neste subcapítulo os resultados da colheita de dados e a sua análise estatística e que obedecerão à seguinte ordem de exposição: caracterização da amostra, grau e tipo de dependência nas atividades básicas de vida diária, com recurso ao índice de Barthel e grau e tipo de dependência nas atividades instrumentais de vida diária, com recurso ao índice de Lawton.

Segue-se a correlação do grau de dependência nas atividades básicas de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária com as variáveis idade, sexo, estado civil, escolaridade e índice de massa corporal.

Por último, estabelece-se a relação entre o grau de dependência nas atividades básicas de vida diária e o grau de dependência nas atividades instrumentais de vida diária.

Caraterização da amostra

Como referido anteriormente, a amostra do presente estudo ficou constituída por 107 pessoas idosas que foram admitidas no Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar do Porto. Os participantes apresentaram idades compreendidas entre os 65 e os 97 anos,

sendo a média de idade de aproximadamente 77 anos com um desvio padrão de 7,54, o que demonstra um desvio pouco considerável da idade em relação à média (tabela n.º 2). Também se verificou que 50% dos participantes tinham 75 ou menos anos de idade e que esta era a idade mais frequentemente encontrada nos idosos (mediana e moda=75).

Tabela n.º 2 – Distribuição da Idade

Idade						
n	Média	Mediana	Moda	dp	Mínimo	Máximo
107	76,6	75,0	75	7,54	65	97

Relativamente ao género (tabela n.º 3), verificou-se que a maioria dos elementos pertencia ao sexo feminino, mais concretamente 74,8% (n=80), constatando-se uma predominância de pessoas idosas com o estado civil de casada (49,5%; n=53), destacando-se igualmente os participantes com o estado civil de viuvez (40,2%; n=43). No que concerne à escolaridade, observou-se que a maior parte dos participantes apresentava habilitações ao nível do 1º ciclo (48,6%; n=52), mas cerca de 26,2% (n=28) não detinha qualquer grau de escolaridade.

Tabela n.º 3 – Sexo, Estado Civil e Escolaridade das Pessoas Idosas

		n	%
Sexo	Masculino	27	25,2%
	Feminino	80	74,8%
Estado Civil	Casado(a)	53	49,5%
	Solteiro(a)	5	4,7%
	Viúvo(a)	43	40,2%
	Divorciado(a)/Separado(a)	6	5,6%
Escolaridade	Sem escolaridade	28	26,2%
	1º Ciclo	52	48,6%
	2º Ciclo	7	6,5%
	3º Ciclo	13	12,1%
	Ens. Secundário	3	2,8%
	Bach./Licenciatura	4	3,7%

A grande maioria dos idosos já se encontrava reformada (88,8%; n=95), sendo que somente 11,2% (n=12) referiu que se encontrava noutra situação (pensões sociais ou de viuvez). Quanto à profissão que os participantes exercem ou exerciam enquanto ativos, face ao amplo leque de respostas obtidas, optou-se por agrupá-las nas categorias que se apresentam na tabela n.º 4. Constatou-se que 37,4% (n=40) exercia uma atividade que foi enquadrada na categoria “outra” por não pertencer a nenhuma das categorias definidas (por exemplo comerciante, cozinheiro, professor, motorista, fotógrafo, entre outros). Destacaram-se de seguida os operários (16,8%; n=18), os(as) empregados(as) domésticos(as) (13,1%; n=14) e os(as) domésticos(as), que representavam 12,1% (n=13). Os administrativos representavam 7,5% (n=8), e 6,5% (n=7) trabalhavam na agricultura e na costura.

Tabela n.º 4 – Situação Profissional e Profissão Exercida

		n	%
Situação Profissional	Reformado(a)	95	88,8%
	Outra	12	11,2%
Profissão que Exerce(u)	Administrativo(a)	8	7,5%
	Agricultor(a)	7	6,5%
	Costureiro(a)	7	6,5%
	Doméstico(a)	13	12,1%
	Empregado(a) Doméstico(a)	14	13,1%
	Operário(a)	18	16,8%
	Outra	40	37,4%

Quanto ao motivo de internamento (tabela n.º 5), as respostas obtidas foram diversificadas, pelo que se optou também por agrupá-las em categorias. Constatou-se que 31,8% (n=34) se encontrava na categoria “outro” por não se enquadrar em nenhuma das categorias definidas (por exemplo fratura da anca, fratura do úmero, fratura do rádio, luxação da anca, entre outros). Dos restantes motivos apontados, destacaram-se a fratura trocântérica ou intra-trocântérica (21,5%; n=23) e a gonartrose (16,8%; n=18). 12,1% (n=13) dos questionados tinham sido internados devido a coxartrose e idêntica percentagem devido a fratura do fémur. A revisão da prótese da anca foi, ainda, apontada por 5,6% (n=6) dos participantes como motivo do internamento. Também se

constatou que na maioria dos casos, 53,3% (n=57), foi uma situação de queda o que originou o internamento hospitalar.

Tabela n.º 5 – Motivo do Internamento e Origem por Queda

	n	%
Motivo de internamento	Coxartrose	13 12,1%
	Fratura trocantérica ou intra-trocantérica	23 21,5%
	Fratura do fémur	13 12,1%
	Gonartrose	18 16,8%
	Revisão da prótese da anca	6 5,6%
	Outro	34 31,8%
Originado por queda?	Sim	57 53,3%
	Não	50 46,7%

Pela tabela seguinte (tabela n.º 6), constatou-se que a maioria dos participantes (45,7%; n=48) apresentava um índice de massa corporal acima do valor ideal e 20% (n=21) já se encontrava em estado de obesidade. O correspondente a 33,3% (n=35) encontrava-se com o peso ideal para a estatura e apenas 1% (n=1) estava com o peso abaixo do que seria expectável.

Tabela n.º 6 – Índice de Massa Corporal

	n	%
IMC	Abaixo do peso ideal	1 1,0%
	Peso normal	35 33,3%
	Acima do peso ideal	48 45,7%
	Obesidade	21 20,0%

No que respeita à presença de morbilidade (tabela n.º 7), verificou-se que a maior parte dos idosos apresentava mais do que um problema de saúde, sendo os problemas mais referidos a doença cardiovascular (presente em 88,8%; n=95), a doença osteoarticular (mencionada por 50,5%; n=54) e a doença neurológica/psiquiátrica (32,7%; n=35). Os problemas respiratórios estavam presentes em 25,2% dos casos (n=27) e a doença

endócrina foi indicada por 21,5% (n=23). Ainda 6,5% (n=7) dos participantes mencionou que padecia de doença oncológica e 57,9% (n=62) assinalaram outros problemas de saúde que não se enquadravam nas categorias mencionadas anteriormente (por exemplo gástricos, intestinais, urinários, oculares, entre outros).

Tabela n.º 7 – Morbilidades

	n	%
Morbilidades (problemas referidos)	Doença cardiovascular	95 88,8%
	Doença osteoarticular	54 50,5%
	Doença respiratória	27 25,2%
	Doença neurológica/psiquiátrica	35 32,7%
	Doença endócrina	23 21,5%
	Doença oncológica	7 6,5%
	Outra	62 57,9%

Perante a variável da existência de incapacidade (tabela n.º 8), constatou-se que somente 3,7% (n=4) não padecia de qualquer inaptidão. A incapacidade visual era a mais frequente, assinalada por 88,8% (n=95), seguindo-se a incapacidade motora (53,3%; n=57) e a auditiva (21,5%; n=23). É ainda de referir que muitos dos participantes apresentavam mais do que uma incapacidade/limitação.

Relativamente à utilização de dispositivos de correção (tabela n.º 8), verificou-se que apenas 7,5% (n=8) dos participantes não usava nenhum, sendo que as restantes pessoas idosas recorriam a um ou vários dispositivos. Assim, constatou-se que o dispositivo de correção mais frequente eram os óculos (87,9%; n=94) e a prótese dentária (43%; n=46). A prótese auditiva era utilizada por 4,7% (n=5) e um idoso tinha um membro artificial. Nenhum dos participantes referiu utilizar lentes de contacto.

Quanto à utilização de tecnologias de apoio à deambulação (tabela n.º 8), verificou-se que 50,5% (n=54) dos idosos mencionaram que não recorriam a equipamentos para auxiliar na locomoção, mas as tecnologias de deambulação mais assinaladas pelos que utilizam os apoios foram as canadianas (27,1%; n=29) e a bengala (21,5%; n=23).

Tabela n.º 8 – Incapacidade, Dispositivos de Correção e Tecnologias de Apoio à Deambulação

	n	%
Tipos de incapacidade	Não tem	4 3,7%
	Visual	95 88,8%
	Auditiva	23 21,5%
	Motora	57 53,3%
Dispositivos de correção	Não tem	8 7,5%
	Óculos	94 87,9%
	Lentes de contacto	0 ,0%
	Prótese auditiva	5 4,7%
	Prótese dentária	46 43,0%
Utilização de tecnologias de apoio para a deambulação	Membro artificial	1 ,9%
	Não tem	54 50,5%
	Canadianas	29 27,1%
	Andarilho	2 1,9%
	Bengala	23 21,5%
	Cadeira de rodas	3 2,8%

O correspondente a 3,7% (n=4) das pessoas idosas referiu não ter acompanhamento por profissionais de saúde. Por outro lado, 35,5% (n=38) afirmaram procurar profissionais da área da saúde mais de 7 vezes por ano, 32,7% (n=35) tinham acompanhamento entre 4 a 6 vezes por ano e 28% (n=30) apenas referiram recorrer aos profissionais cerca de 3 vezes por ano ou menos (tabela n.º 9).

Face ao vasto número de respostas obtidas, optou-se por agrupá-las nas categorias que se apresentam na tabela n.º 9. Os profissionais de saúde mais visitados no último ano (tabela n.º 9) foram o médico e o enfermeiro de família, segundo 93,5% (n=100) e 78,5% (n=84) dos questionados, respetivamente. Destacaram-se ainda as referências ao recurso ao médico ortopedista (44,9%; n=48), ao fisioterapeuta (29,9%; n=32) e ao médico oftalmologista (27,1%; n=29). 20,6% (n=22) afirmaram ter sido consultados por um médico cardiologista e 16,8% (n=18) foram seguidos em neurologia/psiquiatria. Verificou-se ainda que 41,1% (n=44) dos participantes afirmaram ter sido acompanhados por outros profissionais de saúde (médico endocrinologista, médico nefrologista, médico otorrinolaringologista, médico urologista, entre outros).

Tabela n.º 9 – Acompanhamento por Profissionais de Saúde

		n	%
Acompanhamento por profissionais de saúde	Sem acompanhamento	4	3,7%
	Até 3 vezes/ano	30	28,0%
	De 4 a 6 vezes/ano	35	32,7%
	Mais de 7 vezes/ano	38	35,5%
Profissionais de saúde	Enfermeiro de família	84	78,5%
	Fisioterapeuta	32	29,9%
	Médico cardiologista	22	20,6%
	Médico de família	100	93,5%
	Médico neurologista / psiquiatra	18	16,8%
	Médico oftalmologista	29	27,1%
	Médico ortopedista	48	44,9%
Outros	44	41,1%	

Relativamente à medicação (tabela n.º 10), observou-se que somente um idoso não tomava medicação habitualmente (0,9%). Quase a totalidade da amostra tomava medicação e muitos dos participantes tomavam mais do que um tipo de medicamento. Da medicação indicada, destacaram-se os fármacos para o aparelho cardiovascular (81,3%; n=87), para o sistema nervoso central (63,6%; n=68), e para o aparelho locomotor (51,4%; n=55). Surgiu de seguida a medicação para o aparelho digestivo (38,3%; n=41), bem como para os problemas respiratórios (22,4%; n=24) e para o aparelho geniturinário (com 20,6%; n=22).

Tabela n.º 10 – Medicação Habitual

		n	%
Medicação habitual	Não toma	1	,9%
	Aparelho cardiovascular	87	81,3%
	Aparelho digestivo	41	38,3%
	Aparelho geniturinário	22	20,6%
	Aparelho locomotor	55	51,4%
	Sistema nervoso central	68	63,6%
	Aparelho respiratório	24	22,4%
	Tratamento de doenças endócrinas	14	13,1%
	Outras	9	8,4%

Atualmente, as pessoas idosas questionadas vivem na sua maioria com o cônjuge/companheiro (51,4%; n=55) e com filhos e netos (41,1%; n=44 e 14%; n=15, respetivamente), sendo que 14% (n=15) indicaram que residem igualmente com genros e/ou noras e 22,4% (n=24) afirmaram que moram sozinhos (tabela n.º 11).

Tabela n.º 11 – Com Quem Vive

	n	%	
Com quem vive atualmente	Sozinho	24	22,4%
	Cônjuge/companheiro	55	51,4%
	Filhos	44	41,1%
	Netos	15	14,0%
	Irmãos	0	,0%
	Genros/noras	15	14,0%
	Sobrinhos	1	,9%
	Vizinhos/amigos	0	,0%
	Outros	2	1,9%

Quanto ao suporte de apoio 51,4% (n=55) afirmaram que não necessitavam, mas 26,2% (n=28) mencionaram que têm apoio informal. 19,6% (n=21) dos participantes referiram ter apoio formal por profissionais que não são da área da saúde, e apenas 2,8% (n=3) têm acompanhamento/apoio formal por parte de profissionais de saúde (tabela n.º 12).

Tabela n.º 12 – Suporte de Apoio

	n	%	
Suporte de apoio	Não necessita	55	51,4%
	Apoio informal	28	26,2%
	Apoio formal por profissionais de saúde	3	2,8%
	Apoio formal por profissionais de outra área	21	19,6%

Relativamente ao convívio dos participantes (tabela n.º 13), foi possível constatar que a grande maioria das pessoas idosas afirmou conviver com familiares (95,3%; n=102), destacando-se também o convívio com amigos e vizinhos (74,8%; n=80 e 78,5%; n=84,

respetivamente). Ainda 11,2% (n=12) afirmaram conviver com membros de organizações e/ou instituições sociais.

Tabela n.º 13 – Convivência Habitual

		n	%
Costuma conviver com:	Famíliares	102	95,3%
	Amigos	80	74,8%
	Vizinhos	84	78,5%
	Membros de organizações/instituições sociais	12	11,2%
	Outros	2	1,9%

Passando para a ocupação dos tempos livres (tabela n.º 14), verificou-se que as atividades mais frequentes dos participantes são o visionamento de televisão (91,6%; n=98), seguindo-se a leitura (45,8%; n=49) e as caminhadas a pé (36,4%; n=39). Destacam-se ainda as pessoas idosas que se ocupam com os labores (20,6%; n=22) e as que assinalaram a categoria de outros passatempos (24,3%; n=26), como por exemplo ouvir rádio, jogar cartas e dominó, caçar e pescar, entre outros. Existe ainda quem prefira a agricultura/jardinagem (19,6%; n=21) e outros participam em atividades promovidas por organizações sociais (12,1%; n=13).

Tabela n.º 14 – Ocupação dos Tempos Livres

		n	%
Ocupação dos tempos livres	Leitura	49	45,8%
	Ver TV	98	91,6%
	Caminhar a pé	39	36,4%
	Praticar desportos	7	6,5%
	Atividades de organizações sociais	13	12,1%
	Agricultura/jardinagem	21	19,6%
	Labores	22	20,6%
	Outra	26	24,3%

A maior parte das pessoas idosas reside em habitação própria (56,1%; n=60) ou em casa alugada (30,8%; n=33), conforme se pode observar na tabela n.º 15. Existem, no entanto, 11,2% (n=12) dos participantes que referiram morar em casa cedida e 1,9% (n=2) afirmaram que se encontravam noutra situação. A maioria das residências são moradias/vivendas (62,6%; n=67) e 36,4% (n=39) referiram morar num andar/apartamento. Quando questionados se a sua habitação possuía degraus ou escadas, quase a totalidade (92,5%; n=99) respondeu afirmativamente. Também se verificou que muitos afirmaram ter apoios facilitadores para a acessibilidade na sua casa, sendo os mais frequentes o corrimão (80,4%; n=86), a rampa (16,8%; n=18) e o elevador (15,9%; n=17).

Tabela n.º 15 – Tipologia e Características da Habitação

		n	%
Situação habitacional	Casa própria	60	56,1%
	Casa alugada	33	30,8%
	Casa cedida	12	11,2%
	Outra	2	1,9%
Tipo de habitação	Moradia/vivenda	67	62,6%
	Andar/apartamento	39	36,4%
	Quarto	1	,9%
Possui degraus/escadas	Sim	99	92,5%
	Não	8	7,5%
	Não tem	2	1,9%
Apoios facilitadores para a acessibilidade	Elevador	17	15,9%
	Rampa	18	16,8%
	Corrimão	86	80,4%
	Barras de apoio lateral	7	6,5%
	Plataforma elevatória	1	,9%
	Outra	1	,9%

Finalmente, no que concerne ao rendimento líquido mensal das pessoas idosas, constatou-se que a maioria afirmou auferir um rendimento mensal entre 501 a 1000€ (40,2%; n=43), seguindo-se os que recebem de 250 a 500€ mensais (37,4%; n=40). Existem ainda 17,8% (n=19) dos participantes que referiram auferir entre 1001€ e 2500€ mensais e 0,9% (n=1) que possuíam um rendimento superior a 2500€ por mês.

Por último, 3,7% (n=4) referiram auferir um rendimento inferior a 250€ mensais (tabela n.º 16).

Tabela n.º 16 – Rendimento Mensal

		n	%
Rendimento líquido mensal	Menos de 250€	4	3,7%
	De 250-500€	40	37,4%
	de 501 a 1000€	43	40,2%
	de 1001 a 2500€	19	17,8%
	Mais de 2500€	1	,9%

Grau de Dependência nas Atividades Básicas de Vida Diária

Como referido anteriormente, a segunda parte do questionário pretendia avaliar o nível de dependência das pessoas idosas nas atividades básicas de vida diária, ou seja, as atividades relacionadas com o autocuidado e, para o efeito, administrou-se o índice de Barthel.

Antes de expor os resultados alcançados, será pertinente apresentar os resultados obtidos nas várias atividades da escala para que se possa identificar em que tipos de atividades surgem as maiores dificuldades (tabela n.º 17).

Assim, verificou-se que a grande maioria dos idosos é independente ao nível da alimentação (94,4%; n=101), não se verificando nenhum idoso na categoria dependente. Quanto ao vestir-se, 65,4% (n=70) não apresentavam qualquer dificuldade, existindo 29,9% (n=32) e 4,7% (n=5) que necessitavam de ajuda ou eram dependentes nesta tarefa, respetivamente.

Também se constatou que a maior parte dos participantes consegue tomar banho sozinho (74,8%; n=80) e consegue fazer a higiene corporal sem qualquer ajuda (92,5%;

n=99), mas no banho já existem dificuldades por parte de 25,2% (n=27). Do mesmo modo, 86,9% (n=93) são independentes ao nível do uso da casa de banho e 88,8% (n=95) não apresentam qualquer limitação no controlo intestinal.

Por sua vez, embora a maioria dos idosos seja independente no controlo vesical (64,5%; n=69), existem 29,9% (n=32) que são incontinentes ocasionalmente e 5,6% (n=6) que são incontinentes ou se encontram algaliados. Quanto à ascensão de escadas, também se constatou que a maioria é independente (69,2%; n=74), mas 10,3% (n=11) já se encontram incapacitadas de subir escadas e 20,6% (n=22) referiram necessitar de ajuda.

Por fim, observou-se que a maior parte dos participantes consegue transferir-se da cama para a cadeira sem qualquer auxílio (79,4%; n=85) e 16,8% (n=18) apenas necessitam de ajuda mínima para se mover. Na deambulação, 75,7% (n=81) também são independentes e 18,7% (n=20) conseguem mover-se apenas com uma pequena ajuda.

Desta forma, de um modo geral, é possível observar que a maior parte das pessoas idosas é independente em todas as atividades básicas da vida diária e as maiores dificuldades parecem surgir no vestir-se, no banho, no controlo vesical e na utilização de escadas.

Tabela n.º 17 – Resultados nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)

		n	%
Alimentação	Necessita de ajuda	6	5,6%
	Independente	101	94,4%
Vestir	Dependente	5	4,7%
	Necessita de ajuda	32	29,9%
	Independente	70	65,4%
Banho	Dependente	27	25,2%
	Independente	80	74,8%
Higiene Corporal	Dependente	8	7,5%
	Independente	99	92,5%
Uso da Casa de Banho	Dependente	3	2,8%
	Necessita de ajuda	11	10,3%
	Independente	93	86,9%
Controlo Intestinal	Incontinente fecal	5	4,7%
	Incontinente ocasional	7	6,5%
	Independente	95	88,8%
Controlo Vesical	Incontinente ou algaliado	6	5,6%
	Incontinente ocasional	32	29,9%
	Independente	69	64,5%
Subir Escadas	Dependente	11	10,3%
	Necessita de ajuda	22	20,6%
	Independente	74	69,2%
Transferência Cadeira-Cama	Dependente	2	1,9%
	Necessita de grande ajuda	2	1,9%
	Necessita de ajuda mínima	18	16,8%
Deambulação	Independente	85	79,4%
	Dependente	3	2,8%
	Independente com cadeira de rodas	3	2,8%
	Necessita de ajuda	20	18,7%
	Independente	81	75,7%

Na tabela n.º 18 é possível verificar que os idosos obtiveram pontuações situadas entre os 10 e os 100 pontos e a média (87,5) indica que no geral os participantes exibem um nível ligeiro de dependência, embora o desvio padrão de 19,17 sugira um desvio considerável em relação à média. A mediana encontra-se nos 95 pontos, o que indica que apenas se alcançou metade da amostra já numa pontuação bastante elevada e o resultado mais frequente é de total independência (moda=100).

Tabela n.º 18 – Resultados Descritivos do Grau de Dependência nas ABVD

Grau de Dependência ABVD						
n	Média	Mediana	Moda	dp	Mínimo	Máximo
107	87,5	95,0	100	19,17	10	100

Traduzindo qualitativamente os resultados obtidos (tabela n.º 19), pode observar-se que apenas 3 idosos apresentaram um grau de dependência muito grave (2,8%) e somente 2 se encontravam num nível grave de dependência (1,9%). De facto, a maioria das pessoas idosas manifesta ser independente na realização das ABVD (44,9%; n=48) ou manifesta uma dependência ligeira (38,3%; n=41).

Tabela n.º 19 – Resultados Percentuais do Grau de Dependência nas ABVD

		n	%
Grau de Dependência ABVD	Totalmente dependente	3	2,8%
	Severamente dependente	2	1,9%
	Moderadamente dependente	13	12,1%
	Ligeiramente dependente	41	38,3%
	Independente	48	44,9%

Grau de Dependência nas Atividades Instrumentais de Vida Diária

A terceira parte do questionário pretendia avaliar o grau de dependência das pessoas idosas na realização das atividades instrumentais de vida diária e, à semelhança do que se realizou anteriormente, proceder-se-á a uma análise dos resultados obtidos em todas as tarefas avaliadas (tabela n.º 20).

Verificou-se, desta forma, que no cuidar da casa as percentagens se encontram bastante distribuídas pelos vários níveis de dificuldade, embora sejam mais salientes na independência (22,4%; n=24), e na dependência ligeira e moderada (29,9%; n=32 e 23,4%; n=25, respetivamente). Observou-se, igualmente, que 34,6% (n=37) das pessoas

idosas conseguem lavar a sua roupa sem dificuldade, mas 43% (n=46) apenas lavam pequenas peças e 22,4% (n=24) são incapazes de realizar o tratamento da roupa.

Na preparação das refeições, 61,7% (n=66) dos participantes conseguem planejar, preparar e servir a refeição sem ajuda, mas na realização das compras já surgem mais obstáculos, pois apenas 37,4% (n=40) realizam as compras de forma totalmente independente. Outra das tarefas onde parece existir maior independência é no uso do telefone, uma vez que 66,4% (n=71) fá-lo sem dificuldade, e na utilização dos transportes verifica-se que a maioria dos idosos é capaz de viajar autonomamente em transportes públicos ou ainda conduz (54,2%; n=58).

Da mesma forma, a maioria das pessoas idosas é capaz de usar dinheiro, pois 57,9% (n=62) paga as próprias contas, vai ao banco e realiza outras transações que envolvem dinheiro. 70,1% (n=75) são capazes de se responsabilizar pela toma da medicação.

Neste grupo de atividades constatou-se que já surgem mais dificuldades do que nas ABVD, sendo que a dependência é mais visível no lavar a roupa, em fazer as compras e no cuidar da casa, ou seja, nas atividades que poderão exigir um maior esforço físico por parte dos idosos.

Tabela n.º 20 – Resultados nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)

		n	%
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	24	22,4%
	Faz tudo, excepto o trabalho pesado	32	29,9%
	Só executa tarefas leves	25	23,4%
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	13	12,1%
	Incapaz de fazer alguma tarefa	13	12,1%
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	37	34,6%
	Só lava pequenas peças	46	43,0%
	É incapaz de lavar a sua roupa	24	22,4%
Preparar as refeições	Planeia, prepara e serve sem ajuda	66	61,7%
	Prepara os ingredientes, se lhos derem	6	5,6%
	Prepara pratos pré-cozinhados	21	19,6%
	Incapaz de preparar refeições	14	13,1%
Fazer compras	Faz as compras sem ajuda	40	37,4%
	Só faz pequenas compras	25	23,4%
	Faz as compras acompanhado	16	15,0%
	É incapaz de ir às compras	26	24,3%
Usar telefone	Usa-o sem dificuldades	71	66,4%
	Só telefona para lugares familiares	14	13,1%
	Necessita de ajuda para o usar	15	14,0%
	Incapaz de usar o telefone	7	6,5%
Usar transporte	Viaja em transportes públicos ou conduz	58	54,2%
	Só anda de táxi	8	7,5%
	Necessita de acompanhamento	23	21,5%
	Incapaz de usar transportes	18	16,8%
Usar dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	62	57,9%
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	39	36,4%
	Incapaz de utilizar o dinheiro	6	5,6%
Responsabilizar-se pelos medicamentos	Responsável pela sua medicação	75	70,1%
	Necessita que lhe preparem a medicação	22	20,6%
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	10	9,3%

Através da tabela n.º 21 verifica-se que a média, de 15,1, demonstra que no geral os participantes exibem um grau de dependência compreendido entre o ligeiro e o moderado ($dp=6,80$), mas a mediana indica que 50% dos idosos alcançou uma pontuação igual ou inferior a 13, o que sugere que mais de metade da amostra se

encontra independente ou apresenta uma dependência ligeira. Este facto é confirmado pela moda, pois o resultado mais repetido foi correspondente a total independência.

Tabela n.º 21 – Resultados Descritivos do Grau de Dependência nas AIVD

Grau de Dependência AIVD						
n	Média	Mediana	Moda	dp	Mínimo	Máximo
107	15,1	13,0	8	6,80	8	30

Traduzindo os valores descritivos apresentados anteriormente em resultados qualitativos, verificou-se que a maior parte das pessoas idosas apresenta um grau de dependência moderado nas atividades instrumentais de vida diária (54,2%; n=58), enquanto 25,2% (n=27) se encontram severamente dependentes. Do total, 20,6% (n=22) não apresentam qualquer dificuldade na execução das tarefas e encontram-se totalmente independentes (tabela n.º 22).

Tabela n.º 22 – Resultados Percentuais do Grau de Dependência nas AIVD

		n	%
Grau de Dependência AIVD	Independente	22	20,6%
	Moderadamente dependente	58	54,2%
	Severamente dependente	27	25,2%

Através da tabela n.º 23, observou-se que existe uma associação moderada baixa, mas significativa, entre o grau de dependência nas ABVD e a idade ($r=-0,333$; $p=0,000$) e, uma vez que se trata de uma correlação negativa, significa que as variáveis evoluem em sentido contrário, ou seja, à medida que aumentam os resultados da escala de Barthel diminui a idade, demonstrando que os participantes com menos idade apresentam maiores níveis de independência.

Da mesma forma, a associação é significativa entre as AIVD e a idade ($r=0,475$; $p=0,000$), e trata-se de uma correlação moderada e positiva, implicando que à medida que aumenta a pontuação na escala de Lawton aumenta a idade. Deste modo, e uma vez

que resultados mais elevados na escala significam maiores níveis de dependência, conclui-se que o grau de dependência é mais elevado nos participantes com mais idade (tabela n.º 23).

Tabela n.º 23 – Correlação entre o Grau de Dependência nas ABVD e AIVD e a Idade

		Idade
Grau de Dependência ABVD	<i>r</i>	-,333**
	<i>p</i>	,000
	n	107
Grau de Dependência AIVD	<i>r</i>	,475**
	<i>p</i>	,000
	n	107

** A correlação é significativa ao nível 0,01

Através dos resultados da tabela n.º 24 verificou-se que os elementos do sexo masculino apresentam uma média mais elevada nas ABVD ($\bar{x}=95$; $dp=9,30$) e a diferença de médias é considerada significativa ($t=3,413$; $p=0,001$), o que permite afirmar que o nível de dependência é maior nos participantes femininos pois a média é estatisticamente mais baixa neste grupo ($\bar{x}=84,9$; $dp=20,95$).

Da mesma forma, a média dos resultados nas AIVD (tabela n.º 24) é mais baixa nos participantes masculinos ($\bar{x}=12,1$; $dp=4,64$), indicando que o grau de dependência é mais baixo neste grupo, facto que é comprovado pelo teste já que o nível de significância permite assumir a diferença estatística dos resultados ($t=-3,322$; $p=0,001$).

Tabela n.º 24 – Comparação do Grau de Dependência nas ABVD e AIVD por Sexo

	Sexo	n	Média	dp	Teste t	
					t	p
Grau de Dependência ABVD	Masculino	27	95,0	9,30		
	Feminino	80	84,9	20,95	3,413	,001
	Total	107	87,5	19,17		
Grau de Dependência AIVD	Masculino	27	12,1	4,64		
	Feminino	80	16,1	7,14	-3,322	,001
	Total	107	15,1	6,80		

De seguida, pretendeu-se comparar os resultados do grau de dependência das duas escalas com o estado civil (tabela n.º 25) e embora se verifique a tendência para que o grau de dependência nas ABVD seja ligeiramente maior nos idosos casados ($\bar{x}=86,2$; $dp=22,10$) e o grau de dependência nas AIVD seja maior nos idosos com “outro estado civil” ($\bar{x}=15,5$; $dp=7,05$), em nenhuma das escalas as diferenças são estatisticamente significativas ($p > 0,05$), ou seja, pode concluir-se que o nível de dependência dos idosos não está diretamente relacionado com o seu estado civil.

Tabela n.º 25 – Comparação do Grau de Dependência nas ABVD e AIVD por Estado Civil

	Estado Civil	n	Média	dp	Teste t	
					t	p
Grau de Dependência ABVD	Casado(a)	53	86,2	22,10		
	Outra	54	88,7	15,91	-,666	,507
	Total	107	87,5	19,17		
Grau de Dependência AIVD	Casado(a)	53	14,7	6,57		
	Outra	54	15,5	7,05	-,637	,526
	Total	107	15,1	6,80		

Quanto à correlação entre os resultados das escalas e a escolaridade (tabela n.º 26), constatou-se que existe uma associação moderada baixa e positiva com as ABVD ($r=0,313$; $p=0,001$) e uma associação moderada baixa e negativa com as AIVD ($r=-0,341$; $p=0,000$), o que permite afirmar que existe uma relação entre as variáveis e o

nível de dependência, quer nas atividades básicas, quer nas instrumentais, que tende a ser mais elevada nas pessoas idosas que apresentam a escolaridade mais baixa.

Tabela n.º 26 – Correlação entre o Grau de Dependência nas ABVD e AIVD e a Escolaridade

	Escolaridade	
Grau de Dependência ABVD	<i>r</i>	,313**
	<i>p</i>	,001
	n	107
Grau de Dependência AIVD	<i>r</i>	-,341**
	<i>p</i>	,000
	n	107

** A correlação é significativa ao nível 0,01

Também se observou que não existe relação entre o grau de dependência nas ABVD e o IMC ($r=0,118$; $p=0,227$), nem existe qualquer associação significativa entre a dificuldade na execução nas AIVD com o IMC ($r=-0,159$; $p=0,105$). Desta forma, conclui-se que o grau de dependência em ambas as escalas não está relacionado com o IMC dos participantes (tabela n.º 27).

Tabela n.º 27 – Correlação entre o Grau de Dependência nas ABVD e AIVD e o IMC

	IMC	
Grau de Dependência ABVD	<i>r</i>	,118
	<i>p</i>	,227
	n	107
Grau de Dependência AIVD	<i>r</i>	-,159
	<i>p</i>	,105
	n	107

Para finalizar, realizou-se a correlação entre o grau de dependência nas ABVD e o grau de dependência nas AIVD e constatou-se que existe uma correlação bastante forte entre as duas escalas e assume-se a existência de relação entre elas ($r=-0,821$; $p=0,000$). A

associação é negativa e pode-se afirmar que os resultados da escala de Barthel aumentam consoante descem os resultados da escala de Lawton, isto é, o grau de dependência nas atividades básicas é maior nas pessoas idosas que apresentam maior dificuldade nas atividades instrumentais (tabela n.º 28).

Tabela n.º 28 – Correlação entre o Grau de Dependência nas ABVD e o Grau de Dependência nas AIVD

		Grau de Dependência AIVD
Grau de Dependência ABVD	<i>r</i>	-,821**
	<i>p</i>	,000
	<i>n</i>	107

** A correlação é significativa ao nível 0,01

2. Discussão dos resultados

Neste subcapítulo procura-se discutir os resultados mais relevantes do presente estudo, pelo seu significado intrínseco ou pela comparação com os estudos encontrados sobre o tema.

Os participantes do estudo corresponderam a 107 pessoas idosas de ambos os sexos, com idades que oscilam entre os 65 e os 97 anos, predominando uma média de 76,6 anos. De acordo com o Programa de Ação do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, 2012 (Governo de Portugal, 2012), Portugal regista em 2011 um índice de longevidade de 79,2 anos (80,57 para as mulheres e 74,0 para os homens).

A amostra foi maioritariamente feminina (74,8%), sendo variadíssimos os estudos sobre idosos, nomeadamente nacionais, em que o predomínio feminino se verifica (Amaral e Vicente, 2000; Botelho, 2000; Sousa et al., 2003; Cabete, 2005; Araújo et al., 2007;

Sequeira, 2007; Imaginário, 2008; Sarmiento et al., 2010; Elias, 2011; Araújo et al., 2011; Drago e Martins, 2012). Os fatores que contribuem para esta tendência prendem-se com a relação de masculinidade, os efeitos da sobremortalidade masculina, os efeitos dos fluxos migratórios e de esperança de vida, que, como é do conhecimento geral, é mais elevada no caso das mulheres (INE, 2011).

Em relação ao estado civil, constatou-se que a maior parte dos participantes é casada (49,5%), seguidos da viuvez (40,2%), valores similares aos encontrados em outros estudos realizados em idosos não institucionalizados (Amaral e Vicente, 2000; Araújo et al., 2007; Cabete, 2005), parecendo consolidar que a dissolução familiar, essencialmente por morte do cônjuge, adquire neste estrato populacional uma importância crescente que não se verifica em grupos etários mais jovens (Drago e Martins, 2012).

Quanto à escolaridade, e tal como verificado em outros estudos (Botelho, 2000; Amaral e Vicente, 2000; Sousa et al., 2003; Cabete, 2005; Araújo et al., 2007; Sequeira, 2007; Sarmiento et al., 2010; Elias, 2011; Drago e Martins, 2012), os baixos níveis de escolaridade neste grupo populacional são predominantes; 48,6% apresenta habilitações ao nível do 1º ciclo e 26,2%, não detém qualquer escolaridade, o que é consentâneo com os dados nacionais que revelam que a maioria da população idosa não possui um nível de instrução completo (INE, 2002).

Como era expectável, em função da sua idade, a maioria dos participantes (88,8%) encontra-se em situação de reforma, que advém da modalidade “pensão de velhice” por limite de idade ou pensão de invalidez (regime contributivo). Os restantes (11,2%) têm rendimentos oriundos de pensões sociais ou de viuvez (regime não contributivo).

As atividades que exerceram por um período mais longo na vida corresponderam essencialmente a profissões não qualificadas: operários (16,8%), empregados(as) domésticos(as) (13,1%), domésticos(as) (12,1%), costureiro(a) e agricultor(a) (6,5%); resultados semelhantes aos encontrados nos estudos de Sousa, et al. (2003) e Elias (2011). Há ainda a referir uma percentagem significativa (37,4%), na qual estão

incluídas as atividades comerciais e as atividades qualificadas (professor, enfermeiro, engenheiro, entre outras).

Relativamente ao motivo que levou ao internamento, verificaram-se causas tão diversas (fratura da anca, fratura do úmero, fratura do rádio, luxação da anca, entre outra) pelo que foram enquadradas na categoria “outro” (31,8%). Contudo, dentro das categorias definidas há a salientar as fraturas do tipo trocantérica ou intra-trocantérica (21,5%), seguidas da gonartrose com 16,8%, sendo que, as fraturas do fémur e a coxartrose também revelaram valores consideráveis, ambos de 12,1%. Os dados na sua globalidade são consentâneos com os reportados por Serra et al. (2012) num estudo realizado no Hospital Geral de Santo António, no serviço de urgência, sobre as fraturas e luxações mais frequentes entre 2008 e 2009. Estes autores salientam a importância das fraturas quando, há três décadas, se presumia que o problema central no futuro a atingir os idosos seria, apenas, as degenerescências articulares como as da anca e do joelho.

Destaca-se que em 53,3% das pessoas idosas, a situação que levou ao internamento foi a queda. Embora as quedas possam ocorrer em qualquer fase da vida, constituem um acontecimento mais frequente nos extremos do ciclo de vida (Nunes e Branco, 2006; Paes e Gaspar, 2005). Os achados da investigação têm mostrado que a taxa de internamento por lesões relacionadas com quedas aumenta exponencialmente a partir dos 65 anos em ambos os sexos, apresentando o género feminino taxas de incidência ajustadas para a idade duas vezes superiores às dos homens (Peel et al., 2002; WHO, 2007). Vários estudos, realizados em épocas e contextos diferentes, têm confirmado que mais de 90% das fraturas da anca são secundárias a uma queda (Cunha e Veado, 2006). Também os resultados de um estudo realizado por Araújo (1999) numa amostra de 763 mulheres idosas portuguesas evidenciaram que a ocorrência de quedas é elevada (41%) e que cerca de 85,6% das fraturas que ocorrem nestas mulheres estiveram associadas a uma queda. Como se pode constatar, o número de idosos com fraturas no presente estudo é consideravelmente elevado, pelo que não é de surpreender a percentagem obtida nas quedas.

A avaliação do índice de massa corporal (IMC), expresso pela relação entre a massa corporal em Kg e estatura em m² (kg/m²), tem sido utilizada para a caracterização do

estado funcional dos idosos, e mesmo de maneira grosseira, é a mais útil medida de avaliação da obesidade de uma população (Silva et al., 2011). Neste estudo, o IMC foi calculado e categorizado de acordo com os pontos de corte propostos pela OMS e preconizados pela DGS no seu Programa de Combate à Obesidade (DGS, 2005), verificando-se que a maioria dos participantes (45,7%) apresenta um índice de massa corporal acima do valor ideal e 20% já se encontra num estado de obesidade, denotando um agravamento do número de pessoas idosas com excesso de peso. Esta tendência para o excesso de peso foi igualmente verificada no estudo realizado por Botelho (2000) a pessoas idosas residentes em Lisboa. Segundo a evolução dos indicadores do Programa Nacional de Saúde 2004-2010, a percentagem da população dos 65 aos 74 anos com excesso de peso era de 26,4% e a percentagem da população obesa era de 21,5%. Contudo, estes valores poderão estar sujeitos a algum enviesamento, uma vez que grande parte dos idosos referiu não se pesar e sobretudo não se medir há já bastante tempo. A literatura chama igualmente a atenção que em idosos, o emprego do IMC apresenta dificuldades em função do decréscimo de estatura, acúmulo de tecido adiposo, redução da massa corporal magra e diminuição da quantidade de água no organismo. Adicionalmente, o uso do IMC em idosos é complicado pela frequente presença de patologias e a ausência de pontos de corte específicos para esta faixa etária. Assim, tem vindo a ser muito discutido o uso do IMC e dos limites de normalidade adotados para análise do sobrepeso e da obesidade em idosos (Santos e Sichieri, 2005).

A maioria das pessoas com mais de 65 anos tem pelo menos uma doença crónica, sendo frequente que tenha duas ou mais (Hart, 1997, *cit. in* Botelho, 2000). Tal também se verificou no presente estudo, dado que grande parte dos idosos referiu igualmente sofrer de mais do que uma doença. Destas, destaca-se a doença cardiovascular (88,8%), seguido da doença osteoarticular (50,5%) e da doença neurológica/psiquiátrica (32,7%). Dos participantes, 57,9% referiram outras morbidades (problemas gástricos, intestinais, urinários, oculares, entre outros). Estes dados são semelhantes aos reportados nos estudos de Botelho (2000), Cabete (2005) e Elias (2011). Esta primeira autora faz referência ainda a outros dois estudos em idosos portugueses, vocacionados apenas para o estudo da morbilidade, em que num deles se verificou o predomínio de patologias cardiocirculatórias e músculo-esqueléticas (Santos et al., 1995, *cit. in* Botelho, 2000) e no outro foi realçada a elevada comorbilidade e polimedicação

(Broeiro e Ramos, 1997, *cit. in* Botelho, 2000). Tais factos parecem não ser de surpreender numa população envelhecida, uma vez que se sabe que dois terços das pessoas com mais de 65 anos e quase três quartos das pessoas com mais de 80 anos, têm vários tipos de doenças crónicas (Drago e Martins, 2012).

Também de acordo com os resultados obtidos, a maioria das pessoas idosas (88,8%) refere incapacidade visual, pelo que 87,9% usa óculos, seguindo-se a incapacidade motora com 53,3%. No entanto, no que concerne à utilização de tecnologias de apoio (definidas como qualquer produto, instrumento, equipamento ou tecnologia adaptado ou especialmente concebido para melhorar a funcionalidade de uma pessoa com incapacidade - DGS, 2004), a maior parte (50,5%) não utiliza nenhum apoio para a deambulação e os que o fazem servem-se maioritariamente de canadianas (27,1%) e bengala (21,5%). A incapacidade auditiva é manifestada por 21,5%, mas só 4,7% usa aparelho o que poderá estar relacionado com os elevados preços das próteses auditivas. Esta perceção da má qualidade, mais expressiva na visão do que na audição, nos idosos, mencionada em outros estudos (Maciel e Guerra, 2007; Elias, 2011), tem sido associada a uma diminuição da capacidade funcional (Maciel e Guerra, 2007).

Relativamente à vigilância da saúde, constatou-se que a frequência de consultas anuais com profissionais de saúde variou entre zero e mais do que sete vezes por ano sendo esta última a mais expressiva (35,5%). Seguem-se 32,7% de idosos que referiram entre 4 a 6 contactos e 28% até 3 vezes nos últimos 12 meses. Apesar da elevada prevalência de comorbilidades que requerem uma monitorização regular, 3,7% dos idosos referiram não ter tido nenhuma consulta de vigilância de saúde no último ano. Constatou-se que os profissionais mais visitados foram o médico e o enfermeiro de família (com 93,5% e 78,5%, respetivamente), o que parece estar relacionado com a organização dos cuidados de saúde em Portugal. Seguem-se os especialistas relacionados com as doenças osteomioarticulares: o médico ortopedista com 44,9% e o fisioterapeuta com 29,9%, destacando-se, assim, o contexto no qual os idosos foram questionados. De salientar que, embora 88,8% tenham perceção da má qualidade de visão e que 87,9% usam óculos, a maioria não foi reavaliada por este profissional de saúde: apenas 27,1% recorreram no último ano ao médico oftalmologista.

Com o envelhecimento, aumenta o número de doenças crónicas e com elas a consequente necessidade de utilizar medicamentos para o seu controlo. A existência de múltiplas doenças na mesma pessoa implica com frequência a prescrição de fármacos de diferentes grupos terapêuticos (Portela e Martins, 2009). Assim, verificou-se que praticamente todos os idosos tomam pelo menos um medicamento diário, sendo que muitos dos participantes tomam mais do que um medicamento. À semelhança de outros estudos com idosos portugueses (Galvão, 2006; Broeiro, 2008), constata-se que a grande maioria das pessoas idosas está polimedicada. Neste estudo, a percentagem mais expressiva assenta no aparelho cardiovascular (81,3%) e uma percentagem significativa (51,4%) no aparelho locomotor. A realçar 63,6% que tomam para o sistema nervoso central. Estes resultados estão em concordância com as morbilidades referidas e vão de encontro a outros estudos nesta área (Filho et al., 2004; Flores e Mengue, 2005; Galvão, 2006), confirmando que os medicamentos cardiovasculares representam a categoria terapêutica mais comumente usada, o que é explicado pela alta prevalência de doenças cardiovasculares entre a população idosa. Os idosos também apresentam frequentemente quadros de insónia, ansiedade e estados confusionais, resultando na prescrição comum de fármacos com ação no sistema nervoso central (Filho et al., 2004). O consumo de psicofármacos (antipsicóticos, antidepressivos, sedativos-hipnóticos, estabilizadores do humor) está a aumentar cada vez mais na população idosa, muitas vezes sem ter em conta as suas características específicas (Portela e Martins, 2009).

Quanto à questão sobre com quem vive, a maior parte dos idosos participantes, 51,4%, refere viver com o cônjuge/companheiro(a) (e/ou com outros familiares) e 22,4% vive sozinho. Dados do INE, 2006 referem que a maioria dos idosos (cerca de 62,8%) vivia com o cônjuge/companheiro(a) e 20,7% viviam sozinhos (INE, 2007). Um estudo levado a cabo pela European Commission (1997, *cit. in* Martins, 2006), constatou que 75% dos idosos viviam nos seus domicílios e eram cuidados por familiares. Destes, a maioria eram cuidados pela esposa/marido, seguido por filhos, por irmão/irmã e por outros. As publicações do INE (1999, *cit. in* INE, 2002) revelaram que a maior parte da população idosa vive com o cônjuge, embora esta percentagem seja bastante superior nos homens. A sobremortalidade masculina e o celibato definitivo feminino são fenómenos que podem estar na origem das diferentes formas de vivência familiar entre

os dois sexos, o que pode justificar a diferença de percentagem de pessoas casadas (49,5%) e os que vivem com o cônjuge/companheiro (51,4%).

A maioria dos idosos refere não necessitar de apoio (51,4%) e, dos que necessitam de apoio, 26,2% são apoiados informalmente por familiares, amigos e vizinhos. O apoio formal prestado é essencialmente por profissionais que não são da área da saúde como por exemplo as empregadas domésticas. Tais factos estão em consonância com o estudo efetuado pela Guarda Nacional Republicana (*cit. in* CEPCEP, 2012), cujas conclusões invocam que a maioria das pessoas idosas vive com boas condições de saúde e, apesar da idade avançada, mantém-se ativa, uma vez que estão inseridos numa rede de suporte familiar e de vizinhança que atende às necessidades de ajuda, quando necessária. Estes resultados estão igualmente em harmonia com os dados da “Operação Censos Sénior 2012” efetuada pela GNR a 23 001 idosos a residir sozinhos e/ou isolados a nível nacional, em que 60,4% não necessita de apoio e os que necessitam, cerca de 17% destes apoios é suportado por familiares (CEPCEP, 2012).

No que respeita à convivência, a maioria das pessoas idosas referiu conviver habitualmente com familiares (95,3%), com vizinhos (78,5%) e com amigos (74,8%). Estes resultados estão de acordo com o reportado no relatório final “O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade” sobre o estudo efetuado pela GNR com a colaboração do responsável pelo Programa Censos Sénior 2012. De acordo com esse estudo, Portugal encontra-se numa situação confortável em relação à maioria dos restantes países da Europa, na medida em que apenas cerca de 2% da população de 65 e mais anos não tem contato com amigos, encontrando-se entre os cinco países com maiores relações de amizade neste grupo etário (CEPCEP, 2012). Segundo Martins (2006), é inegável o papel atribuído às redes familiares e, embora os familiares sejam a maior fonte de apoio físico e emocional dos idosos, os amigos e vizinhos têm um forte efeito no seu bem-estar subjetivo. Eles são uma parte importante das redes de apoio social, implicando múltiplos aspetos que vão desde a partilha de intimidades, apoio emotivo, oportunidades de socialização ou até mesmo o apoio a nível material.

Em termos de atividades de lazer as preferências são o ver televisão (91,6%), ler (45,8%), caminhar a pé (36,4%), labores (20,6%), agricultura/jardinagem (19,6%) e

participar em atividades promovidas por organizações sociais apenas 12,1%. Como se constata, grande percentagem destas atividades é praticada dentro de casa, o que vai de encontro a um estudo realizado por Mendonça (2012). O mesmo autor salienta que a realização de atividades de lazer depende dos níveis financeiro, educacional e cultural dos idosos, sendo, no caso dos idosos dos meios rurais, agravado pela falta de suporte de transportes e de contactos sociais.

A análise do local onde vive revela que, à exceção de um idoso que vive num quarto, a maioria dos idosos reside em moradia/vivenda (62,6%), seguindo-se o andar/apartamento (36,4%). Possuem maioritariamente habitação própria (56,1%) e 30,8% habita em casas alugadas. No entanto, há ainda a considerar que 11,2% dos idosos vive em casas cedidas por entidades diversas, o que poderá reforçar a ideia da desvantagem económica em que se movimenta este grupo populacional. Dados semelhantes são os achados por Andrade e Martins (2011), num estudo realizado no concelho de Tondela. Verificou-se ainda que 1,9% se encontra noutra situação, mais concretamente, refere-se a duas idosas religiosas que habitam na instituição.

No seguimento da avaliação do contexto habitacional, procurou saber-se se possuíam degraus e/ou escadas, pelo facto de poderem constituir barreiras arquitetónicas, e saber quais os apoios facilitadores para a acessibilidade. Foi considerado barreira qualquer entrave que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento e circulação com segurança das pessoas e acessibilidade como a possibilidade e condição de alcance para a utilização com segurança e autonomia dos espaços mobiliários e equipamentos urbanos (Siqueira et al., 2009). Neste estudo destaca-se uma grande percentagem de idosos que referem já alguma incapacidade motora, mas maioritariamente (92,5%) possuem na sua habitação degraus e/ou escadas, ainda que com apoios facilitadores como o corrimão (80,4%), rampas (16,8%) e elevador (15,9%), sendo uma percentagem menos significativa a que não possui qualquer apoio facilitador e uma percentagem residual as que possuem plataforma elevatória (0,9%), provavelmente pelo seu elevado custo. Note-se que alguns estudos, como o de Souza et al. (2004), apontam como atividade em que os idosos requeriam mais ajuda a de subir/descer escadas pois, tal como no presente estudo, embora alguns domicílios sejam térreos, existe um grande número de habitações que apresenta escadas ou degraus no seu interior, dificultando o

acesso, por exemplo, à casa de banho. Salienta-se ainda o facto de que esta condição de dependência parcial ou total para subir/descer escadas aumenta o risco de quedas para os idosos (Souza et al., 2004).

Relativamente ao rendimento líquido mensal, 40,2% dos participantes do estudo referiram possuir um rendimento entre os 501€ e os 1000€. Contudo, encontram-se dois outros valores igualmente expressivos como é o caso dos que apenas dispõem mensalmente de rendimentos entre os 250€ e os 500€ euros (37,4%) e os que auferem entre 1001€ e 2500€ por mês (17,8%). Estes valores monetários estão acima dos revelados em documentos oficiais (CEPCEP, 2012) e em estudos como o realizado recentemente por Drago e Martins (2012) que reflete a ideia de um grande número de idosos com rendimentos entre os 200€ e 400€ que, portanto, não têm disponibilidade económica para satisfazer as necessidades básicas e viver condignamente.

Com base nos resultados obtidos é notória a predominância da independência em cada uma das atividades básicas de vida diária. Assim, na alimentação verificou-se que a maior parte é independente (94,4%), não surgindo nenhum idoso dependente, o que não aconteceu em mais nenhuma atividade. Outros três valores significativos de independência são na higiene corporal, com 92,5%, no controlo intestinal, com 88,8% e no uso de casa de banho, com 86,9%. Relativamente à dependência (total ou parcial), no controlo vesical, embora a maioria ainda se mantenha independente, já se verifica uma percentagem elevada dos que necessitam de ajuda (35,5%). Botelho (2000) no seu estudo reconhece a importância da avaliação desta atividade nos idosos, uma vez que a maior dependência nas mulheres foi devida à presença de incontinência urinária. Os resultados no vestir apontam para uma dependência de 34,6%, que poderá dever-se, por exemplo, à dificuldade manifestada em calçar meias e sapatos (Aires et al., 2009). Já no subir escadas, que tal como em todas as outras atividades prevalece a independência, constatou-se que 30,9% necessitam de ajuda para o fazer. Estes resultados são na sua globalidade semelhantes aos achados noutros estudos (Costa, 2006; Sequeira, 2007; Duca, 2009; Castro, 2011; Elias, 2011) à exceção da atividade tomar banho que nestes estudos se apresenta como uma das primeiras dificuldades. No presente estudo, o resultado obtido não foi tão consonante, o que poderá ter a ver com razões

socioculturais, por implicar um sentimento desconfortável não diretamente relacionado com a saúde.

Os participantes que constituíram esta amostra exibem em média um nível ligeiro de dependência ($\bar{x} = 87,5$; embora o $dp=19,17$ seja um desvio considerável em relação à média), sendo o resultado mais frequente o de total independência (moda=100).

Contudo, em termos qualitativos a maioria das pessoas idosas neste estudo é independente na realização das ABVD (44,9%). Encontrando-se com ligeira dependência 38,3%, moderada dependência 12,1%, severa dependência 1,9% e apenas 2,8% são totalmente dependentes. Este estudo vai de encontro aos achados na comunidade (Nunes, 1991; Broeiro et al., 1995; Botelho e Rendas, 1997; Botelho, 2000; Costa et al., 2006; Maciel e Guerra, 2007; Giacomini et al., 2008; Nakatani et al., 2009; Nunes et al., 2010; Rosa et al., 2010) acentuando que a maior parte dos idosos é independente nas ABVD.

Quanto às atividades instrumentais de vida diária, numa primeira análise, não se observa uma predominância da independência na maioria das atividades. As atividades em que se manifestaram menores dificuldades foram na de responsabilizar-se pela medicação, com 70,1%, seguida da de usar telefone, com 66,4%, e na de preparar as refeições, com 61,7%. Esta percentagem elevada na tarefa responsabilizar-se pela medicação poderá estar mais associada à ausência da ajuda de outrem do que à sua correta preparação. O estudo realizado por Roth e Ivey (2005) verificou que idosos independentes e residentes na comunidade, eram responsáveis pela gestão e toma de um número considerável de medicamentos. No entanto, havia um conhecimento inadequado relativo à saúde, baixa adesão e utilização inapropriada da medicação. Também o resultado obtido na facilidade em utilizar o telefone poderá ser justificado pelo uso generalizado do telemóvel. As maiores dificuldades (dependências) surgiram nas atividades de fazer compras (24,3%), de lavar a roupa (22,4%) e de usar transporte (16,8%). Os resultados obtidos parecem apontar para maiores níveis de dependência nas tarefas que exigem mais esforço físico. A amostra apresenta muitas características semelhantes a outros estudos (Costa et al., 2006; Sequeira, 2007; Duca et al., 2009; Castro et al., 2011; Elias, 2011).

Em geral os participantes exibem em termos médios um grau de dependência entre o ligeiro e o moderado ($\bar{x}=15,1$; $dp=6,80$), sendo o resultado mais habitual o de total independência (moda=8).

Qualitativamente, verificou-se que a maior parte dos idosos apresenta um grau de dependência moderado nas AIVD (54,2%), o que é consentâneo com outros estudos (Costa et al., 2006; Maciel e Guerra, 2007; Nakatani et al., 2009; Nunes et al., 2010; Sousa et al., 2012). Seguindo-se os que se encontram severamente dependentes (25,2%), sendo totalmente independentes 20,6%. Contudo, alguns trabalhos revelaram uma maioria de idosos independentes nas AIVD (Botelho e Rendas, 1997; Pereira e Rodrigues 2007; Rosa et al., 2010), o que, segundo Sousa et al. (2012), se pode justificar por um conjunto de variáveis, bem como o ambiente onde a pessoa está inserida. Estilo de vida, aspetos demográficos, contexto social, económico e cultural são fatores que comprometem a capacidade de realizar as AIVD.

Ao relacionar o grau de dependência nas ABVD com a idade, verificou-se que existe uma associação moderada baixa e negativa, mas significativa ($r=-0,333$; $p=0,000$), o que demonstra que quanto menor a idade, maiores níveis de independência. Da mesma forma, constatou-se uma associação moderada e positiva significativa entre as AIVD e a idade ($r=0,475$; $p=0,000$), concluindo-se que o grau de dependência aumenta com a idade. Vários trabalhos científicos na área corroboram estes resultados culminando com a determinação de uma relação entre dependência e idade, parecendo assim, um dado adquirido que o grau de dependência funcional aumenta nos mais idosos (Amado e Neves, 1992; Sousa; 1993; Botelho, 2000; Amaral e Vicente, 2000; Roe et al., 2001; Smith, 2001; Rosa et al., 2003; Sousa et al., 2003; Araújo et al., 2007; Maciel e Guerra, 2007; Imaginário, 2008; Giacomini et al., 2008; Fiedler e Peres, 2008; Duque, 2009; Duca et al., 2009; Nunes et al., 2009; Rosa et al., 2010).

Também se procedeu à comparação das duas escalas por sexo e verificou-se que o sexo masculino apresentou para as ABVD uma média mais elevada ($\bar{x}=95$; $dp=9,30$) do que o sexo feminino ($\bar{x}=84,9$; $dp=20,95$), sendo a diferença das médias significativa ($t=3,413$; $p=0,001$). Atendendo a que quanto maior for a pontuação na escala de Barthel

menor é o grau de dependência, pode concluir-se que o nível de dependência nas ABVD é maior nos participantes femininos. Nas AIVD verificou-se uma média mais baixa no sexo masculino do que no feminino, ($\bar{x}=12,1$; $dp=4,64$ e $\bar{x}=16,1$; $dp=7,14$ respetivamente), sendo a diferença das médias significativa ($t=-3,322$; $p=0,001$). Atendendo a que quanto maior for a pontuação na escala de Lawton maior é o grau de dependência, pode concluir-se que o nível de dependência nas AIVD é maior nos participantes femininos. Muito embora motivos pessoais e culturais inerentes às gerações estudadas possam sugerir à partida maior dependência dos homens nestas atividades (Botelho, 2000), tal como salientado por Sequeira (2010), a incapacidade por vezes encontrada pode estar relacionada com a inexistência de uma prática e não devida a uma incapacidade. Assim, pelos resultados obtidos, o sexo feminino apresenta maior dependência nas ABVD e nas AIVD. Foram encontrados diversos estudos com resultados no mesmo sentido (Amaral e vicente, 2000; Botelho, 2000; Rosa et al., 2003; Sousa et al., 2003; Cabete, 2005; Imaginário, 2008; Fiedler e Peres, 2008; Nunes et al., 2009). As mulheres, em maioria no grupo dos idosos, apesar de terem uma maior longevidade, apresentam maiores limitações ou maior perda da capacidade funcional. Segundo Sousa et al. (2003), a maior longevidade é apontada como explicação para essa perda da capacidade funcional ser mais acentuada no sexo feminino (Sousa et al., 2003). Acredita-se que em virtude das mulheres viverem mais tempo do que os homens, elas experimentam um maior número de doenças crónicas e comorbilidades, resultando em limitação funcional e incapacidade (Fiedler e Peres, 2008).

Quanto ao estado civil, embora se tenha verificado uma tendência para um grau de dependência ligeiramente maior nas ABVD nos idosos casados e nas AIVD nos idosos com “outro estado civil”, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as ABVD e o estado civil nem entre as AIVD e o estado civil. Ao contrário, outros estudos revelam maior dependência nas ABVD nos “não casados”, como no estudo de Desai et al. (2001) que invoca os que vivem sozinhos e nos estudos de Duque (2009), Nunes et al. (2009) e Rosa et al. (2003), que mencionam a viuvez. Numa investigação levada a cabo por Maciel e Guerra (2007), os idosos casados ou que mantinham relação conjugal apresentaram menor limitação funcional. No entanto, salientam que, noutros estudos, viver sozinho pode significar uma motivação à manutenção das habilidades

para realizar atividades de vida diária, devido à inexistência de um companheiro para ajudar (Rautio et al., 2001).

Relativamente à variável escolaridade, a correlação das escalas utilizadas para ABVD e AIVD evidenciou uma associação moderada baixa e positiva com as ABVD ($r=0,313$; $p=0,001$) e uma associação moderada baixa e negativa com as AIVD ($r=-0,341$; $p=0,000$), pelo que se confirma uma relação entre a variável e o nível de dependência nas ABVD e AIVD, sendo mais elevada nos participantes com escolaridade mais baixa. Assim, o maior grau de dependência está nos que apresentam escolaridade mais baixa, o que vai de encontro a outros estudos (Desai et al., 2001; Rosa et al., 2003; Maciel e Guerra, 2007; Fiedler e Peres, 2008; Nunes et al., 2009). Pessoas com mais instrução têm maior preocupação com a saúde e acesso a melhores cuidados, assim como hábitos higiénicos mais saudáveis, do que aquelas menos favorecidas (Maciel e Guerra, 2007).

No que concerne ao índice de massa corporal, a literatura chama a atenção que a nutrição deficiente (baixo peso ou obesidade) é um dos fatores que influencia a dificuldade em realizar as atividades de vida diária no idoso, apontando os indivíduos com IMC elevado como de maior risco de apresentarem incapacidade funcional quando comparados com os de percentual baixo de IMC (Gordon e Jensen, 2005; Barboza et al., 2007). Alguns estudos em idosos como os efetuados por Galanos et al. (1994) e Botelho (2000), registaram associações entre comprometimento funcional e IMC. Contudo, no presente estudo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o IMC e o grau de dependência, quer nas ABVD quer nas AIVD.

Ao relacionar-se o grau de dependência nas ABVD e o grau de dependência nas AIVD, verificou-se uma correlação bastante forte entre as escalas e a existência de relação entre elas ($r=-0,821$; $p=0,000$). Esta correlação é negativa uma vez que à medida que os resultados da escala de Barthel aumentam, descem os resultados da escala de Lawton, podendo concluir-se que o grau de dependência nas ABVD é maior nos idosos que apresentam maior grau de dependência nas AIVD. Este resultado é corroborado por Araújo et al. (2007) num estudo realizado no norte de Portugal, no qual concluiu que o índice de Barthel apresenta uma correlação positiva e estatisticamente significativa com o índice de Lawton. Tais achados vão igualmente de encontro ao descrito na literatura

(Spector et al., 1987; Oliveira, 2006; Maciel e Guerra, 2007; Guedes et al., 2007; Alves et al., 2008; Duca et al., 2009; Rosa et al., 2010; Castro et al., 2011) ao referirem que o declínio da capacidade funcional se apresenta de forma hierárquica, iniciando-se pela dificuldade nas AIVD, que são atividades mais complexas em relação às ABVD, sendo portanto, afetadas quando as de níveis mais avançadas já foram comprometidas. Assim, alguns autores (Aires et al., 2009; Maciel e Guerra, 2007) sugerem mesmo a utilização das AIVD como marcadores para detetar o início do declínio da capacidade funcional.

Conclusão

A conclusão de um qualquer trabalho deve pressupor uma resposta o mais inequívoca possível para a problemática do assunto em questão, correspondendo no fundo ao objetivo final deste, ou seja, à sua razão de ser. Assim, impõe-se nesta fase tecer algumas considerações em torno do que foi o desenvolvimento do estudo, pelo que serão abordados os principais itens que merecem ser destacados, aludidas as principais limitações e os potenciais contributos desta investigação, assim como apontadas algumas sugestões para futuras investigações.

A revisão da literatura sobre a temática permitiu obter uma maior perceção da relevância da avaliação da dependência funcional da pessoa idosa nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, bem como, contribuiu para a delimitação da finalidade do estudo, a formulação das questões da investigação e a definição dos objetivos. Este enquadramento foi efetuado com base nos conceitos de avaliação funcional, dependência, idoso, atividades básicas de vida diária e atividades instrumentais de vida diária e enfermagem. Surgiu, assim, a oportunidade de conhecer outros estudos (nacionais e internacionais) que contribuíram e enriqueceram este trabalho de investigação.

Após considerável pesquisa bibliográfica, constatou-se que a maioria dos estudos encontrados sobre a avaliação da dependência funcional da pessoa idosa nas atividades básicas e instrumentais de vida diária se focalizam em idosos já dependentes e/ou institucionalizados ou nos seus prestadores de cuidados, sendo escassos os estudos recentes a nível nacional realizados a idosos inseridos na comunidade (não institucionalizados), pelo que pareceu pertinente a realização de um estudo quantitativo do tipo descritivo e correlacional de carácter transversal.

O presente estudo pretendeu avaliar a dependência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária das pessoas idosas, bem como a sua relação com as variáveis sociodemográficas e clínicas (idade, sexo, estado civil, escolaridade e índice de massa corporal) e ainda aferir a existência de relação entre as ABVD e AIVD. Assim, conhecendo os dados específicos do grau e tipo de dependência nas atividades de vida diária, será mais fácil definir os objetivos de intervenções realistas e adequadas, nomeadamente pelos enfermeiros, possibilitando a antecipação de necessidades e de reajustes no contexto comunitário

Na consecução deste percurso de investigação ocorreram algumas dificuldades, a nível teórico e a nível prático, que se considera oportuno referir.

A nível teórico, verificou-se a escassez de literatura específica nesta área, nomeadamente na realidade portuguesa e em contexto de idosos não institucionalizados. Houve, por isso, necessidade de recorrer a estudos desenvolvidos noutros países e a múltiplos estudos desenvolvidos em Portugal mas noutros contextos, algo diversos do presente estudo.

Outra das limitações deste estudo esteve inerente ao uso de uma amostra acidental de base de um serviço de uma única instituição hospitalar, o que não é representativo deste grupo populacional. Acresce ainda o facto de terem sido definidos para este estudo como critérios de exclusão, viver em contexto institucionalizado (lares e cuidados continuados) e não possuir condições cognitivas, o que invalida a possibilidade de inferir resultados para a população idosa em geral. A escolha destes critérios de exclusão justificou-se pela dificuldade que haveria em obter informações fidedignas, uma vez que, por um lado, possuir condições cognitivas é essencial para responder ao questionário e para aplicação das escalas, por outro, o facto de estar institucionalizado pode enviesar as respostas, pois muitas vezes permanece a dúvida se o idoso não realiza determinada tarefa porque já não consegue ou porque existe alguém encarregado de a realizar.

Também os dados foram obtidos em determinado contexto, ou seja, na admissão num serviço hospitalar de ortopedia, e, muitas das vezes, após um determinado evento (cirurgia, acidente, queda), através de informações autoreferidas e não sujeitos a avaliações mais objetivas, nomeadamente a observação do desempenho funcional, o que pode levar a algum enviesamento dos dados.

Além disso, o instrumento de colheita de dados, ou seja, o questionário, ter sido por administração indireta, preenchido pelo investigador (neste caso pelo mesmo investigador) na presença do participante, pode ter condicionado algumas respostas do âmbito mais íntimo e privado. Todavia, esta opção prendeu-se com o facto de se tratar de pessoas idosas admitidas num contexto ortopédico, com possíveis restrições motoras, algumas das quais também com dificuldades na leitura e/ou na escrita.

Quanto às escalas utilizadas, permanece a ambiguidade em relação à sensibilidade quanto aos cuidados de enfermagem, ou seja, associação dos scores com os diagnósticos de enfermagem. Quando se verifica que uma pessoa necessita de ajuda, as escalas não transmitem exatamente qual o tipo de ajuda necessária nas tarefas que compõem aquela atividade. Por exemplo, quando um idoso apresenta um grau de dependência parcial na atividade tomar banho, não é perceptível se a dificuldade está em entrar para a banheira ou em abrir a torneira. Trata-se de limitações inerentes às escalas utilizadas, limitações essas que não cabia ao investigador pôr em causa, mas que merecem análise posterior em fórum alargado.

Apesar destes constrangimentos, o estudo apresenta aspetos positivos, nomeadamente a metodologia adotada, através da qual se acredita ter diminuído o impacto das limitações mencionadas. Destaca-se a caracterização sociodemográfica das pessoas idosas admitidas num serviço de ortopedia, bem como a aplicação das escalas, que terão permitido uma melhor avaliação da dependência funcional da pessoa idosa nas atividades de vida diária, possibilitando aos enfermeiros, através da divulgação dos resultados, ora obtidos, o planeamento de estratégias de atendimento e intervenção adequados à realidade, contribuindo assim para um envelhecimento com melhor qualidade de vida.

O índice de Barthel surge como um instrumento válido e fácil de aplicar na prática clínica para avaliar as ABVD. Contudo, os diferentes tipos de dependências implicam diferentes tipos de cuidados e de tecnologias de apoio o que também exige uma carga horária de cuidados adaptada a cada especificidade (por exemplo, o tipo de cuidados a prestar num caso de dependência na atividade da alimentação seria diferente do tipo de cuidados a prestar em caso de dificuldade na deambulação). Daí a referência já feita sobre as limitações encontradas nesta escala.

Relativamente ao índice de Lawton, é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a funcionalidade instrumental, mas como referido requer precaução na sua utilização pelo facto de algumas das atividades contempladas (limpeza da casa, lavagem da roupa e cozinhar) serem influenciadas pela cultura e pelo género, pois em algumas sociedades, como as ocidentais, são tradicionalmente realizadas pelas mulheres. Esta situação não se apresentou relevante no presente estudo, uma vez que houve alguma prudência na aplicação da escala e foram acautelados possíveis resultados deturpados.

O presente estudo suscitou algumas questões pertinentes que poderão potenciar linhas orientadoras de possíveis estudos. Assim, sugere-se que seja realizada mais investigação no sentido da caracterização da (in)dependência dos idosos (grupo que tem tido pouca atenção por parte dos investigadores), nomeadamente na realidade portuguesa e em contexto de idosos não institucionalizados.

Torna-se pertinente a elaboração de instrumentos de avaliação mais específicos das funções humanas na realização de atividades de vida diária, que sejam mais sensíveis aos diagnósticos de enfermagem.

Relevante também seria a aplicação periódica destas escalas, ou seja, haver uma colheita sistemática de dados que permita uma monitorização da evolução dos sujeitos, aumentando a capacidade de prevenir a deterioração do seu estado de saúde e de protelar o risco de institucionalização.

Igualmente seria importante tentar compreender a relevância que cada uma das atividades de vida diária tem para as pessoas, em função da sua cultura, género e meio sociocultural.

Por tudo isto, muito embora as conclusões deste estudo não possam ser generalizadas para a população idosa em geral, deseja-se que elas sejam um contributo para o conhecimento desta realidade, no âmbito dos objetivos propostos. Não deve, contudo, invalidar-se a importância destas conclusões atendendo ao processo realizado, podendo as mesmas ser utilizadas no contexto onde foi desenvolvida a investigação. Considera-se de valorizar o desenvolvimento deste tipo de trabalhos de investigação que caminhem na direção da melhoria do planeamento e da prestação de cuidados, nomeadamente de enfermagem, com consequentes ganhos a nível da saúde e da qualidade de vida dos idosos.

Referências bibliográficas

Bibliografia

- Aires, M., Paz, A. A. e Perosa, C. T. (2009). Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto alegre, 30(3), pp. 492-499.
- Almeida, A. J. P. S. (2008). *A pessoa idosa institucionalizada em lares - Aspectos e contextos da Qualidade de Vida*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciência Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Almeida, M. L. F. (1999). Crenças dos Enfermeiros Acerca do Envelhecimento Humano, *Revista Referência*, 3(11), pp. 7-14.
- Alves, L. C., Leite, I. C. e Machado, C. J. (2008). Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciênc. Saúde colet.*, 13(4), pp. 1199-1207.
- Amado, J. e Neves, M. C. S. (1992). Epidemiologia e envelhecimento demográfico. *Revista Geriatria*, 5(44), pp. 15-18.
- Amaral e Vicente (2000). Grau de dependência dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 18(2/Julho-Dezembro), pp. 23-31.
- Amendoeira, J. (1999). *A Formação em enfermagem. Que conhecimentos? Que contextos?*. Dissertação de Mestrado em Sociologia, Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Amiralian, M. et al. (2000). Conceituando a deficiência. *Revista de Saúde Pública*, 34(1/fevereiro), pp. 97-103.

- Andrade, A. I. N. P. A. e Martins, R. M. L. (2011). Funcionalidade Familiar e qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*, 40, pp. 185-199.
- Andrade, F. M. M. (2009). *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- Arantes, P. (2003). Perspectiva Holística do Idoso: uma visão necessária. *Revista sinais vitais*, 48. Coimbra, pp. 62-66.
- Araújo, F. et al. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), pp. 59-65.
- Araújo, F. et al. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In: Leal, I. et al. (Ed.). *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa, ISPA, pp. 217-220.
- Araújo, I., Paúl, C. e Martins, M. (2011). Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 45(4), pp. 869-875.
- Araújo, M. F. (1999). *Osteoporose, quedas e fracturas ósseas em mulheres idosas: Estudo de follow-up em Portugal*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Porto.
- Araújo, M. O. P. H. e Ceolim, M. F. (2007). Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 4(3), pp. 378-385.
- Azeredo, Z. (2011). *O idoso como um todo*. 1.^a Edição. Viseu, Psicossoma.
- Bahr, R. T. (1981). *Battered Elderly: Physical and Psychological Abuse*. *Family and Community Health*, 4(2), pp. 61-69.
- Barboza, B. H. V. et al. (2007). Relação entre a taxa de desenvolvimento de força, agilidade motora e equilíbrio em idosas. *Rev. Bras Ciên Mov*, 14(4), p. S261.

- Barreto, K. M. L. e Tirado, M. G. A. (2006). Terapia Ocupacional em Gerontologia. *In: Freitas, E. V. et al. (Ed.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2.^a Edição.* Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp. 1210-1215.
- Berger, L. e Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: Uma abordagem global.* Lisboa, Lusodidacta.
- Bischoff, H. A. et al. (2003). Identifying a cut-off for normal mobility: A comparison of the timed “up and go” test in community-dwelling and institutionalized elderly women. *Age and aging*, 32(3), pp. 315-320.
- Born, T. e Boechat, N. S. (2006). A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. *In: Freitas, E. V. et al. (Ed.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2.^a Edição.* Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp. 1131-1141.
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. *In: Paúl, C. e Fonseca, A. M. (Eds.). Envelhecer em Portugal.* Lisboa, Climepsi Editores, pp. 110-135.
- Botelho, M. A. e Rendas, A. B. (1997). Avaliação multidimensional de idosos: estudo piloto no ambulatório. *Arquivos de Medicina*, 11(3), pp. 167-172.
- Botelho, M. A. S. (2000). *Autonomia Funcional em Idosos: Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano.* Porto, Laboratórios Bial.
- Broeiro, P. (2008). Prescrição em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, pp. 599-603.
- Broeiro, P. et al. (1995). Avaliação de estados funcionais no idoso. Exercício de aplicação de uma versão portuguesa da escala COOP/WONCA Charts. *Acta Médica Portuguesa*, 8, pp. 279- 288.
- Cabete, D. G. (2005). *O Idoso, a Doença e o Hospital – O Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas.* Loures, Lusociência.
- Cabrillo, F. Cachafeiro, M. A. L. (1992). *A revolução grisalha.* Lisboa, Planeta Editora.

- Cardoso, M. E. V. e Nogueira, R. S. S. (2009). Enfermagem no Cuidar do Idoso, *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 3(1/Abril-Outubro), pp. 85-87.
- Cardoso, T., Alarcão, I. e Celorico, J. A. (2010). *Revisão da Literatura e Sistematização do Conhecimento*. Porto, Porto Editora.
- Carvalho, J. e Soares, J. M. C. (2004). Envelhecimento e força muscular – breve revisão. *Revista Portuguesa de Ciências de Desporto*, 4(3), pp. 79-93.
- Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa - CEPCEP (2012). *Relatório Final. O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade*. Lisboa, Faculdade de Ciências Humanas – Universidade Católica Portuguesa.
- Centro Estatístico do Centro Hospitalar do Porto (2005-2011). *Distribuição de doentes saídos segundo a idade e sexo. Internamento de Ortopedia/HSA*. Porto, Centro Estatístico do CHP.
- Cerrato, I. M. e Baltar, A. L. (2004). Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional. *Boletín sobre el envejecimiento*, 13, pp.1-16.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa, Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Costa, E. C., Nakatani, A. Y. K. e Bachion, M. M. (2006). Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. *Acta Paul Enferm*, 19(1), pp. 43-45.
- Costa, E. F. A. et al. (2002). Semiologia do idoso. In: Porto, C. C. (Ed.). *Semiologia médica*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp. 166-197.
- Costa, M. (2002). *Cuidar de idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra, Formasau.
- Costa, M. A. M. (1998). *Enfermeiros: Dos percursos de formação à prestação de cuidados*. Lisboa, Fim de Século Edições Lda., p.74.

- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra, Almedina.
- Devons, C. (2002). Comprehensive geriatric assessment: Making the most of the aging years. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*, 5, pp. 19-24.
- Desai, M. M., Lentzner, H. R. e Weeks, J. D. (2001). Unmet need for personal assistance with activities of daily among older adults. *The Gerontologist*, 41(1), pp. 82-88.
- Diogo, M. (2000). O papel da enfermeira na reabilitação do Idoso. *Revista Latino-Americana em Enfermagem*, 8(1), pp. 75-81.
- Direcção Geral de Saúde – DGS (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa.
- Drago, S. e Martins, R. (2012). A Depressão no Idoso. *Millenium*, 43(junho-dezembro), pp. 79-94.
- Duarte, Y., Andrade, C. e Lebrão, M. (2007). O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41, pp. 317-325.
- Duca, G. F. D., Silva, M. C. e Hallal, P. C. (2009). Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 43(5), pp. 796- 805.
- Duque, H. J. L. T. (2009). *O doente dependente no autocuidado – estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Elias, M. F. A. L. (2011). *Contributos do apoio psicossocial, em contexto domiciliário, aos familiares cuidadores / idosos após fractura da extremidade proximal do fémur*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Ermida, J. G. (1999). Assistência do idoso em Portugal. *Revista portuguesa de medicina geriátrica*, 118(10), pp. 5-9.

- Ermida, J. G. (1999). O processo de envelhecimento. *In: Costa, M. et al. O idoso – Problemas e Realidades*. Coimbra, Formasau, pp. 41-50.
- Espanha, M. (2008). *Anatomofisiologia - Sistema Osteo-articular*. Cruz Quebrada. Edições Faculdade de Motricidade Humana, pp. 51-80.
- European Commission (2007). *Europe's demographic future: Facts and figures on Challenges and opportunities*, Luxembourg, European Commission.
- European Union (2010). *Europe in Figures: Eurostat yearbook 2010*. Belgium, European Commission.
- Farias, N. e Buchalla, C. (2005). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(2), pp. 187-193.
- Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso*. 2.^a Edição. Coimbra, Quarteto Editora.
- Fernandes, P. (2002). Processo e envelhecimento. *In: Fernandes P. (Ed.). A depressão no idoso*. 2.^a Ed. Coimbra, Quarteto, pp. 19-51.
- Fiedler, M. M. e Peres, K. G. (2008). Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*, 24(2), pp. 409- 415.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. 1.^a Edição. Lisboa, Climepsi Editores.
- Filho, J. M. C., Marcopito, L. F. e Castelo, A. (2004). Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 38(4), pp. 557-564.
- Flores, L. M. e Mengue, S. S. (2005). Uso de medicamentos por idosos na região sul. *Revista de Saúde Pública*, 39(6), pp. 924-929.
- Fonseca, A. M. (2004). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa, Climepsi Editores.

- Fonseca, A. M. (2005). Aspectos psicológicos da passagem à reforma: um estudo qualitativo com reformados portugueses. *In: Paúl, C. e Fonseca, A. M. (Eds.). Envelhecer em Portugal*. Lisboa, Climepsi Editores, pp. 97-108.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. 1.^a Edição, Lisboa, Climepsi Editores. pp. 23-25.
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência.
- Fortin, M. F., Côté, J. e Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures, Lusodidacta.
- Frazão, P. e Naveira, M. (2006). Prevalência de osteoporose: uma revisão crítica. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 9(2), pp. 206-214.
- Freixo, M. J. V. (2009). *Metodologia Científica – Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Lisboa, Instituto Piaget.
- Galanos, A. N. et al. (1994). Nutrition and function: is there a relationship between body mass index and functional capabilities of community-dwelling elderly?. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 42(4), pp. 368-373.
- Galvão, C. (2006). O idoso polimedicado: estratégias para melhorar a prescrição. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, pp. 747-752.
- Giacomin, K. C. et al. (2008). Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 24(6), pp. 1260-1270.
- Gordon, L. e Jensen, M. D. (2005). Obesity and functional decline: epidemiology and geriatric consequences. *Clin. Geriatr. Med.*, 21, pp. 677-687.
- Governo de Portugal (2012). *Programa de Ação do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, 2012*. Portugal.
- Graça, A. et al. (2005). *Auto-conceito em cuidadores formais e índices de qualidade de vida dos utilizadores de instituições de apoio à terceira idade, em regime de*

internamento. Monografia de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Portalegre, Portalegre.

Guedes, D. V. et al. (2007). Fatores associados à capacidade funcional de idosos na comunidade. *HU rev, Juiz de Fora*, 33(4), pp. 105-111.

Hedrick, S. C. (1995). Assessment of functional status: Activities of daily living. *Geriatric Assessment Technology: The State of the Art*, pp. 51-57.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de Cuidar*. Loures, Lusociência.

Imaginário, C. M. I. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar. Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. 2.^a Edição, Coimbra, Formasau.

Instituto Nacional de Estatística (1999). Gerações mais idosas. *Série de estudos*, 83. Lisboa, INE.

Instituto Nacional de Estatística (2002). *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das Pessoas Idosas*. Lisboa, Serviço de estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e de População do INE.

Isaacs, B. (1996). *The giants of geriatrics. Inaugural lecture delivered in the University of Birmigham*. London, pp.1-6.

Júnior, C. M. P. e Heckman, M. F. (2006). Distúrbios da Postura, Marcha e Quedas. In: Freitas, E. V. et al. (Ed.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2.^a Edição. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp. 950-961.

Kearney, P. e Pryor, J. (2004). The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), pp. 162-170.

Kirkwood, R. N., Araújo, P. A. e Dias, C. S. (2006). Biomecânica da marcha em idosos caídores e não caídores: uma revisão da literatura. *Revista brasileira Ciência e Movimento*, 14(4), pp. 103-110.

- Kumar, R. (2005). *Research methodology: a step-by-step guide for beginners*. London, Sage Publications.
- Kuznier, T.P. (2007). *O significado do envelhecimento e do cuidado para o idoso hospitalizado e as possibilidades do cuidado de si*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem na Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Lawton, M. P. e Brody, M. H. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, pp. 179-186.
- Lezaun, J., Arrazola, F. e Arrazola, M. (2001). *Apoio informal e cuidado de las personas mayores dependientes*. Matia Fundazida.
- Lezaun, J. J. Y. e Salanova, M. P. (2001). *Apoio informar e demencias: Es possible descubrir nuevos caminos?*. Matia Fundazida.
- Lima, A. et al. (2010). Uma abordagem qualitativa das interações entre os domínios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Acta Fisiatria*, 17(3), pp. 94-102.
- Lima, J. Á. e Pacheco, J. A. (2006). *Fazer Investigação: Contributos para a elaboração de dissertações e teses*. Porto, Porto Editora.
- Lima, J. P. et al. (2002). O idoso hospitalizado, *Revista sinais vitais*, 41(3).
- Lopes, L. M. (2007). Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(1), pp. 39-46.
- Lopes, M. (2006). *A Relação Enfermeiro - Doente: como intervenção terapêutica*. Coimbra, Formasau.
- Maciél, A. C. C. e Guerra, R. O. (2007). Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 10(2), pp. 178-189.
- Mahoney, F. I. e Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, pp. 61-65.
- Martins, M. M. (2002). *Uma crise acidental na família*. Coimbra, Formasau.

- Melo, F. e Barreiros, J. (2002). A terceira idade, uma população de peso a nível social. *Revista Sociedade portuguesa de educação física*, pp. 23-33.
- Mendonça, A. (2012). *Envelhecimento activo e educação ao longo da vida*. Funchal. Universidade da Madeira.
- Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC – Contributos Para um Envelhecer Resiliente*. Loures, Lusociência.
- Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde (2004). Plano Nacional da Saúde 2004-2010. Lisboa, DGS.
- Moniz, J. M. N. (2003). *A Enfermagem e a pessoa idosa – A prática de cuidados como experiência formativa*. Loures, Lusociência.
- Nazareth, J.M. (1988). O envelhecimento demográfico. *Revista de Psicologia*, 6(2), pp. 135-146.
- Netto, M. P. e Ponte, J. R. (2002). Envelhecimento: Desafio na transição do século. In: Netto, M. P. (Ed.). *Gerontologia – a Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo, Atheneu, pp. 3-12.
- Netto, M. P., Kein, E. L. e Brito, F. C. (2006). Avaliação geriátrica multidimensional. In: Filho, E. T. C. e Netto, M. P. (Ed.). *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. 2.^a Edição. São Paulo, Atheneu, pp. 73-85.
- Nunes, B. (1991). Os Idosos no concelho de Alfândega da Fé. *Revista portuguesa de Clínica Geral*, 8(8), pp. 237- 241.
- Nunes, B. e Branco, M. J. (2006). Incidência de acidentes domésticos e de lazer no continente, em 2002. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24(2), pp. 15-24.
- Nunes, D. P. et al. (2010). Capacidade funcional, condições socioeconómicas e de saúde de idosos atendidos por equipas de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Ciências & Saúde*, 15(6), pp. 2887-2898.

- Nunes, M. C. R. et al (2009). Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 13(5), pp. 376-382.
- Oliveira, J. H. B. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. 2.^a Edição. Porto, Livpsic.
- Oppenheim, A. N. (2000). *Questionnaire design, interviewing and measurement*. London, Continuum.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a saúde do mundo – saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra, OMS.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *The World health report*. Geneva, World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde e Direcção Geral de Saúde (2004). *CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa, OMS/DGS.
- Paixão, C. M. e Reichenheim, M. E. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 21(1), pp. 7-19.
- Paschoal, S. M. P. (2002). Autonomia e independência. In: Netto, M. P. (Ed.). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, Atheneu, pp. 311-323.
- Paschoal, S. M. P. (2007). Autonomia e independência. In: Netto, M. P. (Ed.). *Tratado de gerontologia*. 2.^a Edição. São Paulo, Atheneu, pp. 609-621.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In: Paúl, C. e Fonseca, A. (Ed.) *Envelhecer em Portugal*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Paúl, C. et al. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In: Paúl, C. e Fonseca, A. M. (Ed.). *Envelhecer em Portugal - Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa, Climepsi Editores, pp.74-95.

- Pavarani, S. C. I. e Neri, A. L. (2000). Compreendendo Dependência, Independência e Autonomia no Contexto Domiciliário: Conceitos, Atitudes e Comportamentos. *In: Duarte, Y. e Diogo, M. (Ed.). Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico.* São Paulo, Atheneu, pp. 49-70.
- Peel, N. M. e Kassulke, D. (2002). Population based study of hospitalised fall related injuries in older people. *Injury Prevention*, 24, pp. 280-283.
- Pelegrin, A. K. A. P. et al. (2008). Idosos de uma Instituição de Longa permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. *Ciências da Saúde*, 15(4/Outubro-Dezembro), pp. 182-188.
- Pessini, L. e Barchifontaine, C. (2006). *Bioética: Longevidade Humana.* S. Paulo, Edições Loyola.
- Phaneuf, M. (1993). *Cuidados de enfermagem. El proceso de atención de enfermería.* Madrid, McGraw-Hill.
- Pimentel, L. M. G. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias.* Coimbra, Quarteto Editora.
- Pinholt, E. M. et al. (1987). Functional assessment of the elderly. A comparison of standard instruments with clinical judgement. *Archives of Internal Medicine*, 147, pp. 484-488.
- Pironet, N. (2007). O enfermeiro e... os cuidados continuados. *Ordem dos Enfermeiros: Newsletter Secção Regional da Região Autónoma dos Açores.* Outubro.
- Polít, D. F., Beck, C. e Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização.* 5.^a Edição. São Paulo, Artmed editora.
- Portal do Governo e Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade (2006). Decreto-Lei n.º 101/06 – D.R., I Série-A, nº 109, de 06/06/2006 – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

- Quaresma, M. L. (2004). Interrogar a Dependência. In: Quaresma, M. L. et al. (Ed.). *O Sentido das Idades da Vida – Interrogar a Solidão e a Dependência*. Lisboa, ISSS-CESDET, pp. 37-50.
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2.^a Edição. Lisboa, Gradiva.
- Rautio, N., Heikkinen, E. e Heikkinen, R. L. (2001). The association of socio-economic factors with physical and mental capacity in elderly men and women. *Arch Gerontol Geriatr*, 33, pp. 163-178.
- Rebelatto, J. R. e Morelli, J. G. (2004). *Fisioterapia Geriátrica: A prática da assistência ao idoso*. 1^a Edição. Brasil, Manole Lda.
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra, Quarteto.
- Rizzotto, M. L. F. (1999). *História da enfermagem e sua relação com a saúde pública*. Goiânia, Editora Ab.
- Roach, S. (2003). *Introdução à enfermagem gerontológica*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
- Roe, B. et al. (2001). Elders's needs and experiences of receiving formal and informal care for their activities of daily living. *Journal of Clinical Nursing*, 10(3), pp. 389-397.
- Rosa, A. A. et al. (2010). Características demográficas (sexo e idade) e as atividades básicas e instrumentais de vida diária em adultos e idosos saudáveis. *ConScientiae Saúde*, 9(3), pp. 403-412.
- Rosa, M. e Vieira, C. (2003). *A população portuguesa no século XX*. Viseu, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Rosa, T. E. C. et al. (2003). Factores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 37(1), pp. 40-48.
- Rossi, E. (2008). Envelhecimento do sistema osteoarticular. *Revista Einstein*, 6(1), pp. 7-12.

- Roth, M. T. e Ivey, J. L. (2005). Self-reported medication use in community-residing older adults: a pilot study. *The Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 3(3), pp. 196-204.
- Sampaio, S. F. (1999). Qualidade de ensino de um curso de enfermagem: Subsídio para construção dum modelo de avaliação, *Texto Contexto Enfermagem*, 8(1), pp. 273-285.
- Santos, D. M. e Sichieri, R. (2005). Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 39(2), pp. 163-168.
- Santos, J. M. O. (2002). *Parceria nos Cuidados: Uma metodologia de trabalho centrada no doente*. Porto, Universidade Fernando Pessoa, pp. 19-27.
- Santos, P. (2002). *A depressão no idoso*. 2.^a Edição. Coimbra, Quarteto.
- Sarmiento, E., Pinto, P. e Monteiro, S. (2010). *Dificuldades sentidas pelos familiares em cuidar do idoso dependente no domicílio mecanismos de adaptação*. 1.^a Edição. Coimbra, Formasau.
- Seely, R. R., Stephens, T. D. e Tate, P. (2003). *Anatomia & Fisiologia*. 6.^a Edição. Loures. Lusociência, pp. 249-278.
- Sequeira, C. (2007). *O aparecimento de uma perturbação demencial e suas repercussões na família*. Dissertação de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa, Lidel.
- Serra, A. S. V. (2006). O que significa envelhecer. In: Firmino, H., et al (Ed.). *Psicogeriatría*. Coimbra, Editora Almedina.
- Serra, L. M. A., Oliveira, A. F. e Castro, J. C. (2012). *Critérios Fundamentais em Fraturas e Ortopedia*. 3.^a Edição. Lousã. Lidel.
- Silva, J. L. L. et al. (2007). Reflexões sobre a humanização e a relevância do processo de comunicação. In: *Promoção da Saúde*, 3(2), pp. 9-11.

- Siqueira, F. C. V. et al. (2009). Barreiras arquitetónicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciências & Saúde Coletiva*, 14(1), pp. 39-44.
- Siu, A. L., Reuben, D. B. e Moore, A. A. (1994). Comprehensive geriatric assessment. In: Hazzard, W. R. et al. (Ed.). *Principles of geriatric medicine and gerontology*. 3.^a Edição, McGraw-Hill.
- Smith, J. (2001). Well-being and health from age 70 to 100: findings from the Berlin Aging Study. *Eur Rev*, 9, pp. 461-477.
- Sousa, L.; Figueiredo, D. e Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família: os cuidados familiares na velhice*. 1.^a Edição. Porto, Ambar.
- Sousa, L., Galante, H. e Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*. 37(3), pp. 364-371.
- Sousa, L., Relvas, A. P., e Mendes, A. (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa, Climepsi Editores PC.
- Sousa, M. M. (2011). *Formação para a Prestação de Cuidados a Pessoas Idosas*. 1.^a Edição. Cascais, Príncípia.
- Sousa, S. M. R. (1993). Caracterização de idosos dependentes nas freguesias de Lordelo, Matosinhos e Leça da Palmeira. *Geriatrics*, 6(56), pp. 23-30.
- Sousa, V., Drissnark, M. e Mendes, I. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte I: Desenhos de Pesquisa Quantitativa. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 15(3), pp. 168-184.
- Souza, E. R. et al. (2002). O idoso sob o olhar do outro. In: *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, pp. 191-209.
- Spar, J. E. e La Rue, A. (2005). *Guia prático de psiquiatria geriátrica*. Lisboa, Climepsi editores.

- Spector, W. D. et al. (1987). The hierarchical relationship between activities of daily living and instrumental activities of daily living. *Journal of Chronic Diseases*, 40(6), pp. 481-489.
- Squire, A. (2005). *Saúde e Bem-Estar para Pessoas Idosas: Fundamentos para a Prática*. Loures, Lusociência.
- Stuck, A. E. et al. (1993). Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*, 342, pp. 1032-1036.
- Vieira, E. B. et al. (1996). *Manual de Gerontologia*. Rio de Janeiro, Revinter, p. 24
- White, J. (2004). Avaliação Musculoesquelética. In: O' Sullivan, S. B. e Schmit, T. J. (Ed.). *Fisioterapia: avaliação e tratamento*. 4.^a Edição. SP, Brasil. Manole, pp. 101-132.
- WHO (2002). *Active Ageing: A policy framework*. Department of Health Promotion, Noncommunicable Disease Prevention and Surveillance. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2002). *Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Department Ageing and Life Course – Active ageing: a policy framework*. Geneva, World Health Organization.
- Yancik, R. et al. (2007). Report of the national institute on aging task force on comorbidity. *The journals of Gerontology Series A: Biological Science and Medical Science*, 62(3), pp. 275-280.
- Yang, Y. (2005). Functional Disability, Disability Transitions, and Depressive Symptoms in Late Life. *Journal of aging and health*, 3, pp. 263-292.

Webgrafia

Apóstolo, J. L. A. (2011). Instrumentos para Avaliação em Geriatria. [Em linha]. Disponível em http://www.google.pt/search?q=apostolo+intrumentos+de+avalia%C3%A7%C3%A3o+geiratica&hl=pt-PT&gbv=2&gs_l=heirloom-hp.1.0.0i13j0i13i30.1125.11890.0.15609.34.30.3.1.1.0.250.3254.11j18j1.30.0...0.0...1c.1.YC7E7vx1un8&oq=apostolo+intrumentos+de+avalia%C3%A7%C3%A3o+geiratica. [Consultado em 30/10/2012].

Associação Portuguesa de Psicogerontologia (s/d). Curso de formação: 7.^a Edição do curso de prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes. In: *Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005*. D.R. 81, Série I-B, de 27 de Abril de 2005. [Em linha]. Disponível em <http://www.app.com.pt>. [Consultado em 30/11/2012].

Batista, S. G. e Cunha, M. B. (2007). *Estudos de Usuários: Visão global dos métodos de coleta de dados*. [Em linha]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pci/v12n2/v12n2a11.pdf>. [Consultado em 06/09/2012].

Carvalho, E. (2009). Cuidados de Enfermagem na Terceira Idade. In: Encontro Psicogeriátrico do Porto. [Em linha]. Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4635/1/CUIDADOS%20DE%20ENFERMAGEM%20NO%20IDOSO.pdf>. [Consultado em 09/11/2012].

Castro, D. C. et al. (2011). Prevalência de incapacidade em idosos do Município de Goiânia - Goiás. *16.º SENPE – Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem*. [Em linha]. Disponível em <http://www.abeneventos.com.br/16senpe/senpe-trabalhos/files/0341.pdf>. [Consultado em 30/03/2013].

Cunha, U. e Veadó, M. A. (2006). Projeto Diretrizes: Quedas em Idosos. Rio de Janeiro. *Revista Brasileira Ortopedia*, 41(6), pp. 195-199. [Em linha]. Disponível em http://www.rbo.org.br/2006_jun_05.pdf. [Consultado em 03/02/2013].

Direcção Geral de Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Circular Normativa N.º: 13/DGCG, de 02/07/04. Lisboa, DGS. [Em linha]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>. [Consultado em 30/11/2012]

Direcção Geral de Saúde – DGS (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa, Ministério da Saúde. [Em linha]. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008253.pdf>. [Consultado em 30/11/2012].

Envelhecimento ativo 2012. [Em linha]. Disponível em <http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012.pdf>. [Consultado em 07/10/2012].

Guimarães, J. M. e Farinatti, P. T. (2005). Análise descritiva das variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. *Revista brasileira Medicina Esporte*, 11(5), pp. 299-305. [Em linha]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v11n5/27593.pdf>. [Consultado em 30/10/2012].

Instituto Nacional de Estatística (2007). *Destaque – Informação à Comunicação Social*. [Em linha]. Disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquese&DESTAQUESdest_boui=5546132&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt. [Consultado em 20/03/2013].

Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011. Resultados Provisórios. XV recenseamento geral da população. V recenseamento geral da habitação*. Lisboa. [Em linha]. Disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&menuBOUI=13707294&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=122073978&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1. [Consultado em 09/09/2012].

Instituto Nacional de Estatística (2011). *Taxa bruta de mortalidade (%) por sexo; Anual*. [Em linha]. Disponível em http://WWW.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=7263&tipoSelecao=1&contexto=pqselTab=tab1&submitLoad=true. [Consultado em 28/03/2013].

Martins, R. M. L. (2006). Educação, ciência e tecnologia. Envelhecimento e Políticas Sociais. *Millenium - Revista do ISPV*, 32(Fev.), pp. 126-140. [Em linha]. Disponível em <http://www.ipv.pt/Millenium32/10.pdf>. [Consultado em 20/03/2013].

- Nakatani, A. Y. K. et al. (2009). Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenções pela equipe de saúde. *Rev. Eletr. Enf.* 11(1), pp. 144-150. [Em linha]. Disponível em http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/v11n1a18.htm. [Consultado em 11/02/2013].
- Oliveira, S. F. D. (2006). Declínio cognitivo, funcionalidade e arranjos domiciliares entre idosos do município de São Paulo. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo. *Biblioteca Digital da Universidade de São Paulo*. [Em linha]. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-02102006-115355/pt-br.php>. [Consultado em 12/04/2013].
- Paes, C. E. e Gaspar, V. L. (2005). As injúrias não intencionais no ambiente domiciliar: a casa segura. *Jornal de Pediatria*, 81(5 Supl), pp. 146-154. [Em linha]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v8n5s0/v81n5Sa04.pdf>. [Consultado em 03/02/2013].
- Pereira, M. A. L. e Rodrigues, M. C. (2007). Perfil da capacidade funcional em idosos residentes no condomínio Vila Vida em Jataí-Go. *Revista EFDeportes*, 109. [Em linha]. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd109/perfil-da-capacidade-funcional-em-idosos.htm>. [Consultado em 02/04/2013].
- Portela, C. M. e Martins, V. (2009). Complex(idade) da Psicofarmacologia nos Adultos de Idade Avançada. *O Portal dos Psicólogos*. [Em linha]. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0152.pdf>. [Consultado em 22/03/2013].
- REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. [Em linha]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>. [Consultado em 30/11/2012].
- Silva, F. H. C. et al. (2011). Correlação entre o estado nutricional e a mobilidade em idosas fisicamente ativas. *Revista EFDeportes*, 156. [Em linha]. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd156/estado-nutricional-e-mobilidade-em-idosas.htm>. [Consultado em 31/01/2013].

Sousa, A. A. D. et al. (2012). Incapacidades nas atividades instrumentais de vida diária: estudo epidemiológico. *VI FEPEG – Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão*. Universidade Estadual de Montes Claros-Unimontes. [Em linha]. Disponível em http://www.fepeg.unimontes.br/sites/default/files/INCAPACIDADES_NAS_ATIVIDADES_INSTRUMENTAIS_DE_VIDA%20DIARIA_ESTUDO_EPIDEMIOLOGICO.pdf. [Consultado em 02/04/2013].

Souza, A. S. et al. (2004). Cuidando do Idoso na Família e na Comunidade. *Anais do 2.º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária*. Belo Horizonte. [Em linha]. Disponível em <https://www.ufmg.br/congrext/Saude/Saude65.pdf>. [Consultado em 30/03/2013].

WHO (2007). WHO Global report on falls prevention in older age. Ageing and Life Course Family and Community Health World Organization. Geneva. *World Health Organization*. [Em linha]. Disponível em http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf. [Consultado em 06/02/2013].

Anexos

Anexo I - Instrumento de colheita de dados

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

No âmbito do Mestrado em Enfermagem, área de Geriatria e Gerontologia, da Universidade Fernando Pessoa, pretende-se desenvolver um estudo denominado “*Avaliação da dependência funcional da pessoa idosa nas atividades básicas e instrumentais de vida diária - um estudo num serviço de ortopedia*”.

Este estudo tem como objetivos:

- ♦ Saber qual o perfil sociodemográfico;
- ♦ Avaliar o grau de dependência na realização de atividades básicas de vida diária;
- ♦ Saber quais as atividades básicas de vida diária em que são dependentes;
- ♦ Avaliar o grau de dependência na realização de atividades instrumentais de vida diária;
- ♦ Saber quais as atividades instrumentais de vida diária em que são dependentes;
- ♦ Saber se existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis idade, sexo, estado civil, escolaridade e índice de massa corporal e o grau de dependência na realização de atividades básicas de vida diária;
- ♦ Saber se existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis idade, sexo, estado civil, escolaridade e índice de massa corporal e o grau de dependência na realização de atividades instrumentais de vida diária;
- ♦ Saber se existe relação estatisticamente significativa entre o grau de dependência na realização de atividades básicas de vida diária e o grau de dependência na realização de atividades instrumentais de vida diária.

A sua participação no estudo não envolve qualquer risco, sendo apenas solicitada a sua colaboração na resposta às questões deste questionário, que tem como tempo previsível de preenchimento 15 minutos e que se encontra organizado em três grupos:

- Grupo I – Recolha de dados sociodemográficos.
- Grupo II – Avalia as Atividades Básicas de Vida Diária, através do Índice de Barthel.
- Grupo III – Avalia as Atividades Instrumentais de Vida Diária, através do Índice de Lawton e Brody.

Será garantida a confidencialidade e a anonimização dos dados e mantida a privacidade, pois a identidade será apenas do conhecimento exclusivo do investigador principal.

A sua participação no estudo é voluntária, podendo cessar a sua colaboração a qualquer momento. Assim, solicita-se o seu consentimento por escrito, em como aceita participar no estudo depois de devidamente informado(a) e esclarecido(a).

Agradecemos a sua disponibilidade.

O investigador principal,
Fátima Silva – fatimammsilva@gmail.com

DADOS DO PARTICIPANTE

Nº _____

1 Idade: _____

2 Sexo: Masculino Feminino

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

4 Escolaridade: Sem escolaridade 1º ciclo de ensino básico (4º ano)
 2º ciclo de ensino básico (6º ano) 3º ciclo de ensino básico (9º ano)
 Ensino secundário (12º ano) 1º ciclo (bacharelato/licenciatura)
 2º ciclo (mestrado) 3º ciclo (doutoramento)

5 Situação profissional: Empregado Reformado
 Outra (especificar) _____

5.1 Profissão que exerce ou exerceu _____

6 Motivo do internamento: _____

6.1 Originado por queda? Sim Não

7 Dados antropométricos:

Peso _____ Kg Altura _____ metros

8 Morbilidade (problemas referidos): Doença cárdiovascular
 Doença osteoarticular Doença respiratória
 Doença neurológica / psiquiátrica Doença endócrina Doença oncológica
 Outra (especificar) _____

9 Tipos de incapacidade Não tem Visual
 Auditiva Motora Outra (especificar) _____

10 Dispositivos de correcção: Não tem Óculos Lentes de contacto
 Prótese auditiva Prótese dentária Membro artificial
 Outro (especificar) _____

11 Utilização de tecnologias de apoio para a deambulação: Não tem
 Canadianas Andarilho Bengala Cadeira de rodas
 Outra (especificar) _____

12 Acompanhamento por profissionais de saúde: Sem acompanhamento
 Até 3 vezes/ano De 4 a 6 vezes/ano Mais do que 7 vezes/ano

12.1 No último ano que profissionais de saúde visitou _____

13 Medicação habitual: Não toma Aparelho cardiovascular
 Aparelho digestivo Aparelho geniturinário Aparelho locomotor
 Sistema nervoso central Aparelho respiratório
 Tratamento das doenças endócrinas
 Outra (especificar) _____

14 Com quem vive actualmente: Sozinho Cônjuge/companheiro
 Filhos Netos Irmãos Genros/Noras Sobrinhos
 Vizinhos/Amigos Outro (especificar) _____

15 Suporte de apoio: Não necessita Apoio informal
 Apoio formal por profissionais da área da saúde
 Apoio formal por outros profissionais que não da área da saúde

16 Costuma conviver com: Familiares Amigos Vizinhos
 Membros de organizações / instituições sociais
 Outro (especificar) _____

17 Ocupação dos tempos livres Leitura Ver TV Caminhar a pé
 Praticar desportos Participa em actividades de organizações sociais
 Agricultura / jardinagem Labores
 Outro (especificar) _____

18 Situação habitacional: Casa própria Casa alugada
 Casa cedida Outra (especificar) _____

19 Tipo de habitação: Moradia/Vivenda Andar / Apartamento
 Quarto Outro (especificar) _____

19.1 Possui degraus / escadas? Sim Não

19.2 Apoios facilitadores para a acessibilidade: Não tem
 Elevador Rampa Corrimão Barras de apoio lateral
 Plataforma elevatória Outra (especificar) _____

20 Rendimento líquido mensal: Menos de 250 euros De 250 a 500 euros
 De 501 a 1000 euros De 1001 a 2500 euros Mais de 2500

ACTIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ABVD)

Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007)

O índice de Barthel avalia as Actividades Básicas de Vida Diária.

Leia atentamente as actividades enumeradas e assinale a sua opção com uma cruz X

ITENS	ABVD	COTAÇÃO
ALIMENTAÇÃO	INDEPENDENTE	<input type="checkbox"/> 10
	NECESSITA DE AJUDA	<input type="checkbox"/> 5
	DEPENDENTE	<input type="checkbox"/> 0
VESTIR	INDEPENDENTE	<input type="checkbox"/> 10
	NECESSITA DE AJUDA	<input type="checkbox"/> 5
	DEPENDENTE	<input type="checkbox"/> 0
BANHO	INDEPENDENTE	<input type="checkbox"/> 5
	DEPENDENTE	<input type="checkbox"/> 0
HIGIENE CORPORAL	INDEPENDENTE	<input type="checkbox"/> 5
	DEPENDENTE	<input type="checkbox"/> 0
USO DA CASA DE BANHO	INDEPENDENTE	<input type="checkbox"/> 10
	NECESSITA DE AJUDA	<input type="checkbox"/> 5
	DEPENDENTE	<input type="checkbox"/> 0
CONTROLO INTESTINAL	INDEPENDENTE	<input type="checkbox"/> 10
	INCONTINENTE OCASIONAL	<input type="checkbox"/> 5
	INCONTINENTE FECAL	<input type="checkbox"/> 0
CONTROLO VESICAL	INDEPENDENTE	<input type="checkbox"/> 10
	INCONTINENTE OCASIONAL	<input type="checkbox"/> 5
	INCONTINENTE OU ALGALIADO	<input type="checkbox"/> 0
SUBIR ESCADAS	INDEPENDENTE	<input type="checkbox"/> 10
	NECESSITA DE AJUDA	<input type="checkbox"/> 5
	DEPENDENTE	<input type="checkbox"/> 0
TRANSFERÊNCIA CADEIRA-CAMA	INDEPENDENTE	<input type="checkbox"/> 15
	NECESSITA DE AJUDA MÍNIMA	<input type="checkbox"/> 10
	NECESSITA DE GRANDE AJUDA	<input type="checkbox"/> 5
	DEPENDENTE	<input type="checkbox"/> 0
DEAMBULAÇÃO	INDEPENDENTE	<input type="checkbox"/> 15
	NECESSITA DE AJUDA	<input type="checkbox"/> 10
	INDEPENDENTE COM CADEIRA DE RODAS	<input type="checkbox"/> 5
	DEPENDENTE	<input type="checkbox"/> 0

Pontuação _____

ACTIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVD)

Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007)

O índice de Lawton avalia as Actividades Instrumentais de Vida Diária.

Leia atentamente as actividades enumeradas e assinale a sua opção com uma cruz X

AIVD	ITENS	COTAÇÃO
CUIDAR DA CASA	CUIDA DA CASA SEM AJUDA	<input type="checkbox"/> 1
	FAZ TUDO, EXCEPTO O TRABALHO PESADO	<input type="checkbox"/> 2
	SÓ EXECUTA TAREFAS LEVES	<input type="checkbox"/> 3
	NECESSITA DE AJUDA PARA TODAS AS TAREFAS	<input type="checkbox"/> 4
	INCAPAZ DE FAZER ALGUMA TAREFA	<input type="checkbox"/> 5
LAVAR A ROUPA	LAVA A SUA ROUPA	<input type="checkbox"/> 1
	SÓ LAVA PEQUENAS PEÇAS	<input type="checkbox"/> 2
	É INCAPAZ DE LAVAR A SUA ROUPA	<input type="checkbox"/> 3
PREPARAR AS REFEIÇÕES	PLANEIA, PREPARA E SERVE SEM AJUDA	<input type="checkbox"/> 1
	PREPARA OS INGREDIENTES, SE LHOS DEREM	<input type="checkbox"/> 2
	PREPARA PRATOS PRÉ-COZINHADOS	<input type="checkbox"/> 3
	INCAPAZ DE PREPARAR AS REFEIÇÕES	<input type="checkbox"/> 4
FAZER COMPRAS	FAZ AS COMPRAS SEM AJUDA	<input type="checkbox"/> 1
	SÓ FAZ PEQUENAS COMPRAS	<input type="checkbox"/> 2
	FAZ AS COMPRAS ACOMPANHADO	<input type="checkbox"/> 3
	É INCAPAZ DE IR ÀS COMPRAS	<input type="checkbox"/> 4
USAR TELEFONE	USA-O SEM DIFICULDADE	<input type="checkbox"/> 1
	SÓ TELEFONA PARA LUGARES FAMILIARES	<input type="checkbox"/> 2
	NECESSITA DE AJUDA PARA O USAR	<input type="checkbox"/> 3
	INCAPAZ DE USAR O TELEFONE	<input type="checkbox"/> 4
USAR TRANSPORTE	VIAJA EM TRANSPORTE PÚBLICO OU CONDUZ	<input type="checkbox"/> 1
	SÓ ANDA DE TÁXI	<input type="checkbox"/> 2
	NECESSITA DE ACOMPANHAMENTO	<input type="checkbox"/> 3
	INCAPAZ DE USAR TRANSPORTES	<input type="checkbox"/> 4
USAR DINHEIRO	PAGA AS CONTAS, VAI AO BANCO, ETC.	<input type="checkbox"/> 1
	SÓ EM PEQUENAS QUANTIDADES DE DINHEIRO	<input type="checkbox"/> 2
	INCAPAZ DE UTILIZAR O DINHEIRO	<input type="checkbox"/> 3
RESPONSABILIZAR-SE PELOS MEDICAMENTOS	RESPONSÁVEL PELA SUA MEDICAÇÃO	<input type="checkbox"/> 1
	NECESSITA QUE LHE PREPAREM A MEDICAÇÃO	<input type="checkbox"/> 2
	INCAPAZ DE SE RESPONSABILIZAR PELA MEDICAÇÃO	<input type="checkbox"/> 3

Pontuação _____

Anexo II - Autorização conjunta do Conselho de Administração, da Comissão de Ética, do Gabinete Coordenador de Investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação e ainda da Direção de Enfermagem e Direção Clínica do Centro Hospitalar do Porto

Exm.ª Sr.ª
Enf.ª Fátima Maria Machado Silva
Serviço de Fisioterapia

ASSUNTO: Trabalho Académico – Mestrado: “Capacidade funcional em actividades básicas e instrumentais de vida diária da pessoa idosa - um estudo na população idosa admitida no Centro Hospitalar do Porto” - “N/ REF.ª 156/12(121-DEFI/115-CES)

O Conselho de Administração do CHP **autoriza** a realização do estudo de investigação acima mencionado nesta Instituição, no Serviço de Ortopedia, sendo Investigadora Principal a Enf.ª Fátima Maria Machado Silva. O estudo de investigação foi previamente analisado pela Comissão de Ética e pelo Gabinete Coordenador de Investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP, bem como pela Direcção de Enfermagem e Direcção Clínica, tendo obtido Parecer Favorável.

Cumprimentos,

Autorizada

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Dr. SOFIA VILHEGAS

Dr.ª ELIA GOMES

Presidente

Vice-Presidente

Dr. PAULO BARBOSA

Dr. PORTO GOMES

Presidente

Vice-Presidente

Enf.ª EDUARDO ALVES

Presidente

* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.ª.

Anexo III - Autorização do autor da versão abreviada dos índices de Barthel e Lawton

Exmo. Sr. Professor Carlos Sequeira
Dig.mo Autor do livro "Cuidar de Idosos com
dependência Física e Mental"

Porto, 19 de Março de 2012

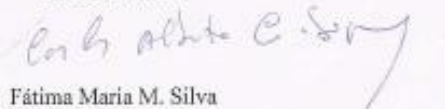
Assunto: Pedido de autorização ao autor

Fátima Maria Machado da Silva, aluna do Mestrado em Enfermagem na área de Geriatria e Gerontologia na Universidade Fernando Pessoa, encontra-se a desenvolver um estudo de investigação denominado "*Capacidade Funcional em Actividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária da Pessoa Idosa – um estudo na população idosa admitida no Centro Hospitalar do Porto*".

Vem por este meio solicitar a V. Exa. autorização para a utilização das escalas de Actividades Básicas de Vida Diária – Índice de Barthel e Actividades Instrumentais de Vida Diária – Índice de Lawton, propostas no livro "Cuidar de Idosos com dependência Física e Mental" publicado em Outubro de 2010, Edições Lidel.

Desde já agradece a atenção, estando à disposição de V. Exa. para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,



Fátima Maria M. Silva

A. Soares - - - - -
do i - - - - -
revisado
20.03/2012.


Anexo IV - Termo de consentimento informado

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

“Capacidade Funcional em Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária da Pessoa Idosa - Um estudo na população idosa admitida no Centro Hospitalar do Porto”

Eu, abaixo-assinado

Ou (Representante legal) Eu, abaixo-assinado,

na qualidade de representante legal de

Fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a pessoas idosas com os seguintes objetivos: saber qual o perfil sociodemográfico; avaliar o grau de dependência na realização de atividades básicas de vida diária; saber quais as atividades básicas de vida diária em que são dependentes; avaliar o grau de dependência na realização de atividades instrumentais de vida diária; saber quais as atividades instrumentais de vida diária em que são dependentes; saber se existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis idade, sexo, estado civil, escolaridade e índice de massa corporal e o grau de dependência na realização de atividades básicas de vida diária; saber se existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis idade, sexo, estado civil, escolaridade e índice de massa corporal e o grau de dependência na realização de atividades instrumentais de vida diária; saber se existe relação estatisticamente significativa entre o grau de dependência na realização de atividades básicas de vida diária e o grau de dependência na realização de atividades instrumentais de vida diária.

Sei que neste estudo está prevista a realização de um questionário tendo-me sido explicado em que consiste e quais os seus possíveis efeitos.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à minha identificação neste estudo são confidenciais e que será mantida a privacidade, pois a identidade será apenas do conhecimento exclusivo das pessoas directamente implicadas no trabalho de investigação.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto

Ou

Sei que posso recusar-me a autorizar a participação ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado

Ou

Autorizo de livre vontade a participação daquele que legalmente represento no estudo acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, uma vez que me foi garantida a anonimização dos dados.

Nome do Participante no estudo [ou do seu representante legal, se for o caso].

Data

___/___/___

Assinatura

Nome do Investigador Responsável

Data

___/___/___

Assinatura
