

12/2007

Joana Novais do Vale da Silva Fontes



Dependência dos Idosos nas Actividades Básicas de Vida Diária

110110/446

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Licenciatura em Enfermagem

Porto

-2007-

Joana Novais do Vale da Silva Fontes

Dependência dos Idosos nas Actividades Básicas de Vida Diária

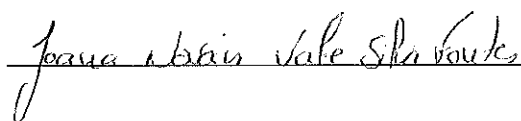
Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Licenciatura em Enfermagem

Porto

-2007-

Joana Novais do Vale da Silva Fontes

Dependência dos Idosos nas Actividades Básicas de Vida Diária



“Monografia apresentada à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos requisitos
para obtenção do grau de Licenciatura em
Enfermagem”.

Porto

-2007-

Sumário

Em Portugal, o número de idosos tem vindo a aumentar gradualmente. Esta mudança demográfica, é devido à diminuição das taxas de mortalidade, em consequência do aumento de vida e ao declínio das taxas de natalidade, que em Portugal começa a progredir a passos largos para a não restituição da população.

Com o avançar da idade as perdas funcionais tornam-se evidentes e o idoso deixa de realizar actividades da vida diária, diminuindo assim a sua capacidade funcional. A capacidade funcional é dimensionada em termos de habilidade e independência para realizar determinadas actividades, sendo esta um dos grandes componentes da saúde do idoso.

Cabe aos profissionais de enfermagem, estarem atentos não somente aos sinais e sintomas clínicos do indivíduo idoso, mas também aos sentimentos emergentes nesta fase. O fornecimento de apoio e a valorização do indivíduo na terceira idade, destacando-se as suas vivências ao longo da vida e trocando experiências, contribuirão para melhorar a sua auto-estima e auto-confiança, tornando mais tranquila esta fase tão discriminada na vida.

O tema da monografia centra-se na “Dependência dos Idosos nas Actividades Básicas de Vida Diária”. Na elaboração desta, pretendo conhecer o nível de dependência em que se encontram os idosos nas Actividades Básicas de Vida Diária (ABVD's) e verificar em qual das ABVD existe mais dependência.

Foi utilizado um estudo descritivo-exploratório com o objectivo de conhecer o nível de dependência dos idosos nas suas ABVD. O método de colheita de dados utilizado, foi a entrevista estruturada por meio de um questionário, aplicada aos idosos que frequentam a Santa Casa da Misericórdia de Vila do Conde, tendo sido aplicado durante os meses de Fevereiro de 2007 e Março de 2007 a 30 idosos com idades igual ou superiores a 65 anos.

Através deste estudo verificou-se que 12 (40,0%) dos idosos são independentes, 1 (3,3%) são independentes em todas excepto em uma delas (higiene) e 10 (33,3%) são dependentes em todas excepto na alimentação e que 2 (6,7%) são dependentes em todas as funções.

“O homem pode ser destruído, mas não vencido”.

Ernest Hemingway

Dedicatória:

- Aos meus Pais, António Fontes e Maria Manuela Vale,
que me deram vida, contribuíram para a minha educação
e formação do meu carácter e personalidade.
- Á minha Mãe, “És uma heroína” Obrigada!
- Ao meu namorado e família, por me ensinarem sobre a vida.

Agradecimentos:

Endereço palavras de sincera e profunda gratidão:

- À orientadora desta monografia -- Professora Paula Maia -- que aceitou acompanhar-me neste caminho, pela disponibilidade, cooperação, crítica e discussão partilhadas, ser sua orientanda foi muito gratificante e um maravilhoso incentivo de exigência científica.
- Aos idosos que sempre se mostraram receptíveis, colaborando na realização deste trabalho, com muito carinho, paciência e vontade em falarem comigo;
- Aos que, de qualquer modo, possibilitaram e permitiram que “tudo acontecesse”;

À minha Mãe e Pai,

Ao Paulo,

Aos verdadeiros Amigos,

...as palavras que se sentem, mas que não estão nesta página!

Índice

| | |
|--|----|
| i. Sumário | 5 |
| ii. Dedicatória | 8 |
| iii. Agradecimentos | 9 |
| iv. Índice | 10 |
| v. Índice de siglas | 13 |
| vi. Índice de quadros | 14 |
| vii. Índice de gráficos | 16 |
| 0. Introdução | 18 |
| I. Enquadramento Teórico | 21 |
| 1.1. Aspectos Demográficos do Envelhecimento | 21 |
| 1.2. Ser Idoso Antes e Ser Idoso Agora | 23 |
| 1.3. Pessoa Idosa | 23 |
| 1.4. Envelhecimento | 24 |
| 1.4.1. Conceito de Envelhecimento | 24 |

| | |
|--|----|
| 1.4.2. Teorias do Envelhecimento | 26 |
| 1.4.3. Modificações fisiológicas e psicossociais do Envelhecimento | 27 |
| 1.4.3.1. Modificações fisiológicas | 28 |
| 1.4.3.2. Modificações psicossociais | 31 |
| 1.5. O Idoso e a Pluripatologia | 32 |
| 1.6. Autonomia, Dependência e Independência do Idoso | 34 |
| 1.7. Instrumentos de Avaliação Geriátrica | 37 |
| 1.8. Índice de Katz | 38 |
| 1.8.1. Interpretação do Índice de Katz | 38 |
| 1.9. Importância do Enfermeiro em Gerontologia | 40 |
| II. Fase Metodológica | 43 |
| 2.1 Justificação do estudo / objectivos do estudo | 43 |
| 2.2 Pergunta de partida e questões de investigação | 44 |
| 2.3 Tipo de estudo | 45 |
| 2.4 População e amostra | 45 |
| 2.5 Definição e Operacionalização de Variáveis | 46 |

| | |
|--------------------------------------|----|
| 2.5.1 Dependente | 46 |
| 2.5.2 Independente | 47 |
| 2.6 Instrumento de recolha de dados | 47 |
| 2.7 Colheita de dados e Pré-teste | 48 |
| 2.8 Previsão de tratamento de dados | 49 |
| 2.9 Considerações éticas | 50 |
| III. Apresentação e análise de dados | 51 |
| IV. Discussão dos resultados | 69 |
| V. Conclusões | 73 |
| Referências bibliográficas | 77 |
| Anexos | 86 |
| Anexo 1 (Pedido de Autorização) | |
| Anexo 2 (Entrevista) | |
| Anexo 3 (Cronograma) | |

Índice de Siglas:

Actividades de Vida Diária – AVD's

Actividades Básicas de Vida Diária – ABVD's

Santa Casa da Misericórdia de Vila do Conde – SCMVC

Instituto Nacional de Estatística – INE

SPSS - Statistical Package for Social Science

Índice de Quadros:

| | Pag. |
|--|-------------|
| Quadro 1. Teorias gerais do envelhecimento biológico | 26 |
| Quadro 2. Patologias mais frequentes no idoso | 32 |
| Quadro 3. Avaliação do Índice de Katz | 37 |
| Quadro 4. Distribuição dos idosos segundo a faixa etária. Santa Casa da Misericórdia, 2007. | 50 |
| Quadro 5. Distribuição dos idosos segundo o género. Santa Casa da Misericórdia, 2007. | 51 |
| Quadro 6. Distribuição dos idosos segundo o estado civil. Santa Casa da Misericórdia, 2007. | 52 |
| Quadro 7. Distribuição dos idosos segundo o grau de escolaridade. Santa Casa da Misericórdia, 2007. | 53 |
| Quadro 8. Distribuição dos idosos de acordo com quem vive. Santa Casa da Misericórdia, 2007. | 54 |
| Quadro 9. Distribuição dos idosos de acordo com a profissão. Santa Casa da Misericórdia, 2007. | 54 |
| Quadro 10. Distribuição dos idosos de acordo com doenças actuais. Santa Casa da Misericórdia, 2007. | 55 |

| | |
|--|----|
| Quadro 11. Dificuldade nas actividades básicas de vida diária. Santa Casa da Misericórdia, 2007. | 56 |
| Quadro 12. Caracterização relativamente à ABVD – Higiene pessoal. Santa Casa da Misericórdia, 2007. | 57 |
| Quadro 13. Distribuição dos idosos segundo as dificuldades na execução da sua higiene. Santa Casa da Misericórdia, 2007. | 58 |
| Quadro 14. Distribuição dos idosos segundo as dificuldades na execução da sua higiene. Santa Casa da Misericórdia, 2007. | 69 |
| Quadro 15. Distribuição dos idosos segundo as dificuldades para se vestir. Santa Casa da Misericórdia, 2007. | 60 |
| Quadro 16: Distribuição dos idosos segundo as dificuldades para se vestir. Santa Casa da Misericórdia, 2007 | 60 |
| Quadro 17. Distribuição dos idosos segundo a necessidade de ajuda na alimentação. Santa Casa da Misericórdia, 2007. | 62 |
| Quadro 18. Distribuição dos idosos segundo a sua mobilidade e meios auxiliares de marcha. Santa Casa da Misericórdia, 2007. | 63 |
| Quadro 19. Distribuição dos idosos a transferir-se. Santa Casa da Misericórdia, 2007. | 64 |
| Quadro 20. Distribuição dos idosos segundo a continência urinária. Santa Casa da Misericórdia, 2007. | 65 |
| Quadro 21. Distribuição dos idosos segundo a continência fecal. Santa Casa da Misericórdia, 2007. | 66 |

Quadro 22. Distribuição dos idosos segundo a avaliação do Índice de Katz. Santa Casa da Misericórdia, 2007. 66

Índice de Gráficos:

| | Pag. |
|---|-------------|
| Gráfico 1. Distribuição dos idosos segundo a faixa etária. Santa Casa da Misericórdia, 2007. | 51 |
| Gráfico 2. Distribuição dos idosos segundo o género. Santa Casa da Misericórdia, 2007 | 52 |
| Gráfico 3. Distribuição dos idosos segundo o estado civil. Santa Casa da Misericórdia, 2007. | 52 |
| Gráfico 4. Distribuição dos idosos segundo o grau de escolaridade. Santa Casa da Misericórdia, 2007. | 53 |
| Gráfico 5. Dificuldade nas actividades básicas de vida diária. Santa Casa da Misericórdia, 2007. | 56 |
| Gráfico 6. Caracterização relativamente à ABVD – Higiene pessoal. Santa Casa da Misericórdia, 2007. | 57 |
| Gráfico 7 e 8. Distribuição dos idosos segundo as dificuldades na execução da sua higiene. Santa Casa da Misericórdia, 2007. | 58 |
| Gráfico 9. Distribuição dos idosos segundo as dificuldades na execução da sua higiene. Santa Casa da Misericórdia, 2007. | 59 |

- Gráfico 10.** Distribuição dos idosos segundo as dificuldades na execução da sua higiene. Santa Casa da Misericórdia, 2007. 60
- Gráfico 11.** Distribuição dos idosos segundo as dificuldades para se vestir. Santa Casa da Misericórdia, 2007. 61
- Gráfico 12.** Distribuição dos idosos segundo as dificuldades para se vestir. Santa Casa da Misericórdia, 2007. 61
- Gráfico 13.** Distribuição dos idosos segundo a necessidade de ajuda na alimentação. Santa Casa da Misericórdia, 2007. 62
- Gráfico 14.** Distribuição dos idosos segundo a sua mobilidade e meios auxiliares de marcha. Santa Casa da Misericórdia, 2007. 63
- Gráfico 15.** Distribuição dos idosos a transferir-se. Santa Casa da Misericórdia, 2007 64
- Gráfico 16.** Distribuição dos idosos segundo a continência urinária. Santa Casa da Misericórdia, 2007 65
- Gráfico 17.** Distribuição dos idosos segundo a continência urinária. Santa Casa da Misericórdia, 2007. 65
- Gráfico 18.** Distribuição dos idosos segundo a continência fecal. Santa Casa da Misericórdia, 2007. 66
- Gráfico 19.** Distribuição dos idosos segundo a avaliação do Índice de Katz. Santa Casa da Misericórdia, 2007. 67

0 - Introdução

No âmbito do segundo semestre do quarto ano da Licenciatura de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, foi proposto a realização de um trabalho de investigação que tem como objectivos enriquecer-nos na área de investigação e contribuir para a elaboração da monografia do curso, que constitui parte dos requisitos do grau de licenciatura.

Segundo Fortin (1999, p.49) “qualquer pessoa que quer compreender uma investigação começa por encontrar ou delimitar um campo de interesse preciso.” Assim o tema de trabalho eleito foi, “*Dependência dos Idosos nas Actividades Básicas de Vida Diária*”. O motivo da escolha deste tema surgiu no decurso da leitura de vários artigos sobre os níveis de dependência dos idosos e o aumento da esperança média de vida e então levar-nos a realizar um trabalho de investigação acerca deste tema.

Pensamos que esta problemática será pertinente e importante para o futuro da prática de enfermagem, pois permitirá um cuidar mais atento. Estamos cientes que iremos sentir algumas dificuldades na organização e esquematização do trabalho, mas pensamos que com esforço e determinação conseguimos ultrapassá-las.

Após a terceira década, o desempenho funcional dos indivíduos vai-se deteriorando pouco a pouco, devido ao processo natural e fisiológico do envelhecimento que é lento e universal. A velocidade desse declínio funcional pode ser influenciada por vários factores podendo acelerar ou retardar o surgimento da dependência (Freitas et al., 2002).

Em concordância com este desígnio definiu-se para este estudo, o seguinte problema de investigação: *Qual o grau de dependência do idoso na realização de actividades básicas de vida diária?*

Na realização deste estudo de investigação, propusemo-nos a atingir os seguintes objectivos:

- Identificar o grau de dependência do idoso na realização de actividades básicas de vida diária;
- Identificar as dificuldades do idoso na realização de actividades básicas de vida diária;
- Identificar as actividades básicas de vida diária com maior índice de independência e de dependência no idoso.

O enfermeiro desempenha um papel importante na promoção da independência do idoso enfatizando as suas capacidades sendo um elo de ligação entre o idoso/família/sociedade.

O estudo realizado tem um carácter descritivo-exploratório de paradigma quantitativo com o objectivo de permitir a exploração de conceitos e identificar a dependência do idoso na realização de actividades básicas de vida diária.

Para atingir os objectivos propostos, foi realizado um instrumento de colheita de dados, sob a forma de guião de entrevista e o método de colheita de dados utilizado foi a entrevista estruturada. O instrumento de colheita de dados foi aplicado a trinta indivíduos de ambos os sexos com idade superior a sessenta e cinco anos com capacidades visíveis para colaborarem na realização deste sendo apoiados, por alguma das valências disponibilizadas pela Santa Casa da Misericórdia de Vila do Conde.

A elaboração desta monografia apresentou-se como um grande desafio para a aluna. Não sentiu dificuldade em definir o tema que pretendia tratar, pois trata-se de uma área pela qual demonstra bastante interesse.

A principal dificuldade foi delimitar o trabalho respeitante à fundamentação teórica, com a finalidade de sustentar a componente prática. Destaca-se, a significativa contribuição da formação teórica, em especial nas disciplinas de Enfermagem Geriátrica, Métodos e Técnicas de Investigação I e Projecto de Investigação I e II. Pela formação disponibilizada, que possibilitou o interesse e aprofundamento nesta temática que, de outro modo, mesmo que importantes, poderiam não ter no trabalho a importância

adequada. Facultaram os instrumentos que permitiriam organizar e estruturar o trabalho como um todo e correcção de erros existentes, a orientação no sentido do aperfeiçoamento.

O trabalho é composto por quatro partes. A primeira parte corresponde à revisão bibliográfica, que aborda os seguintes temas: Aspectos Demográficos do Envelhecimento; Ser Idoso Antes e Ser Idoso Agora; Pessoa Idosa; Envelhecimento – Conceito de Envelhecimento, Teorias do Envelhecimento, Modificações fisiológicas e psicossociais do Envelhecimento; Autonomia, Dependência e Independência do Idoso; Instrumentos de Avaliação Geriátrica, Índice de Katz com a Interpretação do Índice de Katz; Importância do Enfermeiro em Gerontologia; na segunda parte descrevemos a metodologia usada; a terceira parte é a fase empírica com a apresentação da análise e discussão dos dados. A quarta e última parte é reflexão/conclusão de todo o trabalho.

Através deste estudo verificou-se que 12 (40,0%) dos idosos são independentes em todas as ABVD's, 1 (3,3%) são independentes em todas excepto em uma delas (higiene) e 10 (33,3%) são dependentes em todas excepto na alimentação e que 2 (6,7%) são dependentes em todas as funções.

I – Enquadramento Teórica

1.1. Aspectos Demográficos do Envelhecimento

A preocupação com o envelhecimento remonta à própria origem das civilizações. Antigamente os idosos eram vistos como fonte de respeito, de confiança e veneração ocupando o topo da hierarquia familiar. Ser idoso, era assim, um privilégio e não um encargo (Netto e Ponte, 2002).

Desde há alguns anos, o envelhecimento da população tornou-se uma das principais preocupações dos intervenientes no domínio da saúde e à medida que os anos passam, é cada vez maior o número de idosos (Poirier, 1995).

Para desenvolver este assunto, é necessário definir inicialmente o que é ser idoso e segundo o Instituto Nacional de saúde (INE, 2001) pessoas idosa são “ (...) homens e mulheres com idade igual ou superior a 65 anos”.

Através de pesquisas realizadas pelo Instituto Nacional de Saúde, verifica-se que em Portugal já é visível o aumento da taxa de idosos, sendo esta taxa já superior em algumas regiões relativamente a outras faixas etárias. Este envelhecimento demográfico define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Esse aumento consegue-se em detrimento da população jovem. (idem)

O fenómeno de envelhecimento demográfico, em Portugal entre 1960 e 2001, traduziu-se por um aumento de 140% da população idosa, acompanhado de uma diminuição de cerca de 36% da população jovem. Para além disso, a população idosa em 1960 representava cerca de 8% do total da população, tendo este valor aumentado para 16,4% em 2001. Assim, a população idosa aumentou cerca de um milhão de indivíduos, passando de 708570, em 1960 para 1702120, em 2001, verificando-se uma superioridade numérica de indivíduos idosos do sexo feminino, existindo cerca de 987047 mulheres idosas e 715073 homens idosos (INE, 2002).

Pesquisadores têm estimado que o número de pessoas dependentes nas AVD's dobrará na segunda ou terceira metade do próximo século, isto é, de 2010 a 2029 (idem).

De qualquer modo, o aumento do número de pessoas idosas só se torna preocupante porque se desenvolve num contexto desfavorável em que associado à diminuição da taxa de natalidade, à crescente instabilidade nos laços familiares e ao aumento da despersonalização das relações sociais agravam as condições de vida dos idosos remetendo-os para uma posição desfavorável na sociedade. Assim, o fenómeno de envelhecimento demográfico está longe de ser um assunto pacífico pelas implicações sociais, económicas e financeiras que o envolve (Pimentel, 2001).

Ermida (1995, p.57) refere que, quer nas sociedades desenvolvidas e não desenvolvidas, este aumento de indivíduos nesta faixa etária irá enfrentar uma série de consequências nomeadamente:

“(…) económicas (diminuição da população produtiva, aumento da população dependente, aumento das despesas da Segurança Social); sociais (diminuição da mobilidade social, alterações das relações profissionais, alterações das relações familiares, conflito de gerações, aumento da necessidade de Instituições de Assistência ao Idoso); sanitários (aumento da população doente ou em risco, aumento do consumo dos cuidados primários, aumento do consumo dos cuidados diferenciados, aumento da necessidade de pessoal e de instituições especializadas); éticas (problemática do doente crónico e terminal, problema da morte)”

1.2. Ser Idoso Antes e Ser Idoso Agora

Berger (1995, p.63) refere que,

“a sociedade é constituída por um conjunto de indivíduos jovens e menos jovens, que contribuem, cada um à sua maneira, para o seu crescimento. Por fazermos parte dessa sociedade, mantemos em relação a ela e às pessoas que a compõem (muitas vezes inconscientemente), todo o tipo de preconceitos, de crenças, de chavões, de tabus, e de estereótipos.”

Se olharmos atrás no tempo, há 40/50 anos atrás envelhecer não era um problema, era visto como um fenómeno natural, as pessoas que envelheciam eram poucas, e o aproveitamento e imagem que a sociedade tinha de população que envelhece era diferente daquela que se tem hoje (Costa, 1999).

Na sociedade actual o pensamento que perdura é que a velhice é um fardo, o idoso é alguém infeliz que já fez a sua parte, o seu papel no mundo de hoje não passa de alguém dispensável, que não tem mais função e por isso não precisa mais de viver. Envelhecer é simplesmente passar para mais uma nova etapa da vida, que deve ser vivida de maneira mais positiva, saudável e feliz possível. Assim como se investe nas camadas jovens, é também preciso investir na velhice (Zimmerman, 2000).

1.3. Pessoa Idosa

Numa perspectiva de uniformizar critérios, a Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu como idoso qualquer indivíduo com 65 ou mais anos, independentemente do estado de saúde ou sexo (Garcia, 1989).

Segundo Rendas, (2001, p.49) podemos considerar as seguintes faixas etárias

- “a) Idosos jovens – com idade igual ou superior aos 65 anos e até aos 74;
- b) Idosos – com idade igual ou superior aos 75 anos e até aos 84;
- c) Muito Idoso – com idade igual ou superior aos 85 anos”.

Os critérios actualmente reconhecidos pela OMS para definir idoso baseiam-se na idade cronológica. Contudo, este factor é muito questionado até porque hoje em dia, as pessoas reformam-se cada vez mais cedo, por imperativos que não se prendem com a idade, mas com situações de capacidade física, desemprego ou reforma antecipada, tornando-se difícil definir o conceito de idoso (Pimentel, 2001).

“Ser-se velho era ser-se sábio; era ter-se uma mais valia do tempo que fazia do velho o conselheiro, o amigo...a memória das gerações” (Costa, 1999).

“Cada sociedade no seu contexto e momento tem histórico tem dado um papel à velhice, positiva ou negativa, o qual depende do modelo de homem que impera em cada momento, de forma que os idosos às vezes tenham sido rejeitados e outras vezes tenham sido valorizados” (Agreda, 1999)

Hoje em dia, esta situação inverteu-se, se por um lado há uma maior esperança média de vida, por outro, há menor respeito pelo envelhecimento e pelo idoso. Assim, vive-se numa sociedade materialista que sobretudo, sobrevaloriza a estética e a beleza do corpo (Zimerman, 2000).

Para além disso, a estrutura tradicional familiar também se alterou. Desapareceu a família como grupo, em que os avós, os pais, os filhos e os netos partilhavam a mesma casa. Assim, até meados do passado século XX, cabia à família a total responsabilidade pela prestação de cuidados ao idoso bem como o cumprimento do papel atribuído a cada um dos seus membros (Barreto, 2002).

Segundo Costa (1999), aceitar o envelhecimento, assumi-lo nas suas grandezas e misérias, viver com ele, é provavelmente a maior tarefa que o homem enfrenta.

1.4. Envelhecimento

1.4.1. Conceito de envelhecimento

De acordo com Rodrigues (1979) (cit. in Fernandes, 2002) envelhecer é um fenómeno existencial onde o tempo exerce influência sobre a matéria viva, mas com ritmos e diferenças significativas. O organismo humano está em constante desenvolvimento, passa por uma fase de construção e uma de destruição, correspondendo ao nascimento e ao envelhecimento.

Garcia, (1994, p.8) define-o como

“(…) é um conjunto de modificações morfológicas e fisiológicas que aparecem como consequência da acção do tempo sobre os seres vivos”. Para (Santos 2002, p.50) a velhice “é um período importante da vida, com as suas vantagens e os seus inconvenientes. As pessoas de idade são adultas maduras em contínua mudança”.

Garcia (1994, p.8) refere que a forma de envelhecimento:

“Varia de acordo com eventuais processos hereditários, diferenças individuais e, claro está, o meio social, físico e mental em que essa pessoa está envolvida, há pessoas que envelhecem bem e outras não. Assim sendo, o envelhecimento vai fundamentalmente dando origem a uma diminuição da capacidade de adaptação por cada um dos órgãos que integram um aparelho ou sistema. Paralelamente a esta diminuição há inequivocamente uma limitação da capacidade de resposta às diversas e variadas solicitações que são pedidas aos indivíduos”.

“As causas e a natureza do envelhecimento estão longe de ser esclarecidas” (Ermda, 1999, p.43)

Binet e Baulière, citados por Gonçalves (2003, p.30), referem que:

“o envelhecimento diz respeito a todas as modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que aparecem como consequência da acção do tempo sobre os seres vivos. O envelhecimento não é uma doença, vive-se, logo envelhece-se”.

Segundo, Vieira (1996, p.52) o envelhecimento é o:

“fenómeno do processo de vida que, assim como a infância, a adolescência e a maturidade, é marcado por mudanças bio-psico-sociais específicas, associadas à passagem do tempo”.

As mudanças bio-psico-sociais, de acordo com Vieira (1996) podem ser de origem:

Biológica – avaliada pelas capacidades funcionais e pelo limite de vida dos seres orgânicos, que vão perdendo a sua capacidade de adaptação e de auto-regulação.

Psicológica – referente às capacidades comportamentais da pessoa para se adaptar ao meio. O indivíduo é influenciado por factores biológicos e sociais mas envolve capacidades como a memória, a aprendizagem, a inteligência, os sentimentos e emoções, que ajudam a regular o controlo comportamental.

Social – avaliada pelo papel e hábitos desenvolvidos pelo indivíduo na sociedade, na medida em que representa os comportamentos esperados pela sua cultura no processo dinâmico de envelhecimento.

Lidz (1983) (cit. in Fernandes, 2002) caracteriza o envelhecimento em três fases sucessivas, que varia de indivíduo para indivíduo. Na primeira fase não existem grandes alterações orgânicas, as alterações são provocadas pela mudança da vida activa para a reforma. Esta fase denomina-se *idoso*. Na segunda fase ocorrem alterações na condição física ou de outra natureza, provocando a dependência das outras e é designada por *senescência*. A fase da *senilidade*, é a terceira fase, onde o cérebro já não exerce a sua função e o indivíduo torna-se quase dependente e com necessidade de cuidados completos por parte dos outros.

1.4.2. Teorias do envelhecimento

Na base para a explicação do envelhecimento, estão diferentes teorias, nomeadamente as teorias do envelhecimento biológico e psicossocial (Poirier, 1995).

Para a realização deste trabalho de investigação será somente feita referência às teorias biológicas sendo as mais importantes para esta temática.

“Embora o envelhecimento seja um fenómeno universal conhecido pelos biólogos nenhuma das definições actuais está cientificamente comprovada e aceite. No entanto, julga-se cada vez mais, que o envelhecimento é um fenómeno multidimensional resultante da acção de vários mecanismos: disfunção do sistema imunológico, programação genética, lesões celulares, modificações ao nível da molécula do ADN e controlo neuro-endócrino da actividade genética”(idem, p.99).

Para os biólogos, envelhecimento é definido como uma série de mudanças letais que diminuam as probabilidades de sobrevivência do indivíduo (ibidem).

Para explicar as mudanças referidas anteriormente, foram elaboradas 6 teorias que serão apresentadas no quadro seguinte:

Quadro 1 – Teorias gerais do envelhecimento biológico

| |
|--|
| * Teoria imunológica: o sistema imunitário parece já não conseguir distinguir as células sãs existentes no organismo, das substâncias estranhas. |
| * Teoria genética: o envelhecimento seria programado biologicamente e faria parte de um contínuo, durante o desenvolvimento orgânico, seguindo rigorosamente a embriogénese a puberdade e a maturação. |
| * Teoria do erro e da síntese proteica: alterações na molécula do ADN falseiam a informação genética levando à formação de proteínas incompetentes. |
| * Teoria do desgaste: as zonas do organismo humano deterioram-se com o uso. |
| * Teoria dos radicais livres: os radicais livres provocam a peroxidação dos lípidos não saturados e transformam-nos em substâncias que envelhecem as células. |
| * Teoria neuro-endócrina: a regulação do envelhecimento celular e fisiológico está ligada às mudanças das funções neuro-endócrinas. |

Fonte: (Poirier, 1995, p.103)

1.4.3. Modificações fisiológicas e psicossociais do Envelhecimento

A forma de envelhecimento como refere Garcia (1994, p.8):

“Varia de acordo com eventuais processos hereditários, diferenças individuais e, claro está, o meio social, físico e mental em que essa pessoa está envolvida, há pessoas que envelhecem bem e outras não. Assim sendo, o envelhecimento vai fundamentalmente dando origem a uma diminuição da capacidade de adaptação por cada um dos órgãos que integram um aparelho ou sistema. Paralelamente a esta diminuição há inequivocamente uma limitação da capacidade de resposta às diversas e variadas solicitações que são pedidas aos indivíduos”.

1.4.3.1. Modificações fisiológicas

As alterações anatómicas e fisiológicas relacionadas com o envelhecimento iniciam-se muito antes do aparecimento dos sinais exteriores. Várias destas alterações começam a manifestar-se progressivamente a partir dos quarenta anos e continuam até à morte, isto é, até que o organismo se deixe de poder adaptar. No plano fisiológico, o processo de senescência causa o envelhecimento das estruturas e dos aspectos gerais do corpo e o declínio das funções orgânicas (Berger, 1995).

Em relação ao aspecto físico do idoso, as modificações externas que podem ser vistas são: as bochechas enrugam-se e embolsam; aparecem manchas escuras na pele (manchas senis); a produção de células novas diminui, há perda do tónus da pele ficando esta mais flácida; pode surgir verrugas; o nariz alarga-se; os olhos ficam mais húmidos; aumenta a quantidade de pelos nas orelhas e nariz, os ombros ficam mais arredondados; as veias enfraquecem e destacam-se sobre a pele dos membros; há um encurvamento postural devido a modificações da coluna vertebral e diminuição da estatura pelo desgaste das vértebras. (Zimerman, 2000)

A visão diminui à medida que o cristalino opacifica e se torna mais espesso. Os ouvidos perdem a capacidade para ouvir sons agudos e, mais tarde, os graves. Os sentidos do olfacto e do sabor perdem definição. A pele torna-se mais fina e à medida que as proteínas perdem resistência, esta torna-se fragilizada, o cabelo torna-se cada vez mais fino e branco. Os músculos perdem volume, acumulando-se gordura, especialmente à volta do abdómen. Os ossos tornam-se porosos e facilmente quebráveis, enquanto as articulações perdem eficiência. O coração enfraquece, não conseguindo bombear eficientemente o sangue, o que conduz a um aumento da pressão sanguínea, e todos os outros órgãos entram numa curva descendente, especialmente os pulmões e os rins que,

por razões desconhecidas, perdem a sua eficácia. A tosse passa a ser menos eficaz, uma vez que o diafragma enfraquece (Gomes, 2000).

Durante o processo de envelhecimento ocorre perda gradual de massa óssea, denominada de osteopenia, mais acentuada na mulher, sobretudo a partir da menopausa. Deste modo, aumenta o risco de fracturas sendo estas mais comuns na parte proximal do fémur e no rádio (Cantera e Domingo, 1998).

Todos os músculos do organismo e em especial, os do tronco e das extremidades atrofiam-se com o tempo, o que conduz a uma deterioração do tónus muscular e a perda de força e agilidade. As articulações tornam-se mais pequenas e os ligamentos calcificam. Desta forma, a flexibilidade torna-se reduzida, porque a elasticidade muscular e a capacidade de executar movimentos com os ligamentos diminui (Berger, 1995).

De acordo com Passarelli (1997), a partir dos quarenta anos verifica-se uma redução da estatura em cerca de um centímetro por década, sendo mais acentuada após os setenta anos. Esta diminuição deve-se à redução do espaço entre os discos intervertebrais e ao encurvamento postural.

Quanto ao envelhecimento articular e muscular, este tem consequências na mobilidade das articulações. As superfícies articulares cobertas por cartilagem deterioram-se a partir da terceira década de vida. À medida que a cartilagem vai degenerando, as superfícies ósseas da articulação entram em contacto, o que causa o aparecimento de dor, crepitação e limitação do espaço articular, que é produzido igualmente devido à perda de água do tecido cartilágneo (Hernadéz et al., 2000). Os movimentos ficam mais lentos e a capacidade de reacção diminui, uma vez que a perda progressiva da massa muscular, bem como o endurecimento e rigidez dos tendões resultam na diminuição da força, do tónus e velocidade de contracção. A marcha é igualmente alterada, devido a um aumento da base de sustentamento dos braços ao longo do corpo (Ruipérez e Llorente, 1996).

O processo de envelhecimento é acompanhado de alterações ao nível do sistema cardiovascular. Assim, ocorre degenerescência cálcica das válvulas, perda de elasticidade e acumulação de depósitos nas paredes dos vasos e aumento da resistência dos vasos periféricos (Berger, 1995).

O peso do coração aumenta progressivamente com a idade sobretudo, o ventrículo esquerdo. A hipertrofia ventricular esquerda surge em resposta ao aumento da rigidez vascular arterial. O pericárdio pode encontrar-se mais espesso e fibroso, enquanto que ao nível do miocárdio pode surgir acumulação de gordura, calcificação e hipertrofia (Passarelli, 1997).

Com o envelhecimento ocorre uma diminuição da elasticidade pulmonar favorecendo o aumento do volume residual e a diminuição da capacidade vital. Para além disso, ocorre uma diminuição da área da superfície alveolar devido ao rearranjo das fibras de elastina e à redução da quantidade de capilares (Passarelli, 1997).

Os bronquíolos e os alvéolos tornam-se maiores e em menor número e os pulmões ficam mais rígidos devido a uma perda de elasticidade no tecido pulmonar. A capacidade inspiratória diminui devido à calcificação da cartilagem intercostal e ao enfraquecimento dos músculos intercostais e do diafragma (Berger, 1995).

Para além disso, a bexiga apresenta também sinais de envelhecimento. A capacidade de retenção diminui assim como o tónus vesical e ocorre retardamento dos influxos nervosos involuntários responsáveis pela micção e esvaziamento vesical. Como há um enfraquecimento do esfíncter da uretra, os idosos queixam-se de micções involuntárias, de incontinência e de micções frequentes (Berger, 1995).

A cavidade oral sofre alterações que podem conduzir à inapetência, como perda dos dentes, perda da elasticidade, diminuição da produção da saliva e atrofia das papilas linguais. Pode também existir dificuldade na deglutição. A digestão é mais lenta (Passarelli, 1997).

A produção de hormonas diminui com o processo de envelhecimento. O aumento da resistência periférica à acção da insulina e a diminuição da sua produção associada à redução da actividade física, obesidade e uso de medicamentos, poderá justificar a elevada incidência da Diabetes no idoso (Passarelli, 1997).

Para além disso, a actividade da tiróide diminui relativamente enquanto, que a actividade cortico-supra-renal é pouco afectada pela idade (Berger, 1995).

1.4.3.2. Modificações psicossociais

Para Rodrigues et al. (2000) existem vários factores psicossociais que interferem no envelhecimento, que iremos destacar a seguir:

⌘ *Perda de posição social:* este é um factor muito comum nos idosos inactivos; após a reforma sentem-se inúteis, perdem espaço no lar, há maior dificuldade no relacionamento. Surge um sentimento de inutilidade que muitas vezes pode conduzir à depressão;

⌘ *Pobreza:* se relacionarmos a pobreza com analfabetismo, as pessoas idosas apresentam dificuldade em aprender novas habilidades. A pobreza dificulta as condições mínimas para a sobrevivência como a alimentação, habitação adequada e outras necessidades de vida. Dificulta igualmente a participação dos idosos nos eventos culturais e em actividades similares;

⌘ *Solidão:* algumas das causas que interferem no pouco contacto que as pessoas idosas têm com as pessoas são, a dificuldade que têm em apanhar um transporte, dificuldade financeira, incapacidade física, entre outras;

⌘ *Angustia:* a perda de parentes próximos ou de amigos, seja por morte ou por mudança de local e a doença pode conduzir os idosos à depressão e muitas vezes tem como consequência o suicídio;

☒ *Dependência:* tanto a dependência física como a psicossocial afectam a saúde do idoso. Esta dependência pode ser devida a doenças, isolamento, depressão, falta de companhia para desenvolver as actividades de vida diária;

☒ *Diversos medos:* os idosos referem medo não só da solidão mas da doença, da dependência de terceiros e alguns referem medo da morte, principalmente perante a perda de amigos ou do cônjuge.

1.5 - O Idoso e a Pluripatologia

O envelhecimento do organismo humano condiciona alterações fisiológicas nos vários órgãos e sistemas. Estas condicionantes fisiológicas tornam mais comuns a ocorrência de múltiplas patologias (Clara, 1999).

Embora se envelheça cada vez mais tarde e grande parte dos idosos mantenha durante muitos anos razoável estado de saúde e de vitalidade, os indivíduos pertencentes a esta faixa etária são pela sua diminuição física, psíquica e social mais vulneráveis à doença (Magro, 1995).

O envelhecimento provoca alterações a nível biológico, psicológico e social, que geralmente se associam com doenças crónicas, geralmente incapacitantes, tornando esta etapa da vida altamente vulnerável (Ramalho e Dias, 2000).

As modificações de estrutura e as perdas funcionais ocorrem em todos os órgãos e sistemas do corpo humano contudo, existem quatro grandes sistemas que sofrem transformações maiores no decurso do envelhecimento, nomeadamente o sistema nervoso central, o aparelho locomotor, o sistema cardiovascular e o sistema respiratório (Berger, 1995).

No quadro abaixo encontram-se as patologias mais frequentes no idoso:

Quadro 2 – Patologias mais frequentes no idoso

| |
|---|
| <p>1. Cardiovasculares:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Insuficiência cardíaca; ➤ Hipertensão arterial; ➤ Enfarte do miocárdio e Angina de peito. |
| <p>2. Respiratórias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bronquite crónica; ➤ Pneumonia; ➤ Tuberculose; ➤ Cancro do pulmão. |
| <p>3. Digestivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Úlceras duodenais e gástricas; ➤ Cancro do estômago e do cólon; ➤ Cirrose; ➤ Prisão de ventre. |
| <p>4. Urinárias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Infecção urinária; ➤ Incontinência urinária. |
| <p>5. Hematológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anemia; ➤ Leucemia e linfomas. |
| <p>6. Sistema Nervoso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Demência: doença de Alzheimer. Demência vascular; ➤ Doença de Parkinson; ➤ Acidente vascular cerebral: trombose e embolia cerebral. |
| <p>7. Psiquiátricas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Depressão; ➤ Transtornos por ansiedade; ➤ Síndrome confusional aguda. |
| <p>8. Metabólicas e Endócrinas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diabetes Mellitus; ➤ Desidratação; ➤ Alterações da tiróide; ➤ Obesidade. |
| <p>9. Reumatológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Artrose; ➤ Osteoporose; ➤ Fracturas: quadris, rádio, úmero. |
| <p>10. Órgãos dos Sentidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Visual: cataratas, glaucoma; ➤ Auditivo: tampões de cera, presbiacusia. |

Fonte: Cantera e Domingo (1998, pp.21-22)

Das doenças que causam mais incapacidade no idoso podem-se destacar os acidentes vasculares cerebrais; tumores malignos; doenças respiratórias e cardíacas e alterações dos sentidos (Cantera e Domingo, 1998).

Os processos crónicos terminam muitas vezes numa doença incapacitante, originando na pessoa idosa limitações funcionais impedindo a realização das suas actividades de vida diária, necessitando de ajuda de outros (Fernandez, 1994).

A presença de múltiplas doenças numa mesma pessoa aumenta a possibilidade de incapacidade ou de se tornar dependente numa ou mais actividades básicas de vida diária (Fedrigo, 2002).

O envelhecimento não é sinónimo de doença e incapacidade. As mudanças que ocorrem durante o processo de envelhecimento podem tornar o idoso mais susceptível à doença e pode ser difícil para o profissional de enfermagem distinguir entre situações normais relacionadas com a idade e indicadores de doença. Contudo, é indispensável que o profissional de enfermagem determine o que possa ser indício de doença para que os problemas passíveis de tratamento não passem despercebidos (Lueckenotte, 2002).

1.6. Autonomia, Dependência e Independência do Idoso

No idoso, a manutenção da autonomia e da independência estão intimamente relacionadas com a qualidade de vida. Uma forma de qualificar a qualidade de vida de um idoso é avaliando o grau de autonomia que possui e o grau de independência com que desempenha as funções do seu dia-a-dia, tendo sempre em conta, o contexto social e cultural em que vive (Lemos e Medeiros, 2002).

Todo o ser humano e em especial, o idoso, teme um dia ficar dependente de alguém. De um modo geral, 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. (Santos, 2002).

Normalmente os conceitos de autonomia, dependência e independência aparecem interligados. É necessário fazer-se a distinção destes apesar da sua conexão. O conceito de autonomia deriva da palavra grega *autónomos* (*auto* significa eu e *nomos* significa lei) (Zimmerman, 2000). De acordo com Faro (2001, p.2, http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema4/texto23_1.asp), a autonomia é a “ (...)

capacidade de decisão, comando, independência, capacidade de realizar algo com os seus próprios meios” e ainda “ (...) ser capaz de estabelecer e seguir as suas próprias regras”,. Pode então dizer-se que uma pessoa é autónoma quando “ (...) consegue determinar-se, fazer as suas próprias escolhas, tomar decisões” (Zimmerman, 2000, p.26).

Quanto ao conceito de independência, esta significa “ (...) alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades através de acções adequadas que o indivíduo realiza por si mesmo, sem ajuda de outra pessoa” (Santos, 2002,p.49). A independência é uma meta da vida principalmente no envelhecimento em que as situações de limite da capacidade funcional podem impedir de realizar determinadas actividades que outrora realizaram(Faro,2001,http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema4/texto23_1.asp).

Para além disso, 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 adaptação” (Lemos e Medeiros, 2002, p.893).

O facto de uma pessoa não poder efectuar sem ajuda, as principais actividades de vida, por ser idosa ou por outros motivos, de origem física, psicológica ou social, torna-o dependente (Santos, 2002).

De acordo, com Santos (2002), a dependência no envelhecimento pode estar ligada a um ou vários elementos como: o aumento nas perdas físicas e nas experiências de incapacidade; falta de apoio e afecto familiar; o isolamento e solidão devido à perda de familiares e amigos; a inactividade proveniente da reforma ou perda de forças, originando diminuição dos rendimentos económicos; a alteração do estatuto e perda de prestígio e a passividade por não ter compromissos. Estes e outros factores provocam ansiedade e stress daí resultando o desequilíbrio que dá origem a problemas que se podem manifestar através de vários sinais e sintomas.

A avaliação funcional é uma componente habitualmente ignorada no exame do idoso. No entanto, mais do que a doença é frequentemente a restrição ou a perda da autonomia funcional que condiciona o futuro do idoso e a sua qualidade de vida. E é igualmente essa perda que por sua vez motiva a situações patológicas, particularmente do foro

mental, que precipitam o idoso num círculo vicioso de dependência do qual dificilmente sai. Para além de o grau de autonomia ser fiel da balança que frequentemente condiciona ou determina a institucionalização do idoso. A sua avaliação é por isso obrigatória. Como instrumentos, utilizam-se testes que avaliam a capacidade do idoso executar sozinho ou com ajudas, as actividades de vida diária (Reis, P. 1995, p.48).

A avaliação funcional geriátrica pode também ser definida, segundo Vieira, et al. (1996, p.24) como:

“a investigação de comprometimentos no funcionamento do idoso. Inclui a 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's)”.

Já para Rubenstein (1995, p.1269);

“A medição das AVD's básicas enfatiza a habilidade necessária em atender às necessidades pessoais diárias, como o comer, sentar ou se levantar da cama ou de uma cadeira, tomar banho, vestir-se, – coisas que as pessoas devem ser capazes de fazer sozinhas (...)”.

As actividades Básicas de vida diária consideradas por Reis, P. (1995, p.48), são:

- × Banhar-se;
- × Vestir-se;
- × Alimentar-se;
- × Caminhar;
- × Transferir-se;
- × Comunicar;
- × Manter a continência esfinteriana. (Id.)

1.7. Instrumentos de Avaliação Geriátrica

As escalas ou instrumentos de avaliação em geriatria são utilizados para quantificar. Apesar, da existência de uma gama variada de escalas, todas elas têm limitações e não

são suficientes para um diagnóstico embora, contribuam para ele. As escalas de avaliação devem ser breves, de fácil aplicação e de confiança (Cantera e Domingo, 1998).

Hoje em dia já esta provada a necessidade clara de avaliação funcional geriátrica através de instrumentos formais e abrangentes (Veras et al., 2004).

A avaliação geriátrica pode ser realizada sobre a perspectiva de quatro dimensões: a saúde física, as habilidades funcionais gerais, a saúde psicológica e os factores sócio-ambientais (Rubenstein, 1995). Na realização deste trabalho vamo-nos debruçar sobre a dimensão das habilidades funcionais gerais utilizando a escala das actividades básicas de vida diária, uma vez que a avaliação desta componente é fundamental para o conhecimento da independência do idoso.

De acordo, com Vieira (1996, p.20) as actividades básicas de vida diária são o:

“termo utilizado para descrever os cuidados essenciais e elementares à manutenção do indivíduo, que compreende cinco actividades básicas, banho, vestimenta, higiene pessoal, mobilização e alimentação”.

Dentro das escalas que avaliam as ABVD e que possuem validade e confiabilidade de forma acentuada é aquela conhecida por índice de Katz (Brito e Netto, 2001) que vai ser referida seguidamente.

1.8. Índice de Katz

O Índice de Katz avalia o nível de independência ou de dependência funcional do indivíduo para realizar as actividades mais rotineiras do dia a dia (Vieira, 1996).

Este instrumento de avaliação da capacidade funcional é uma das escalas mais utilizadas para a avaliação das actividades básicas de vida diária como parte da avaliação da função física dos idosos. Pode ser utilizado em várias situações como descrever o nível

funcional dos utentes ou populações e predizer a necessidade de reabilitação e a decisão de localização do paciente (Jentoft, 1991).

O Índice de Katz é constituído pelos seguintes itens: higiene, vestuário, uso da sanita, mobilização, continência e alimentação (Cantera e Domingo, 1998).

Assim, desta escala constam seis itens que se encontram organizados hierarquicamente, de acordo, com a sequência que o indivíduo perde e recupera a independência para o realizar. Deste modo, este instrumento de avaliação funcional reflecte uma organização primária biossocial do indivíduo, independentemente das influências externas como a aprendizagem e a cultura (Bipfaes, 2004).

A escala pode ser classificada em hierárquica, em que o indivíduo pode ser classificado em sete grupos denominados por letras (A-G), ou de forma dicotómica, atribuindo zero ou um ponto a cada item se o sujeito é dependente ou independente respectivamente, classificando-o em sete grupos numéricos (0-6). (Bipfaes, 2004). Neste estudo foi utilizada a forma hierárquica.

1.8.1. Interpretação do Índice de Katz

O Índice de Katz é uma escala de avaliação das actividades de vida diária, que possibilita descrever a autonomia/independência do idoso, a dependência e a sua necessidade de ajuda. Este instrumento tem como objectivo avaliar as habilidades funcionais em pessoas de idade avançada (Santos, 2002).

As categorias utilizadas para a avaliação dos utentes, segundo o Índice de Katz são:

Quadro 3 – Avaliação do Índice de Katz

| Avaliação |
|--|
| A. Independente em todas as funções. |
| B. Independente em todas, excepto em uma delas. |
| C. Independente em todas, excepto na higiene e em mais |

| |
|---|
| outra. |
| D. Independente em todas, excepto na higiene, no vestuário e em mais outra. |
| E. Independente em todas, excepto na higiene, no vestuário, no uso da sanita e em mais outra. |
| F. Independente em todas, excepto na higiene, no vestuário, no uso da sanita, na mobilização e em mais outra. |
| G. Dependente nas seis funções. |
| Outras: dependente em, pelo menos duas funções, mas não classificável como C, D, E ou F. |

Fonte: Cantera e Domingo (1998, p. 35)

Em termos de avaliação global, as respostas às seis funções (banho, vestir-se, uso do sanitário, deambulação, continência e alimentação) permitem hierarquizar o idoso em sete grupos, desde o independente em todas elas até ao dependente em relação às mesmas e compreendendo uma ponderação diferente para cada um destes grupos. Para além destes sete grupos, existe ainda um oitavo grupo, onde são incluídos todos os idosos dependentes em, pelo menos duas funções mas não incluídos em qualquer dos grupos (Santos, 2002).

O Índice de Katz é muito eficaz em utentes com grau de dependência elevado mas torna-se menos eficaz em grupos de pessoas em ambulatório não institucionalizadas, em geral mais saudáveis. Tem-se tentado modificar o índice de modo, a permitir aumentar a sua utilidade neste último grupo contudo, ainda não foi publicada nenhuma versão que tenha sido validada (Jentoft, 1991).

Esta escala de avaliação da capacidade funcional tem algumas limitações. Assim, deve-se ter em conta as suas limitações metodológicas da avaliação oral, especialmente na realização da entrevista a doentes com deterioração cognitiva ou da capacidade de comunicação. Outro problema que limita a sua utilidade é o facto, de nos idosos institucionalizados, as regras da instituição poderem proibir o utente de realizar determinadas actividades que este é capaz de executar de forma independente (Bipfaes, 2004).

1.9. Importância do Enfermeiro em Gerontologia

O termo enfermagem pressupõe uma realidade global ou seja, a ajuda dada a uma pessoa que caminha num contínuo da vida independentemente da idade e da condição. (Berguer, 1995)

É relevante esclarecer Gerontologia e Geriatria para que a integremos na profissão de Enfermagem.

Segundo, Hernández et al. (2000, p.1), Gerontologia é a:

“ciência que estuda o processo de envelhecimento dos seres vivos e do homem desde os aspectos: biológicos, psicológicos, socioeconómicos e culturais. Por esta razão, a gerontologia é de interesse para muitas disciplinas e é o conjunto de todas elas que tenta dar solução à variedade de problemas que derivam do processo de envelhecimento.”

Berger, (1995, p.2) define:

“A gerontologia, do grego *gero*, *gerontos* (velho) designe o estudo do processo do envelhecimento sob todos os aspectos. (...) estuda a vivência dos homens e das mulheres que envelhecem e interessa-se tanto pelas pessoas saudáveis como doentes”

Para Cantera e Domingo, (1998, p.1) Geriatria é o:

“ramo da medicina que se dedica ao idoso, ocupando-se não só da prevenção, do diagnóstico e tratamento das suas doenças agudas e crónicas, mas também da sua recuperação funcional e reinserção na sociedade.”

Berger, (1995, p.2) define:

“geriatria no sentido estrito do termo, os cuidados a prestar aos idosos”. No entanto, esta disciplina, de uma forma menos restritiva, pode ser definida como” o ramo da medicina que trata dos aspectos médicos, psicológico e sociais da saúde e da doença nos idosos” (Zay, 1981)

A enfermagem gerontológica representa um serviço à comunidade, especializada na prestação de cuidados aos indivíduos em envelhecimento independentemente da idade ou do estado de saúde (Sebastião, 2002).

Os principais objectivos da enfermagem gerontológica são: assistir integralmente o idoso, sua família e comunidade na qual está inserido, auxiliando na compreensão e facilitando a sua adaptação às mudanças inerentes ao processo de envelhecimento. Para além disso, promover o desenvolvimento de acções educativas ao nível primário, secundário e terciário e estimular a participação do idoso. Por fim, tem como objectivo estimular a participação do idoso e, quando necessário, dos seus familiares, no seu processo de auto-cuidado, tornando-os desta forma, os principais responsáveis pela manutenção do seu melhor nível de saúde e bem-estar (Duarte, 2002).

De acordo com Collière (1999) o cuidar pode ser definido como o ajudar a viver, aprendendo a harmonizar forças aparentemente contrárias, mas na realidade complementares. Os cuidados são assim, fonte de prazer, expressão de uma relação e dispersam os tormentos tentando evitar o sofrimento.

O cuidar é uma actividade que vai para além do entendimento das necessidades básicas do ser humano no momento em que está fragilizado. É o compromisso com o cuidado existencial, que envolve o auto-cuidado, a auto-estima e a auto-valorização (Caldas, 2000).

Mayerhoff (cit. in Watson 2002, pp. 55-56), reflecte sobre o cuidar em enfermagem:

“...nós, algumas vezes, falamos como se cuidar não requeresse conhecimentos, como se cuidar de alguém, por exemplo, fosse simplesmente uma questão de boas intenções ou atenção calorosa...Para cuidar de alguém, tenho que saber, por exemplo, quem é o outro, quais os seus poderes e limitações, quais as suas necessidades e o que é que contribui para o seu crescimento, tenho que saber responder às suas necessidades e quais são os meus próprios poderes e limitações. Tal conhecimento é simultaneamente geral e específico”.

É da competência do enfermeiro promover a adaptação do idoso a nível físico, psicológico e social. Para isso, é necessário ajudar o idoso a encontrar estratégias de

adaptação que favoreçam o auto-controlo, para que este consiga atingir o maior nível de autonomia. O enfermeiro deve conhecer a personalidade do idoso, o que implica um conhecimento adequado dos seus valores, das suas crenças e dos seus comportamentos (Cardoso, 2000).

O enfermeiro deve adoptar o modelo holístico, tendo em conta a dimensão biológica, psicológica, social e cultural enfatizando conceitos como saúde, bem-estar e conforto, uma vez que, os cuidados de enfermagem geriátricos devem-se apoiar numa filosofia humanista (Carvalho, 1997).

Uma vez que humanizar é comunicar, o enfermeiro que pretende humanizar os cuidados tem que adoptar atitudes que facilitem o seu relacionamento com o idoso. O comunicar em enfermagem não resulta apenas de uma simples troca de palavras mas, de uma partilha de emoções, sentimentos e ideias. É assim, exigido ao enfermeiro a habilidade de comunicar com o idoso e a capacidade de o escutar (Carvalho, 1997).

“O enfermeiro que trabalha em geriatria deve tornar-se o veículo do saber geriátrico para informar os outros intervenientes menos especializados, bem como desempenhar um papel de defensor relativamente aos idosos e às suas necessidades” (ibid., p.14).

O que deve estar na base das funções dos enfermeiro deve ser o respeito pelo idoso em toda a sua unicidade, na totalidade do seu ser e os objectivos das intervenções em geriatria, que são o valorizar a responsabilização dos idosos pelas suas necessidades, privilegiar as acções tendentes a melhorar as capacidades e a autonomia do idoso e facilitar o acesso aos recursos disponíveis (Carvalho, 1997).

II. Fase Metodológica

2.1 Justificação do estudo / Objecto de estudo

Um trabalho de investigação requer um conjunto de acções e comportamentos para a recolha, descrição e análise de dados, isto é, exige uma metodologia própria constituída

por um conjunto de etapas a percorrer e de meios que nos levam à obtenção dos resultados e conclusões.

De acordo com Fortin (1999, p.131)

“(…) a fase metodológica consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes à realização da investigação”.

Segundo Luna (1998), o investigador desenvolve uma pesquisa, faz intervenções na realidade a ser pesquisada e vai colher informações com o objectivo de identificar um problema de pesquisa ou detalhar um problema formulado inicialmente.

Nesta fase deve-se fazer o designado desenho de investigação que consiste num plano lógico com o objectivo de adquirir respostas válidas às questões de investigação. É válida a informação que dá do estudo uma representação clara, e que possibilita tirar conclusões verdadeiras. Os elementos que constituem o desenho de investigação são o meio, o tipo de estudo, a população, a amostra, as variáveis, o método de colheita de dados, o instrumento de colheita de dados e o respectivo tratamento de dados.

2.2 Pergunta de partida e questões de investigação

A questão de investigação, segundo Fortin (1999, p.48) expressa-se:

“Sob a forma de uma interrogação explícita relativa ao problema a examinar e a analisar com o objectivo de obter novas informações. É um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar”.

Os passos prévios à escolha de um problema de investigação são: a escolha de um domínio ou tema que suscite interesse por parte do investigador; enunciar uma questão de investigação relativamente ao tema em estudo; considerar os tipos de questões pivôs; determinar o tipo de questão de investigação em relação ao estado dos conhecimentos

no domínio escolhido e proceder a uma análise crítica da questão que conduzirá ao seu enunciado final (Fortin, 1999).

Assim, a independência do idoso na realização de actividades básicas de vida diária foi o tema seleccionado. A capacidade do idoso para a realização destas actividades é respeitada por uns e negligenciada por outros. Ainda que, o envelhecimento seja apenas, uma etapa do ciclo da vida a independência/dependência é um assunto problemático, muitas vezes evitado, incompreendido ou ocultado.

Neste trabalho pretendeu-se responder à seguinte questão:

Quais são as actividades Básicas de Vida Diária que o idoso sente maior dificuldade a realizar?

Para este estudo definiu-se como objectivos:

- Objectivos gerais:
 - Aprofundar o conhecimento no tema enunciado;
- Objectivos específicos:
 - Conhecer o nível de dependência em que se encontram os idosos nas Actividades Básicas de Vida Diária (ABVD's);
 - Identificar em que ABVD há uma maior taxa de dependência;

2.3 Tipo de estudo

Para elaboração deste trabalho, optamos pela realização de um estudo descritivo-exploratório. Para Fortin (1999, p.137)

“o objectivo do estudo descritivo consiste em discriminar os factores determinantes ou conceitos que, eventualmente possam estar associados ao fenómeno em estudo”.

Ainda segundo a mesma autora, o estudo exploratório tem como objectivo a exploração e descrição de fenómenos e características de uma população, identificando relações e conceptualizando uma situação.

2.4 População e Amostra

A população, de acordo com Fortin (1999, p.373):

“é o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação”.

A população deste estudo de investigação foi cerca 250 (valor este que foi fornecido pela Santa Casa da Misericórdia de Vila do Conde), idosos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 65 anos que são residentes no conselho de Vila do Conde.

Amostra é “ um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população” (Fortin, 1999, p.202).

O método de amostragem utilizado foi o não probabilístico por selecção racional porque é “(...) um procedimento segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra” (Fortin, 1999, p.208).

O tipo de amostragem utilizada foi a selecção racional que é “(...) uma técnica que tem por base o julgamento do investigador para constituir uma amostra de sujeitos em função do seu carácter típico” (Fortin, 1999, p.209).

No nosso estudo a amostra é constituída por 30 indivíduos de ambos os sexos e com idade igual ou superior a 65 anos que são apoiados, por alguma das valências disponibilizadas pela Santa Casa da Misericórdia de Vila do Conde, que se encontravam

orientados no tempo e no espaço e que apresentassem capacidades físicas e psicológicas para manter uma entrevista.

2.5 Definição e operacionalização de Variáveis

As variáveis são “(...) qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são investigadas numa investigação” (Fortin, 1999, p.36).

2.5.1 Dependente

A variável dependente é segundo Carvalho (2002, p.123) “(...) o fenómeno ou facto a ser explicado ou descoberto” e ainda “é o factor influenciado, determinado ou afectado pela variável independente”.

Segundo Fortin, (1999 p.376) uma variável pode ser considerada como uma:

“característica de pessoas, de objectos ou de situações estudadas numa investigação, a que se pode atribuir diversos valores. Segundo a mesma autora, as variáveis atributo são as características dos sujeitos em estudo. Assim sendo, neste estudo correspondem a: idade, sexo, estado civil, com quem vive, profissão e doenças actuais. A variável independente é manipulada pelo investigador para medir o seu efeito na variável dependente “actividade básicas de vida diária”.

Esta última é a resposta ou resultado observado que é devido à presença da mesma. Neste estudo a variável independente coincide com as variáveis atributo.

2.5.2 Independente

A variável independente é segundo Fortin (1999, p.377) “(...) manipulada pelo investigador com a finalidade de estudar os seus efeitos na variável dependente.”

De acordo, com Marconi e Lakatos (1992, p.172) a variável independente pode ser definida como:

(...) aquela que influencia, determina ou afecta uma outra variável; é factor determinante; condição ou causa para certo resultado, efeito ou consequência; é o factor manipulado pelo investigador.

2.6 Instrumento de Colheita de Dados

Quanto ao instrumento de colheita de dados adoptado à investigação foi o guião de entrevista. O instrumento de colheita de dados encontra-se dividido em três partes:

➤ A primeira parte é composta por questões que correspondem à caracterização do idoso. Esta primeira parte é constituída por oito questões que caracterizam a população sendo duas de resposta fechada e seis de resposta aberta.

➤ A segunda parte é constituída por questões referentes à avaliação da dependência no idoso nas actividades de vida diária. Esta parte é constituída por sete questões de resposta Pretende-se assim, estudar as possíveis dificuldades inerentes ao idoso na realização das actividades de vida diárias.

➤ A terceira parte é constituída pelo Índice de Katz (Cantera e Domingo, 1998), uma escala de avaliação das actividades de vida diárias do idoso composto por seis itens: higiene, vestuário, uso de vaso sanitário, mobilização, continência e alimentação permitindo a classificação do idoso desde independente em todas as actividades de vida diárias até dependente em todas elas.

Neste trabalho foi utilizado como método de colheita de dados a entrevista estruturada que segundo Marconi e Lakatos (2003, p.197)

“(...) é aquela em que o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido; as perguntas feitas ao indivíduo são pré-determinadas”.

Algumas vantagens desta técnica são: a possibilidade de ser utilizada em toda a população, incluindo analfabetos, fornece uma amostragem melhor da população-alvo porque o entrevistado não necessita de saber ler ou escrever e permite maior

flexibilidade na medida em que o entrevistador pode repetir ou esclarecer qualquer questão menos perceptível.

2.7 Colheita de Dados e Pré-teste

À realização de qualquer trabalho de investigação está subjacente uma colheita de dados, sendo necessário a programação das acções a desenvolver para a sua consecução.

A colheita de dados é segundo, Fortin (1999, p.365):

“ um processo de observação, de medida e de consignação de dados, visando recolher informação sobre certas variáveis junto dos sujeitos que participam numa investigação”.

Após a elaboração do instrumento de colheita de dados foi solicitada autorização para a realização da colheita dos mesmos na Santa Casa da Misericórdia de Vila do Conde. Depois, de nos ter sido dado consentimento, iniciamos a colheita de dados na referida instituição. A colheita iniciou-se no dia 26/02/2007 a 2/3/2007 tendo sido realizada a entrevista a trinta idosos que se encontravam orientados no tempo e no espaço e que apresentassem capacidades físicas e psicológicas para manter uma entrevista, tendo sempre presentes o respeito dos princípios éticos, já referidos anteriormente.

Os instrumentos de recolha de dados devem ser testados, para investigar a validade, exactidão e nitidez, compreensibilidade da formulação de questões do instrumento de pesquisa. Assim, procede-se a título experimental a execução do pré-teste, que poderá levar à reformulação de algumas questões ou mesmo à intercalação de outras perguntas.

Polit e Hungler (1995, p.369) definem pré-teste como:

“(…) a administração em forma de tentativa, de um instrumento recém-elaborado para identificar falhas ou avaliar as exigências do tempo”.

O pré-teste, “consiste no preenchimento dos questionários por uma pequena amostra que reflita a diversidade da população visada a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas” (Fortin 1999, p.253).

O pré-teste foi aplicado a título experimental a 10% da amostra em estudo, isto é a três idosos da Santa Casa da Misericórdia de Vila do Conde, no dia 26 de Fevereiro de 2007, com a finalidade de verificar se as questões se encontravam correctamente formuladas.

Concretamente foram seleccionados por um processo de amostragem aleatória, que segundo Fortin, (1999, p.204)

“é uma técnica segundo a qual qualquer um dos elementos que compõe a população alvo tem igual hipótese de ser escolhido para fazer parte da amostra”.

Da aplicação do pré-teste apuramos que o preenchimento da entrevista demorava sensivelmente 10 minutos, estimamos a importância das questões e a dificuldade de percepção das questões. As questões não suscitaram dúvidas e por isso não se inseriram modificações. Assim concluímos que a entrevista se encontrava satisfatória para a aquisição das informações essenciais, no sentido de analisar as variáveis em estudo.

2.8 Previsão e tratamento de dados

Para a análise estatística, proceder-se-á ao processamento dos dados utilizando o software estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science), versão 13.0 para o Windows e Microsoft Excel.

Para o tratamento estatístico serão utilizadas frequências absolutas e relativas; medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão). A apresentação dos resultados será feita através de quadros e nos casos que se considerem pertinentes serão complementados por gráficos apropriados, com o objectivo de facilitar a visualização dos dados.

2.9 Considerações éticas

Em investigação é relevante proteger os direitos e liberdades dos inquiridos. Prontamente para a realização da entrevista, teve-se em conta todas as precauções formais e éticas.

Segundo Fortin (1999, p.116), a investigação aplicada aos seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdade da pessoa. Assim, é importante tomar as disposições necessárias para proteger os direitos e as liberdades das pessoas que participam nas investigações. De acordo, com os códigos de ética foram desenvolvidos cinco princípios: direito à auto-determinação, à intimidade, à confidencialidade, à protecção contra o desconforto e prejuízo e a um tratamento justo e equitativo.

No presente estudo, pretendemos respeitar de forma incondicional os cinco direitos estabelecidos pelo Código de Ética de Nuremberga, desenvolvendo em relação a cada um deles, as respectivas premissas, da seguinte forma:

✕ Direito à autodeterminação – é explicado aos idosos que participam no estudo o seu direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não na investigação. Nenhum meio será utilizado para influenciar a sua decisão.

✕ Direito à intimidade – o estudo pretende ser o menos invasivo possível. É protegido o anonimato ao longo do estudo, bem como durante a divulgação dos resultados.

✕ Direito à confidencialidade – os resultados são apresentados de forma, a que nenhum idoso tenha a possibilidade de ser identificado.

✕ Direito à protecção contra o desconforto e prejuízo – este direito diz respeito ao risco de ordem física, psicológica, legal ou económica que possa advir da realização do estudo. Não estão previstos quaisquer riscos desta ordem no trabalho em causa.

× Direito a um tratamento justo e equitativo – este direito refere-se à informação fornecida, o fim e duração da investigação, para a qual foi solicitada a participação do idoso, bem como os métodos utilizados no estudo.

III. Apresentação e análise de dados

No presente capítulo apresentam-se, analisam-se e discutem-se os dados relativos à pesquisa realizada. Estes encontram-se apresentados em quadros e gráficos de modo, a esquematizar e facilitar a sua leitura e posterior análise.

Após a realização das trinta entrevistas procedeu-se à sua apresentação e respectiva análise dos resultados.

Para a apresentação dos dados, procedeu-se a uma divisão, sendo a parte I (identificação do inquirido), correspondente à caracterização da amostra. A segunda parte apresenta possíveis dificuldades do idoso para a realização das actividades básicas de vida diária. A quarta parte corresponde à análise dos resultados obtidos após a aplicação do Índice de Katz.

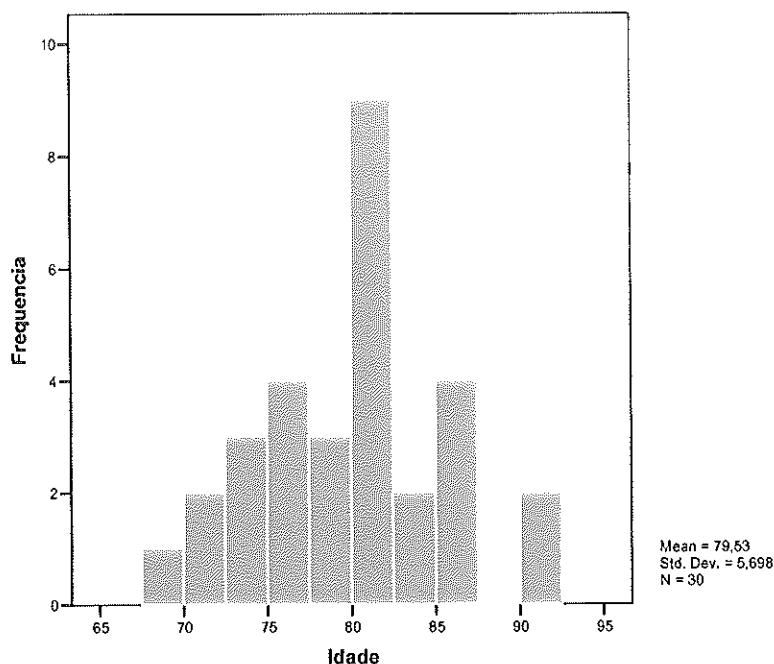
No final, é realizada a discussão de forma, a comparar os resultados obtidos neste estudo com outros estudos realizados recentemente com validade científica.

Parte I – Descrição do Idoso

Quadro 4: Distribuição dos idosos segundo a faixa etária. Santa Casa da Misericórdia, 2007.

| | N | Mínimo | Máximo | Média | Desvio Padrão |
|-------|----|--------|--------|-------|---------------|
| Idade | 30 | 68 | 91 | 79,53 | 5,698 |

Gráfico 1: Distribuição dos idosos segundo a faixa etária. Santa Casa da Misericórdia, 2007.



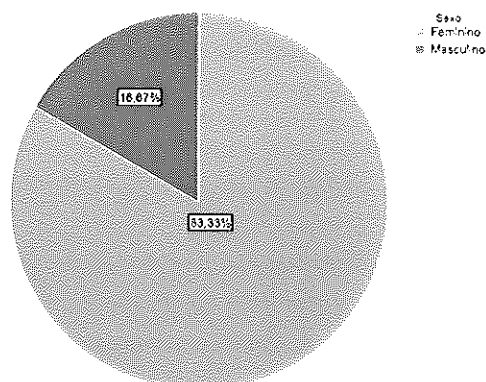
Neste estudo, foram realizadas 30 entrevistas a idosos. De acordo com o Quadro 4 e o Gráfico 1 – Distribuição dos idosos segundo a faixa etária – observamos que 1 encontra-se na faixa etária dos 65-70 anos, 5 na faixa etária dos 70-75 anos, 7 na faixa etária dos 75-80 anos, 11 na faixa etária dos 80-85, 4 na faixa etária dos 85-90 e 2 com mais de 90 anos.

Neste estudo, a idade mínima dos entrevistados foi de 68 anos e a idade máxima foi de 91 anos. A média de idades é de 79,53 anos e o desvio padrão é de 5,698.

Quadro 5: Distribuição dos idosos segundo o género. Santa Casa da Misericórdia, 2007.

| Sexo | n | % |
|-----------|----|-------|
| Feminino | 25 | 83,3 |
| Masculino | 5 | 16,7 |
| Total | 30 | 100,0 |

Gráfico 2: Distribuição dos idosos segundo o género. Santa Casa da Misericórdia, 2007.

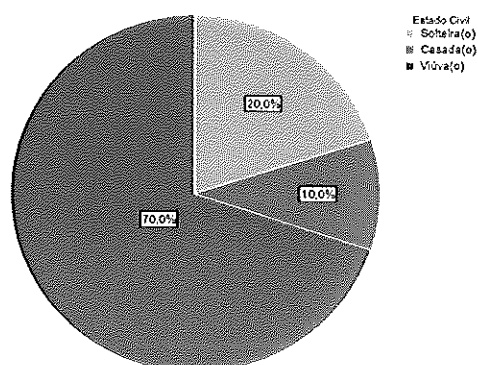


Pela análise do Quadro 5 e Gráfico 2 – Distribuição dos idosos segundo género – verificamos que 5 (16,7%) idosos são do sexo masculino e 25 (83,3%) são do sexo feminino.

Quadro 6: Distribuição dos idosos segundo o estado civil. Santa Casa da Misericórdia, 2007.

| Estado Civil | n | % |
|--------------|----|-------|
| Solteira(o) | 6 | 20,0 |
| Casada(o) | 3 | 10,0 |
| Viúva(o) | 21 | 70,0 |
| Total | 30 | 100,0 |

Gráfico 3: Distribuição dos idosos segundo o estado civil. Santa Casa da Misericórdia, 2007.

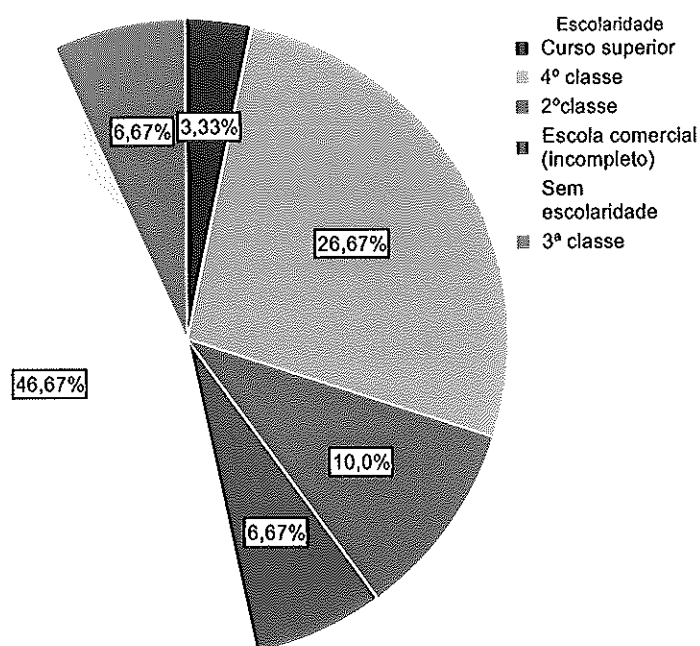


Quanto ao estado civil e pela análise do Quadro 6 – Distribuição dos idosos segundo o estado civil – verificamos que 3 (10,0%) idosos são casados; 6 (20,0%) são solteiros; 21 (70,0%).

Quadro 7: Distribuição dos idosos segundo o grau de escolaridade. Santa Casa da Misericórdia, 2007.

| Escolaridade | n | % |
|-------------------------------|----|-------|
| Sem escolaridade | 14 | 46,7 |
| 2ª Classe | 3 | 10,0 |
| 3ª Classe | 2 | 6,7 |
| 4ª Classe | 8 | 26,7 |
| Escola comercial (incompleto) | 2 | 6,7 |
| Curso superior | 1 | 3,3 |
| Total | 30 | 100,0 |

Gráfico 4: Distribuição dos idosos segundo o grau de escolaridade. Santa Casa da Misericórdia, 2007.



Pela análise do Quadro 7 e do Gráfico 4 – Distribuição dos idosos segundo o grau de escolaridade – verificamos que 14 (46,7%) idosos não frequentaram a escola; 3 (10,0%) frequentaram até à 2ª classe, 2 (6,7%) frequentaram até à 3ª classe, 8 (26,7%) frequentaram até à 4ª classe, 2 (6,7%) frequentaram mas não completaram a escola comercial e apenas 1 (3,3%) concluiu um curso superior.

Quadro 8: Distribuição dos idosos de acordo com quem vive. Santa Casa da Misericórdia, 2007.

| Com quem vive | n | % |
|---------------|----|-------|
| Santa Casa | 27 | 90,0 |
| Marido | 1 | 3,3 |
| Sozinha | 1 | 3,3 |
| Filhos | 1 | 3,3 |
| Total | 30 | 100,0 |

Ao analisar o Quadro 8 – Distribuição dos idosos de acordo com quem vive – verificamos que 27 (90,0%) vivem na Santa Casa da Misericórdia. Os 3 inquiridos que não vivem na Santa Casa da Misericórdia, usam-na para Centro de Dia. 1 (3,3%) vive sozinho; 1 (3,3%) vive com o cônjuge e 1 (3,3%) vivem com o filho. Vivem todos em moradias, uma das moradias tem escadaria.

Quadro 9: Distribuição dos idosos de acordo com a profissão. Santa Casa da Misericórdia, 2007.

| Profissão | n | % |
|-------------------------|----|-------|
| Barbeiro | 1 | 3,3 |
| Café | 1 | 3,3 |
| Chefe de serviço firma | 1 | 3,3 |
| Contínua | 1 | 3,3 |
| Costureira | 1 | 3,3 |
| Cozinheiro(a) | 2 | 6,7 |
| Doméstica | 4 | 13,3 |
| Electricista | 1 | 3,3 |
| Empregado de escritório | 1 | 3,3 |
| Fiadeira | 1 | 3,3 |
| Governanta | 1 | 3,3 |
| Lavoura | 3 | 10,0 |
| Operário(a) | 4 | 13,3 |
| Pescadora | 1 | 3,3 |
| Professora | 1 | 3,3 |
| Renda de Bilros | 2 | 6,7 |
| Seca bacalhau | 1 | 3,3 |
| Servente | 1 | 3,3 |
| Vendedora | 1 | 3,3 |
| Vendedora de peixe | 1 | 3,3 |
| Total | 30 | 100,0 |

Relativamente à distribuição dos idosos de acordo com a profissão não foi estabelecido um padrão, dado a dispersão dos resultados encontrados como se pode verificar no quadro 9. Como tal, este dado não foi cruzado com outras variáveis.

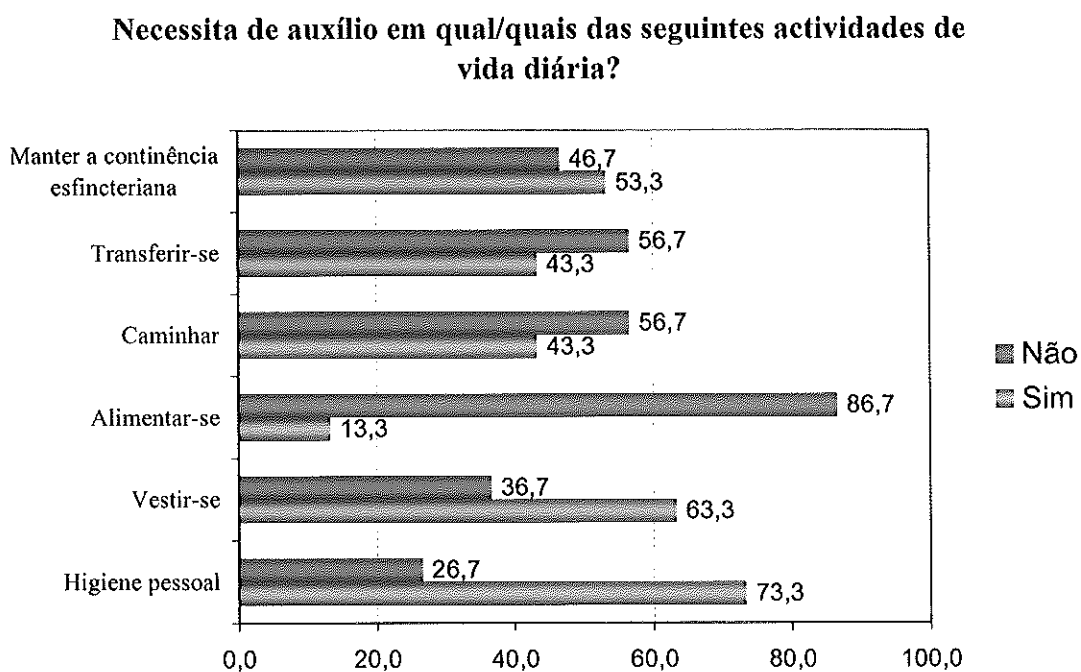
Quadro 10: Distribuição dos idosos de acordo com doenças actuais. Santa Casa da Misericórdia, 2007.

| Doenças actuais | n | % |
|---|----------|----------|
| Não têm doenças | 5 | 16,7 |
| Calcanhares, não anda | 1 | 3,3 |
| Cefaleias | 1 | 3,3 |
| Coluna (espondilose) | 2 | 6,7 |
| Coluna e osteoporose | 1 | 3,3 |
| Coluna, osteoporose, anemia | 1 | 3,3 |
| Coração, hipertensão, diabetes e neurologia | 1 | 3,3 |
| Diabetes | 1 | 3,3 |
| Diabetes, Anemia, Cardiovasculares | 1 | 3,3 |
| Diabetes, colesterol | 1 | 3,3 |
| Diabetes, hipertensão | 1 | 3,3 |
| Epilepsia | 1 | 3,3 |
| Hipertensão | 1 | 3,3 |
| Invalidez membros inferiores | 1 | 3,3 |
| Má circulação | 1 | 3,3 |
| Neurologia | 2 | 6,7 |
| Neurologia Colesterol | 1 | 3,3 |
| Osteoporose, anemia | 1 | 3,3 |
| Osteoporose, doença cardíaca | 1 | 3,3 |
| Osteoporose, coluna | 1 | 3,3 |
| Osteoporose, diabética | 1 | 3,3 |
| Psoríase atropática, hérnia, colesterol | 1 | 3,3 |
| Sem força muscular | 1 | 3,3 |
| Trombose | 1 | 3,3 |
| Total | 30 | 100,0 |

Segundo a opinião do próprio, verificou-se que 5 (16,7 %) afirmam não ter doença não sendo estabelecido um padrão, dado a dispersão dos resultados encontrados como se pode verificar no quadro 10. Como tal, este dado não foi cruzado com outras variáveis.

Parte II – Possíveis dificuldades do idoso nas actividades básicas de vida diária**Quadro 11:** Dificuldade nas actividades básicas de vida diária. Santa Casa da Misericórdia, 2007.

| Necessita de auxílio em qual/quais das seguintes actividades de vida diária? | Sim | % | Não | % | n |
|---|------------|----------|------------|----------|----------|
| Higiene pessoal | 22 | 73,3 | 8 | 26,7 | 30 |
| Vestir-se | 19 | 63,3 | 11 | 36,7 | 30 |
| Alimentar-se | 4 | 13,3 | 26 | 86,7 | 30 |
| Caminhar | 13 | 43,3 | 17 | 56,7 | 30 |
| Transferir-se | 13 | 43,3 | 17 | 56,7 | 30 |
| Manter a continência esfincteriana | 16 | 53,3 | 14 | 46,7 | 30 |

Gráfico 5: Dificuldade nas actividades básicas de vida diária. Santa Casa da Misericórdia, 2007.

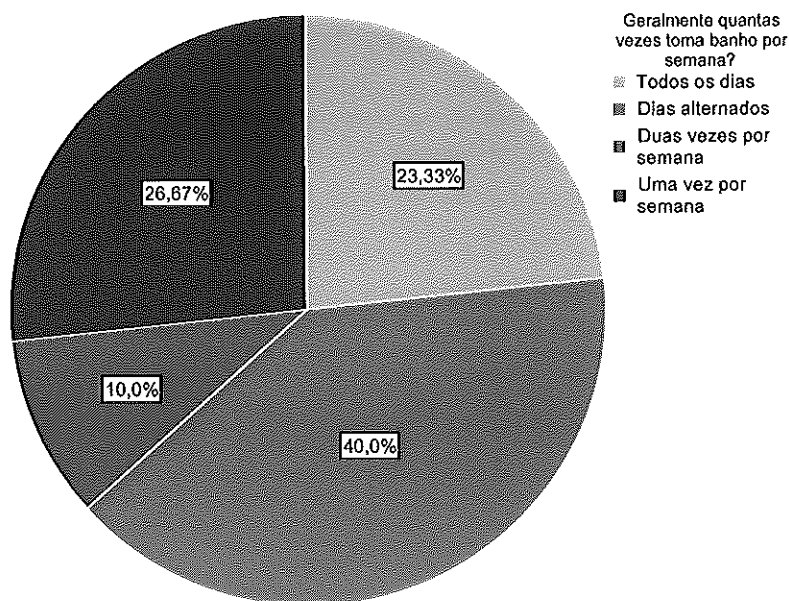
Pela análise do Quadro 11 e do Gráfico 5 – Dificuldade nas actividades básicas de vida diária – Dos 30 inquiridos, todos apresentam alguma dificuldade na realização nas ABVD sendo que, 22 (73,33%) necessitam de auxílio na higiene pessoal, 16 (53,33%) necessitam de auxílio para manter a continência esfincteriana, 19 (63,33%) para se

vestirem, 13 (43,33%) para caminhar e transferir-se e somente 4 (13,33%) necessitam de ajuda para se alimentarem.

Quadro 12: Distribuição dos idosos relativamente à ABVD – Higiene pessoal. Santa Casa da Misericórdia, 2007.

| Geralmente, quantas vezes toma banho por semana? | n | % |
|---|----------|----------|
| Todos os dias | 7 | 23,3 |
| Dias alternados | 12 | 40,0 |
| Duas vezes por semana | 3 | 10,0 |
| Uma vez por semana | 8 | 26,7 |
| Total | 30 | 100,0 |

Gráfico 6: Distribuição dos idosos relativamente à ABVD – Higiene pessoal. Santa Casa da Misericórdia, 2007.



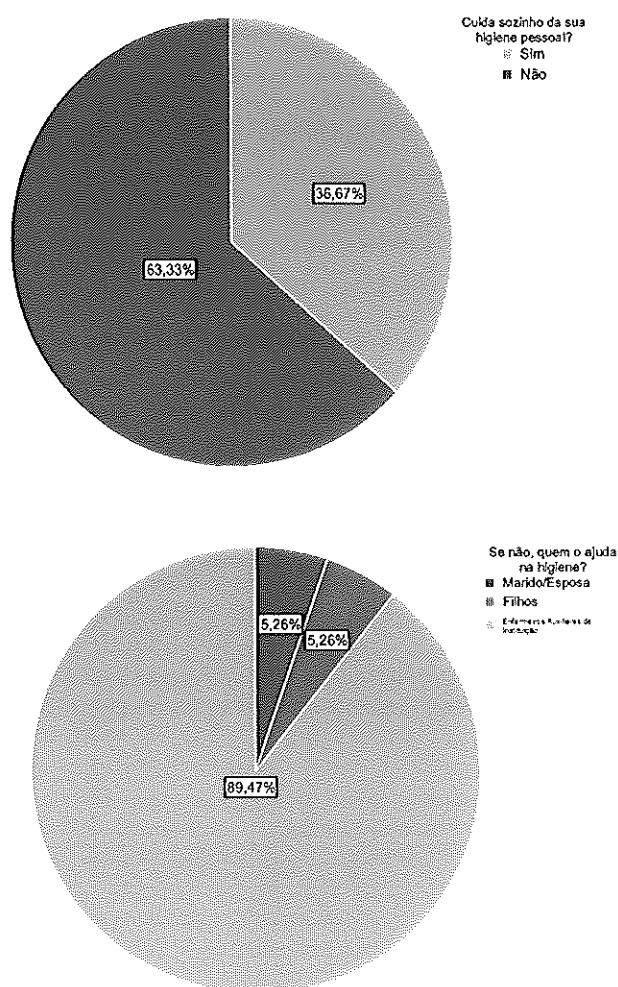
Com relação ao banho, verifica-se que 8 (26,7%) dos idosos tomam banho apenas uma vez por semana, 12 (40,0%) realizam essa actividade em dias alternados e 3 (10,0%) a realizam 2 vezes por semana. Essa actividade é referida como sendo diária para 7 (23,3%) idosos.

Quadros 13: Distribuição dos idosos segundo as dificuldades na execução da sua higiene. Santa Casa da Misericórdia, 2007.

| Cuida sozinho da sua higiene pessoal? | n | % |
|--|-----------|--------------|
| Sim | 11 | 36,7 |
| Não | 19 | 63,3 |
| Total | 30 | 100,0 |

| Se não, quem o ajuda na higiene? | n | % |
|---|-----------|--------------|
| Marido/Esposa | 1 | 5,3 |
| Filhos | 1 | 5,3 |
| Enfermeiros/Auxiliares da Instituição | 17 | 89,5 |
| Total | 19 | 100,0 |

Gráficos 7 e 8: Distribuição dos idosos segundo as dificuldades na execução da sua higiene. Santa Casa da Misericórdia, 2007.

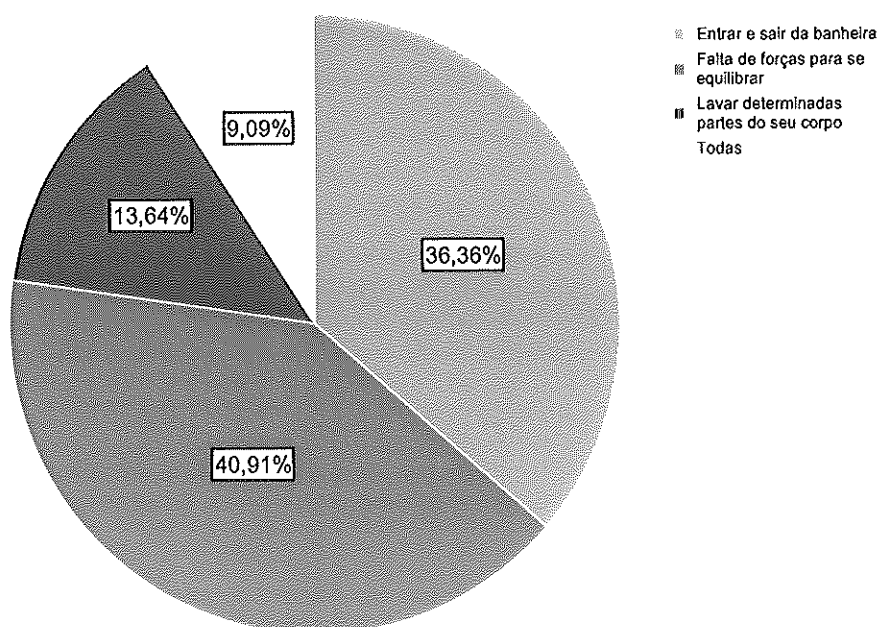


Quadro 14 Distribuição dos idosos segundo as dificuldades na execução da sua higiene. Santa Casa da Misericórdia, 2007.

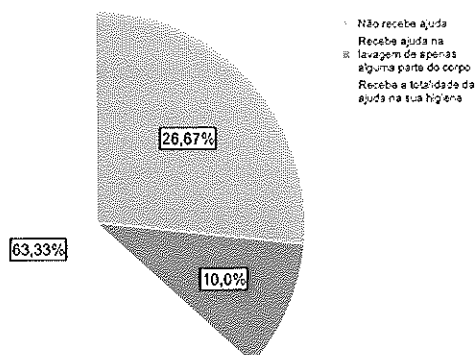
| Quais as maiores dificuldades que sente ao tomar banho? | N | % |
|--|-----------|--------------|
| Entrar e sair da banheira | 8 | 36,4 |
| Falta de forças para se equilibrar | 9 | 40,9 |
| Lavar determinadas partes do seu corpo | 3 | 13,6 |
| Todas | 2 | 9,1 |
| Total | 22 | 100,0 |
| Que tipo de ajuda precisa para realizar a sua higiene? | N | % |
| Não recebe ajuda | 8 | 26,7 |
| Recebe ajuda na lavagem de apenas alguma parte do corpo | 3 | 10,0 |
| Recebe a totalidade da ajuda na sua higiene | 19 | 63,3 |
| Total | 30 | 100,0 |

Gráfico 9 e 10: Distribuição dos idosos segundo as dificuldades na execução da sua higiene. Santa Casa da Misericórdia, 2007.

Quais as maiores dificuldades que sente ao tomar banho?



Que tipo de ajuda precisa para realizar a sua higiene?



Quando se questionou as dificuldades do idoso na execução da sua higiene e pela análise dos Quadros 13 e 14 e Gráficos 7, 8, 9 e 10 – Distribuição dos idosos segundo as dificuldades na execução da sua higiene – verificamos que dos 11 (36,7%) idosos que cuidam sozinhos da sua higiene, 8 (26,7%) não recebem qualquer ajuda e 3 (3,3%) recebe ajuda na lavagem de alguma parte do corpo por ter falta de forças para se equilibrar e 19 (63,3%) recebem a totalidade da ajuda.

Quadro 15: Distribuição dos idosos segundo as dificuldades para se vestir. Santa Casa da Misericórdia, 2007.

| Precisa de ajuda para se vestir? | n | % |
|---|----|-------|
| Escolhe e pega na peça de roupa vestindo-a sem qualquer dificuldade | 11 | 36,7 |
| Precisa de ajuda para determinadas partes do vestuário | 8 | 26,7 |
| Precisa de ajuda total | 11 | 36,7 |
| Total | 30 | 100,0 |

Quadro 16: Distribuição dos idosos segundo as dificuldades para se vestir. Santa Casa da Misericórdia, 2007.

| Precisa de ajuda para determinadas partes do vestuário como: | Sim | % | Não | % | Total |
|--|-----|------|-----|------|-------|
| Retirar a roupa dos armários e gavetas | 1 | 12,5 | 7 | 87,5 | 8 |
| Vestir algumas peças de roupa | 6 | 75 | 2 | 25 | 8 |
| Apertar fechos | 3 | 37,5 | 5 | 62,5 | 8 |
| Calçar as meias e os sapatos/chinelos | 6 | 75 | 2 | 25 | 8 |

Gráfico 11: Distribuição dos idosos segundo as dificuldades para se vestir. Santa Casa da Misericórdia, 2007.

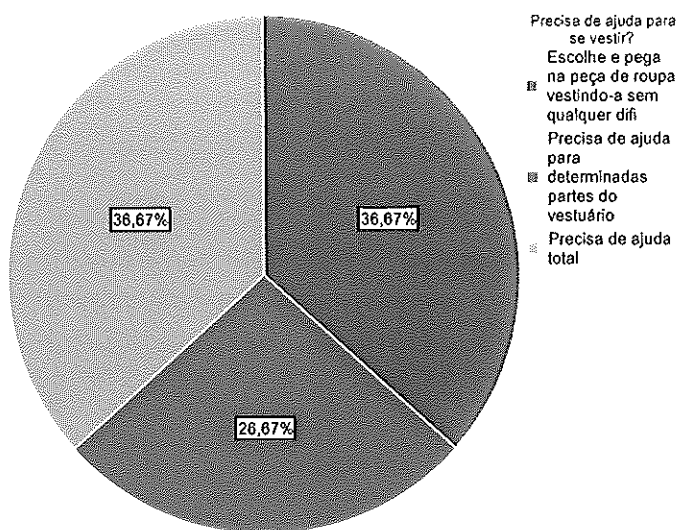
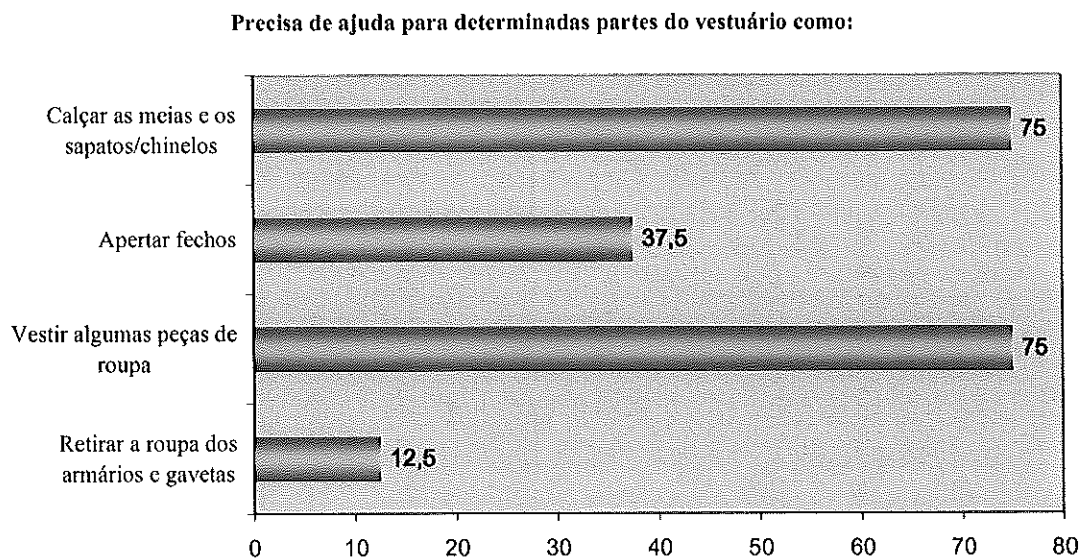


Gráfico 12: Distribuição dos idosos segundo as dificuldades para se vestir. Santa Casa da Misericórdia, 2007.



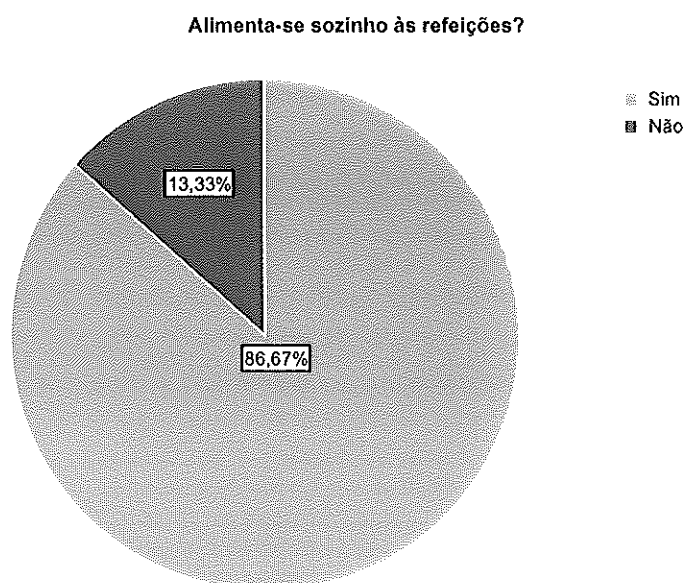
Relativamente ao vestir, através do Quadro 15 e 16 e Gráficos 11 e 12 – Distribuição dos idosos segundo as dificuldades em vestir-se – constatamos que 11 (36,7%) idosos conseguem vestir-se sem qualquer tipo de ajuda; 8 (26,7%) necessitam de ajuda para vestir determinadas peças de roupa e 11 (36,7%) precisam de ajuda total para vestirem a roupa. Verificamos que nos idosos que sentem dificuldades em apenas algumas partes

do vestuário, existe maiores dificuldades e calçar as meias e os chinelos/sapatos e em vestir algumas peças de roupa.

Quadro 17: Distribuição dos idosos segundo a necessidade de ajuda na alimentação. Santa Casa da Misericórdia, 2007.

| Alimenta-se sozinho às refeições? | n | % |
|---|----------|----------|
| Sim | 26 | 86,7 |
| Não | 4 | 13,3 |
| Total | 30 | 100,0 |
| Se não consegue alimentar-se sozinho, precisa de ajuda para: n=4 | n | % |
| Apenas ajuda para barrar o pão ou cortar os alimentos | 2 | 50 |
| Ajuda para se alimentar parcialmente, como pegar em talheres ou em copos | 2 | 50 |

Gráfico 13: Distribuição dos idosos segundo a necessidade de ajuda na alimentação. Santa Casa da Misericórdia, 2007.



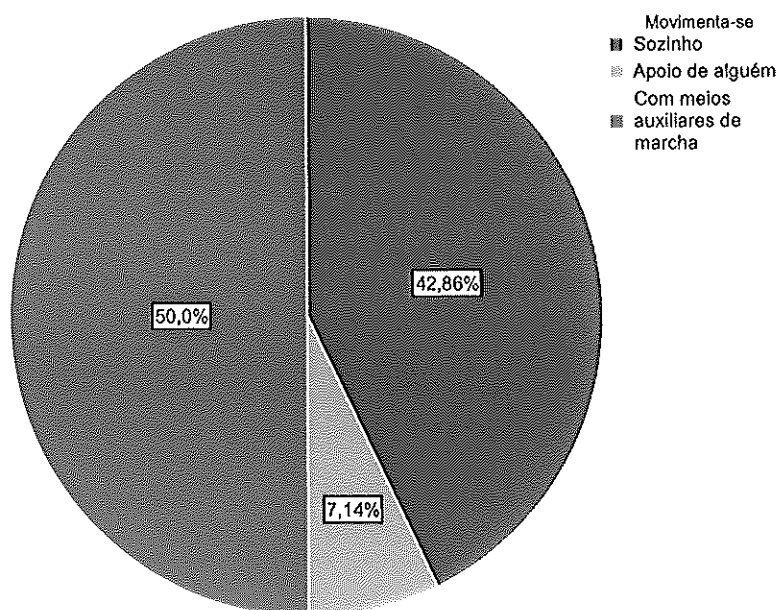
No que concerne, à alimentação do idoso verificamos, segundo o Quadro 17 – Distribuição dos idosos segundo a necessidade de ajuda na alimentação – que 22

(73,3%) idosos conseguem comer sem ajuda; 4 (13,3%) necessitam de alguma ajuda, a comer com talheres e copos 2 (50,0%), a cortar alimentos e a barrar pão 2 (50,0%).

Quadro 18: Distribuição dos idosos segundo a sua mobilidade e meios auxiliares de marcha. Santa Casa da Misericórdia, 2007.

| Movimenta-se | n | % |
|-----------------------------------|-----------|--------------|
| Sozinho | 12 | 42,9 |
| Apoio de alguém | 2 | 7,1 |
| Com meios auxiliares de marcha | 14 | 50,0 |
| Total | 28 | 100,0 |
| Meios auxiliares de marcha | n | % |
| Cadeira de rodas | 8 | 57,1 |
| Canadianas | 1 | 7,1 |
| Bengala | 5 | 35,7 |
| Total | 14 | 100,0 |

Gráfico 14: Distribuição dos idosos segundo a sua mobilidade e meios auxiliares de marcha. Santa Casa da Misericórdia, 2007.



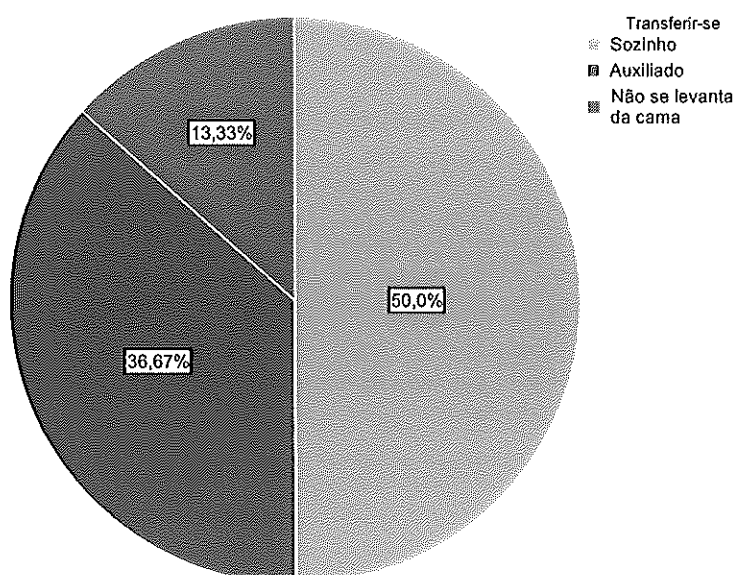
Verifica-se pela análise do Quadro 18 e Gráfico 14 – Distribuição dos idosos segundo a sua mobilidade e meios auxiliares de marcha na sua deslocação – que 12 (42,9%) idosos deslocam-se sozinhos, 2 (7,1%) deslocam-se só com o apoio de alguém e 14 (50%) necessitam de meios auxiliares de marcha. Para além disso, verificamos que 8 (57,1%)

idosos utilizam como meio auxiliar de marcha a cadeira de rodas; 1 (7,1%) canadianas; e 5 (35,7%) bengala. 2 Não se movimentam porque estão acamados.

Quadro 19: Distribuição dos idosos a transferir-se. Santa Casa da Misericórdia, 2007.

| Transferir-se | n | % |
|------------------------|----|-------|
| Sozinho | 15 | 50,0 |
| Auxiliado | 11 | 36,7 |
| Não se levanta da cama | 4 | 13,3 |
| Total | 30 | 100,0 |

Gráfico 15: Distribuição dos idosos a transferir-se. Santa Casa da Misericórdia, 2007.

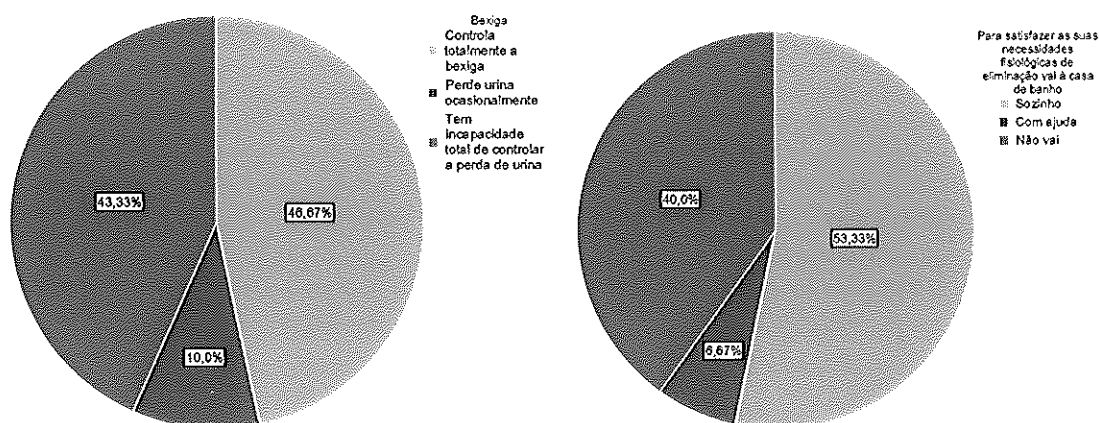


Verifica-se pela análise do Quadro 19 e Gráfico 15 – Distribuição dos idosos a transferir-se – que 15 (50,0%) idosos conseguem transferir-se sozinhos, 11 (36,7%) dos idosos so consegue transferir-se se for auxiliado por alguém e 4 (13,3%) idosos não se levantam da cama. Destes 4 idosos, 2 movimentam-se com cadeira de rodas, os outros 2 estão acamados.

Quadro 20: Distribuição dos idosos segundo a continência urinária. Santa Casa da Misericórdia, 2007.

| Bexiga | n | % |
|--|-----------|--------------|
| Controla totalmente a bexiga | 14 | 46,7 |
| Perde urina ocasionalmente | 3 | 10,0 |
| Tem incapacidade total de controlar a perda de urina | 13 | 43,3 |
| Total | 30 | 100,0 |
| Para satisfazer as suas necessidades fisiológicas de eliminação vai à casa de banho | n | % |
| Sozinho | 16 | 53,3 |
| Com ajuda | 2 | 6,7 |
| Não vai | 12 | 40,0 |
| Total | 30 | 100,0 |

Gráfico 16 e 17: Distribuição dos idosos segundo a continência urinária. Santa Casa da Misericórdia, 2007.

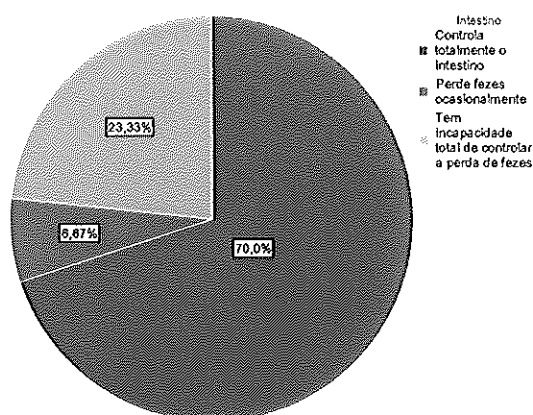


Da análise do Quadro 20 – Distribuição dos idosos segundo a continência urinária – verificamos que 14 (46,7%) idosos controlam totalmente a bexiga. Para além disso, observamos que 3 (10,0%) têm incontinência ocasionalmente e 13 (43,3%) têm incapacidade total de controlar a urina. Os 3 (10,0%) inquiridos que perdem urina ocasionalmente, perdem-na quando fazem força. Os 13 (43,3%) idosos que têm incapacidade total de controlar a perda de urina usam fralda. Os 2 (6,7%) idosos que vão com ajuda à casa de banho, um vai com alguém para o ajudar a despir-se e a vestir-se e outro vai com meios auxiliares de marcha. Os 12 (40,0%) que não vão à casa de banho usam fralda.

Quadro 21: Distribuição dos idosos segundo a continência fecal. Santa Casa da Misericórdia, 2007.

| Intestino | n | % |
|--|-----------|--------------|
| Controla totalmente o intestino | 21 | 70,0 |
| Perde fezes ocasionalmente | 2 | 6,7 |
| Tem incapacidade total de controlar a perda de fezes | 7 | 23,3 |
| Total | 30 | 100,0 |

Gráfico 18: Distribuição dos idosos segundo a continência fecal. Santa Casa da Misericórdia, 2007.

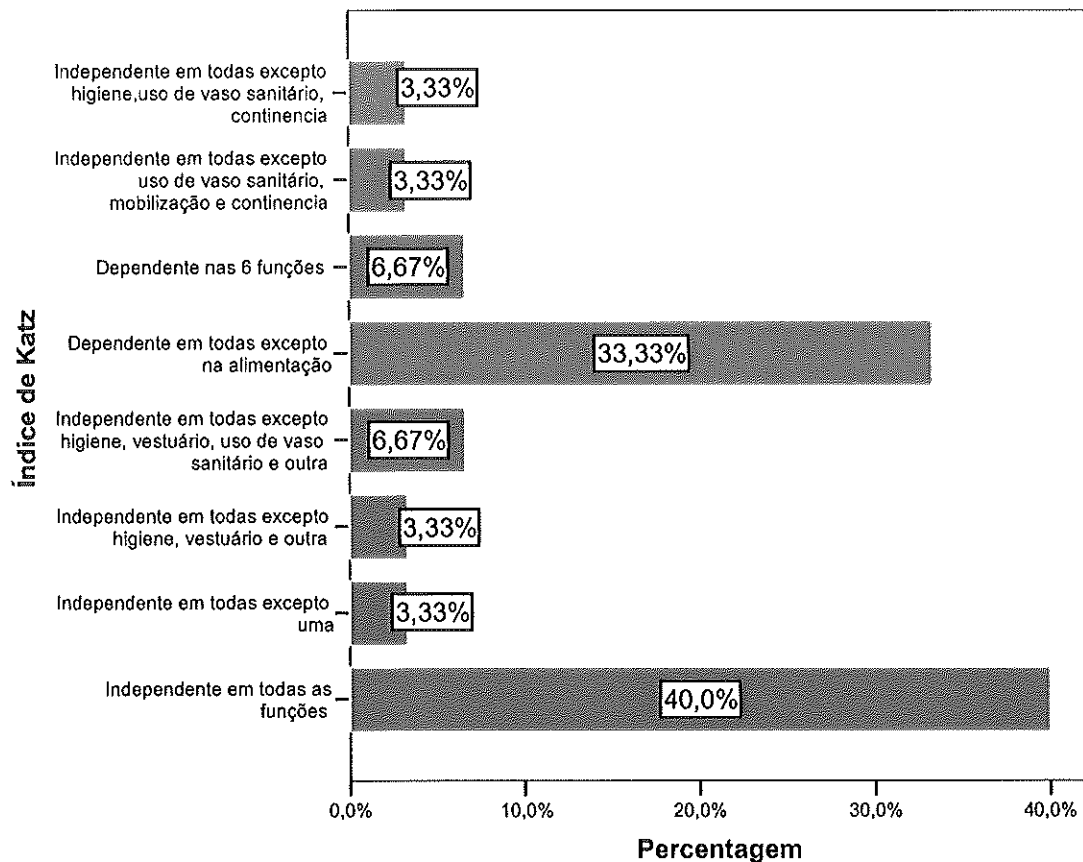


Relativamente à continência fecal podemos observar de acordo com o Quadro 21 – Distribuição dos idosos segundo a continência fecal – 21 (70,0%) idosos controlam totalmente o intestino e 2 (6,7%) tem incontinência ocasionalmente e usam fralda. Os 7 (23,3%) idosos que têm incapacidade total de controlar a perda de fezes usam todos fralda.

Quadro 22: Distribuição dos idosos segundo a avaliação do Índice de Katz. Santa Casa da Misericórdia, 2007.

| Índice de Katz | n | % |
|--|-----------|--------------|
| Grupo A. Independente em todas as funções | 12 | 40,0 |
| Grupo B. Independente em todas excepto uma | 1 | 3,3 |
| Grupo C. Independente em todas excepto higiene e outra | 0 | 0,0 |
| Grupo D. Independente em todas excepto higiene, vestuário e outra | 1 | 3,3 |
| Grupo E. Independente em todas excepto higiene, vestuário, uso de vaso sanitário e outra | 2 | 6,7 |
| Grupo F. Dependente em todas excepto na alimentação | 10 | 33,3 |
| Grupo G. Dependente nas 6 funções | 2 | 6,7 |
| Grupo H. Independente em todas excepto no uso de vaso sanitário, mobilização e continência | 1 | 3,3 |
| Grupo H.1. Independente em todas, excepto higiene, uso de vaso sanitário e continência | 1 | 3,3 |
| Total | 30 | 100,0 |

Gráfico 19: Distribuição dos idosos segundo a avaliação do Índice de Katz. Santa Casa da Misericórdia, 2007.



Através da aplicação do Índice de Katz verificou-se que 12 (40,0%) dos idosos eram independentes (grupo A); 1 (3,3%) são independentes em todas as funções excepto numa actividade básica de vida diária (grupo B) e 0 (0,0%) são independentes em todas as actividades excepto na higiene e noutra (grupo C). Para além disso, 1 (3,3%) são independentes em todas excepto na higiene, vestuário e em mais outra actividade (grupo D). Dos idosos entrevistados verificamos também que 2 (6,7%) são independentes na realização de todas as actividades básicas de vida diária excepto, na higiene, vestuário, uso do sanitário e noutra actividade (grupo E) e 10 (33,3%) são dependentes em todas excepto na alimentação (grupo F). No grau G (dependente nas seis funções) encontramos 2 (6,7%) idosos e 2 (6,7%) são dependentes em pelo menos duas funções contudo, não são classificáveis no grupo C, D, E ou F (grupo H e H1).

IV. Discussão dos resultados

Após o capítulo anterior da apresentação e análise de dados, reflectimos sobre o trabalho elaborado e analisamos os resultados obtidos, que consideramos relevantes.

A amostra seleccionada para o trabalho de investigação foi composta por 30 idosos que são apoiados por algumas das valências disponibilizadas pela SCMVC. Após uma análise previa dos dados obtidos verificamos que a amostra é constituída por 30 idosos dos quais 5 (6,7%) são do sexo masculino e 25 (83,3%) do sexo feminino. Na amostra a média de idosos é de 79,53 anos e o desvio padrão de 5,698.

Caracterizando os dados sócio-demográficos, é relevante salientar que se trata de uma amostra envelhecida e com uma população maioritariamente do sexo feminino. Verifica-se que à semelhança do que acontece noutros países e locais, o predomínio do sexo feminino em relação ao sexo masculino, mostrando que a feminização ocorre ao longo do processo de envelhecimento em Portugal. (INE, 2001)

Relativamente ao estado civil, verifica-se que 21 (70,0%) dos idosos são viúvos, 6 (20,0%) solteiros e 3 (10,0%) casados. Relativamente ao grau de escolaridade, verificamos que 14 (46,7%) não têm escolaridade e 13 (43,4%) frequentarem o ensino primário. Segundo Birchfield (1999) a população idosa tem um nível educacional mais baixo do que a população jovem.

De acordo com Paúl (1994), existe uma grande prevalência de analfabetismo na população idosa, sendo este mais representativo no sexo feminino. Isto pode dever-se ao facto de que antigamente não era obrigatória a escolaridade sobretudo para as mulheres.

De acordo com Santos (2002), a família continua a ser a principal fonte de apoio aos seus membros, sobretudo aos idosos, seja por parte do cônjuge ou por parte dos filhos. Assim, verificamos que 1 (3,3%) vive com o filho, 1 (3,3%) vive com o cônjuge e maioritariamente 27 (90,0%) vivem em instituições de apoio. De acordo com Zimeman (2000) as instituições de apoio são hoje em dia as mais procuradas devido à inexistência de parentes relativamente à questão económica ou rejeição familiar,

Quando foram questionadas as dificuldades dos idosos na execução da sua higiene apenas 11 (36,7%) referiram que cuidam sozinho da sua higiene pessoal sendo que 3 (13,6%) apenas recebe ajuda na lavagem de alguma parte do corpo. Dos 19 (63,3%) inquiridos que não cuidam sozinhos da sua higiene pessoal, 19 (33,3%) idosos recebe a totalidade da ajuda e 8 (26,7%) não recebem mesmo ajuda nenhuma. As dificuldades dos idosos na execução dos cuidados de higiene residem sobretudo na incapacidade de se equilibrar na banheira por falta de forças e na lavagem de determinada partes do corpo.

É necessário estimular os cuidados higiénicos nos idosos sendo da responsabilidade do enfermeiro fazê-lo pois, a dependência na higiene corporal leva a vários problemas de saúde. O enfermeiro deve incentivar idoso na realização do auto-cuidado, estabelecendo com este relações empáticas. (Poirier, 1995)

É necessário coordenação, equilíbrio, destreza e uma boa amplitude de movimentos para a realização de uma boa higiene corporal. Os movimentos estabelecidos na higiene corporal são essenciais para a manutenção ou restabelecimento da independência dos idosos na satisfação de todas as necessidades. (Idem)

Relativamente às dificuldades em vestir-se 11 (36,7%) idosos conseguem vestir-se sem qualquer ajuda, contudo 8 (26,7%) necessitam de ajuda parcial e 11 (36,7%) necessitam de ajuda total para se vestirem.

O vestir requer força, equilíbrio e mobilidade. O vestuário é muito importante no bem-estar psicológico dos indivíduos proporciona segurança e auto-confiança. O modo de vestir constitui uma forma de comunicação não verbal e reflecte os valores pessoais de cada idoso. (Poirier, 1995) Visto que se deve estimular o idoso, o vestuário não lhe deve ser imposto e sim deixa-los escolher o vestuário, pois é uma barreira à sua liberdade e pode levar a depressão ou contraria-los. (Poirier, 1995)

Visto a pele dos idosos ser delicada as roupas devem ser confortáveis, ou seja algodão e flanela por serem macios. Devem ser evitadas as peças apertadas ou com pouca elasticidade para evitar a limitação dos movimentos. Os sapatos devem ser

antiderrapantes e confortáveis de modo a prevenir quedas. O idoso deve ser sempre estimulado a vestir-se evitando o pijama para promover a auto-estima (Cantera e Domingo, 1998)

Relativamente à mobilidade, verificamos que 12 (42,9%) dos idosos se deslocam sozinhos, 2 (7,1%) com o apoio de alguém e que 14 (50,0%) necessitam de meios auxiliares de marcha.

A imobilidade é devido à dor provocada pelos movimentos normalmente em idosos com problemas articulares (Poirier, 1995). Rigidez, desequilíbrio e problemas psicológicos podem levar à imobilidade. O idoso com medo de cair é a principal razão para a imobilidade. Para prevenir a Imobilização deve-se promover uma boa alimentação e uma regular prática de exercício. (Birchfield, 1999)

Os idosos com problemas de deambulação e equilíbrio podem usar meios auxiliares de marcha como canadianas, cadeiras de rodas, bengalas, de forma a melhorar a mobilidade. De acordo com Tideiksaar, 2003, as bengalas e os andarilhos proporcionam um campo de visão mais alargado levando a um aumento de confiança do idoso reduzindo o medo da instabilidade e das quedas.

Relativamente à alimentação, verifica-se que 22 (73,3%) dos idosos conseguem alimentar-se sem ajuda e 8 (26,7%) necessitam de alguma ajuda para comer com talheres ou copos e cortar alguns alimentos. Os idosos devem sentar-se correctamente para facilitar a deglutição. Estes sentem mais dificuldades quando perdem a mobilidade do lado dominante pelo que é necessário o uso de talheres e tábuas especiais que facilitam a alimentação do idoso. Assim facilitamos a autonomia deste intervindo apenas quando for estritamente necessário. (Cantera e Domingos, 1998)

Relativamente ao controlo de esfínteres, verifica-se que 14 (46,7%) controlam totalmente a bexiga e 21 (70,0%) controlam totalmente o intestino. 3 (10,0%) perdem ocasionalmente urina e 2 (6,7%) perde fezes ocasionalmente. 13 (43,3%) tem incapacidade total de controlar a perda de urina e 7 (23,3%) tem incapacidade total de controlar o intestino.

A perda involuntária de urina é um dos sintomas mais desagradáveis e incómodos de que alguém pode sofrer. Cerca de 15% dos idosos são atingidos mas, esta afecção é mais frequente nas mulheres do que nos homens (Cantera e Domingo, 1998).

As mulheres são mais atingidas do que do homens porque a elas estão associadas factores como os partos que provocam distensões significativas dos órgãos circundantes; situações de grandes esforços aumentando a pressão intra-abdominal e deficiência estrogénica da pós-menopausa que alteram a tonicidade das estruturas de suporte da bexiga, uretra e vagina (Poirier, 1995).

Através da aplicação do Índice de Katz verificou-se que apenas 12 (40,0%) dos idosos eram independentes (grupo A). No entanto, verifica-se que 10 (33,3%) são dependentes em todas as funções excepto na alimentação (grupo F). Apenas 2 (6,7%) são dependentes em todas as actividades (grupo G).

De acordo com Pires (1994) cerca de 70% dos idosos são autónomos carecendo apenas de prevenção. Para a realização desta prevenção deve-se conceder um estilo de vida saudável ao idoso de modo, a que este mantenha a sua auto-suficiência a nível físico, psicológico e social. Na mesma pesquisa, o autor refere que 15% dos idosos são semi-dependentes necessitando assim, de solidariedade familiar, amizade e convívio de forma, a minorar os efeitos da situação em que o idoso se depara. Para além disso, esta investigação verificou ainda, que 33,3% dos idosos são dependentes. Nestas circunstâncias torna-se imprescindível determinar uma rede institucional comunitária com a prestação de serviços sociais e de cuidados de saúde através de uma equipa multidisciplinar, que possa completar as redes de apoio informais como a família e vizinhos.

Para finalizar a pesquisa, concluiu ainda que apenas 2% são grandes dependentes e necessitam de cuidados clínicos e de enfermagem. Torna-se assim, necessário a existência de equipas multidisciplinares permanentes de modo, a prestar todos os cuidados que o idoso necessita.

Para além disso, verificamos que a higiene é a actividade básica de vida diária que os idosos sentem maior dificuldade em realizar. Verificamos ainda, que 11 (36,7%) precisam de ajuda total para vestirem a roupa.

O Índice de Katz é organizado por seis itens que se encontram organizados hierarquicamente, de acordo, com a sequência que o indivíduo perde e recupera a independência para o realizar. Deste modo, este instrumento de avaliação funcional reflecte uma organização primária biossocial do indivíduo, independentemente das influências externas como a aprendizagem e a cultura (Bipfaes, 2004).

Os idosos têm como parâmetro de saúde, uma vida independente, sobre o qual possuem dominação, sem a necessidade de serem cuidados. Porém, a perda de autonomia e da independência aumenta com o avançar da idade. Assim, a manutenção da autonomia e da independência minoriza as dificuldades para o idoso, família e sociedade (Paschoal, 2002).

V – Conclusão

Foi um autêntico desafio executar este trabalho, por ser o primeiro trabalho de investigação. Pela atenção que despertou, a possibilidade de continuar a investigação é uma hipótese.

O reduzido tamanho da amostra envolve que dificilmente se poderão inferir resultados sobre a população idosa em geral, sendo mais reflectido circunscrevê-los ao grupo estudado.

A investigação representa um papel essencial no estabelecimento de uma base científica de conhecimentos, elevando a Enfermagem a um estatuto científico. E sendo a Enfermagem uma profissão consciente, deve colocar questões que mereçam ser investigadas.

Os propósitos inicialmente propostos foram atingidos, contribuindo para o ganho pessoal que resultou na obtenção de novos conhecimentos relativamente ao objecto fundamental deste estudo: “ A dependência do idoso nas actividades básicas de vida diária”.

Na elaboração deste trabalho foram identificadas algumas dificuldades, particularmente, devido à inexperiência na área da investigação. Para além disso, surgiram algumas

dificuldades no que diz respeito à articulação da informação de modo, a que o trabalho de investigação fosse estruturado de uma forma coerente, organizada e compreensiva.

Em Portugal, à semelhança de outros países a população idosa aumentou. Este facto acarreta várias transformações a nível psicológico, económico, social e financeiro.

Durante muitas décadas, envelhecer era motivo de alegria e enriquecimento pessoal, pois, era um fenómeno normal na vida de todos os seres vivos. Envelhecer não é uma doença mas sim, um processo natural e universal que se caracteriza por modificações bio-psico-sociais.

Todos somos chamados a contribuir numa perspectiva de multidisciplinariedade, sendo essencial a experiência e o conhecimento das várias áreas do saber, para garantir a qualidade de vida a que todos aspiramos como o envelhecimento.

Os resultados deste estudo permitiram concluir que, da amostra constituída por 30 idosos, que frequentaram a Santa Casa da Misericórdia de Vila do Conde, durante o mês de Fevereiro de 2007 e Março de 2007, houve o predomínio do sexo feminino 83,3%, para uma média de idades igual a 79,53%, para idades compreendidas entre 68 e 91 anos de idade. Com relação ao estado civil 10,0% são casados e 20,0% solteiros e 70,0% viúvos. Quanto à escolaridade 46,7% da amostra não possui instrução. Em relação ao agregado familiar, uma maior parte da amostra vive na santa Casa da Misericórdia 90,0%, por outro lado 10,0% possui um agregado familiar de diferentes combinações. As actividades profissionais antes de se reformarem eram predominantemente, doméstica e operário(a) 26,6%, seguidos pela lavoura 10,0%, para além de uma grande variedade de outras profissões. No que concerne às AVD's, verificou-se que 73,33% dos idosos têm dificuldades e necessitam de auxílio na higiene pessoal e 63,33% a vestir-se, 53,33% na manutenção da continência esfincteriana. Por outro lado, o alimentar-se é responsável pela necessidade de ajuda em um menor número 13,33% de idosos.

Após, a aplicação do Índice de Katz podemos concluir que 12 (40,0%) idosos são independentes em todas as funções. Para além disso, 10 (33,3%) idosos são dependentes em todas as actividades excepto na alimentação.

Com a execução deste estudo verificamos que a higiene é a actividade básica de vida diária que os idosos sentem maior dificuldade em realizar seguindo-se o acto de vestir e posteriormente, o uso do sanitário.

Os idosos são parte integrante da nossa sociedade, por vezes ainda rejeitados e esquecidos, a comprovação deste facto torna-se ainda maior quando prestamos cuidados a estas pessoas e nos defrontamos com esta realidade, o que nos faz pensar, crescer e consciencializar das vivências que transportam. Analogamente cabe também aos profissionais de saúde a mudança e o desenvolvimento de estratégias que levem ao aumento da qualidade de vida dos idosos.

Aconselhamos assim, o investimento na promoção da saúde e independência da pessoa idosa com base na intensificação da investigação na área da Enfermagem Gerontológica uma vez que, a população idosa tem vindo a aumentar, na promoção do desenvolvimento de estruturas de apoio social para a prestação de cuidados de saúde aos idosos, na promoção do ensino dirigido ao ciclo de vida relacionado com o envelhecimento, incluindo a Geriatria e a Gerontologia nos currículos formativos de especializações.

A DGS (1999, <http://www.dgsaude.pt/Gdd/Saudeport.html>) refere que é indispensável uma prestação de cuidados pluridisciplinares integrados e continuados para contestar aos problemas de saúde das pessoas idosas, tendo em conta a complexidade e a multiplicidade dos sistemas envolvidos, com a finalidade de promover a saúde, autonomia, dignidade e segurança das pessoas idosas.

Referência bibliográfica

Agreda, J. (1999). Passado, Presente e Futuro da Enfermagem Gerontológica. *In: Manual Sinais Vitais: O Idoso problemas e Realidades*. 1ª Ed. Coibra, Formasau, pp.25-40.

Amaral, M. F. e Vicente, M. O. (2001). Grau de dependência nos idosos, *Nursing*, nº158, Ano 13, Setembro, pp. 8-13.

Andrade, H. (2002), Saúde na Terceira Idade - Saúde no jovem, obra da natureza Saúde no idoso, obra de arte, 1ª edição, Editora Pergaminho

Barreto, A. (2002). Mudança Social em Portugal, 1960-2000. [Em linha]. Disponível em <<http://ics.ul.pt/investi/projectos/sitsoc/index.html>>. [Consultado em 15/09/2005].

Berger, L. (1995). Aspectos biológicos do Envelhecimento. *In: Berger,L e Poirier,D. Pessoas Idosas – Uma Abordagem Global*. Lisboa. Lusodidacta, pp. 126-146.

Berger, L. (1995). Atitudes, Mitos e Estereótipos. *In: Berger,L e Poirier,D. Pessoas Idosas – Uma Abordagem Global*. Lisboa. Lusodidacta, p. 63.

Berger, L. (1995). Contexto dos Cuidados em Gerontologia. *In: Berger,L e Poirier,D. Pessoas Idosas – Uma Abordagem Global*. Lisboa. Lusodidacta, p. 1.

Berger, L. (1995). *Pessoas Idosas – Uma Abordagem Global*. Lisboa. Lusodidacta, pp.6-510.

Bipfaes. Descripción, interpretación, propiedades psicométricas. [Em linha]. Disponível em <http://www.bipfaes.es/faes/bipfaes/tests/documents_test/086.doc>. [Consultado em 18/10/2006].

Birchfield, P. C. (1999). *Saúde dos Idosos*. In: Stanhope, M.e Loancaster, J. Enfermagem Comunitária: promoção da saúde aos grupos, famílias e indivíduos. 4ª Edição, Loures, Lusociência, pp. 635-654.

Brito, F. e Netto, M. (2001). Utilização clínica dos instrumentos de avaliação. In: *Urgências em Geriatria*. São Paulo, Atheneu, p.30.

Caldas, C. (2000). A dimensão existencial da pessoa idosa e do seu cuidador. [Em linha]. Disponível em <<http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php>>. [Consultado em 18/10/2006].

Cantera, I. e Domingo, P. (1998). *Geriatria: guias práticos de Enfermagem*. Rio de Janeiro, McGraw Hill, pp. 1-60.

Cardoso, M. (2000). *O Cuidar em Gerontologia: uma análise etnográfica da prática dos enfermeiros*. Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, pp. 11-41.

Carvalho, J. (2002). *Metodologia do trabalho científico: Saber Fazer da investigação para dissertações e teses*. Escolar Editora, p. 123.

Carvalho, M. (1997). Enfermagem geriátrica – Uma necessidade. *Geriatria*, 10 (100) pp. 13-18.

Clara, J. (1999). A importância da formação e práticas geriátricas dos médicos no Portugal do século XXI. *Geriatria*, 12 (120), pp. 5-11.

Collière, M. (1999). *Promover a vida*. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, pp. 27-39.

Costa, M. (1999). Questões demográficas: Repercussões nos Cuidados de Saúde e na Formação dos Enfermeiros. In: *Manual Sinais Vitais: O Idoso Problemas e Realidades*. 1ª Ed. Coimbra, Formasau, pp.9-22.

Direcção Geral da Saúde (1999) Programa nacional para a saúde das Pessoas Idosas [Em linha] Disponível em: <http://www.dgsaude.pt/Gdd/Saudeport.html>. [Consultado em 10/09/2006].

Duarte, Y. (2002). Princípios de Assistência de Enfermagem Gerontológica. In: Netto, M. *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento: uma visão globalizada*. São Paulo, Atheneu, pp.222-226.

Ermida, J. (1995) *Consequências e Implicações do Envelhecimento Populacional*. In: Reis, P. *A Medicina Geriátrica em Expansão para o Terceiro Milénio: Temas Geriátricos*. Lisboa, Roche, p.57

Ermida, J. (1995) *Processo de Envelhecimento*. In: *Manual Sinais Vitais: O Idoso Problemas e Realidades*. 1ª Ed. Coimbra, Formasau, pp.43-50.

Faro, A. (2001). Autonomia, Dependência e Incapacidade: Aplicabilidade dos Conceitos na Saúde do Adulto e do Idoso". [Em Linha] Disponível em http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema4/texto23_1.asp. [Consultado em 23/09/2006].

Fernandes, P.(2002). *A depressão no idoso*. Quarteto Editora. Coimbra

Fedrigó, C. (2002). O futuro de ontem é a realidade de hoje.[Em linha]. Disponível em <http://www.maissaudebrasil.com/modelo.php?ver=00506&subitem_codigo=000&mosstrar=023>. [Consultado em 15/10/2006].

Fernandez, J. (1994). Características de las enfermedades en geriatría. Enfermedades mas frecuentes. Complicaciones de las enfermedades en geriatría. In: Salgado, A. e Guilléu, F. *Manual de Geriatria*. 2ª Edição. Barcelona, Masson - Salvat Medicina, pp. 165-169.

Fortin, M. (1999). O Processo de Investigação: da concepção à realização. Loures, Lusociência.

Freitas, E. et al. (2002). Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In: Freitas, E. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp.609-617.

Garcia, M. (1989). *O envelhecimento humano*. *Geriatrics*, Vol II (13), pp. 26-30.

Garcia, M. O. (1994) *O envelhecimento Humano*, *Geriatrics*, Vol II (13), p. 8

Gomes, A. A. D. (2000). Como envelhecemos?, *Informar*, nº22-23, Ano VI, pp.73-77.

Hernández, M. G. et al. (2000). Câmbios inerentes al proceso de envejecimiento. In: Hernández, M. G. et al. (Ed.). *Enfermeria Geriatria*. 2ª Ed. Barcelona, Masson, pp.27-44.

Hernández, M. et al. (2000). Conceptos generales. In: Hernández, M. et al. *Enfermaría Geriátrica*. Barcelona, Masson, pp.1-4.

Ruipérez, I. e Llorente, P. (1998). *Guias Prácticos de Enfermagem: Geriatria*. Rio de Janeiro. Macgraw Hill.

INE – Instituto Nacional de Estatística (1999). *As Gerações mais Idosas*. Série de Estudos nº 83. Lisboa

Instituto Nacional de Estatística (2001). Censos 2001 – população residente em 1991 e 2001, segundo os grupos etários e sua evolução entre 1991 e 2001. [Em linha]. Disponível < http://www.ine.pt/prodserv/censos_definit.asp?quadro=2&R1=V2&x >. [Consultado em 07/10/2006].

Instituto Nacional de Estatística (2002). Envelhecimento em Portugal – Situação Demográfica e socio-económica das Pessoas idosas. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ine.pt>>. [Consultado em 07/10/2006].

Jentoft, A. (1991). El índice de Katz. *Revista española de Geriatria y Gerontologia*, 26 (5), pp. 335-348.

Khaud, M. (1983). *L'adaptation à la vieillesse: l'homme et la femme*. In: Berger, L. e Poirier, D. *Pessoas Idosas – Uma Abordagem Global*. Lisboa. Lusodidacta, p. 68.

Lemos, N. e Medeiros, S. (2002). Suporte social ao idoso dependente. In: Freitas, E. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp.892-894.

Lueckenotte, A. (2002) *Avaliação em Gerontologia*. 3ª Edição. Rio de Janeiro, Rrelichemenn e Affonso Editores, pp. 3-4.

Luna, S. (1998). *Planejamento de pesquisa*. São Paulo, Educ.

Magro, F. (1995). Actualidade da Geriatria. In: Reis, P. *A Medicina Geriátrica em Expansão para o Terceiro Milénio: Temas Geriátricos*. Lisboa, Roche, p.9

Marconi, M. e Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5ª Edição. São Paulo, Editora Atlas, pp.196-198.

Marconi, M. e Lakatos, E. (1992). *Metodologia Científica*. 2ª Edição. São Paulo, Editora Atlas, pp.170-175.

Netto, M. e Ponte, J. (2002). Envelhecimento: desafio na transição do século. In: Netto, M. *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, Atheneu, pp.3-12.

Paschoal, S. (2002). Autonomia e Independência. In: Netto, M. *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, Atheneu, pp.313-323.

Passareli, M. (1997). O processo de envelhecimento em uma perspectiva geriátrica. *O Mundo da Saúde*, 21 (4), pp.208-212.

Paúl, C. (1994). A saúde e qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, educação e cultura*, 3(2), pp. 349-350.

Pimentel, L.M.G. (2001). *O Lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias*. Coimbra, Quarteto Edições, pp. 43-63.

Poirier, D. (1995). Aspectos demográficos do envelhecimento. *In: Berger, L. e Poirier, D. Pessoas Idosas: Uma abordagem global*. Lisboa, Lusodidacta, pp. 87-90.

Poirier, D. (1995). As Teorias do Envelhecimento. *In: Berger, L. e Poirier, D. Pessoas Idosas: Uma abordagem global*. Lisboa, Lusodidacta, pp. 99-105

Poirier, D. (1995). Estar limpo, cuidado e proteger os tegumentos. *In: Berger, L. e Poirier, D. Pessoas Idosas: Uma abordagem global*. Lisboa, Lusodidacta, pp. 363-378.

Poirier, D. (1995). Eliminar. *In: Berger, L. e Poirier, D. Pessoas Idosas: Uma abordagem global*. Lisboa, Lusodidacta, pp. 273-284.

Poirier, D. (1995). Mover-se e manter uma boa postura. *In: Berger, L. e Poirier, D. Pessoas Idosas: Uma Abordagem Global*. Lisboa, Lusodidacta, pp.285-314.

Poirier, D. (1995). Respirar. *In: Berger, L. e Poirier, D. Pessoas Idosas: Uma Abordagem Global*. Lisboa, Lusodidacta, pp.204-214.

Poirier, D. (1995). Vestir e Despir. *In: Berger, L. e Poirier, D. Pessoas idosas: Uma Abordagem Global*. Lisboa, Lusodidacta, pp.331-329.

Polit, D. e Hugler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. 5ª Edição. Porto Alegre, Artes Médicas.

Squire, A. (2002), *Saúde e bem estar para Pessoas Idosas - Fundamentos básicos para a pratica*, Lusociencia – edições técnicas e Científicas, Lda.

Ramalho, A. e Dias, M. (2000). Cuidados a ter com o idoso na consulta de medicina familiar. *Geriatrics*, 13 (122), pp. 20-25.

Ramos, L. R. (2005) *Geriatrics e Gerontologia – Guias de medicina Ambulatorial e Hospitalar Unifesp – Escola Paulista de Medicina*, Editora Manole Lda

Rebelatto, J. R.; Morelli, J.G.S. (2004), *Fisioterapia geriátrica- A prática da assistência ao idoso*, 1ª edição brasileira, Editora Manole Lda

Reis, P. (1995). Temas Geriátricos-Avaliação Geriátrica Compreensiva. Lisboa, Roche, p.48.

Rodrigues, R. A. P., et al. (2000). O Envelhecimento do Ser Humano. *In: Rodrigues, R. A. P. Como Cuidar dos Idosos*. 2ª Ed. Campinas, Papyrus, pp.11-16.

Rubenstein, L. Z. (1995). Instrumentos de Avaliação. *In: Abrams, W. B., et al. Manual Merck de Geriatrics*. 16ª Edição. São Paulo, Roca, pp1268-1271.

Santos, P. (2002). Autonomia, Dependência e Independência no idoso. *In: Santos, P. A Depressão no Idoso*. 2ª Edição. Coimbra, Quarteto, pp. 48-51.

Santos, P. F. C. (2002). *A Depressão no Idoso*. 2ª Edição. Coimbra. Quarteto.

Santos, P. (2002). Para a Avaliação das Actividades de Vida Diária. *In: Santos, P. A Depressão no Idoso*. 2ª Edição. Coimbra, Quarteto, pp. 84-85.

Sebastião, M. (2002). O Homem a Envelhecer – O Outono da vida, a perspectiva de enfermagem. *Geriatrics*, 15 (148), pp.35-50.

Tideiksaar, R. (2003). *As Quedas na Velhice*. 2ª Edição. São Paulo, Andrei, pp. 278-289.

Veras, R. e tal. (2004) Consequencia da explosão populacional dos idosos no Brasil. [em linha]. Disponível em <abrange.com.br/download/premio.pdt>. [consultado em 15/09/06]

Vieira, E. (1996). *Manual de Gerontologia*. Rio de Janeiro, Revinter, pp. 18-60.

Vieira, E. B., et al. (1996). *Manual de Gerontologia*. Rio de Janeiro, Revinter, p.24.

Vieira, E. B., et al. (1996). *Manual de Gerontologia*. Rio de Janeiro, Revinter, p.20.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, uma Teoria de Enfermagem*. Loures, Lusociencia, pp55-56.

Zay, Nicolas, Dictionaire/Manuel de Gerontologie social, Quebec, Les presses de L'Université Laval, 1981, p.238 In: Berger, L. e Poirier, D. *Pessoas idosas: Uma Abordagem Global*. Lisboa, Lusodidacta, p. 2.

Zimmerman, G. (2000). Aspectos físicos, psicológicos e sociais do envelhecimento. In: Zimmerman, G. *Velhice Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre, Artmed, pp.21-28.

Zimmerman, G. (2000). Independência, semidependência, dependência e autonomia. In: Zimmerman, G. *Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre, Artmed, pp. 26-27.

Zimmerman, G. (2000). Velhice X Juventude. In: Zimmerman, G. *Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre, Artmed, p. 28.

Anexos

Anexo 1 – Pedido de Autorização

Anexo 2 – Entrevista

Anexo 3 – Cronograma

Anexo 1 (Pedido de Autorização)



Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Data: 13 de Junho de 2007

PARECER DE MONOGRAFIA

Paula Maria Soares Faria

, orientador(a) da Monografia subordinada ao tema Dependências dos idosos nas
actividades básicas de vida diária do(a)

Aluno(a) Joana Mota Vale Silva Fontes da

Licenciatura em Enfermagem, considera a monografia

1 apta para ser submetida à avaliação pública por parte do júri.

O Docente

Paula Maria Soares Faria

Anexo 2 (Entrevista)



Entrevista

Chamo-me Joana Novais do Vale da Silva Fontes e frequento o 4º ano do curso de Licenciatura de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa no Porto. No âmbito deste curso estou a realizar uma monografia intitulada “Dependência dos idosos nas actividades básicas de vida diárias da Santa Casa da Misericórdia de Vila do Conde”.

Para o efeito solicito a sua colaboração no preenchimento do questionário em anexo. Procure não deixar nenhuma questão em branco e se tiver dúvidas, pondere e escolha a alternativa que lhe melhor corresponde à sua resposta.

Agradeço antecipadamente, garantindo o anonimato e sigilo das informações prestadas, pelo que não deverá escrever o seu nome em nenhuma parte do documento, disponibilizando-me, se assim entender, a dar conhecimento dos resultados obtidos neste estudo.

Muito obrigado pela sua colaboração.

A aluna

(Joana Fontes)

“Dependência dos idosos nas actividades básicas de vida diárias da Santa Casa da Misericórdia de Vila do Conde”.

Descrição do inquirido

(Parte I)

1. Idade _____ Anos
2. Sexo: F () M ()
3. Estado Civil _____
4. Escolaridade _____
5. Características da habitação:
 - 5.1. Tipo de habitação:
 - Moradia () Andar ()
 - Com elevador ()
 - Sem elevador ()
 - Com escadaria ()
6. Com quem vive _____
7. Profissão (se está reformado, antes de se reformar) _____
8. Doenças actuais: _____

Avaliação da Dependência do Idoso nas Actividades de Vida Diária

(Parte II)

9. Necessita de auxílio em qual/quais das seguintes actividades de vida diária?
 - Higiene pessoal. ()
 - Vestir-se. ()
 - Alimentar-se. ()
 - Caminhar. ()
 - Transferir-se. ()
 - Manter a continência esfíncteriana. ()

10. Higiene Pessoal

10.1. Geralmente quantas vezes toma banho por semana?

Todos os dias ()

Dias alternados ()

Duas vezes por semana ()

Uma vez por semana ()

10.2. Cuida sozinho(a) da sua higiene pessoal? Sim () Não ()

10.3. Se não, quem a(o) ajuda na higiene?

Marido / Esposa ()

Filhos ()

Amigos ()

Vizinhos ()

Enfermeiros / auxiliares da instituição ()

10.4. Quais as maiores dificuldades que sente ao tomar banho?

Entrar e sair da banheira ()

Falta de forças para se equilibrar ()

Lavar determinadas partes do seu corpo ()

10.5. Que tipo de ajuda precisa para realizar a sua higiene?

Não recebe ajuda ()

Recebe ajuda na lavagem de apenas alguma parte do corpo ()

Recebe a totalidade da ajuda na sua higiene ()

11. Vestir

11.1. Precisa de ajuda para se vestir?

() Escolhe e pega na peça de roupa vestindo-a sem qualquer dificuldade

() Precisa de ajuda para determinadas partes do vestuário como:

() Retirar a roupa dos armários e gavetas

() Vestir algumas peças de roupa

() Apertar fechos

() Calçar as meias e os sapatos/chinelos

() Pentear o cabelo

() Precisa de ajuda total

12. Alimentação

12.1. Alimenta-se sozinho às refeições? Sim () Não ()

12.2. Se não consegue alimentar-se sozinho, precisa de ajuda para:

Apenas ajuda para barrar o pão ou cortar os alimentos ()

Ajuda para se alimentar parcialmente, como pegar nos talheres ou em copos ()

Não consegue alimentar-se sozinho:

Uso de sonda nasogástrica ()

Gastrostomia ()

13. Andar

13.1. Movimenta-se com:

Sozinho ()

Apoio de alguém ()

Com meios auxiliares de marcha ()

Cadeira de rodas ()

Canadianas ()

Andarilho ()

Bengala ()

14. Transferir-se

Sozinho (entra e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda) ()

Auxiliado (ajuda de outra pessoa) ()

Consegue entrar e sair da cama, sentar-se e levantar-se de cadeiras (pode usar apoios mecânicos) ()

Não se levanta da cama ()

15. Manter continência esfinteriana

15.1. Bexiga:

Controla totalmente a bexiga ()

Perde urina ocasionalmente: ()

Quando ri. ()

Quando faz força. ()

Tem incapacidade total de controlar a perda de urina: ()

Uso de fralda. ()

Uso de sonda vesical. ()

Para satisfazer as suas necessidades fisiológicas de eliminação vai à casa de banho:

Sozinho ()

Com ajuda ()

Não vai ()

Vai com ajuda, de quem ou o quê:

De alguém para o ajudar a despir-se e a vestir-se ()

Para a(o) ajudar a limpar-se ()

Só pede ajuda durante a noite ()

Meios auxiliares de marcha ()

E não vai porque:

Utiliza o urinol ou a arrastadeira ()

Usa fralda ()

Medo de cair ()

15.2. Intestino:

Controla totalmente o intestino. ()

Perde fezes ocasionalmente. ()

Tem incapacidade total de controlar a perda de fezes

Uso de fraldas. ()

Uso de bolsa colectora. ()

Índice de Katz

(Parte III)

| | | | |
|----------------------------------|---|--|--|
| 1 – Higiene | <input type="checkbox"/> Não recebe ajuda (entra e sai da banheira por si mesmo, se esta é a sua forma habitual de tomar banho). | <input type="checkbox"/> Recebe ajuda na lavagem de apenas uma parte do corpo (por exemplo, dorso ou pernas). | <input checked="" type="checkbox"/> Recebe ajuda na lavagem de mais de uma parte do corpo, ou ajuda para entrar e sair. |
| 2 – Vestuário | <input type="checkbox"/> Pega na roupa e veste-se completamente sem ajuda. | <input type="checkbox"/> Sem ajuda excepto para amarrar os atacadores dos sapatos. | <input checked="" type="checkbox"/> Recebe ajuda para pegar a roupa, ou para se vestir, ou permanece parcialmente vestido. |
| 3 – Uso de vaso sanitário | <input type="checkbox"/> Utiliza o vaso sanitário, limpa-se e veste-se sem ajuda (pode usar bengala, andador ou cadeira de rodas). Pode usar bacia ou urinol durante a noite despejando-o de manhã. | <input checked="" type="checkbox"/> Recebe ajuda para ir ao banheiro, limpar-se, vestir-se ou no uso nocturno do urinol. | <input checked="" type="checkbox"/> Não vai ao vaso sanitário. |
| 4 – Mobilização | <input type="checkbox"/> Entra e sai da cama. Senta-se e levanta-se sem ajuda (pode usar bengala ou andador). | <input checked="" type="checkbox"/> Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda. | <input checked="" type="checkbox"/> Não se levanta da cama. |
| 5 – Continência | <input type="checkbox"/> Controla ambos os esfíncteres. | <input checked="" type="checkbox"/> Incontinência ocasional. | <input checked="" type="checkbox"/> Necessita de supervisão. Uso de sonda vesical ou é incontinente. |
| 6 – Alimentação | <input type="checkbox"/> Sem ajuda. | <input type="checkbox"/> Ajuda apenas para cortar a carne ou passar manteiga no pão. | <input checked="" type="checkbox"/> Recebe ajuda para se alimentar parcial ou completamente, com sondas ou líquidos endovenosos. |

Legenda:

Independente

Dependente

Fonte: Cantera e Domingo (1998, pp.34-35)

Obrigada pela colaboração

Anexo 3 (Cronograma)

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES de Fontes, J.N.V.S. (1 de Junho de 2006 a 31 de Julho de 2007)

| <i>Actividades</i> | <i>Tempo</i> | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--------------|------|------|------|------|------|----------|------|------|------|------|------|------|------|
| | Ano 2006 | | | | | | Ano 2007 | | | | | | | |
| | Jun. | Jul. | Ago. | Set. | Out. | Nov. | Dez. | Jan. | Fev. | Mar. | Abr. | Mai. | Jun. | Jul. |
| Revisão Bibliográfica | ### | ### | ### | ### | ### | ### | ### | ### | ### | ### | ### | ### | ### | |
| Escolha do Tema/Problema | ### | ### | | | | | | | | | | | | |
| Definição dos Objectivos | | | | | ### | ### | ### | | | | | | | |
| Metodologia-Plano de estudo | | | | | | ### | ### | ### | ### | ### | | | | |
| Pré-teste | | | | | | | | ### | | | | | | |
| Aplicação | | | | | | | | | ### | | | | | |
| Tratamento de Dados | | | | | | | | | | ### | | | | |
| Resultados | | | | | | | | | | ### | | | | |
| Discussão dos resultados | | | | | | | | | | ### | ### | | | |
| Conclusão | | | | | | | | | | | ### | | | |
| Entrega da Monografia | | | | | | | | | | | | | ### | |
| Defesa da Monografia | | | | | | | | | | | | | | ### |

Legenda: Actividades Planeadas - ###

Actividades Realizadas - ###