

Diana Alves Costa

Avaliação do Nível de Independência nas Atividades Básicas da Vida Diária
de Idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Ponte de Lima

Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa

Porto, 2022

Diana Alves Costa

Avaliação do Nível de Independência nas Atividades Básicas da Vida Diária
de Idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Ponte de Lima

Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa

Porto, 2022

Diana Alves Costa

Avaliação do Nível de Independência nas Atividades Básicas da Vida Diária
de Idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Ponte de Lima

(Diana Alves Costa)

Projeto de Graduação apresentado à Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciado em Enfermagem.

Resumo

A população geriátrica constitui um grupo mais vulnerável ao estabelecimento de quadros clínicos associados a algum grau de dependência, que por vezes antecipa a institucionalização do idoso. Em Portugal, o número de estudos que avaliam a independência dos idosos institucionalizados é reduzido, pelo que este trabalho de investigação pretende contribuir para o aumento dos conhecimentos acerca deste assunto. Assim, o principal objetivo deste estudo foi avaliar o nível de independência nas atividades básicas de vida diária de idosos institucionalizados. Para tal recorreu-se à aplicação de um questionário, onde incluía o Índice de Barthel numa amostra de 53 idosos institucionalizados em Lares do Concelho de Ponte de Lima. Este estudo insere-se num paradigma de investigação quantitativa e é do tipo descritivo, transversal, desenvolvido em meio natural. Pela análise dos resultados verifica-se que maioritariamente trata-se de uma amostra do sexo feminino com uma percentagem de 74% e 26% correspondente ao sexo masculino, com idade compreendida entre os 85-94 anos. Face ao objetivo delineado, os resultados do estudo demonstram que relativamente às atividades básicas de vida diária os idosos podem ser considerados, maioritariamente, como “severamente dependentes”, necessitando de alguma ajuda. Como principal lacuna desta investigação, podemos referir o reduzido tamanho da amostra, não sendo representativa da população. Como sugestão de investigações futuras, sugere-se a realização de estudos semelhantes, com uma amostra maior, recorrendo por exemplo a unidades de saúde de vários distritos de Portugal.

Palavras Chave: Envelhecimento; Avaliação funcional; ERPI; Qualidade de Vida; Índice de Barthel; Institucionalização.

Summary

The geriatric population is a more vulnerable group to the establishment of clinical conditions associated with some degree of dependence, which sometimes anticipates the elderly's institutionalisation. In Portugal, there are few studies assessing the independence of institutionalised elderly people, thus this research study aims to contribute to increase knowledge on this issue. Thus, the main objective of this study was to assess the level of independence in the basic activities of daily living of institutionalised elderly people. To this end, a questionnaire including the Barthel Index was applied to a sample of 53 institutionalised elderly people in an institution in the Municipality of Ponte de Lima. This study is part of a quantitative research paradigm and is of a descriptive, cross-sectional type, developed in a natural environment. The analysis of the results showed that the sample was mainly female (74%) and male (26%), aged between 85-94 years. In view of the objective outlined, the results of the study show that, in relation to the basic activities of daily living, most older people are severely dependent, requiring some help. The main shortcoming of this study is the small sample size, which is not representative of the population. As a suggestion for future research, similar studies should be conducted with a larger sample, using, for example, health care units from several districts of Portugal.

Keywords: Aging; Functional assessment; ERPI; Quality of Life; Barthel Index; Institutionalization.

DEDICATÓRIA

Dedico este projeto de graduação, assim como, a obtenção do meu grau de licenciatura a todos os que contribuíram para que este momento se tornasse realidade.

Em especial, dedico aos meus Pais.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, um especial agradecimento a todos os meus colegas que de alguma maneira ou de outra, contribuíram neste processo, moroso, mas sem dúvida compensatório.

Agradeço a todos os Professores e a todos os funcionários da Universidade Fernando Pessoa intervenientes neste percurso académico, por todos os ensinamentos.

Ao Sr. Prof. Doutor José Manuel dos Santos, o meu muito obrigada, por toda a paciência que teve ao longo deste projeto e durante todas as fases do desenvolvimento desta monografia.

Em especial, à minha prima que esteve sempre presente neste percurso, e sempre me deu força para continuar... obrigada pelas palavras certas, obrigada por todo o carinho, obrigada por me ouvires sempre em todos os momentos.

Ao meu namorado, pela paciência que teve ao longo destes últimos meses, e por me apoiar incondicionalmente. Obrigada por aturares os meus stresses, os meus choros e por aturar o meu mau feitio, sei bem que por vezes não foi fácil.

Em especial a esta linda Cidade, que tanto me fez crescer, e onde foi bem acolhida sobretudo, pelos meus senhorios e família. Obrigada pela força, e pelas boas palavras.

Por último, mas mais importante, agradeço do fundo do meu coração aos meus pais pela oportunidade que me proporcionaram, de forma a ter um futuro melhor que o deles. Obrigada por toda a dedicação, obrigada pelo apoio, obrigada por nunca me fazerem desistir, quando o mundo parecia desabar! Hoje estou aqui a um passo de ser Enfermeira, o dia tão desejado da minha vida e tal deve-se a vocês, Obrigada Pai e Mãe!

Com uma lágrima no canto do olho me despeço, visto que, este é o meu último trabalho académico realizado neste contexto desta licenciatura.

Obrigada, do fundo do meu coração!

PENSAMENTO

“A nossa maior fraqueza é desistir. O caminho mais certo para o sucesso é sempre tentar apenas uma vez mais.”

Thomas Edison

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária

AVD - Atividades da Vida Diária

DGS - Direção Geral de Saúde

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

ICN – International Council of Nurses

OMS - Organização Mundial de Saúde

ÍNDICE

I. FASE CONCETUAL.....	15
1. Problema de Investigação	15
i. Tema: Escolha e justificação	16
ii. Questão de investigação	16
2. Revisão da Literatura.....	17
i. Avaliação da Funcionalidade dos Idosos.....	18
ii. Processo de Envelhecimento e Qualidade de Vida	23
iii. Lares e Idosos Institucionalizados	31
3. Objetivo do estudo	37
II. FASE METODOLÓGICA	37
1. Desenho de investigação	38
i. Tipo de Estudo	38
ii. População-alvo, amostra e processo de amostragem	39
iii. Variáveis em estudo	40
iv. Instrumento de recolha de dados.....	41
v. Tratamento e apresentação dos dados	42
2. Salvaguarda dos princípios éticos	43
III. FASE EMPÍRICA	44
1. Apresentação dos dados.....	45
2. Discussão dos resultados e conclusões.....	50
CONCLUSÃO.....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
ANEXOS.....	61

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Pontuação total do nível de dependência das ABVD.....	21
Tabela 2 - Distribuição das frequências absolutas e relativas dos dados correspondentes ao género	45
Tabela 3 - Distribuição das frequências absolutas e relativas dos dados correspondentes à idade	46
Tabela 4 - Distribuição das frequências absolutas e relativas dos dados correspondentes ao estado civil	46
Tabela 5 - Distribuição das frequências absolutas e relativas dos dados correspondentes ao grau de escolaridade	47
Tabela 6 - Distribuição das frequências absolutas e relativas dos dados correspondentes ao nível de independência das ABVD	48
Tabela 7 - Distribuição das frequências absolutas e relativas dos dados correspondentes à pontuação total do nível de independência das ABVD.....	50

INTRODUÇÃO

O presente estudo insere-se na unidade curricular “Projeto de Graduação”, relativa ao 2º semestre do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade Fernando Pessoa, no ano letivo 2021/2022.

A enfermagem é uma ciência humana, mas corresponde a uma disciplina orientada para a prática, estabelecida para contribuir para o bem-estar e saúde dos utentes. O processo reflexivo entre teoria e prática permite obter conhecimentos de interesse para o conhecimento e saber científico. No trabalho de enfermagem, estes profissionais de saúde utilizam o conhecimento para replicar nas suas atividades diárias e podem também encontrar novas soluções, novos processos ou criar novos conhecimentos (Queirós, 2016).

O aumento da longevidade é uma das maiores conquistas da humanidade. Nos últimos anos, a saúde pública e a tecnologia médica permitiram ter vidas mais longas. As evidências científicas sugerem que, uma combinação de melhorias nos fatores de risco comportamentais e avanços na tecnologia médica, retardam efetivamente o início e a progressão de doenças graves, levando a uma redução na mortalidade entre os idosos, indicando um aumento na esperança média de vida (Olshansky, 2015).

O estilo de vida da pessoa condiciona diretamente o processo de envelhecimento, tal como outros fatores de risco associados ao envelhecimento. Verifica-se que o conhecimento dos fatores que influenciam diretamente o envelhecimento, a saúde e os impactos na vida diária podem ajudar a população a compreender a qualidade de vida dos idosos. Esse conhecimento permite estabelecer estratégias que minimizem os riscos e as vulnerabilidades da população idosa (Garbaccio et al., 2018).

Verifica-se uma hierarquia de perda funcional, sendo as atividades instrumentais de vida diária as primeiras a serem afetadas. A perda de funções pode prejudicar a autonomia nos idosos e afetar a qualidade de vida, pelo que é fundamental realizar avaliações funcionais com frequência, para determinar o grau de autonomia (Weening-Dijksterhuis 2011, *cit. in* Pereira et al., 2017).

Nesse sentido, surgiu o interesse para a realização deste estudo, relacionado com a avaliação do nível de independência nas atividades básicas da vida diária dos idosos institucionalizados, tendo-se escolhido Lares do Concelho de Ponte de Lima para a recolha de dados.

Para a realização desta investigação, a população selecionada foram os idosos institucionalizados em Lares pertencentes ao Concelho de Ponte de Lima, numa amostra de 53 idosos, que decorreu durante o período de tempo de julho de 2022. O instrumento de colheita de dados utilizado, foi um questionário de aplicação direta em que inicialmente apresenta uma declaração do consentimento informado dirigida aos participantes. O questionário propriamente dito é constituído por duas partes, em que a primeira parte visa a caracterização sociodemográfica da população e a segunda parte contempla o Índice de Barthel.

O presente projeto de graduação sob o ponto de vista estrutural, estará dividido em três partes/fases distintas: a fase concetual, a fase metodológica e a fase empírica. Na fase concetual será realizada uma primeira abordagem ao tema a ser investigado. Ainda na mesma apresentar-se-á a revisão da literatura que serviu como base para a formulação do problema, bem como o objetivo do estudo. Relativamente à fase metodológica apresenta como objetivo descrever o desenho de investigação, o tipo de estudo, a população alvo, a amostra e processo de amostragem, variáveis em estudo, instrumento de recolha de dados, tratamento e apresentação dos dados, e as considerações éticas delineadas para esta investigação. Finalmente, na terceira e última fase, a fase empírica, serão apresentados os resultados obtidos, a análise dos respetivos e a sua discussão.

Por fim surge uma conclusão onde serão apresentados os principais resultados obtidos, procurando responder às questões e objetivos delineados para o estudo. Neste estudo relativamente às Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), os idosos com maior nível de independência correspondem à ABVD de controlo vesical apresentando uma percentagem de 100%.

No decorrer da realização do projeto de investigação existiram algumas limitações, nomeadamente dificuldade na aplicação de questionários devido a recusa de alguns idosos abordados.

I. FASE CONCETUAL

A fase concetual é uma das fases fundamentais no processo de investigação, uma vez que, consiste em definir os elementos de um problema. Ao longo desta fase, o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um determinado tema, com intuito a alcançar uma conceção clara do problema (Fortin et al., 2009).

Assim sendo, “a fase concetual reveste-se de uma grande importância, porque dá à investigação uma orientação e um objetivo” (Fortin et al., 2009, p. 49).

1. Problema de Investigação

Uma investigação envolve sempre um problema, seja ele (ou não) formalmente esclarecido pelo investigador. De um modo geral, na investigação que apresenta uma metodologia de cariz quantitativo, a formulação do problema realiza-se, normalmente numa fase prévia, seja sob a forma de uma pergunta, seja sob a forma de um objetivo geral (Coutinho, 2015).

Assim sendo, segundo Coutinho (2015, p. 48-49), o problema de investigação é fundamental, uma vez que:

Centra a investigação numa área ou domínio concreto, organiza o projeto, dando-lhe direção e coerência, delimita o estudo, mostrando as suas fronteiras, guia a revisão da literatura para a questão principal, fornece um referencial para a redação do projeto, aponta para os dados que será necessário obter.

Neste sequencial, no presente projeto de investigação surge a problemática em estudo, ou seja, sabendo nós que o nível de independência nas atividades básicas da vida diária dos idosos é um elemento fundamental na qualidade de vida, pretendeu-se conhecer esse nível

de independência, especificamente nas atividades básicas da vida diária de idosos institucionalizados em Ponte de Lima.

i. Tema: Escolha e justificação

Uma das etapas iniciais para se proceder à investigação, é o investigador escolher o tema, para posteriormente, o abordar (Fortin et al., 2009).

O tema de estudo é um elemento particular de um domínio de conhecimentos que importa ao investigador e o impulsiona a realizar uma investigação, com o intuito de acrescentar os seus conhecimentos. Normalmente, este tema de estudo está interligado com a disciplina ou a profissão do investigador. Assim sendo, a escolha do tema de estudo, apresenta-se como uma das etapas fundamentais no processo de investigação, uma vez que, a mesma influência o desenrolar das etapas seguintes (Fortin et al., 2009).

Assim, o tema decidido para esta investigação, foi a Avaliação do Nível de Independência nas Atividades Básicas da Vida Diária de Idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Ponte de Lima.

Esta escolha teve por base motivações quer a nível académico, quer a nível pessoal. Se por um lado permite alargar conhecimentos na área, compreender diferentes conceitos desde avaliação da funcionalidade dos idosos, conceitos do processo de envelhecimento e qualidade de vida, lares e idoso institucionalizado, por outro esteve o interesse da área da gerontologia, pelo qual os enfermeiros apresentam um papel crucial a nível dos cuidados de enfermagem geriátrica.

ii. Questão de investigação

Após a identificação do problema do presente estudo, é fundamental delinear a pergunta de partida, que deve incluir as variáveis em estudo, e à qual se deve conceder uma resposta no final do projeto de graduação.

De acordo com Fortin et al. (2009, p. 72):

Uma questão de investigação é uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe. É um enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos examinados, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica.

Neste estudo a questão de investigação é a seguinte:

- Qual é o nível de independência nas atividades básicas da vida diária de idosos institucionalizados em Lares do Concelho de Ponte de Lima

É fundamental formular questões de pesquisa bem estruturadas, tornando-se assim, uma habilidade básica e uma característica determinante da competência do profissional de saúde, nomeadamente, do enfermeiro para fazer face à exigência de respostas exaustivas e necessárias. Geralmente, uma boa questão de investigação deve ser baseada em propriedades tais como: a viabilidade, ser interessante, originalidade, ser relevante e respeitar os princípios éticos (Sousa et al., 2018).

2. Revisão da Literatura

Para Fortin et al. (2009), o processo de investigação engloba a fase conceptual, que consiste na elaboração de conceitos e recolha de informação sobre um tema preciso. Esta recolha de informação tem em vista alcançar uma conceção clara do problema inicialmente elaborado. Por sua vez, esta fase conceptual, também designada de revisão da literatura, apresenta um reagrupamento de trabalhos publicados relacionados com um determinado tema de investigação. A revisão da literatura deve ser realizada em todas as etapas da investigação e deve preceder, acompanhar e seguir o enunciado das questões de investigação.

O estabelecimento da revisão da literatura sobre a problemática em estudo apresenta um papel de elevada importância para uma melhor (...) “identificação das principais características do contexto onde pretende aplicar o questionário e quais as variáveis que se pretende analisar”, conforme Morgado (2013, p. 80).

“Uma boa revisão da literatura potêcia a credibilidade da investigação ao relacionar e conectar a investigação prévia com o problema objeto da investigação” (Coutinho, 2015, p. 59). Assim, esta fase remete-se de grande importância, pois influencia as etapas seguintes (Fortin et al., 2009).

A fim de atingir o objetivo proposto nesta revisão da literatura, foram efetuadas pesquisas nas bases de dados online Medline via PubMed e B-on e também no Google Scholar. Utilizou-se como critério de inclusão a seleção de artigos publicados entre 2009 e 2022, utilizando as palavras-chave: avaliação da funcionalidade do idoso, envelhecimento, qualidade de vida, Índice de Barthel, lar, Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI). Para complementar ainda a pesquisa bibliográfica recorreu-se à consulta de livros.

i. Avaliação da Funcionalidade dos Idosos

O envelhecimento é um processo que se manifesta de forma específica e discreta em todo o mundo. Portanto, para a promoção de um envelhecimento saudável é fundamental que os profissionais de saúde que acompanham o idoso identifiquem as características e condições de cada pessoa (Barbosa et al., 2014).

O envelhecimento tem sido de suma importância há décadas, devido ao aumento progressivo e rápido da população acima de 60 anos em quase todos os países do mundo e das suas crescentes capacidades funcionais, mentais e físicas. Assim, verifica-se a necessidade de existirem pesquisas sobre as características do envelhecimento dos idosos e da necessidade da avaliação funcional (Ju et al., 2018).

A independência funcional consiste num indicador de saúde em idosos e deve ser avaliada pelas equipas de saúde, com regularidade, para monitorizar perdas, planear tratamentos e avaliar programas de reabilitação (Sá e Santos, 2019).

A funcionalidade humana e a deficiência são entendidas como a interação dinâmica entre as condições de saúde e o contexto. Podemos também concluir que o estado funcional

não é apenas um indicador do estado de saúde, mas também um bom indicador de custos e recursos de saúde necessários (Lopes et al., 2013).

A funcionalidade refere-se à capacidade dos idosos em agir na vida quotidiana e tomar decisões de forma independente. No entanto, muitas vezes verificam-se dificuldades ou necessidade de auxílio na realização de tarefas da vida diária, que inclui dois tipos de atividades: ABVD e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (Barbosa et al., 2014).

Segundo Ribeiro et al. (2018), a funcionalidade da avaliação consiste numa ferramenta essencial do cuidado ao idoso, pois, amplia o conceito de avaliação entre estado de saúde e doença, permitindo uma maior especificidade nos cuidados prestados. Esta avaliação tem particular interesse em pessoas com idade mais avançada, que possuem doenças crónicas, permitindo tornar as suas atividades diárias mais ilimitadas e independentes.

Na avaliação é preciso ter em consideração a autonomia, independência, fragilidade e compreensão da família do idoso. Em simultâneo, será necessário aumentar a educação permanente sobre as particularidades existentes ao longo do processo de envelhecimento (Rissardo et al., 2019).

Independência e autonomia são conceitos que definem situações complementares, mas que não são iguais. A autonomia está relacionada com a capacidade de cada indivíduo conseguir gerir a sua vida, no sentido de tomar decisões sobre si (Sequeira, 2018). De acordo com o International Council of Nurses (ICN, 2005) o termo de autonomia é descrito como um direito do utente: “autónimo, independente, ter autocontrolo e estar orientado” (ICN *cit. in* Sequeira 2018, p. 4).

Segundo Sequeira (2018), o conceito de independência, está interligado com a capacidade de desempenho de atividades de vida diária e de autocuidado.

Pelo exposto, emerge a necessidade de abordar a avaliação da capacidade funcional do idoso, assim e de acordo com Ermida (2014, p. 109):

Avaliação do Nível de Independência nas Atividades Básicas da Vida Diária de Idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Ponte de Lima

Entende-se por “capacidade funcional” a habilidade desde a capacidade para o exercício de um conjunto de atividades de vida diária que permitem, a qualquer indivíduo, viver no seu ambiente com autonomia e/ou independência.

A avaliação funcional do idoso é uma das áreas mais pertinentes na prestação de cuidados ao idoso, pois esta apresenta a capacidade preditiva, no que diz respeito à institucionalização, deterioração física, necessidade de recursos de saúde e também de mortalidade (Sequeira, 2018).

Habitualmente, a avaliação funcional efetua-se através da observação direta (testes de desempenho) ou por questionários, estes podem ser auto aplicados ou realizados através de entrevistas face a face, sistematizados através de escalas que determinam os principais componentes da dimensão. Dessa forma, estas escalas permitem formar aquilo que se designa de instrumentos de avaliação funcional (Almeida et al., 2021).

Neste estudo de investigação optou-se por utilizar a versão abreviada e adaptada para a população portuguesa de Sequeira (2018). Desta forma e de acordo com Sequeira (2018, p. 52):

As atividades básicas de vida diária são definidas de modo sucinto como um conjunto de atividades primárias da pessoa, relacionadas com o autocuidado e a mobilidade, que permitem ao indivíduo viver sem necessitar de ajuda.

Para realizar esta avaliação, existem várias opções de testes, escalas e questionários, tal como o Índice de Barthel. O Índice de Barthel foi descrito e publicado por Mahoney e Barthel em 1965 e validado para a população portuguesa em 2007, este trata-se de um questionário utilizado para verificar a capacidade funcional dos indivíduos onde é composto por 10 ABVD, sendo estas: “(...) a alimentação, o vestir, o banho, a higiene corporal, o uso da casa de banho, o controlo intestinal, o controlo vesical, o subir escadas, a transferência cama-cadeira e, por fim, a deambulação” (Sequeira, 2010, *cit. in* Cortez et al., 2019, pp. 278-279).

De acordo com Sequeira (2018, p. 53):

Avaliação do Nível de Independência nas Atividades Básicas da Vida Diária de Idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Ponte de Lima

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

É de salientar ainda, que a pontuação total da ABVD pode variar entre 0 a 100 pontos, em que 0 corresponde a máxima dependência para todas as AVD (Atividades da Vida Diária) como já foi referido anteriormente e 100 equivale a máxima independência total para todas as AVD (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Segundo Sequeira (2018), quanto menor for a pontuação, maior é o grau de dependência, e quanto maior a pontuação menor o grau de dependência.

O quadro seguinte apresenta a correspondência da pontuação total eventualmente obtida e o nível de dependência do Índice de Barthel.

Tabela 1 - Pontuação total do nível de dependência das ABVD

Pontuação	Nível de dependência
90-100	Independente
60-89	Ligeiramente dependente
40-55	Moderadamente dependente
20-35	Severamente dependente
<20	Totalmente dependente

(Fonte: Sequeira, 2018, p. 55)

Assim sendo, para dar resposta ao objetivo deste estudo será pertinente a utilização da escala anteriormente mencionada (Índice de Barthel) com o objetivo de avaliar o nível de independência funcional dos idosos. É de referenciar, que existem vários estudos realizados com o intuito da avaliação funcional.

Souza (2013), apresenta como objetivo geral a avaliação do nível de fragilidade de idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência e a sua relação com a independência funcional. Este estudo (Souza, 2013, p. 65) demonstra o seguinte:

Avaliação do Nível de Independência nas Atividades Básicas da Vida Diária de Idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Ponte de Lima

Quanto ao nível de independência funcional, constatou-se que 84,8% dos idosos são dependentes para as ABVD. O maior índice de dependência ocorreu nas atividades de subir e descer escadas (73,2%) e realizar transferência (51,8%). Os idosos apresentam maior independência para as atividades alimentação (89,3%) e banho (65,2%).

Além do nível de independência funcional, o estudo de Souza (2013), demonstra ainda, os dados da amostra relativamente à caracterização sociodemográfica. Assim, quanto à idade, a faixa etária mais predominante é a dos 80 ou mais anos com uma percentagem de 41%, seguindo-se a dos 75-79 anos (17,9%), 70-74 anos (17%), 65-69 anos (14,3%), e por fim a faixa etária dos 60-64 anos com uma percentagem de 9,8%. Relativamente ao sexo, prevalece o sexo feminino com uma percentagem de 51,8%, sendo que o sexo masculino corresponde a uma percentagem de 48,2%. No que toca às habilitações literárias metade da amostra corresponde a analfabeto com uma percentagem de 44,6%. Por último, relativamente ao estado civil, solteiro(a) apresenta a maior percentagem com 44,6%, seguindo-se viúvo(a) com 31,3%, separado(a) com 10,7%, casado(a) com 8,9%, divorciado(a) com 7,1% e outro com 0,9%.

Outro dos estudos encontrados, o de Moser et al. (2021), tem como objetivo analisar a relação entre a capacidade funcional, o estado nutricional e as variáveis sociodemográficas de idosos residentes em instituições de longa permanência. Os resultados indicam o seguinte:

A maioria apresentou independência total (39%) no desempenho das atividades de vida diária. Cerca de 46% apresentou grau de dependência leve a moderada e apenas 14,6% grau de dependência grave a total (Moser et al., 2021, p. 4).

Relativamente à caracterização sociodemográfica do estudo de Moser et al. (2019), quanto ao sexo 62,20% dos inquiridos correspondem ao sexo masculino e 37,80% corresponde ao sexo feminino. A faixa etária predominante foi entre os 70-79 anos com uma percentagem de 47,60%, seguindo a dos 80-89 anos (26,80%) e a dos 60-69 anos (23,20%). Por último, a faixa etária com idade superior a 90 anos foi a que apresentou menor percentagem (2,40%). Quanto ao estado civil, solteiro apresenta a maior percentagem com 40,30%, seguindo-se viúvo com uma percentagem de 32,90%, e separado / divorciado com uma percentagem de 24,40%. É de referir ainda que com

menor percentagem 2,40% corresponde ao casado /união de facto. Quanto à variável escolaridade, os resultados demonstram que maioritariamente os idosos institucionalizados são analfabetos, com uma percentagem de 59,80%.

O estudo de Machado (2019), teve como objetivo principal avaliar a presença de fragilidade e os fatores associados, em idosos institucionalizados.

Verificou-se neste estudo de Machado (2019), que 45,0% dos idosos apresentava independência para as atividades da vida diária. Apresentavam dependência os restantes idosos, 55,5%, sendo 7,5% dependência total, 22,5% dependência grave, 20,0% dependência moderada e 5% dependência leve. Relativamente à caracterização sociodemográfica, quanto ao sexo 25,0% dos inquiridos correspondem ao sexo masculino e 75,0% corresponde ao sexo feminino. A média de idade dos idosos rondou os 85 anos, existindo 48% dos idosos com 85 anos ou mais, 47% dos idosos entre 75 e 84 anos e 5% dos idosos com idade entre os 65 e os 74 anos. Quanto ao estado civil, viúvo apresenta a maior percentagem com 72,5%, seguindo-se casado/união de facto com uma percentagem de 12,5%, e solteiro com uma percentagem de 10,0%. É de referir ainda que a menor percentagem, 5,0%, corresponde a divorciado/separado. Quanto à variável escolaridade, os resultados demonstram que a maioria dos idosos institucionalizados possuem o ensino primário, com uma percentagem de 87,5%.

ii. Processo de Envelhecimento e Qualidade de Vida

O processo de envelhecimento é um fenómeno intrínseco a todos os seres humanos. O ato de envelhecer inicia-se desde o momento do nascimento do indivíduo desenvolvendo-se ao longo da vida finalizando com a morte. Assim, a lei natural da vida é nascer, crescer, envelhecer, e por fim morrer (Carvalho, 2016).

O envelhecimento humano é considerado um fenómeno populacional, heterogéneo e multidimensional, influenciado por aspetos socioculturais, políticos, económicos, epidemiológicos e subjetivos. A saúde e a qualidade de vida dos idosos, mais que noutros grupos etários, sofrem influência de vários tipos de fatores: físicos, psicológicos, sociais e culturais, de tal forma que avaliar e promover a saúde do idoso significa considerar

variáveis de distintos campos do saber, numa atuação interdisciplinar e multidimensional (Saraiva et al., 2018).

Conforme Carvalho (2013, p. 4):

De um modo geral, o envelhecimento está relacionado com o processo de “envelhecer”. Mas o que é envelhecer? Enquanto verbo transitivo “envelhecer” significa sofrer os efeitos da passagem do tempo ou tornar-se velho, perder a juventude ou a atualidade, cair em desuso, amadurecer ou adquirir experiência. Nesta reflexão, envelhecer remete para o modo como envelhecemos, para a experiência de vida (autoconceito) e para determinados contextos e processos que a determinam.

De acordo com Villardell (2015, p. 13):

Envelhecer é um processo natural e progressivo, a que ninguém consegue escapar. Por vezes, esse processo é lento, quase impercetível; no entanto avança, e as pessoas vão perdendo a capacidade funcional das diversas partes do corpo.

Para Sequeira (2018), existe uma distinção clara relativamente ao envelhecimento humano, visto que, este é sustentado em dois processos fundamentais: o processo de envelhecimento primário ou de senescência e o processo de envelhecimento secundário ou senilidade. Assim, segundo o autor (2015, p. 19), o envelhecimento primário é “caracterizado pelas mudanças corporais da idade e o envelhecimento secundário pelas mudanças que ocorrem com maior frequência, mas que não têm de estar necessariamente presentes”.

Considera-se um envelhecimento patológico quando as pessoas envelhecem mais cedo e perdem as suas capacidades. O facto de as pessoas, envelhecerem muito depressa, e ainda sofrerem de doenças crónicas, estas fazem com que o processo fisiológico normal de envelhecimento se transforme em patológico (Villardel, 2015).

De acordo com Vechia et al. (*cit. in* Rocha 2018), o envelhecimento é tido em quatro fases. Na fase da meia idade que corresponde a pessoas com idade compreendida entre 45 e 59 anos, na fase dos idosos que corresponde a pessoas com idade entre os 60-74

anos, na fase dos anciões que corresponde a pessoas com idade entre os 75- 90 anos e por último na fase da velhice extrema que corresponde a pessoas com idade superior a 90 anos.

Para Camejo (2013, p. 6):

Envelhecer significa ficarmos com mais idade e ao longo da vida a sociedade atribui-nos muitas idades: idade para andar, idade para ir para a escola, idade para tirar a carta de condução, idade da reforma. A estes momentos está associada uma idade cronológica, que corresponde à idade oficial mencionada no bilhete de identidade.

No processo de envelhecimento, existe a designada fase da terceira idade. Mas o que significa esta terceira idade? Esta fase é destinada ao grupo de pessoas com 60 anos ou mais. É uma etapa da vida caracterizada mais evidentemente por perdas, uma vez que, o indivíduo já deixou para trás a preocupação da educação dos seus filhos, já deixou o emprego e com ele perdeu uma grande dimensão da sua rede social e de contactos e a possibilidade de com eles socializar no dia a dia, pode também já ter perdido o seu companheiro de vida e deixou, sobretudo, a sua juventude (Carvalho e Duque, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define os idosos com base na idade cronológica. Portanto, idosos são aqueles que têm 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento e 65 anos ou mais nos países desenvolvidos (Faleiros et al., 2015). No entanto, Gama et al. (2016), referem a idade cronológica como sendo um indicador mais fácil, mostrando apenas um dos aspetos da velhice, nomeadamente, o do tempo vivido. Contudo, de acordo com Gama et al. (2016, p. 44), além da idade cronológica existem outras idades que cada indivíduo carrega consigo, como por exemplo:

“Idade Biológica – associada ao envelhecimento orgânico e à diminuição da capacidade da autorregulação do corpo”. “Idade Psicológica – associada às competências comportamentais que podem ser mobilizadas”. “Idade Social – associada ao estatuto social e aos valores e cultura definidos por cada sociedade”.

Segundo Paúl e Ribeiro (2018), o envelhecimento ativo é considerado numa perspetiva de curso de vida, em que envelhecer não se inicia algures num ponto específico, como seria por exemplo na idade legal da reforma, mas corresponde antes a um processo que decorre ao longo de toda a vida e em que a história de cada individuo se constrói progressivamente.

O modelo de envelhecimento ativo conforme preconizado pela OMS (2002), depende diversos fatores tais como : fatores de ordem pessoal sendo eles fatores biológicos, genéticos e psicológicos; fatores de ordem comportamental, ou seja, estilos de vida saudável e participação ativa no cuidado da própria saúde; fatores de ordem económica, nomeadamente, rendimentos, proteção social, oportunidades de trabalho digno; fatores do meio físico, caracterizados pela acessibilidade a serviços de transporte, moradias e vizinhança seguras e apropriada, água limpa, ar puro e alimentos seguros; fatores do meio social, particularmente, apoio social educação e alfabetização, prevenção de violência e abuso; e por fim os fatores relativos aos serviços sociais e de saúde de que as pessoas beneficiam (Paúl e Ribeiro, 2018).

A realização contínua das atividades diárias dos idosos é, muitas vezes, apoiada por programas de desenvolvimento do envelhecimento ativo, que permite que os idosos continuem saudáveis e que consigam ter maior qualidade de vida. O envelhecimento ativo está, portanto, relacionado com a proteção, segurança e cuidado dos idosos para evitar diminuição do bem-estar (Medeiros, 2020).

A satisfação com a sua vida e a presença de bem-estar, podem assim contribuir para a qualidade de vida dos idosos. Esta qualidade de vida representa a perceção de um indivíduo sobre se as suas necessidades primárias, metas e expectativas são atendidas. A qualidade de vida depende de fatores relacionados com a saúde física e mental, crenças e questões sociais, sendo multidimensional e complexa (Gaspar et al., 2022).

Embora seja evidente a importância do envelhecimento ativo e da melhoria da qualidade de vida dos idosos, a falta de cuidados prestados por parte dos familiares tem levado ao aumento da institucionalização dos idosos. Assim, a idade avançada, ausência de casa ou

companheiro, sedentarismo, maior uso de medicamentos são os preditores mais importantes da diminuição da qualidade de vida e do processo de institucionalização. A qualidade de vida relacionada com a saúde consiste no estado de bem-estar de uma pessoa, apesar da doença ou deficiência. Nos idosos, a independência consiste essencialmente na capacidade de realizar corretamente as AVD (Rugbeer et al., 2017).

Com o propósito de melhorar a qualidade de vida, desde o início da civilização têm-se tentado construir também infraestruturas, que nos permitam fazer a nossa própria vida. As necessidades básicas, como alimentação, abrigo e segurança, podem ser facilmente atendidas (Gaspar et al., 2017).

Podemos também concluir que a qualidade de vida dos idosos pode ser uma combinação entre os aspetos sociais e a presença de objetivos individuais, o que leva a uma maior satisfação e qualidade de vida. O idoso ser capaz de realizar as suas atividades básicas, também pode levar à satisfação pessoal e, conseqüentemente, qualidade de vida. Por outro lado, uma boa saúde é essencial para que os idosos mantenham a sua qualidade de vida e continuem a contribuir de forma positiva para a sociedade (Luisa, 2020).

À medida que a esperança média de vida aumenta, devem ser tomadas medidas que visem melhorar a qualidade de vida e reduzir a incapacidade dos idosos. A qualidade está relacionada com a satisfação individual. Questões relacionadas com o bem-estar pessoal, ocupacional e familiar interferem também diretamente com a qualidade de vida dos idosos (Brandão et al., 2020).

A existência de patologias nos idosos podem afetar a sua qualidade de vida. Por sua vez, a qualidade de vida inclui aspetos físicos, psicológicos, sociais e ambientais do indivíduo e, é dividida em três dimensões importantes: subjetividade, multidimensionalidade e presença de aspetos positivos e negativos (Luisa, 2020).

Segundo Fonseca (2018), além de ser necessário verificar as condições de habitação e espaços livres dos idosos, é também importante desenvolver programas sociais que tenham em consideração a limitação funcional dos indivíduos, a manutenção da

autonomia e a participação na sociedade. Da mesma forma, a implantação de programas de assistência domiciliar, incluindo a teleassistência, é importante para aumentar a autonomia e melhorar a qualidade de vida.

Fatores individuais, familiares, profissionais e sociais devem estar em sincronia para melhorar a qualidade de vida dos idosos, para que possam ter uma vida mais saudável, seja com familiares ou em instituições. É fundamental promover a qualidade de vida dos idosos e estabelecer estratégias que promovam uma vida mais saudável (Marrachinho, 2014).

A qualidade de vida e saúde são fatores complementares e que se podem sobrepor. É por isso fundamental distinguir entre envelhecimento normal e processos de envelhecimento afetados por fatores adversos, como estilos de vida inadequados e condições de saúde desfavoráveis. É importante que os idosos sejam educados ao longo da vida sobre o envelhecimento, para que adquiram as habilidades e oportunidades específicas, que lhes permitirão viver uma melhor qualidade de vida na velhice (Luisa, 2020).

Na investigação de Anica (2018), verificou-se que os idosos institucionalizados possuem qualidade de vida, mas a mesma está relacionada com a sua capacidade física e autonomia nas AVD, grau de mobilidade e condições disponibilizadas pelas instituições. Verifica-se que os principais problemas relacionados com qualidade de vida são a depressão e a incapacidade funcional.

Verifica-se também, muitas vezes, uma relação entre a qualidade de vida e o suporte social. Significa que ter menos amigos e menos apoio social implica mais baixa qualidade de vida em idosos. Os estados psicossociais mais positivos estão muitas vezes associados a um maior apoio social e maior/melhor qualidade de vida. Nesse sentido, é importante implementar estratégias que visem melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, garantindo uma vida ativa durante todo o processo de envelhecimento (Gaspar et al., 2022).

A qualidade de vida na velhice é influenciada pelo estilo de vida do indivíduo na sua idade adulta e na preparação realizada para a fase do envelhecimento. Como essa preparação é importante para a qualidade de vida na velhice, e outras atitudes relacionadas à saúde, a educação adequada desde cedo pode desempenhar um papel importante (Han et al., 2015).

O estudo de investigação realizado por Gaspar et al. (2017), demonstra que a qualidade de vida é influenciada pelo género, idade e situação profissional, além de fatores psicológicos e sociais. Conclui-se também que os aspetos biológicos podem afetar o funcionamento do sistema psicológico, relacionado às emoções e de carácter pessoal. Sugere-se ainda que mulheres com 60 anos ou mais podem impactar a qualidade de vida, ou pelo menos aumentar a vulnerabilidade. O impacto das intervenções exigirá mudanças na organização dos serviços de saúde e apoio social aos idosos. Isso deve incluir um foco positivo, como redes de apoio, que incluem famílias e comunidades.

A investigação realizada por Han et al. (2015) permite concluir que os fatores psicossociais influenciam o envelhecimento saudável para a promoção de uma vida saudável entre os idosos e o desenvolvimento do cuidado e apoio sociocultural ao idoso. Refere-se que a depressão é o fator que mais negativamente influencia o envelhecimento saudável e fatores como lazer, estado de saúde saudável e autoestima apresentam correlações positivas e influenciam no envelhecimento saudável. Pode-se também verificar neste estudo que o ego promove o bem-estar psicológico na velhice.

As qualidades de vida dos idosos, com sinais de depressão, apresentam resultados negativos nas atividades atuais, passadas, futuras, participação social e intimidade. Os idosos com desempenho limitado nas AVD apresentam qualidade de vida significativamente menor nos domínios da autonomia, participação social e manutenção da atividade física. A promoção de um ambiente estimulante com atividades diversas e adequadas contribui para um perfil que sustente a saúde física e mental, reduz a prevalência de sinais e sintomas de depressão e, conseqüentemente, melhora a qualidade de vida (Junior et al., 2019).

Segundo Campos et al. (2014), as diferenças de género estão associadas à melhoria da qualidade de vida nos idosos. As mulheres física e psicologicamente mais saudáveis tendem a ter melhor qualidade de vida. Nos homens, a melhor qualidade de vida foi associada a melhores condições económicas e melhor saúde física.

Os principais objetivos do envelhecimento ativo são manter a autonomia, a independência e promover a saúde física e mental, a inclusão social e a qualidade de vida de todos os idosos, incluindo os portadores de deficiência e dependentes. A questão da qualidade de vida dos idosos e seus determinantes tornou-se importante para esclarecer os problemas da geração que envelhece, pois, a sua identificação auxilia na implementação de iniciativas para melhorar a qualidade de vida. Alguns dos fatores negativos para a qualidade de vida dos idosos podem ser a depressão, ansiedade, incapacidade funcional, e falta de relacionamento com o parceiro. Por sua vez, os profissionais de saúde que acompanham estes idosos devem usar ferramentas de triagem para detetar a depressão e a ansiedade precocemente e ajudar a prevenir (Soósová, 2016).

Segundo Ferretti et al. (2018), existe uma grande percentagem de idosos com elevados índices de dor crónica. Muitas destas dores crónicas podiam ser evitadas se fossem tomadas medidas preventivas, adotados hábitos saudáveis e praticados exercícios físicos com regularidade. Nestas situações, é fundamental a atenção dos profissionais de saúde, no que respeita à saúde do idoso, para promover o alívio das queixas, bem como a prevenção de novas doenças. Desta forma é possível contribuir para uma melhor qualidade de vida dos idosos.

Com base nos resultados do estudo de Pradeep et al. (2017), conclui-se que devem ser exploradas intervenções que possam promover o envelhecimento ativo ao nível comunitário, como projetar espaços públicos amigáveis aos idosos e ambientes sociais confortáveis dentro das comunidades.

A relação com o medo da própria morte, nos idosos, permite também ter uma menor qualidade de vida. Verifica-se que o medo da morte e dos seus processos, é mais comum no sexo masculino. Também os internamentos hospitalares prolongados permitem

diminuir a sua qualidade de vida, pois a dimensão psicológica está afetada e possuem incertezas sobre o seu estado de saúde (Duran-Badillo, *et al.* 2020).

De acordo com o estudo de Gomez et al. (2020), pode-se referir que as pessoas com maior nível de escolaridade têm uma maior satisfação com a vida, melhor autoestima e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida.

iii. Lares e Idosos Institucionalizados

A Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, também conhecida como Lar de Idosos, foi definida, pelo Instituto da Segurança Social (ISS) como socialmente responsável por pessoas com idade correspondente à idade definida para reforma e para outras pessoas em risco, com perda de independência e/ou autocontrolo. No que diz respeito à organização e funcionamento da ERPI, esta deve prestar serviços de apoio ao idoso a todos os níveis, como cuidados pessoais, administração, cuidados de saúde, desenvolvimento pessoal, nutrição e alimentação, higiene, segurança e limpeza. Alguns dos serviços prestados pela ERPI não são orientados para o utilizador, no entanto, são igualmente importantes para o normal funcionamento de uma determinada organização (ISS, 2007, *cit. in* Ferreira, 2021).

Para Borges et al. (2015), as ERPI são organizações governamentais ou não governamentais, de natureza residencial, tanto para idosos independentes com baixos recursos e/ou situação familiar desfavorecida, como para idosos dependentes que necessitam de mais cuidados.

A institucionalização de idosos nas ERPI, necessária devido à dinâmica familiar e demográfica das sociedades ocidentais em envelhecimento, sempre suscitou questões sobre a qualidade de vida e segurança dos idosos. No entanto, vários modelos de institucionalização de longo prazo foram teorizados, conceituados e praticados ao longo do tempo (Pimentel et al., 2021).

Segundo a Portaria n.º 67/2012 de 21 de março (*cit. in* Simões 2013), a maioria dos Lares de Idosos em Portugal pertence às IPSS, organizações sem fins lucrativos fundadas por

iniciativa dos particulares, com o objetivo de exprimir obrigação moral organizada de solidariedade e equidade entre os particulares, não podendo ser administradas pelo Estado ou por entidade autónoma. Pertencem à CNIS (Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade) ou União das Misericórdias Portuguesas e, graças a acordos de cooperação com o governo, podem receber financiamento legalmente estabelecido. Os Lares do terceiro setor com fins lucrativos estão em ascensão sem financiamento público para essas instalações.

As ERPI encontram-se regulamentadas por um conjunto de serviços especializados e qualificados que asseguram a saúde social e fisiológica das pessoas institucionalizadas (Mimoso, 2020).

Apesar de, há vários anos, ter havido um declínio acentuado na utilização de diferentes respostas para idosos, a ERPI manteve uma taxa de utilização de 91,5% em 2014, constituindo a resposta mais procurada no grupo de respostas para idosos. Inalterado em relação aos relatórios anteriores, o alojamento em quarto são atualmente a modalidade ERPI dominante (97%), juntamente com condomínios ou vilas que permitem ambos os tipos de alojamento com a taxa ainda não superior a 3%. No entanto, há uma frequência persistente na resposta à ERPI, com cerca de 50% dos utilizadores continuando a usar esse tipo de instituição por 3 anos ou mais e cerca de 12% por mais de 10 anos. A institucionalização muitas vezes aparece como o último recurso, quando tudo o mais não é possível (GEP / MSESS, 2014).

Em Portugal, a Portaria n.º 67/2012, de 21 de março define as ERPI como instalações de alojamento coletivo, de uso temporário ou permanente, em que se realizam atividades de apoio social e cuidados de enfermagem, tendo como objetivos: prestar serviços consistentes e adequados às necessidades fisiológicas e sociais dos idosos; promover a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; criar condições para preservar as relações familiares; promover a integração social, seguindo os princípios de qualidade, eficiência, humanidade, respeito pelo indivíduo e interdisciplinaridade; promover e manter a função e independência e realizar uma avaliação abrangente das necessidades dos residentes.

A institucionalização em infraestruturas como as ERPI surge muitas vezes como resposta à condição dos idosos que, pelo caráter consequente do envelhecimento, assumem que a sua capacidade funcional está diminuída. Estas alterações condicionam a autonomia e a capacidade de realização das atividades quotidianas e, consequentemente a possibilidade de o idoso viver sozinho no seu domicílio (Lopes et al., 2013).

Acredita-se que a solicitação pelas ERPI tenderá a aumentar nos próximos anos, não apenas pelo atual envelhecimento populacional, mas também pela mudança na organização familiar. Para funcionar plenamente, essas unidades precisam de uma equipa composta por enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física e auxiliares. O enfermeiro da ERPI desenvolve um trabalho conjunto com a restante da equipa multidisciplinar, visando o cuidado efetivo ao idoso, por meio de atividades de educação, apoio e pesquisa (Borges et al., 2015).

Juntamente com as alterações da capacidade funcional e da perda do autocontrolo, surge o conceito de dependência, embora não exclusivo da população idosa, mas observa-se com maior prevalência neste grupo (Ruan, et al., 2015). A dependência pode ser vista como uma consequência de mudança dos fatores físicos, mentais, cognitivos, sociais, económicos e ambientais (Vellas, 2013).

Os idosos estão expostos a uma variedade de fatores pessoais, fisiológicos, comportamentais e ambientais, nomeadamente as condições financeiras e de habitação, bem como às suas características e estatuto. Adicionalmente, o idoso pode ser suscetível a qualquer tipo de doença, em que existem certas condições com maior prevalência, como doenças circulatórias, cardiovasculares, reumáticas e neurológicas (Clerencia-Sierra et al., 2015).

Pimentel et al. (2021), referem que as ERPI podem ser locais vulneráveis a infeções por vírus. A vulnerabilidade não está relacionada apenas com o histórico clínico do idoso, das suas fragilidades, dependências na realização de atividades, mas também devido às características da estrutura da população em que vive. Esta vulnerabilidade tornou-se

evidente, por exemplo, no início da pandemia de COVID-19 com efeitos extremamente nefastos, seja pelo número de pessoas nestas instalações a contrair infeções, mas principalmente pelos óbitos. Em Portugal, são conhecidas as dificuldades das ERPI, devido, por exemplo, ao número de idosos acima da sua capacidade máxima, falta de pessoal técnico especializado, entre outros aspetos. Muitas vezes essas organizações permanecem em dificuldades financeiras e possuem modelos de gestão ineficazes.

As instituições ERPI representam um desafio, pois as mudanças inerentes ao envelhecimento e as doenças preexistentes podem ser agravadas pela institucionalização, criando graus variados de dependência nos idosos. Mesmo um idoso independente, quando institucionalizado, pode tornar-se dependente, devido à dificuldade em aceitar novas condições de vida e à falta de motivação e incentivos específicos desse ambiente. É necessário conhecer as características da população assistida, a fim de reorientar a atenção à saúde do idoso institucionalizado, para possibilitar o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com o objetivo de evitar dependência e disfunção (Borges et al., 2015).

Muitas vezes, a dependência do idoso surge no seguimento dos obstáculos que impossibilitam o atendimento das necessidades, mas também da falta de apoio familiar, isolamento, solidão e inatividade. Como resultado, esses e outros fatores levam à institucionalização posterior, sendo por isso necessário conhecer a situação do cuidado de cada idoso e as características e necessidades dos cuidadores (Pereira et al., 2014). A dependência e também a deficiência estão associadas à necessidade de cuidados e, por vezes, de institucionalização. A institucionalização habitualmente é o último recurso e raramente é considerada ou planeada. No entanto, nos últimos anos, a institucionalização aumentou devido ao aumento da esperança média de vida e à necessidade de cuidadores formais para tratar dos idosos (Mimoso, 2020).

Silva et al. (2019), refere que é fundamental incluir a família no foco do cuidado institucional ao idoso e não limitar ao atendimento das necessidades individuais do idoso, havendo assim uma mudança de paradigma de cuidados personalizados. Os programas de apoio à família e avaliações de educação em saúde são necessários para melhorar o desempenho e melhorar a saúde tanto das famílias quanto dos idosos.

Os idosos institucionalizados apresentam algumas características específicas, como hábitos sedentários, redução da funcionalidade e abandono familiar, problemas que contribuem para o aumento da morbidade e mortalidade, associada ao processo de envelhecimento. Num contexto onde as habilidades cognitivas e físicas estão comprometidas, destaca-se o papel das ERPI, que integram as redes de cuidados (Barros et al., 2016).

Por outro lado, estes idosos tendem a colocar-se num estado de dependência e, portanto, vão perdendo a sua autonomia. Os idosos necessitam de cuidados específicos, que vão desde a promoção da convivência em grupo até à análise detalhada do uso de medicamentos e recursos adequados às necessidades de cada indivíduo (Silva et al., 2019).

Quando institucionalizada, a pessoa pode desenvolver graus variados de dependência devido à dificuldade de aceitação e/ou de adaptação às novas condições de vida e à falta de motivação e incentivo, comuns em instituições. Como resultado, a pessoa precisa de mais cuidados e serviços de apoio especializados (Abizanda et al., 2014).

De acordo com Gawande (*cit. in* Constantino 2016, p. 15):

“(...) a prosperidade [do mundo industrializado] permitiu que até os idosos pobres pudessem contar com lares onde estão à sua disposição refeições adequadas, serviços de saúde profissionais, fisioterapia e bingo. Estes lares aliviaram a debilidade e a velhice para milhões de pessoas (...). E ainda assim, a maior parte das pessoas considera os atuais lares da terceira idade lugares assustadores, desoladores, inclusive abomináveis, para se passar a última fase da vida. Precisamos e desejamos algo mais.”

Ressalta-se a importância da atividade física em idosos institucionalizados, devido à melhoria significativa da sua capacidade funcional e, conseqüentemente, do seu autocontrolo e qualidade de vida. Assim, através de uma intervenção multidisciplinar será possível promover o cuidado integral, bem como o processo de envelhecimento da população de forma ativa e saudável. Os professores de educação física, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e outros profissionais devem trabalhar juntos para desenvolver

ações preventivas e de promoção da saúde do idoso. É necessária uma intervenção multidisciplinar para melhorar e manter a capacidade funcional e a autonomia dos idosos institucionalizados (Barros et al., 2016).

Para Carlos et al. (2016), os idosos institucionalizados necessitam de atenção em todos os aspetos, principalmente os relacionados com a nutrição, pois pode afetar a sua saúde geral.

De acordo com a Carta Social Europeia, é necessário garantir que os idosos que vivem em Instituições recebam assistência adequada, respeitem a sua privacidade e participem na determinação das condições desses estabelecimentos. Portugal é o terceiro pior país da Europa em termos de garantia do bem-estar social e económico das pessoas com 60 anos ou mais, logo à frente de Malta e da Grécia. Estes dados são retirados do AgeWatch Global Index 2015, que classifica os países pelo nível de bem-estar social e económico dos idosos (HelpAge International, 2015).

Os programas que vinculam os cuidados formais e informais também devem ser promovidos, com base nas características da dependência e em como as pessoas mais velhas percebem o apoio da família (Silva et al., 2019).

Do ponto de vista cognitivo, a prevalência de sintomas depressivos parece aumentar quando a institucionalização inicia. Alguns estudos mostram que uma percentagem da população idosa, que vive na comunidade, apresenta algum grau de sintomas depressivos. Essa taxa aumenta à medida que os idosos são admitidos em instituições (Quintero et al., 2015).

O objetivo primordial do cuidado ao idoso institucionalizado é manter a boa saúde e proporcionar uma vida ativa nesse ambiente, com autonomia e independência física, psicológica e emocional. Portanto, participar ativamente no contexto social e manter a autonomia é essencial para os idosos, além de contribuir para a saúde e o bem-estar. Nesse sentido, deve ser dada atenção especial aos idosos institucionalizados, para evitar a perda da mobilidade. Para tal precaução, o enfermeiro precisa conhecer as características desses

idosos, sendo imprescindível a realização de alguns diagnósticos. É fundamental ter o conhecimento para melhorar o suporte da ERPI, através do planeamento de ações de impacto, levando a uma ação mais individual e efetiva (Borges et al., 2015).

Em geral, espera-se que na fase idosa dos pais, os filhos e demais membros da família assumam toda a responsabilidade em cuidar do idoso. No entanto, com o aumento da população idosa em geral, a vida moderna, o trabalho, as necessidades de apoio familiar, a falta de recursos da família, nem sempre é possível garantir essa assistência no processo de envelhecimento, exigindo assim a institucionalização numa ERPI (Figueiredo et al., 2018).

3. Objetivo do estudo

O objetivo de um estudo consiste em descrever, explicar, predizer, segundo o estado dos conhecimentos no domínio já estudado anteriormente (Fortin et al., 2009).

Segundo Fortin et al. (2009), o objetivo de investigação determina a maneira como o investigador obterá respostas às questões de investigação ou verificará hipóteses.

O objetivo geral desta investigação passa por conhecer o nível de independência nas atividades básicas da vida diária numa amostra de idosos institucionalizados em Lares no Concelho de Ponte de Lima.

II. FASE METODOLÓGICA

Depois de se ter efetuado a escolha do tema de estudo, de se ter formulado o problema de investigação, enunciado o objetivo, as questões de investigação, procede-se assim para a fase metodológica (Fortin et al., 2009).

Segundo Fortin et al. (2009, p. 53):

A fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação. É no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar hipóteses.

Ainda e citando Fortin et al. (2009), esta fase reveste-se de um carácter concreto, que comporta a escolha do desenho apropriado ao problema de investigação, o recrutamento dos participantes e a utilização de instrumentos de medida fiéis e válidos, a fim de assegurar a credibilidade dos resultados.

Assim sendo, a fase mencionada apresenta como objetivo a maneira como a questão de investigação será introduzida num desenho, pelo qual indicará as atividades a efetuar no decorrer da investigação (Fortin et al., 2009).

1. Desenho de investigação

O desenho de investigação, consiste no modo como o investigador deve desenhar o seu estudo, e delinear a investigação a estabelecer (Coutinho, 2015).

Segundo Fortin et al. (2009, p. 214):

O desenho define-se como o conjunto das decisões a tomar para por de pé uma estrutura, que permita explorar empiricamente as questões de investigação ou verificar as hipóteses. O desenho de investigação guia o investigador na planificação e na realização do seu estudo de maneira que os objetivos sejam atingidos.

i. Tipo de Estudo

O presente projeto de graduação insere-se no paradigma de investigação quantitativo, e é do tipo descritivo, transversal e desenvolvido em meio natural.

O carácter quantitativo do estudo está em concordância com o que Creswell e Creswell (2021, p. 26) referem:

A pesquisa quantitativa é uma abordagem que procura testar teorias objetivas examinando a relação entre variáveis. Tais variáveis, por sua vez, são medidas, geralmente com instrumentos para que os dados numéricos possam ser analisados com procedimentos estatísticos.

Na mesma linha de pensamento Nunes (2020), menciona que a investigação quantitativa, pressupõe uma medida ou uma medição orientada para os resultados e sua generalização.

Para Fortin et al. (2009, p. 29), “a investigação quantitativa apoia-se na crença de que os seres humanos são compostos por partes que podem ser medidas”.

Dentro da abordagem quantitativa, optou-se por um estudo descritivo simples, que segundo Fortin et al. (2009, p. 237), “implica a descrição completa de um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características da totalidade ou de uma parte desta mesma população”.

Neste sentido e de acordo com Fortin et al. (2009, p. 236):

Os estudos descritivos visam obter mais informações sobre as características de uma população ou sobre fenómenos pouco estudados e sobre os quais existem poucos trabalhos de investigação (...) o investigador estuda uma situação como ela se apresenta em meio natural (...).

Entende-se ainda que o estudo é transversal. Tal deve-se ao facto de este permitir “medir a frequência de um acontecimento ou de uma doença numa determinada população (Fortin et al., 2009, p. 252).

Ainda e citando Fortin et al. (2009, p. 217):

A maioria dos estudos, tanto descritivos, como explicativos ou experimentais, são conduzidos em meio natural, porque, na maior parte dos casos, eles têm lugar no domicílio dos sujeitos, no meio de trabalho ou nos estabelecimentos de ensino ou de saúde.

Por último, cabe ainda referir que o estudo é desenvolvido em meio natural, uma vez que, “(...) não dá lugar a um controlo rigoroso como o laboratório” (Fortin et al., 2009, p. 217), isto é, em Lares do Concelho de Ponte de Lima.

ii. População-alvo, amostra e processo de amostragem

População é o “conjunto de pessoas ou elementos a quem se pretende generalizar os resultados e quem partilham uma característica comum” (Coutinho, 2015, p. 89).

A população-alvo, segundo Fortin et al. (2009, p. 311), é constituída pelos elementos “que satisfazem os critérios de seleção definidos e sobre o qual se pretende fazer generalizações”. Neste sentido, para o presente projeto de investigação definiu-se como população-alvo idosos institucionalizados em Lares do Concelho de Ponte de Lima.

Definiu-se como critérios de inclusão: idosos institucionalizados em Lares do Concelho de Ponte de Lima com idade superior ou igual a 65 anos, que apresentassem capacidade cognitiva e comunicacional para responder ao inquérito, e estarem disponíveis para participar no estudo.

Segundo Coutinho (2015, p. 89), “(...) a amostra é o conjunto de sujeitos (pessoas, documentos, etc) de quem se recolherá os dados e deve ter as mesmas características das da população onde foi extraída”, e “(...) é um subconjunto da população que terá de a representar, ou seja, refletir os seus traços, caso contrário incorremos no chamado erro amostral”.

Recorreu-se ao processo de amostragem não probabilístico e de conveniência, uma vez que, segundo Coutinho (2015, p. 95), “a amostragem é não probabilista se não podemos especificar a probabilidade de um sujeito pertencer a uma dada população” e é de conveniência, porque, “(...) os resultados obtidos nestes estudos dificilmente podem ser generalizados para além do grupo em estudo” (Schutt, 1999, *cit. in* Coutinho 2015, p. 95).

iii. Variáveis em estudo

Variável é um “atributo que reflete ou expressa um conceito ou constructo e pode assumir diferentes valores” (Ary et al., 1989, *cit. in* Coutinho 2015, p. 70). No presente estudo existem variáveis de investigação, atributo e estranhas.

Fortin et al. (2009, p. 171), definiu variáveis de investigação como sendo “(...) qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo”.

Ainda e de acordo com Fortin et al. (2009, p. 172), variáveis atributo “são características pré-existentes dos participantes num estudo. Elas são geralmente constituídas por dados demográficos tais como idade, o género (...)”. Neste estudo as variáveis atributo corresponderam a características sociodemográficas, tais como: o género, a idade, o estado civil e por fim a habilitação literária.

Também, Fortin et al. (2009, p. 172), definiu variáveis estranhas como “presentes em todos os estudos, e podem exercer efeitos inesperados sobre outras variáveis e influenciar assim os resultados de uma investigação.” Assim sendo, destaca-se duas das variáveis estranhas no presente estudo, tais como, a veracidade das respostas e compreensão das questões por parte dos idosos, no entanto, podem existir infinitas variáveis estranhas.

E foi variável em estudo “o nível de independência nas Atividades Básica de Vida Diária”.

iv. Instrumento de recolha de dados

Segundo Coutinho (2015), a recolha de dados é uma fase fundamental, que deve ser realizada por parte do investigador, sempre em qualquer plano de investigação, seja ele quantitativo, qualitativo ou multimetodológico.

Esta fase do processo de investigação, que implica a seleção do instrumento de colheita de dados é importante definir de forma precisa a informação que se pretende obter, assim cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento, aquele que mais se adequa aos objetivos do estudo e às questões de investigação (Fortin et al., 2009).

Tendo em conta o objetivo do estudo, optou-se pela elaboração de um questionário, sendo este aplicado face a face, pois conforme Fortin et al. (2009, p. 380), os questionários “podem ser preenchidos pelo assistente de investigação em presença do participante (...)”.

O instrumento de colheita de dados utilizado, foi um questionário de aplicação direta em que inicialmente, contém uma breve apresentação, onde incide o nome da investigadora,

a universidade que desenvolve o estudo, o título do projeto de graduação, bem como o objetivo do mesmo. Para completar a apresentação consta ainda, da declaração do consentimento informado livre e esclarecido, dos participantes no estudo de forma a garantir a confidencialidade dos mesmos (Anexo I).

O questionário propriamente dito é constituído por duas partes, sendo na primeira parte formado por cinco questões que permitem uma caracterização sociodemográfica (género, idade, sexo, estado civil e habilitações literárias), sendo quatro perguntas fechadas e uma pergunta aberta (Anexo I).

Por último, na segunda parte do questionário é composto pelo Índice de Barthel, de forma a avaliar o nível de independência nas atividades básicas da vida diária (Anexo I).

A recolha dos dados ocorreu entre os dias 7 e 8 de julho de 2022, entre as 09 e 16h, em Lares do Concelho de Ponte de Lima, após autorização dos órgãos diretivos dos mesmos. Posteriormente, procedeu-se à apresentação do estudo, nomeadamente, apresentação pessoal da autora, explicação do tema, bem como o respetivo objetivo do estudo, e garantia da confidencialidade e anonimato dos dados. Considerando a possibilidade de existência de algum grau de incapacidade quer física, quer visual em muitos idosos, optou-se pelo preenchimento de forma indireta, ou seja, através do autor do estudo, que registou diretamente as respostas dos participantes. O tempo despendido para cada entrevista foi, em média, 12 minutos.

Relativamente à capacidade cognitiva, não se utilizou nenhum teste para a seleção dos participantes no estudo de investigação, sendo essa escolha da responsabilidade de profissionais dos Lares onde as colheitas de dados foram realizadas.

v. Tratamento e apresentação dos dados

Terminada a recolha de dados é importante proceder-se à sua organização e análise, de modo a reunir a resposta aos objetivos delineados. Neste sentido Fortin et al. (2009, p. 135), referem que “o método de análise deve ser congruente aos objetivos e ao desenho de estudo”. De acordo com os autores (2009, p. 410), “a escolha de ferramentas

estatísticas depende principalmente do tipo de investigação efetuada, do tipo de variáveis utilizadas e das questões de investigação que foram formuladas”.

Recorreu-se, por isso, à estatística descritiva, que citando Fortin et al. (2009, p. 411), “(...) tem por objetivo destacar o conjunto dos dados brutos tirados de uma amostra de maneira que sejam compreendidos, tanto pelo investigador como pelo leitor”. Assim, utilizou-se a estatística descritiva, frequência absoluta (n°), frequência relativa (%), com apoio do programa Microsoft Office Excel (versão 2019).

2. Salvaguarda dos princípios éticos

O International Council of Nurses apresenta um enunciado de posição em que relevou a relação dos Enfermeiros e os Direitos Humanos. Nesse enunciado, afirma-se que o enfermeiro tem o dever de salvaguardar os direitos humanos sempre em qualquer situação. (Nunes, 2020). Acrescenta ainda, que o enfermeiro tem a obrigação de “assegurar que os destinatários dos cuidados recebem informação apropriada para consentirem no tratamento ou procedimentos, incluindo a participação em investigação” (Nunes, 2020, p. 11).

De acordo com Nunes (2020), são seis os princípios éticos tais como: beneficência, avaliação da maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade pelo o qual se deve guiar a investigação. Deste modo, segundo Nunes (2020, pp. 11-13), estes princípios estão diretamente relacionados com o respeito pelos direitos dos participantes no estudo, sendo:

Direito a não receber dano – “(...) isto é, a não serem prejudicados, sabendo-se previamente avaliar o prejuízo potencial do estudo e a eliminar riscos desnecessários”. O presente estudo não colocou a amostra perante qualquer situação de risco.

Direito de conhecimento pleno ou de informação completa sobre o estudo – “(...) sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitada a participação da pessoa”. No presente estudo todos os participantes, foram informados da natureza do estudo, dos objetivos, assim como do conhecimento da recusa da respetiva participação.

Direito de autodeterminação – Este consiste no “(...) princípio ético do respeito pela autonomia das pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino”. Nesta investigação, todos os intervenientes, possuíram opção de escolha na participação do estudo, sem que houvesse qualquer prejuízo para os que não colaborassem.

Direito à intimidade – “(...) inclui poder não responder a algumas questões, a saber protegida a identidade do sujeito e à confidencialidade da informação que partilharam”. No presente estudo, garantiu-se a intimidade de cada participante respeitando as decisões do mesmo.

Direito ao anonimato e à confidencialidade – os dados de cada pessoa “(...) não podem ser divulgados ou partilhados sem autorização expressa do sujeito e a identidade do sujeito não pode ser associada às respostas individuais”. Nesta investigação os dados foram tratados estatisticamente de modo a que se mantivesse a confidencialidade dos indivíduos. Terminado o trabalho todos os dados serão eliminados definitivamente.

Mais ainda, foram tidos em consideração todos os pressupostos éticos inerentes à investigação com seres humanos, confirmados por via de um pedido de autorização formal efetuado à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, que autorizou a realização do estudo de investigação (Anexo II).

III. FASE EMPÍRICA

Numa investigação, a fase empírica é considerada fundamental, uma vez que, é caracterizada pela análise dos dados que foram anteriormente recolhidos, organizados e tratados estatisticamente através do programa Microsoft Excel (versão 2019), com o objetivo de no final poder dar resposta à questão de investigação pré-estabelecida inicialmente, bem como dar a conhecer o estudo efetuado.

Segundo Fortin et al. (2009, p. 56), “A fase empírica corresponde à colheita dos dados no terreno, à sua organização e à sua análise estatística. No decurso da fase empírica o investigador põe em prática o plano elaborado na fase precedente”.

Conforme Fortin et al. (2009), os dados são os elementos de informação colhidos com os indivíduos que aceitaram participar no estudo de investigação. Posteriormente, é necessário organizar os dados com intuito de analisar os mesmos.

O objetivo deste estudo é conhecer o nível de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária de Idosos Institucionalizados em Lares pertencentes ao Concelho de Ponte de Lima. Assim nesta fase, procedeu-se a análise e interpretação dos dados colhidos através da aplicação de um questionário.

1. Apresentação dos dados

De acordo com Fortin et al. (2009, p. 410), a análise descritiva dos dados é (...) “o processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados brutos com a ajuda de testes” esta fase que como referem os autores (2009, p. 329) é “(...) uma etapa difícil que exige um pensamento crítico por parte do investigador.” Nesta etapa proceder-se-á a apresentação dos resultados do estudo através de tabelas que surgiram conforme a ordem das questões enunciadas no questionário aplicado.

Caracterização Sociodemográfica

A amostra do presente estudo de investigação é constituída por 53 idosos.

Tabela 2 - Distribuição das frequências absolutas e relativas dos dados correspondentes ao género

Género	Frequência	Percentagem
Feminino	39	74%
Masculino	14	26%
Total	53	100%

Como se verifica na tabela 2, 74% da amostra correspondem ao sexo feminino (n=39) sendo, os restantes 26% da amostra correspondentes a indivíduos do sexo masculino (n=14).

Tabela 3 - Distribuição das frequências absolutas e relativas dos dados correspondentes à idade

Idade	Frequência	Percentagem
[65-74]	10	18,9%
[75-84]	18	34,0%
[85-94]	21	39,6%
≥95	4	7,5%
Total	53	100%

De acordo com a tabela 3, observa-se que 18,9% dos inquiridos referem ter idade compreendida entre 65-74 anos, 34,0% referem ter idade compreendida entre 75-84 anos e 39,6% referem ter idade compreendida entre 85-94 anos. Já com 7,5% da amostra corresponde a idade igual ou superior a 95 anos.

Tabela 4 - Distribuição das frequências absolutas e relativas dos dados correspondentes ao estado civil

Estado Civil	Frequência	Percentagem
Casado	8	15%
Solteiro	17	32%
Divorciado	2	4%
Viúvo	26	49%
Total	53	100%

Após a observação da tabela 4, consta-se que relativamente ao estado civil, 49% da amostra é constituída maioritariamente por indivíduos que se encontram viúvos (n=26), seguindo-se a 32% da amostra, os indivíduos que se encontram solteiros (n=17). Com

15% da amostra encontram-se elementos casados (n=8) e os restantes 4% da amostra correspondem a divorciados (n=2).

Tabela 5 - Distribuição das frequências absolutas e relativas dos dados correspondentes ao grau de escolaridade

Escolaridade	Frequência	Percentagem
Não sabe ler e/ou escrever	10	18,87%
Sem habilitações, mas sabe ler e/ou escrever	3	5,66%
4 ° ano de escolaridade/equivalente	37	69,81%
6 ° ano de escolaridade/esquivalente	2	3,77%
9 ° ano de escolaridade/equivalente	1	1,89%
Total	53	100%

Através da análise da tabela 5, conclui-se que 69,81% da amostra corresponde a elementos que apresentam como habilitações literárias o 4º ano de escolaridade/equivalente (n=37), seguindo-se 18,87% da amostra correspondendo a elementos que não sabem ler e/ou escrever (n=10). Com 5,66% da amostra correspondem a elementos que não possuem habilitações literárias, mas sabem ler e/ou escrever (n=3), seguindo-se com 3,77% da amostra correspondente a elementos com 6º ano de escolaridade/equivalente (n=2). Por fim com uma percentagem de 1,89% da amostra corresponde a elementos com 9º ano de escolaridade/equivalente (n=1).

Escala de Avaliação do Nível de Independência nas Atividades Básicas da Vida Diária - Índice de Barthel

Tabela 6 - Distribuição das frequências absolutas e relativas dos dados correspondentes ao nível de independência das ABVD

Atividades Básicas de Vida Diária	Opções	Frequência	Percentagem
Alimentação	Independente	46	87%
	Necessita de ajuda	7	13%
	Dependente	0	0%
Tomar Banho	Independente	30	57%
	Dependente	23	43%
Vestir-se	Independente	25	47%
	Necessita de ajuda	8	15%
	Dependente	20	38%
Higiene Pessoal	Independente	34	64%
	Dependente	19	36%
Trânsito Intestinal	Continência Normal	49	92%
	Incontinência Ocasional	4	8%
	Incontinência	0	0%
Micção	Continência Normal	53	1%
	Incontinência Ocasional	0	0%
	Incontinência	0	0%
Casa de Banho	Independente	25	47%
	Necessita de ajuda	10	19%
	Dependente	18	34%
Transferência Cadeira-Cama	Independente	25	47%
	Mínima ajuda ou supervisão	9	17%
	Necessita de grande ajuda ou supervisão	5	9%
	Dependente	14	26%
Deambulação	Independente	20	38%
	Necessita de ajuda ou supervisão	15	28%
	Independente na cadeira de rodas	10	19%
	Dependente	8	15%
Escadas	Independente	13	25%
	Necessita de ajuda ou supervisão	18	34%
	Dependente	22	42%

De acordo com a tabela 6, verifica-se que relativamente à ABVD alimentação 87 % dos elementos são independentes, e 13 % necessitam de ajuda. Quanto à ABVD tomar banho,

57% dos indivíduos são independentes, e 43% são dependentes. Verifica-se que em relação à ABVD vestir-se 47% dos idosos são independentes, 15% necessitam de ajuda e 38% são independentes. Constatou-se que, a nível de da ABVD higiene pessoal, 64% dos inquiridos eram independentes para este autocuidado, e 36% eram dependentes. Além disto, esta tabela demonstra ainda que relativamente ao uso de casa de banho, 47% dos idosos são independentes, 19% necessitam de ajuda e 34% são dependentes.

Comprovou-se que relativamente à ABVD trânsito intestinal, 92% dos idosos apresentam continência normal, 8% apresentam incontinência ocasional, não se apresentando nenhum idoso incontinente. Também se constatou que relativamente ao controlo vesical, todos os idosos pertencentes à amostra, são independentes para este autocuidado, não se verificando nenhum idoso incontinente ocasionalmente, nem incontinente/ algaliado.

De seguida, verificou-se no autocuidado transferência cama-cadeira, 47% dos idosos são independentes, 17% necessitam de ajuda mínima ou supervisão, 9% necessitam de grande ajuda ou supervisão e 26% são dependentes. Quanto à ABVD deambulação dos 38% dos inquiridos são independentes, 28% necessitam de ajuda ou supervisão, 19% são independentes na cadeira de rodas, e 15% são dependentes.

Por fim, verificou-se que no autocuidado subir escadas dos inquiridos, 25% são independentes para esta tarefa, 34% necessitam de ajuda ou supervisão e 42% são dependentes.

Após a análise da tabela 6, é evidente o nível de independência para as atividades básicas de vida diária, comprovando-se que no controle vesical, todos os idosos são independentes (100%). Outros valores significativos de independência estão relacionados com o autocuidado trânsito intestinal, verificando-se que 92% dos idosos apresentam continência normal, não se apresentando idosos incontinentes para este autocuidado. Posteriormente, no autocuidado alimentação, verifica-se que 87% dos inquiridos são independentes, não se verificando nenhum idoso dependente para esse autocuidado. Relativamente ao nível de dependência, constatou-se que, o autocuidado com maior nível de dependência é o banho com uma percentagem de 43%.

Tabela 7 - Distribuição das frequências absolutas e relativas dos dados correspondentes à pontuação total do nível de independência das ABVD

	Frequência	Percentagem
Nível de independência nas ABVD	Independente	11 20,75%
	Ligeiramente dependente	3 5,66%
	Moderadamente dependente	17 32,08%
	Severamente dependente	22 41,51%
	Totalmente dependente	0 0%

Na tabela 7, verifica-se que, dos inquiridos 11 (20,75%) são independentes para a realização das ABVD, 3 (5,66%) são ligeiramente dependentes, 17 (32,08%) são moderadamente dependentes e 22 (41,51%) são severamente dependentes. É possível ainda verificar que não existe qualquer idoso com dependência total nas ABVD. Assim pode-se concluir que o nível de independência nas ABVD dos idosos com maior percentagem corresponde a severamente dependente (41,51%).

2. Discussão dos resultados e conclusões

No presente capítulo vai proceder à apresentação da discussão dos resultados. De um modo geral, a discussão de resultados compreende a secção do trabalho académico onde se vai responder às perguntas de investigação previamente delineadas, e em que medida as respostas encontradas contribuem para o conhecimento do assunto em estudo (American, Psychological Association, 2010). A discussão dos resultados antecede as conclusões, espaço onde se realça quais foram as principais aprendizagens derivadas de toda a investigação realizada (American, Psychological Association, 2010).

Analisando os dados obtidos, pode-se verificar que a amostra estudada era constituída, maioritariamente como elementos do sexo feminino. Estes resultados vão de encontra aos estudos realizados por Souza (2013) e Machado (2019), onde a amostra de idosos institucionalizados era, na sua maioria, constituído pelo sexo feminino. Em sentido contrário, surge o estudo realizado por Moser et al. (2021), em que a amostra era

constituída maioritariamente por homens. Estes resultados demonstram a transversalidade da institucionalização em idosos em termos de género, sendo mais predominante, no entanto, em mulheres.

No que concerne às idades, os resultados demonstraram uma amostra envelhecida, sendo que 39,6% da amostra apresentava idades entre os 85 e os 94 anos. No estudo realizado por Souza (2013), 41% da amostra apresentavam 80 anos ou mais. Já no estudo de Machado (2019) a média de idades rondou os 85 anos e no estudo de Moser et al. (2021), a média de idade foi de 74,5 anos, confirmando que a população idosa institucionalizada apresenta, no seu geral, idades muito avançadas.

Em termos de estado civil, a presente amostra revela-se ser maioritariamente constituída por indivíduos viúvos, com 49 das respostas. O estudo de Machado (2019), corrobora com os resultados do presente estudo, quando afirma, que a esmagadora maioria é constituída por viúvos com uma percentagem de 72,5%. No estudo de Souza (2013), a maior parte dos idosos era solteira, com 46% da amostra, seguido daqueles que eram viúvos, com 35%. Relativamente ao estudo de Moser et al. (2021), 33% eram solteiros, seguido de 27% viúvos. Estes resultados sugerem uma tendência no que concerne aos idosos institucionalizados, nomeadamente, que é a solidão devido à falta de um companheiro.

Por fim, e ainda dentro das características sociodemográficas dos idosos institucionalizados, surgem as habilitações literárias, sendo que maior parte apresenta o 4º ano de escolaridade (ou equivalente), com 37 dos inquiridos. No estudo de Souza (2013), metade da amostra é analfabeta. Já no estudo de Machado (2019), 87,5% têm o ensino primário e no estudo de Moser et al. (2021), 59,80% da amostra é analfabeta, confirmando a baixa escolaridade dos idosos institucionalizados.

A caracterização do nível de independência da amostra aqui em estudo permitiu concluir que a mesma era maioritariamente “severamente dependente”, o que na prática significa que os idosos precisam de ajuda para a realização da grande maioria das suas atividades da vida diária e de autocuidado. Resultados semelhantes aparecem no estudo de Souza

(2013), onde 79,9% dos idosos que constituem a amostra necessitam de ajuda para realizar 5 ou mais atividades de vida diária, revelando uma grande dependência funcional. No entanto, no estudo de Machado (2019) e de Moser et al. (2021), os resultados foram no sentido contrário. No estudo de Machado (2019), 45% da amostra é ainda independente e autónomo na realização das atividades da vida diária enquanto no trabalho realizado por Moser et al. (2021), 32% dos idosos mostram-se ainda ser independentes, seguido de 24% que apresentam uma dependência moderada. Os resultados dos estudos mostram que a institucionalização não é, necessariamente, sinónimo de dependência, visto que, em dois dos estudos com idosos caracterizados pela sua idade avançada, a grande maioria ainda mostra autonomia e independência na realização das suas tarefas.

Assim, e tendo em conta os resultados obtidos e a comparação com outros estudos realizados sobre dependência funcional de idosos institucionalizados, conclui-se que o facto da maior parte dos idosos apresentar índices de dependência severa, pode indicar que muitas das atividades que poderiam ter sido realizadas no sentido de diminuir ou atrasar o aparecimento destas dependências ou não foram realizadas, ou se o foram, não surtiram o efeito desejado. Seria interessante investigar e analisar se estes idosos, aquando da entrada da instituição já apresentavam altos índices de dependência ou, se pelo contrário, esta dependência aumentou com a institucionalização, de forma a perceber se o papel do enfermeiro está a ser o mais adequado na prevenção do aparecimento de dependência e se este se encontra interligado com a dependência severa dos idosos da instituição.

CONCLUSÃO

A concretização deste projeto de graduação, permitiu ao autor adquirir e aprofundar conhecimentos quer a nível da temática do estudo, bem como na efetivação do trabalho de investigação, assim como foi perceptível para o investigador a relevância da temática para a área da enfermagem.

Esta investigação cujo objetivo foi: “Avaliar o Nível de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária de Idosos Institucionalizados “e que obedeceu a uma metodologia específica conducente à resposta dos objetivos e questões delineadas.

Durante a elaboração do estudo, muitas informações revelaram que a institucionalização dos idosos é cada vez uma realidade mais frequente na sociedade, sendo que, nem sempre esta opção é encarada favoravelmente pelos mesmos.

Como sugestões, é de salientar estes resultados nas instituições onde foram efetuadas as colheitas de dados, realizar uma nova investigação com uma amostra de maior dimensão. Seria ainda interessante investigar, no sentido de perceber se estes idosos já apresentavam a “dependência severa” ou, se pelo contrário, esta dependência aumentou com a institucionalização. Deste modo, seria relevante compreender se o papel do enfermeiro está a ser o mais adequado na prevenção do aparecimento de dependência e se este se encontra relacionado com a “dependência severa” dos idosos da instituição.

Este estudo foi um primeiro contacto com a investigação, e por esse motivo, foram sentidas algumas dificuldades. No entanto, é indiscutível, a pertinência da realização de trabalhos científicos na área da saúde, uma vez que, estes permitem avançar no sentido de uma prática cada vez mais baseada na evidência.

Por fim, referir apenas que o envelhecimento é uma veracidade mundial, e será de máxima importância os profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros apostarem na área da gerontologia e geriatria, pois serão as áreas do futuro não só em Portugal como a nível mundial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abizanda, P. et al. (2014). Age, frailty, disability, institutionalization, multimorbidity or comorbidity. Which are the main targets in older adults?. *The journal of nutrition, health & aging*, 18(6), pp. 622-627.

Almeida, A. et al. (2021). Validação da Escala Physical Performance Test para a População Geriátrica Portuguesa com Demência. *Medicina Interna*, 27(1), pp. 14-21.

American Psychological Association (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association*. American Psychological Association

Anica, A. (2018). Envelhecer no Algarve. Perceções, perfis e qualidade de vida no envelhecimento. *Envelhecer no Algarve*, 62-84.

Barros, T. et al. (2016). Capacidade funcional de idosos institucionalizados: revisão integrativa. *ABCS Health Sciences*, 41(3), pp. 176-180.

Barbosa, B. et al. (2014). Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), pp. 3317-3325.

Borges, C. et al. (2015). Características sociodemográficas e clínicas de idosos institucionalizados: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, 23(3), pp. 381-387.

Brandão, B. et al. (2020). Cognition and quality of life relationship among the elderly community: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(Suppl 3), p. e20190030.

Camejo, M. (2013). *Institucionalização: O fim da linha?* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Línguas e Administração, Leiria, Portugal.

Campos, A. et al. (2014). Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health and quality of life outcomes*, 12(1), p. 166.

Carlos, A., Gazzola, J. e Gomes, A. (2016). Funcionalidade de Idosos Institucionalizados: a Influência do Estado Nutricional. *Revista Equilíbrio Corporal e Saúde*, 8(1), pp. 17-22.

Carvalho, M. (2013). *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa, Pactor.

Carvalho, N. e Duque, E. (2021). A Importância da Realização de Atividades como Pilar do Envelhecimento Ativo. In: Duque, E. *Diferentes Abordagens do Envelhecimento*. (Ed.). Lisboa, Editorial Cáritas, pp. 159-188.

Carvalho, N. (2016). *A importância da realização de atividades no processo de envelhecimento ativo de idosos Institucionalizados* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Braga, Portugal.

Clerencia-Sierra, M. et al. (2015). Multimorbidity patterns in hospitalized older patients: Associations among chronic diseases and geriatric syndromes. *PloS one*, 10(7), p. 13.

Constantino, I. (2016). *Gestão da medicação nas Estruturas Residenciais para Idosos (ERPIS): Avaliação das condições estruturais das ERPIS* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Educação e Ciências Sociais, Leiria.

Cortez, A. et al. (2019). Correlation among the tests of functional capacity evaluation of elderly participants of a Social Inclusion project in the city of Teresina – Piauí. *Journal of Health Sciences*, 20(4), p. 277-282.

Creswel, J. W. e Creswel, J. D. (2021). *Projeto de Pesquisa Métodos Qualitativo, Quantitativo e Misto*. Porto Alegre, Penso.

Coutinho, C. (2015). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra, Almedina.

Duran-Badillo, T. et al. (2020). Miedo ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores. *Enfermería Global*, 19(2), pp. 287-304.

Ermida, J. (2014). Avaliação Geriátrica Global. In: Veríssimo, M. (Ed.). *Geriatría Fundamental: Saber e Praticar*. Lisboa, Lidel, p. 109.

Faleiros, A. et al. (2015). Os Desafios do Cuidar: Revisão Bibliográfica, Sobrecargas e Satisfações do Cuidador de Idosos. *Janus*, 12(21/ Jan-Jun), p. 61.

Ferreira, A. (2021). *Os direitos da pessoa idosa em contexto institucional—um estudo de caso numa ERPI* (Dissertação de Mestrado). Universidade Portucalense, Porto, Portugal.

Ferretti, F. et al. (2018). Quality of life in the elderly with and without chronic pain. *Brazilian Journal Of Pain*, 1(2).

Figueiredo, M. et al. (2018). Idosos institucionalizados: decisão e consequências nas relações familiares. *Revista Kairós-Gerontologia*, 21(2), pp. 241-252.

Fonseca, M. (2018). Boas Práticas de Ageing in Place. Divulgar para valorizar. A. M. Fonseca, Ed. Lisboa/Porto: FCG/FEP-UCP. Disponível em <<https://gulbenkian.pt/publication/boas-praticas-de-ageing-in-place-divulgarpara-valorizar/?lang=pt-pt>>. [Consultado em 27/08/2022].

Fortin, M. F., Côté, J. e Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.

Gama, M., Almeida, A. e Silva, A. (2016). *Os sonhos não têm rugas*. Alfragide, Oficina do Livro.

Garbaccio, J. et al. (2018). Aging and quality of life of elderly people in rural areas. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(suppl 2), pp. 776-784.

Gaspar, T. et al. (2022). Quality of life in aging process: the role of work-related psychosocial conditions and social support. *Revista de Psicología de la Salud*, 11(1).

Gaspar, T., Cabrita, T. e Matos, M. (2017). Psychological and Social Factors That Influence Quality of Life: Gender, Age and Professional Status Differences. *Psychology research*, 7(9), pp. 489-498.

GEP. (2014). Gabinete de Estratégia e Planeamento. MESS (Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social). Carta Social. Rede de Serviços e Equipamentos. Relatório 2014. Disponível em <<http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial.pdf>>. [Consultado em 14/07/2022].

Gomez, J. et al. (2020). Impact of Aging on the Quality of Life of Workers with Intellectual Disabilities. *Psychology Society & Education*, 12(2), pp. 81-90.

Han, K. et al. (2015). Psychosocial factors for influencing healthy aging in adults in Korea. *Health and quality of life outcomes*, 13(1), p. 31.

HelpAge International. (2015). Índice Global AgeWatch 2015. [Em linha]. Disponível em <<http://www.helpage.org/globalagewatch>>. [Consultado em 13/07/2022].

Ju, J. et al. (2018). Evaluation of the reliability and validity for X16 balance testing scale for the elderly. *BMC geriatrics*, 18(1).

Júnior, S. et al. (2019). Quality of life of institutionalized aged with and without symptoms of depression. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(suppl 2), pp. 135-141.

Lopes, M. et al. (2013). Evaluation of elderly persons' functionality and care needs. *Rev Lat Am Enfermagem*, 21, pp. 52-60.

Luisa, C. (2020). Perceções sobre Saúde e Qualidade de Vida em Idosos Algarvios. *Educational journal ESAMEC*, (1), pp. 20-28.

Machado, T. (2019). Perfil de fragilidade em idosos institucionalizados num lar do concelho de Macedo de Cavaleiros. Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Bragança (Portugal).

Marrachinho, A. (2014). *Qualidade de Vida e Solidão no Idoso Institucionalizado* (Dissertação de Mestrado). Faro: Universidade do Algarve.

Medeiros, M. et al. (2020). Does the institutionalization influence elderly's quality of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC geriatrics*, 20(1), p. 44.

Mimoso, S. (2020). *Cuidados de saúde e bem-estar prestados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas*. Dissertação de Doutoramento. Lisboa.

Morgado, J. (2013). *O Estudo de Caso na Investigação em Educação*. De Facto Editores.

Moser, A., Hemberger, P. e Nakato, A. (2021). Relação entre capacidade funcional, estado nutricional e variáveis sociodemográficas de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 24(5), pp. 4-6.

Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos na Investigação de Enfermagem*. Setúbal: IPS, ESS, Departamento de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. [Em linha]. Disponível em <InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf (ordemenfermeiros.pt)>. [Consultado em 11/07/2022].

Olshansky, S. (2015). Has the rate of human aging already been modified?. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*, 5(12), p. a025965.

Paúl, C. e Ribeiro, O. (2018). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa, Lidel.

Pereira, S., Marques, E. e Corte, A. (2014). Dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), pp. 133-139.

Pereira, L. C. et al. (2017). Predictors for the functional incapacity of the elderly in primary health care. *Revista brasileira de enfermagem*, 70(1), pp. 112-118.

Pimentel, M., Pereira, F. e Teixeira, C. (2021). Impacto da covid-19 em idosos institucionalizados em estruturas residenciais para pessoas idosas, *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicología*, 1(1), pp. 477-488.

Portaria n.º 67/2012 de 21 de março. Diário da República n.º 58/2012, Série I de 2012-03-21. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Disponível em <<https://dre.tretas.org/dre/290168/portaria-67-2012-de-21-de-marco>>. [Consultado em 14/07/2022].

Pradeep, G. et al. (2017). Factors Associated With Quality of Life Among the Elderly in Baglung District. Nepal. *Journal of Public Health and Development*, 15(3), pp. 51-64.

Queirós, P. (2016). The knowledge in nursing and the source of this knowledge. *Escola Anna Nery*, 20(3), e20160079.

Quintero, Á. et al. (2015). Changes in depression and loneliness after laughter therapy in institutionalized elders. *Biomedica: revista del Instituto Nacional de Salud*, 35(1), pp. 90-100.

Ribeiro, D. et al. (2018). O emprego da medida de independência funcional em idosos. *Revista Gaúcha de enfermagem*, 38(4), p. e66496.

Rissardo, L., Kantorski, L. e Carreira, L. (2019). Evaluation of elderly care dynamics in an emergency care unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), pp. 161-168.

Rocha, J. (2018). O envelhecimento humano e os seus aspetos psicossociais. *Revista Farol*, 6(6), pp. 77-89.

Ruan, Q. et al. (2015). Cognitive frailty, a novel target for the prevention of elderly dependency. *Ageing research reviews*, 20, pp. 1-10.

Rugbeer, N. et al. (2017). The effect of group exercise frequency on health related quality of life in institutionalized elderly. *The Pan African Medical Journal*, 26, p. 35.

Sá, G. e Santos, A. (2019). Functional independence of elderly patients who fell: a follow-up study. *Revista brasileira de enfermagem*, 72(6), pp. 1795-1802.

Saraiva, L. et al. (2018). Avaliação Geriátrica Ampla e sua Utilização no Cuidado de Enfermagem a Pessoas Idosas. *Journal of Health Sciences*, 19(4), p. 262.

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa, Lidel.

Silva, R. et al. (2019). Condições de saúde de idosos institucionalizados: contribuições para ação interdisciplinar e promotora de saúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(2), pp. 345-356.

Simões, A. (2013). Cuidados em fim de vida em lares de idosos: revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem-Revista Científica Journal of Nursing*, 17(1), pp. 31-61.

Souza, E. (2013). *Fragilidade em idosos institucionalizados: aplicação da Edmonton Frail Scale associada à independência funcional* (Tese de Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, Brasil.

Sousa, L. et al. (2018). Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *Revista Investigação em Enfermagem*, (maio), pp. 31-39.

Soósová, M. (2016). Determinants of quality of life in the elderly. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 7(3), pp. 484-493.

Vellas, B. (2013). Prevention of frailty and dependency in older adults. *Bulletin de l'Academie Nationale de medecine*, 197(4-5), pp. 1009-1019.

Vilardell, M. (2015). *Como Envelhecer em Forma*. Lisboa, Porto Editora.

Avaliação do Nível de Independência nas Atividades Básicas da Vida Diária de Idosos Institucionalizados
em Lares do Concelho de Ponte de Lima

ANEXOS

Avaliação do Nível de Independência nas Atividades Básicas da Vida Diária de Idosos Institucionalizados
em Lares do Concelho de Ponte de Lima

Anexo I
Questionário

**Avaliação do nível de independência nas atividades básicas da vida diária de Idosos
institucionalizados em Lares do Concelho de Ponte de Lima**

O meu nome é Diana Alves Costa, sou estudante do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Fundação Fernando Pessoa, e nesse âmbito encontro-me, a desenvolver um estudo de investigação cujo objetivo insere-se no conhecimento do nível de independência nas atividades da vida diária de Idosos institucionalizados.

A informação fornecida é anónima, assegurando-se a privacidade e confidencialidade dos dados recolhidos os quais não serão utilizados para outro fim que não o estudo em causa.

Declaro que dou o meu consentimento informado para a recolha de dados, aceitando a participação no estudo.

Sim

Não

Parte I - Caracterização Sociodemográfica

1. Género

- Feminino**
- Masculino**

2. Idade

_____ **anos**

3. Estado civil

- Casado**
- Solteiro**
- Divorciado**
- Viúvo**
- União de facto**

4. Escolaridade

- Não sabe ler e/ou escrever**
- Sem habilitações, mas sabe ler e/ou escrever**
- 4º ano de escolaridade/equivalente**
- 6º ano de escolaridade/equivalente classe**
- 9º ano de escolaridade/equivalente**
- 11ºano de escolaridade/equivalente**
- 12ºano de escolaridade/equivalente**
- Bacharelato**
- Licenciatura ou superior**

Parte II – Índice de Barthel - avaliar o nível de independência nas ABVD's

Parâmetro	Situação	Pontuação
Alimentação	Totalmente independente (10); Necessita de ajuda para cortar a carne, peixe, pão, etc ou dieta modificada (5); Dependente (0).	
Tomar Banho	Independente: entra e sai sozinho da casa de banho (5); Dependente (0).	
Vestir-se	Independente: capaz de colocar e retirar a roupa, abotoar a roupa, apertar os sapatos (10); Necessita de ajuda (5); Dependente (0).	
Higiene Pessoal	Independente para lavar a cara, as mãos, pentear- se, maquilhar-se, fazer a barba (5); Dependente (0).	
Transito Intestinal /Defecação (Ter em conta a última semana)	Continência normal (10); Ocasionalmente um episódio de incontinência ou necessita de ajuda para colocar supositórios (5); Incontinência (0).	
Micção	Continência normal ou é capaz de tratar da sonda se a tiver colocada (10); Um episódio diário de incontinência no máximo ou necessita de ajuda para tratar da sonda (5); Incontinência (0)	
Casa de Banho	Independente para ir à casa de banho, sendo capaz de retirar e colocar a roupa (10); Necessita de ajuda para ir à casa de banho, mas consegue limpar-se sozinho (5); Dependente (0).	
Transferência Cadeira - Cama	Independente para ir da cadeira para a cama (15); Mínima ajuda física ou supervisão para fazê-lo (10); Necessita de grande ajuda, mas é capaz de manter- se sentado sozinho (5); Dependente (0).	
Deambulação	Independente, caminha só 50 metros (15); Necessita de ajuda física ou supervisão para caminhar 50 metros (10); Independente na cadeira de rodas sem ajuda (5); Dependente (0).	
Escadas	Independente na subida e descida de escadas (10); Necessita de supervisão ou ajuda física para realizar esta atividade (5); Dependente (0)	

Avaliação do Nível de Independência nas Atividades Básicas da Vida Diária de Idosos Institucionalizados
em Lares do Concelho de Ponte de Lima

Anexo II

Autorização da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa para a Realização
do Estudo

Avaliação do Nível de Independência nas Atividades Básicas da Vida Diária de Idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Ponte de Lima



Universidade Fernando Pessoa

Exma. Senhora
Prof. Doutora Clarinda Festas
Diretora da ESS/FP

Nº	Data
ESS/CEN - 309/22	22 de Junho de 2022

Exma. Senhora Professor Doutora,

A Comissão de Ética analisou o projeto de investigação apresentado por Diana Alves Costa, intitulado "Avaliação do Nível de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diárias de Idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Ponte de Lima", a realizar no âmbito da licenciatura em Enfermagem.

A Comissão de Ética considera o estudo pertinente com o título e objetivos concordantes. Trata-se de um estudo quantitativo.

É objetivo geral do estudo: avaliar o nível de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diárias de Idosos Institucionalizados", numa amostra de idosos institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Lima, estando descritos os critérios de inclusão e o modo de acesso aos participantes.

Para a recolha de dados será aplicado um questionário que incluirá uma secção de caracterização sociodemográfica, e outra com o "Índice de Barthel - avaliar o nível de independência nas ABVD's".

Estão claramente acauteladas as questões éticas inerentes ao tipo de estudo, nomeadamente a anonimização e confidencialidade dos dados.

Face ao exposto, a Comissão de Ética considera nada haver a opor quanto à realização deste projeto.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP

Inês Lopes Cardoso
Inês Lopes Cardoso

*Tomou conhecimento
22/6/2022
Clarinda Festas*



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

NIPC. 502 057 802 - Reg. Comercial nº 26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA (REITORIA) - (FACULDADE DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA) - (FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS)

Praça 9 de Abril, 349 - 4249-004 Porto - Portugal - T. +351 22 507 1300 - www.ufp.pt - geral@fundacaofernandopessoa.pt

(FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE) Rua Carlos da Maia, 296 - 4200-150 Porto - Portugal - T. +351 22 507 4630

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE FERNANDO PESSOA
Rua Delfino Maia, 334 - 4200-253 Porto - Portugal
T. +351 22 509 6371 - geral@ess.fernandopessoa.pt