

Impacto da promoção do Autocuidado nos Idosos

Hugo Flávio dos Santos Borges

Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Reabilitação.

Orientadores: Professor Doutor André Novo e Professora Doutora Maria José Gomes

Bragança, maio 2018

Impacto da promoção do Autocuidado nos Idosos

Hugo Flávio dos Santos Borges

Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Reabilitação.

Orientadores: Professor Doutor André Novo e Professora Doutora Maria José Gomes

Bragança, maio 2018

RESUMO

Introdução: Com o aumento da esperança de vida e conseqüente envelhecimento, surgem como conseqüência o aumento das limitações funcionais ao nível do autocuidado. É preciso distinguir se ajudamos o idoso, ou se o prejudicamos ao substituí-lo nas suas tarefas. Nesse campo, só com base na avaliação de cada caso é possível auxiliar e reabilitar cada um deles de uma forma individualizada e adequada, consciencializando-os para a prática do autocuidado.

Objetivo: Avaliar o impacto da promoção do autocuidado, pelos auxiliares de ação direta, na alimentação e higiene dos idosos.

Metodologia: A metodologia aplicada foi quantitativa descritiva simples, de abordagem exploratória e longitudinal. A população englobou um total de noventa e quatro utentes, e a amostra obtida foi de quarenta indivíduos, nove do sexo masculino e trinta e um do sexo feminino, utilizando critérios de exclusão por intermédio da utilização da Escala de Barthel. As avaliações dos autocuidados foram realizadas através da aplicação da classificação CIFI em dois momentos distintos, com intervalo de tempo de três meses.

Resultados: Os resultados demonstram que houve uma evolução positiva com o incentivo da prática do autocuidado por parte dos idosos, sendo que existiu uma diminuição da média final da primeira avaliação da CIFI (78,3) para a segunda (76,3). Mais especificamente, essa redução da média é mais acentuada nos parâmetros da alimentação, onde são bastante significativos os resultados obtidos. Nos restantes parâmetros, os resultados são mais dispersos.

Conclusão: Após a intervenção junto dos auxiliares de ação direta, foi possível verificar que a amostra estudada evoluiu num sentido positivo, de uma forma visível, nas atividades de vida diária Comer e Beber, e também, embora menos relevante, na atividade de vida diária Lavar-se.

Palavras-Chave: autocuidado; atividades de vida diária; envelhecimento.

ABSTRACT

Introduction: With the increase in life expectancy and consequent aging, the result is an increase in functional limitations in terms of self-care. One must distinguish whether we help the elderly, or whether we harm them by replacing them in their tasks. In this field, only on the basis of the evaluation of each case is it possible to help and rehabilitate each of them in an individualized and adequate way, making them more aware of the practice of self-care.

Objective: To evaluate the impact of the promotion of self-care, by the direct acting auxiliaries, on the self feeding and personal hygiene of the elderly.

Methodology: The applied methodology was simple descriptive quantitative, of exploratory and longitudinal approach. The population comprised a total of ninety-four users, and the sample obtained was forty individuals, nine males and thirty-one females, using exclusion criteria through the use of the Barthel Scale. Self-care evaluations were performed through the application of the CIFI classification in two distinct moments, with a time lapse of three months.

Results: The results show that there was a positive evolution with the encouragement of the elderly self-care practice, and there was a decrease in the final average of the first evaluation of the CIFI (78.3) for the second (76.3). More specifically, this reduction of the average is more pronounced in the feeding parameters, where the results are quite significant. In the remaining parameters, the results are more dispersed.

Conclusion: After the intervention with the direct-acting care givers, it was possible to verify that the studied sample evolved in a positive sense, in a visible way, in the activities of daily living Eating and Drinking, and also, although less relevant, in the activity of daily living Bathing.

Keywords: self-care; activities of daily living; aging.

**“Enquanto estiver vivo, sinta-se vivo.
Se sentir saudades do que fazia, volte a fazê-lo.
Não viva de fotografias amareladas...
Continue, quando todos esperam que desista.
Não deixe que enferruje o ferro que existe em si.
Faça com que em vez de pena, tenham respeito por si.
Quando não conseguir correr através dos anos, trote.
Quando não conseguir trotar, caminhe.
Quando não conseguir caminhar, use uma bengala.”
Mas nunca se detenha.”**

Madre Teresa de Calcutá

Agradecimentos

A conclusão deste estudo não seria possível sem a ajuda e apoio de uma série de pessoas e entidades às quais quero deixar os mais sinceros e profundos agradecimentos.

Dessa forma, o meu muito Obrigado:

- À minha família, que direta ou indiretamente contribuíram de alguma forma para a concretização deste trabalho;
- Aos meus orientadores, Professora Doutora Maria José Gomes e Professor Doutor André Novo, pela disponibilidade, paciência, apoio e pelo incentivo;
- À Obra Social Padre Miguel, pela disponibilidade e a forma como receberam este estudo;
- Aos utentes, sem os quais este estudo não seria uma realidade.

SIGLAS

% – Percentagem

± – Mais ou menos

\bar{X} – Média

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diárias

AIVD – Atividades instrumentais de Vida Diárias

AVD – Atividades de Vida Diárias

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

CIFI – Classificação Internacional de Funcionalidade no Idoso

CPP – Classificação Portuguesa das Profissões

DGS – Direção Geral de Saúde

Et al. – Entre outros

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

MCEER – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OSPM – Obra Social Padre Miguel

QV – Qualidade de Vida

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

ÍNDICE

SIGLAS	VI
INTRODUÇÃO.....	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	13
1.1. Autocuidado	13
1.2. Autocuidado no Idoso.....	15
1.3. Envelhecimento	17
1.4. Atividades de Vida Diária	18
2. METODOLOGIA	20
2.1. Questão de investigação e objetivos do estudo	20
2.2. Tipo de Estudo.....	20
2.3. População	21
2.4. Instrumento de Medida.....	21
2.5. Procedimentos de Formação.....	22
2.6. Considerações Éticas	22
2.7. Análise de Dados	23
2.7.1. Caracterização da Amostra.....	25
2.7.2. Apresentação de Resultados	29
2.7.3. Discussão de Resultados	35
CONCLUSÃO.....	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS E APÊNDICES	45
A) Cronograma de Atividades	46
B) Pedidos de Autorização	47
C) Autorização da OSPM	48
D) Escala Barthel Modificada.....	49
E) Questionário Sociodemográfico	51
F) CIFI (alterada).....	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da amostra por Género.....	26
Gráfico 2 – Distribuição da amostra por Estado Civil	27
Gráfico 3 – Distribuição da amostra por tipo de proveniência residencial	27
Gráfico 4 – Distribuição da amostra por escolaridade	27
Gráfico 5 – Distribuição da amostra por profissões, pela CPP (INE, 2011)	28
Gráfico 6 – Distribuição da amostra por Patologia Principal.....	29
Gráfico 7 – Resultados da avaliação - Lavar-se	30
Gráfico 8 – Resultados da avaliação - Cuidar de partes do corpo.....	30
Gráfico 9 – Resultados da avaliação - Cuidados relacionados com os processos de excreção	31
Gráfico 10 – Resultados da avaliação - Vestir-se.....	32
Gráfico 11 – Resultados da avaliação - Comer	32
Gráfico 12 – Resultados da avaliação - Beber.....	33
Gráfico 13 – Resultados da avaliação - Cuidar da própria saúde.....	33
Gráfico 14 – Média calculada de avaliação CIFI	34

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Categorias ABVD (Fonte: OE/MCEER 2011)	18
Quadro 2 – Avaliação Escala Barthel (Fonte: Sequeira, 2010).....	21
Quadro 3 – Legenda dos Códigos das Profissões (Fonte: INE, 2011)	24
Quadro 4 – Caraterização da amostra por género, idade, escala de Barthel e tempo de institucionalização	25
Quadro 5 – Estudos de comparação dos Grupos	25

INTRODUÇÃO

A lei natural da vida é clara, não deixando margem para dúvida: nascemos, crescemos, envelhecemos e morremos. Mas com a constante evolução a que temos observado nas ciências, e da qual a saúde não é exceção, com o aumento da esperança média de vida, aumenta também a prevalência de doenças crónicas, o que se traduz num aumento paralelo da incapacidade funcional. (OMS, 2015)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2015), a perda da funcionalidade habitualmente associada ao envelhecimento, na realidade está apenas relacionada com a idade cronológica das pessoas. Apesar da generalidade dos adultos seniores apresentarem diversos problemas de saúde, a idade avançada não significa desde logo dependência.

Petronilho (2007) menciona que o aumento da esperança média de vida e a maior prevalência de doenças crónicas têm-se traduzido no aumento de pessoas com limitações físicas, emocionais e cognitivas que, inevitavelmente as conduzem à dependência.

Dessa forma, o papel dos enfermeiros reveste-se de especial importância, tendo como objetivo capacitar a pessoa a gerir com mais eficácia os seus problemas e a adquirir competências para lhes fazer face, promovendo a importância do autocuidado no processo saúde-doença, tanto com os idosos como dos seus cuidadores.

Seguindo essa perspetiva, é de todo importante a existência de instituições como as IPSS, capazes de dar resposta a este número de carências manifestadas pelos idosos, devido à crescente dependência das atividades de vida diária. O papel das instituições de apoio a idosos deve destacar-se pelo estímulo dos paradigmas de um envelhecimento ativo, procurando melhorar a qualidade de vida global do idoso, quando a sua condição física, psicológica e/ou social torna inevitável a sua institucionalização.

Uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) é uma instituição constituída por iniciativa de particulares, sem finalidade lucrativa, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e justiça entre os indivíduos. (Bordalo & Cruz, 2010).

De forma a poder dar resposta a uma exigência curricular, decidimos enveredar pelo Autocuidado, pois faz todo o sentido a manutenção do autocuidado nos idosos, pois existe uma relação direta deste conceito com a qualidade de vida em geral.

Nesse sentido, decidimos contatar a direção de uma IPSS da cidade de Bragança, a fim de lhes dar conhecimento sobre o trabalho em geral, e pedir a devida autorização para o poder aplicar na instituição. Apenas após a sua aceitação foram dados os passos seguintes.

Para organização, o trabalho foi estruturado de forma a apresentar uma divisão em duas partes distintas, uma primeira parte respeitante à fundamentação teórica onde são observados os aspetos relacionados com o envelhecimento, autocuidado na higiene e alimentação, bem como o impacto do mesmo nas atividades de vida diária do idoso. Existe também um conceito de instituição particular de solidariedade social. Na segunda parte direciona-se para o desenvolvimento da metodologia de investigação adotada, que será quantitativa, descritiva e exploratória. Terá como questão inicial **“Qual o impacto da promoção do autocuidado pelos auxiliares de ação direta na alimentação e higiene dos idosos?”**, e como objetivo geral, avaliar o impacto da promoção do autocuidado nos idosos relativamente às vertentes da alimentação e higiene pelos auxiliares de ação direta. Por fim surge a conclusão da investigação.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

“A teoria confere significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos.”
(Tomey & Alligood, 2004)

1.1. Autocuidado

Segundo Carpenito-Moyet (2012), o autocuidado engloba as “atividades essenciais para a satisfação das necessidades diárias, conhecidas comumente como atividades da vida diária, que são aprendidas ao longo do tempo e se tornam hábitos de vida”, no qual o enfermeiro tem um papel fundamental na avaliação e identificação do nível de participação da pessoa.

A Ordem dos Enfermeiros (2011) afirma que as estimativas para as próximas décadas são de que as necessidades de cuidados de saúde à pessoa idosa aumentem, sendo nesta população previsível o aumento da prevalência de doenças de evolução prolongada, com graus de dependência elevados. A transição do estado de autonomia para o estado de dependência acarreta muitas vezes trauma, não só para a pessoa, mas também para a família, que muitas vezes não está preparada para este tipo de situações, quer a nível psicológico, quer a nível económico, já que esta transição envolve custos muitas vezes significativos.

Faz sentido a manutenção do autocuidado nestes indivíduos, como forma de se sentirem menos dependentes, mas também perceberem que tem um papel ativo na sua reabilitação. Porém, não devemos confundir o conceito de independência com autonomia. Sequeira (2007) refere que são termos que se complementam, apesar de não significarem o mesmo. O autor acrescenta também que a independência remete para a capacidade de desempenho de atividades de vida diária e de autocuidado, enquanto a palavra autonomia, de origem grega significa capacidade individual de cuidar de si.

É fundamental a participação dos profissionais de saúde nesta problemática, quer na intervenção junto dos utentes como dos cuidadores e família. Abreu (2008) afirma que se levantam desafios aos profissionais que lidam com utentes a viver processos de

transição, assim como a oportunidade de desenvolver intervenções específicas às necessidades individualizadas destas pessoas. Meleis et al. (2007) ainda reforça esse paradigma, afirmando que os enfermeiros podem influenciar processos de transição se a sua prática for centrada na pessoa e nas suas necessidades reais.

Para abordar a temática mais aprofundadamente, teremos que nos debruçar no estudo de Dorothea Orem, que desenvolveu a Teoria Geral do Autocuidado em 2001, e na qual refere que realização do autocuidado requer a ação deliberada, intencional e calculada, que está condicionada pelo conhecimento e o repertório de habilidades da pessoa. Nessa perspectiva, Orem (2001) afirma que os seres humanos se distinguem dos outros seres vivos pela capacidade de refletir sobre si mesmos, de simbolizar o que vivenciam e utilizar criações simbólicas no pensamento, na comunicação dirigida a ações benéficas para si mesmos e para os outros. A autora define assim o autocuidado como um conjunto de atividades que a própria pessoa executa com o propósito do seu próprio benefício.

Esta Teoria Geral do Autocuidado subdivide-se em três categorias:

- A Teoria do Autocuidado, que explica o porquê da pessoa necessitar de se auto cuidar, para o seu próprio bem-estar;
- A Teoria do Défice do Autocuidado, que define o porquê da pessoa necessitar de ajuda nas suas atividades de vida diárias;
- A Teoria Geral da Enfermagem, que explica o papel dos enfermeiros no cuidado geral da pessoa.

Orem (2001) também refere que as atividades do autocuidado são marcadas por diferentes aspetos como: crenças cultura, hábitos/costumes e práticas habituais da família e da comunidade, na qual as pessoas estão inseridas.

No que respeita à Teoria do défice de autocuidado, este dá-se quando a pessoa já se apresenta incapaz de realizar certas tarefas sozinho. Assim, Orem (2001) desmonta o conceito de autocuidado em três requisitos essenciais:

- Requisitos universais, que estão associados aos processos de vida e preservação da integridade da estrutura e funcionamento humanos;

- Requisitos de desenvolvimento, que é a expressão dos requisitos universais de uma forma mais especializada, nomeadamente a adaptação a um novo trabalho ou mudanças físicas;
- Requisitos de desvio de saúde, os quais se referem às condições de doença, ferimentos ou inquietações.

É neste âmbito que os profissionais de saúde terão um papel a desempenhar. Este défice pode-se verificar, por exemplo, em casos de doença, em que além de haver uma diminuição da capacidade de realizar o autocuidado, também se verifica um aumento da necessidade de cuidados.

Segundo Orem (2001), o profissional de saúde poderá utilizar cinco métodos diferentes para atuar, dependendo do grau de limitação que a pessoa apresente:

- Substituir a pessoa;
- Guiar e orientar;
- Proporcionar apoio físico e psicológico;
- Apoiar o desenvolvimento pessoal e ensinar;
- Diminuir as limitações de ação do indivíduo associadas à saúde.

1.2. Autocuidado no Idoso

Nightingale (2005) refere que o cuidar como algo de humano e de profundo consiste no serviço à humanidade baseado na experiência e na observação, para ajudar a pessoa saudável ou doente a obter as melhores condições possíveis. Assim, dando ênfase à importância da saúde ambiental, a autora também faz referência ao papel do enfermeiro nas áreas de autocuidado do indivíduo. É função do enfermeiro a vigilância constante sobre o indivíduo, supervisionando-o, exigindo uma observação cuidadosa, de forma a poder otimizar os recursos disponíveis, a auxiliar a pessoa a manter as condições ótimas no meio em que se insere, de forma a contribuir para o seu bem-estar.

No contexto deste estudo, a realização de ações e/ou atividades de manutenção assume grande significado, pelo que em situação de diminuição da capacidade para efectuar as actividades de vida diária, poderão ocorrer alterações no bem-estar do indivíduo, que influenciam a satisfação do seu autocuidado. Por esse motivo, Nightingale (2005) também encara a manipulação do ambiente físico como fundamental nos cuidados

de enfermagem. Assim, com a existência de aspectos ambientais alterados, é inculcida na pessoa uma reação de adaptação que desencadeia o dispêndio de energia, essencial na recuperação e manutenção do seu bem-estar. Esta situação ganha mais significado quando nos referimos à pessoa idosa, pois o envelhecimento natural leva à perda gradual das capacidades, sendo dificultado o desempenho das ações necessárias ao bem-estar e à realização do seu autocuidado. Neste sentido, o papel do enfermeiro reveste-se de extrema importância, devendo proporcionar as condições ambientais ótimas para o desempenho do autocuidado.

Ao colaborarem, enfermeiro e utente devem realizar conjuntamente o seu plano de cuidados. Tomey (2004) refere que este trabalho tem como objetivo, a promoção da saúde, a independência ou a morte pacífica. O papel do enfermeiro é o de ajudar o indivíduo a encontrar, o mais rapidamente possível, a sua independência, através das suas intervenções, passando elas por substituir, completar, acrescentar, reforçar e/ou aumentar essa mesma independência. Como substituto, o enfermeiro deve apenas auxiliar a pessoa naquilo que ela não consegue fazer por si, de forma a ajudar a que se torne independente e a manter essa independência, para poder responder às suas necessidades. Por outro lado, é imperativo ter em atenção a existência de diversos factores que influenciam a resposta de cada indivíduo para o seu autocuidado – cada pessoa reage de uma forma particular socialmente, apresenta valores e normas culturais específicas, além do contexto ambiental.

Os cuidadores devem ser também alvo da intervenção, de forma a estarem capacitados para cuidar do indivíduo. Tanto ao enfermeiro como ao utente são atribuídos determinados papéis, sendo deles esperados determinados comportamentos que podem ser influenciados pelo género, idade, cultura, ambiente, situação económica e saúde. Seja como for, os papéis complementam-se e concorrem ambos para atingir o mesmo objetivo - o autocuidado.

A necessidade de cuidados é determinada pelo processo de enfermagem. Para conduzir este processo, é necessário definir os requisitos e competências do indivíduo para o autocuidado, as exigências terapêuticas, a mobilização das competências do enfermeiro e o planeamento da assistência. O processo surge justamente para determinar défices de autocuidado e para definir os papéis do utente e do enfermeiro, no sentido da satisfação das exigências de autocuidado. É descrito em três passos:

- O diagnóstico e a prescrição (definida a razão das necessidades de cuidados de enfermagem);
- A elaboração do sistema de enfermagem e o plano para a execução;
- Plano de compensação das necessidades de autocuidado do indivíduo.

Dessa forma, as limitações são ultrapassadas e o enfermeiro encoraja e protege as habilidades de autocuidado do utente.

1.3.Envelhecimento

O envelhecimento é um processo ativo e dinâmico, que dá origem ao desenvolvimento de diversas teorias, evidenciando a sua complexidade. Dessa forma, relativamente às teorias explicativas do envelhecimento demográfico, surgem três correntes de pensamento complementares: Teorias Biológicas, as Teorias Psicológicas e as Teorias Sociológicas do envelhecimento:

- Teorias Biológicas baseiam-se na influência sobre fenómenos da variância e mutação dos fatores genéticos, perda de homeostase, restrição de calorias, diminuição da massa muscular, força, perda funcional, aumento da probabilidade de doenças e morte.
- Teorias Psicológicas explicam a influência na aprendizagem social, na personalidade, ao nível da funcionalidade cognitiva e nas tomadas de decisão no decurso da vida.
- Teorias Sociológicas do envelhecimento preconizam a influência no desenho das políticas para o envelhecimento, indicando a criação de programas de apoio na investigação dos ambientes sociais, da espiritualidade e da utilização dos serviços de saúde.

Em Portugal, os indicadores das políticas de saúde da Direção Geral da Saúde (DGS, 2012) para os próximos anos assentam fundamentalmente em indicadores de doença, incapacidade e invalidez, a OMS propõe a avaliação da funcionalidade com recurso à Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF, 2004).

Em 2017, a DGS desenvolveu uma adaptação da CIF, para ser aplicada exclusivamente à população idosa, que se denomina de CIF Idoso, ou CIFI. Esta

classificação encontra-se inclusivamente a fazer parte integrante do sistema da RNCCI, o programa “*GestCare*”. (UCCCB, 2017).

O processo de envelhecimento é ainda um campo que carece de maior desenvolvimento e conhecimento. Organizações internacionais como a OMS defendem que a reestruturação dos sistemas de saúde assentem no envelhecimento demográfico, não apenas nas variáveis de doença, mas inclusive na funcionalidade, como forma da sua sustentabilidade. O aumento da atividade das pessoas com 65 e mais anos de idade deve ser, em concordância com estas organizações, uma das formas de sustentabilidade dos sistemas de saúde, com uma aposta no envelhecimento ativo, pelo que é de todo fundamental apostar na promoção e/ou manutenção do autocuidado dos idosos nas diversas ABVD.

1.4. Atividades de Vida Diária

Ao abordar as Atividades de vida diária, somos automaticamente direcionados para a Ordem dos Enfermeiros, mais concretamente para a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER), que em 2011, emitiu o Parecer Nº12/2011 sobre esta temática, e na qual define AVD como um “conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia”, subdividindo em três grupos:

- Atividades básicas de vida diária (ABVD);
- Atividades domésticas e comunitárias ou atividades instrumentais de vida diária (AIVD);

Uma vez que para o estudo em questão, apenas nos iremos debruçar na Higiene e Alimentação, interessa também referir que a MCEER, define estas da seguinte forma:

ABVD	Funcionalidade / Independência
Higiene pessoal	Uso do chuveiro, da banheira e ato de lavar o corpo; higiene oral; arranjo pessoal (barbear-se, pentear-se, colocar maquilhagem...);
Alimentação	Uso dos talheres; fragmentar os alimentos no prato; dirigir a comida do prato (ou similar) à boca.

Quadro 1 - Categorias ABVD (Fonte: OE/MCEER 2011)

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

2. METODOLOGIA

Procuramos descrever e fundamentar as opções metodológicas em que baseamos a investigação, desde a questão de investigação, passando pelos instrumentos de recolha de dados e pelos métodos e técnicas estatísticas a utilizar, percorrendo assim um processo que exigiu uma abordagem pormenorizada. O processo metodológico torna-se fundamental em qualquer investigação, pois é através dele que se estudam, descrevem e esclarecem todas as etapas que se vão processar, pretendendo dar sentido prático ao esquema de pesquisa escolhido, tendo em atenção os objetivos e finalidades da investigação.

2.1. Questão de investigação e objetivos do estudo

O foco de uma investigação é baseado em questões de investigação que são definidas antes de iniciar o projeto de investigação. Assim, a questão que norteou este estudo e serviu como objetivo geral foi:

- Qual o impacto da promoção do autocuidado pelos auxiliares de ação direta na alimentação e higiene dos idosos?

Surgem então de forma quase imediata, os objetivos específicos da investigação, que se traduzem no seguinte:

- Identificar as características sociodemográficas da amostra;
- Avaliar o impacto da promoção do autocuidado nos idosos relativamente às vertentes da alimentação e higiene pelos auxiliares de ação direta.

2.2. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo simples de abordagem quantitativa, exploratório e longitudinal pois são objetivos identificar e incentivar as atitudes dos auxiliares de ação direta face à promoção do autocuidado na higiene e alimentação dos utentes residentes, e assim poder avaliar o impacto da promoção do mesmo.

2.3. População

A população alvo deste estudo refere-se a todos idosos residentes de uma IPSS em Bragança (noventa e quatro utentes). Para efeitos do estudo foram delineados os critérios de exclusão, de forma a excluir os utentes completamente dependentes aos quais não fosse adequável o estudo, e os utentes independentes sem limitações na sua higiene e alimentação. Assim, foi aplicada uma Escala de Barthel a toda a população, e definidos os seguintes critérios de exclusão:

- Escala de Barthel inferior a 25;
- Escala de Barthel superior a 80, e que não apresentem dependências nas AVD de Higiene e Alimentação.

Dessa forma obteve-se uma amostra final de quarenta indivíduos.

2.4. Instrumento de Medida

A recolha de dados é um método usado para executar a recolha de informação útil acerca da amostra selecionada e deve estar em concordância com as características da população em estudo.

Como suporte à recolha de dados, foi utilizado um questionário permitiu recolher informações como o tempo de institucionalização, idade, género, estado civil, habilitações literárias, profissão exercida, entre outros. Além do questionário socio demográfico, foram ainda utilizadas a escala de Barthel (para a obtenção da amostra por critérios de exclusão) e a CIFII, mais especificamente o capítulo 5 – Autocuidado dessa classificação.

A escala de Barthel foi aplicada em setembro de 2017, e quando se obteve a amostra, realizou-se de seguida a caracterização sociodemográfica, através de consulta dos dados clínicos. Posteriormente, em outubro de 2017 foi realizada a primeira aplicação da CIFII. O segundo momento da aplicação dessa classificação foi em janeiro de 2018.

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

Quadro 2 – Avaliação Escala Barthel (Fonte: Sequeira, 2010)

No intervalo temporal das aplicações da CIFI, foram desenvolvidas formações de carácter obrigatório aos auxiliares de ação direta que visavam explicar o fundamento do autocuidado, e as vantagens que este conceito trás, tanto aos idosos como aos próprios auxiliares.

2.5.Procedimentos de Formação

Como referido anteriormente, no intervalo temporal das avaliações da CIFI, foi ministrada formação sobre os objetivos da promoção do autocuidado nos idosos e as formas como podem fazer essas abordagens, de maneira a permitir que o idoso mantenha a sua autonomia tanto quanto possível, e apenas o substituir quando estritamente necessário.

A necessidade destas formações prende-se com a escassa formação de base destes profissionais, que muitas vezes é praticamente nula, exceto aquela que lhes é ministrada na instituição, pois trata-se de uma profissão que não tem requisitos mínimos de formação.

Foi necessário ministrar mais que uma formação, pelo facto de o número de auxiliares ser elevado e não ser exequível estarem todos em simultâneo, além de que devido ao grupo ser bastante heterogéneo, nem todos absorveram a quantidade de informação da mesma forma, tendo uma parte do grupo necessitado de um reforço formativo.

Além destas formações, foram feitas supervisões presenciais dos procedimentos, onde se procedia a acertos quando necessário.

2.6.Considerações Éticas

“...A ética revela-se como uma ciência da dignidade humana, estendendo a sua amplitude para que os seus direitos e valores sejam assegurados.” (Fortin, 2013)

Nas palavras de Fortin (2013) *“(...) a ética significa avaliação critica e a reconstituição dos conjuntos e preceitos e de leis que regem os julgamentos, as ações e as atitudes no contexto de uma teoria no âmbito da moralidade.”*

Fortin (2013) refere ainda que o valor da ética é fundamental nas investigações deste tipo, pois o seu objeto de estudo é o ser humano. A participação destes num estudo empírico é viável desde que o mesmo respeite os limites.

“...A ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações podem entrar em conflito (...) Se um estudo, pelos seus métodos de experimentação ou de colheita de dados, pelos conceitos estudados ou pela publicação de resultados viola este direito ou é suscetível de lhe causar prejuízo, é moralmente inaceitável, tanto para os sujeitos como para os próprios investigadores ...” (Fortin, 2013)

A realização de qualquer investigação implica não só delinear uma população, mas também desenvolver um conjunto de ações, de forma a alcançar os objetivos inicialmente propostos para o estudo. Além disso, torna-se fundamental que todos os procedimentos a realizar, se façam segundo uma rigorosa conduta ética respeitando os princípios da beneficência, da justiça e de um respeito integral pela dignidade humana.

Deste modo, o pedido formal de autorização para a aplicação do instrumento de colheita de dados (Anexo B) foi dirigido ao Presidente da IPSS em causa, através da apresentação de uma carta onde era indicado o responsável pelo estudo, explicando-se os objetivos e interesses do estudo.

Realça-se ainda que em momento algum do estudo é possível identificar qualquer dos intervenientes, garantindo desta forma o anonimato dos mesmos. Acrescenta-se ainda que a informação recolhida foi por consulta de processos clínicos, sendo que a interação do estudo com os idosos foi observacional.

2.7. Análise de Dados

Não faz qualquer sentido realizar um estudo sem que seja feito o tratamento dos dados recolhidos para obtenção das respostas desejadas.

Para proceder à análise estatística recorreu-se ao programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 23, apresentando-se a estatística descritiva mediante o valor média (desvio padrão), valores mínimos e máximos. Devido ao número reduzido de participantes para a análise inferencial utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-

Whitney U para o estudo de comparação entre grupos. Os dados são apresentados em forma de texto, gráficos e quadros, criados através do programa informático Microsoft Office Excel 2016, de forma a realçar os resultados mais significativos e que se encontram diretamente relacionados com este estudo.

Tendo ainda em conta o tratamento estatístico, existiu necessidade de operacionalizar algumas variáveis:

- Idade: inicialmente questionada enquanto variável contínua, foi posteriormente operacionalizada em grupos etários: 65 – 74 anos; 75 – 84 anos, 85 – 94 anos e >94 anos;
- Tempo de Institucionalização: questionada enquanto variável contínua, foi posteriormente operacionalizada em grupos temporais: 0 – 20 meses, 21 – 40 meses, 41 – 60 meses, 61 – 80 meses e 81 – 100 meses;
- Diagnóstico principal: variável inicialmente questionada como contínua, foi posteriormente operacionalizada em grupos patológicos: neurológico, cardíaco, respiratório, endócrino, gastrointestinal, osteoarticular, urinário e hepático.
- Profissão: variável questionada de forma aberta que foi operacionalizada em função do código atribuído pela Classificação Portuguesa de Profissões (INE, 2011):

2330.0	Prof. Ensino Básico e Secundário
3123.0	Encarregado Construção
3324.0	Corretor Comercial
5120.0	Cozinheira
5211.0	Vendedor Quiosque e Mercado
5221.0	Comerciante Loja
9111.0	Trabalhador de limpeza em casas particulares
5412.0	Agente PSP
6114.0	Agricultor Culturas Mistas
7111.0	Construtor Casas Rudimentares
9621.3	Auxiliar Apoio Administrativo

Quadro 3 – Legenda dos Códigos das Profissões (Fonte: INE, 2011)

2.7.1. Caraterização da Amostra

Para a realização deste projeto foram avaliados quarenta indivíduos institucionalizados numa IPSS da cidade de Bragança.

Género		Idade	Barthel	Admissão em meses
Masculino	Frequência Absoluta (N)	9	9	9
	Média	82,67	63,89	46,56
	Desvio Padrão	10,989	25,097	19,288
	Mínimo	66	30	25
	Máximo	93	95	88
Feminino	Frequência Absoluta (N)	31	31	31
	Média	87,61	61,94	55,52
	Desvio Padrão	5,168	18,197	22,426
	Mínimo	75	25	18
	Máximo	101	85	91
Total	Frequência Absoluta (N)	40	40	40
	Média	86,5	62,37	53,5
	Desvio Padrão	7,049	19,611	21,853
	Mínimo	66	25	18
	Máximo	101	95	91

Quadro 4 – Caraterização da amostra por género, idade, escala de Barthel e tempo de institucionalização

	Idade	Barthel	Admissão em meses
Mann-Whitney U	125	125,5	104,5
Wilcoxon W	170	621,5	149,5
Teste Z	-0,472	-0,458	-1,135
Valor - p	0,637	0,647	0,257
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,656b	,656b	,262b

Quadro 5 – Estudos de comparação dos Grupos

Como se pode observar no Quadro 4, verificou-se uma média etária de 86,5(7,10) anos a nível da amostra, tendo os indivíduos mais novos 66 anos, enquanto que o mais velho apresenta 101 anos de idade. A grande maioria apresenta idades entre os 85 e os 94 anos. No Quadro 5 podemos observar o resultado do estudo de comparação Mann-Whitney U (que é indicado para a comparação de dois grupos não pareados, a fim de se perceber se pertencem ou não à mesma população), tendo verificado não se apuraram diferenças estatisticamente significativas.

Através de uma análise do Gráfico 1, podemos verificar que a amostra é constituída por nove indivíduos do sexo masculino e trinta e um do sexo feminino.

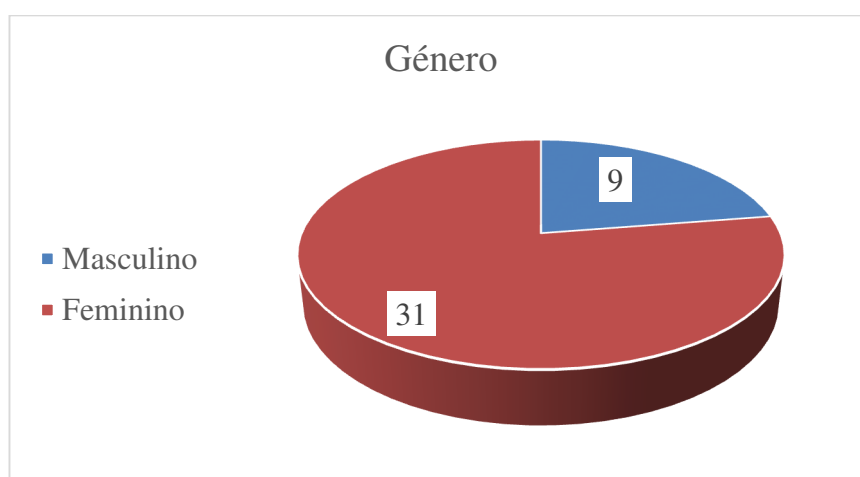


Gráfico 1 – Distribuição da amostra por Género

Relativamente ao tempo de institucionalização (Quadro 4), foi verificado que o mínimo de meses registado foi de 18, e o máximo apresentava 91 meses. A média de meses de institucionalização da amostra fixou-se em 53,5(21,853) meses.

No que concerne ao estado civil (Gráfico 2), verificamos que a amostra se distribui de forma heterogénea, onde vinte e seis indivíduos são viúvos, dez idosos são solteiros e quatro estão ainda casados.

Relativamente à anterior residência antes da institucionalização (Gráfico 3), podemos verificar que vinte e três idosos residiam em espaço urbano, enquanto que os restantes dezassete indivíduos se localizavam em residência rural.

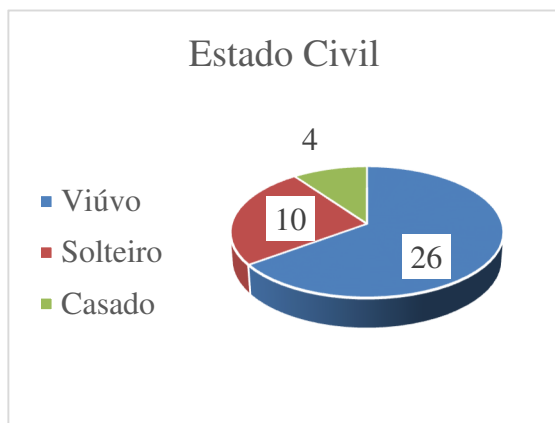


Gráfico 2 – Distribuição da amostra por Estado Civil

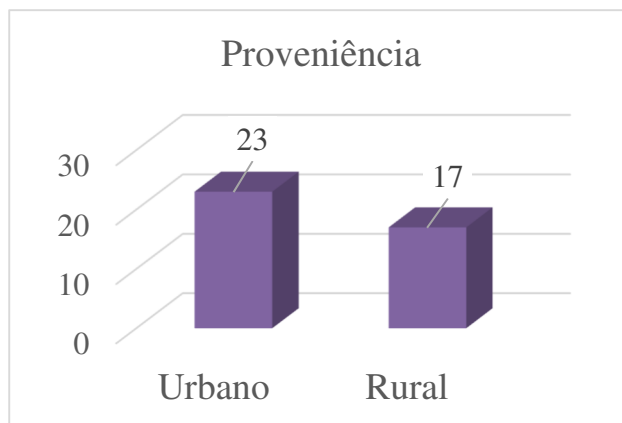


Gráfico 3 – Distribuição da amostra por tipo de proveniência residencial

Quanto às habilitações literárias da amostra, é possível observar através do Gráfico 4 que treze idosos não têm qualquer escolaridade, dezassete apenas concluíram o 1º ciclo, sete indivíduos atingiram o 2º ciclo, um deles terminou o 3º ciclo de estudos, enquanto que dois sujeitos seguiram a via académica, obtendo um curso superior.

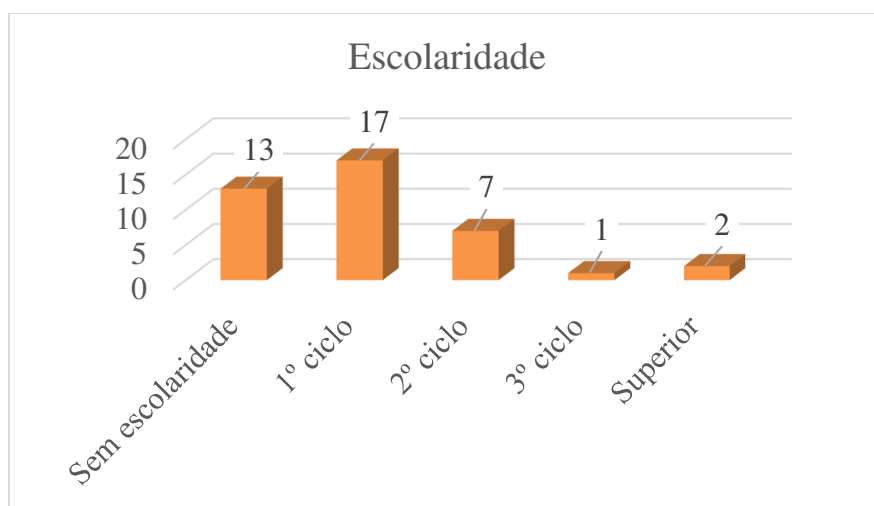


Gráfico 4 – Distribuição da amostra por escolaridade

Em relação à vida profissional, a amostra é muito díspar. De acordo com o Gráfico 5 e o Quadro 3, o grupo profissional que se destaca claramente é o dos trabalhadores de limpeza em casas particulares, com dezasseis indivíduos, seguindo-se do grupo dos agricultores de culturas mistas com sete elementos. Os comerciantes de loja apresentam seis indivíduos da amostra, ao passo que os construtores de casas rudimentares, os

corretores comerciais e os professores de ensino básico e secundário identificam dois sujeitos de cada grupo. Por fim, agentes de polícia, auxiliares de apoio educativo, vendedores de quiosque, cozinheiros e encarregados de construção terminam a distribuição da amostra com um representante de cada.

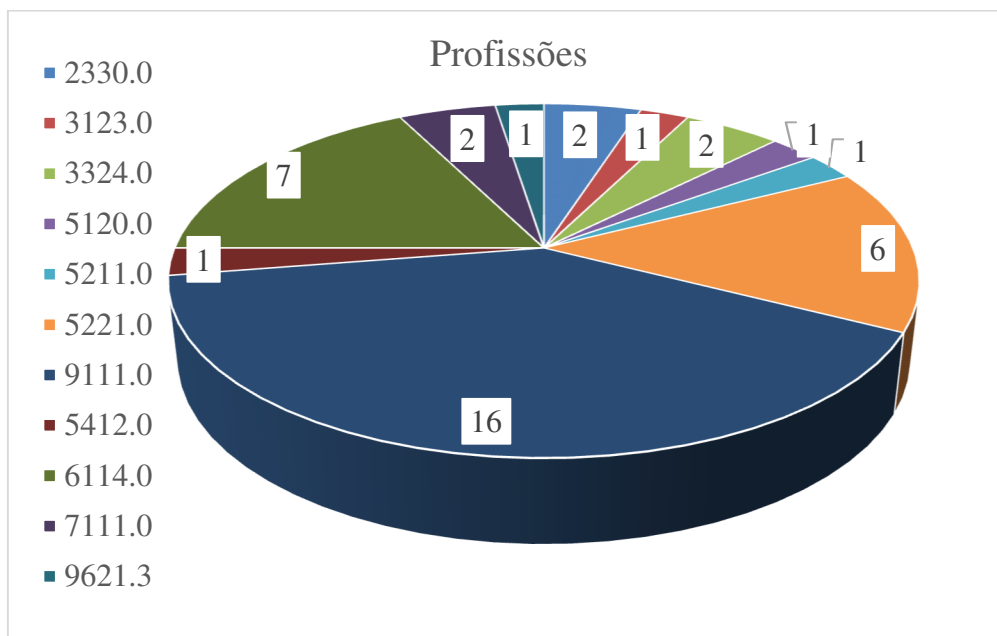


Gráfico 5 – Distribuição da amostra por profissões, pela CPP (INE, 2011)

Ainda sobre a amostra, realizou-se a operacionalização das patologias principais, obtendo uma perspetiva geral da amostra (Gráfico 6), sendo que o que salta quase de imediato à vista é o grupo das patologias de foro neurológico, com metade da amostra. De seguida seguem-se patologias cardíacas e osteoarticulares com quatro indivíduos. As patologias de foro endócrino estão presentes com quatro utentes. As patologias respiratórias e urinárias estão representadas com dois idosos, e por fim, os sistemas gastrointestinal e hepático apresentam um indivíduo.

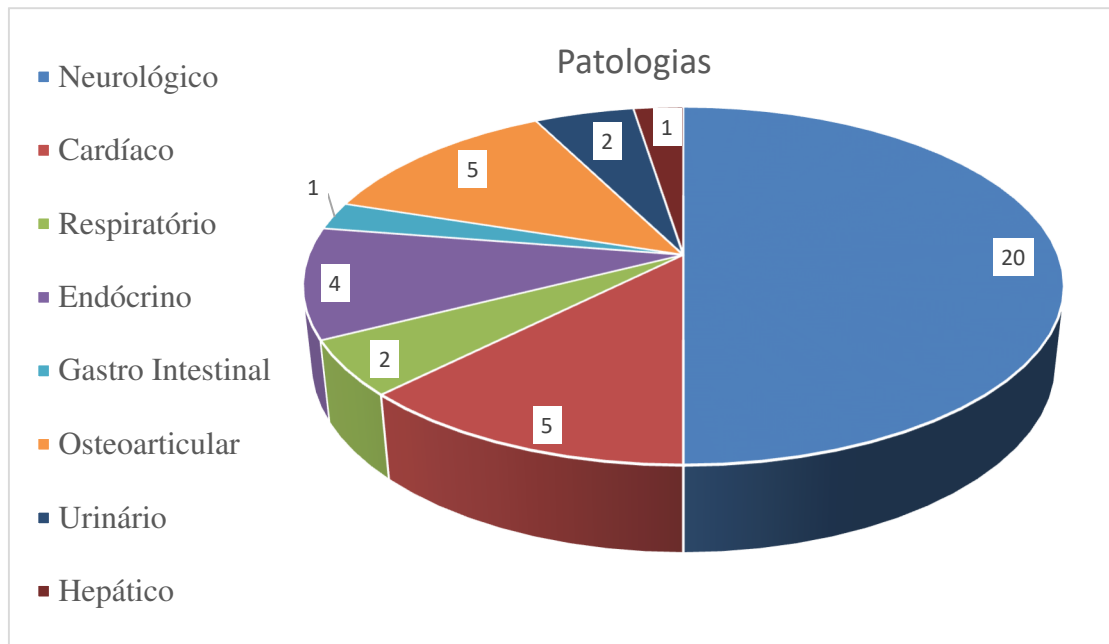


Gráfico 6 – Distribuição da amostra por Patologia Principal

2.7.2. Apresentação de Resultados

O processo de investigação tem como objetivo a aquisição de resultados e a sua discussão. Os resultados obtidos da análise dos dados aqui apresentados encontram-se estruturados, tendo em conta que desempenham o suporte à concretização do objetivo proposto, que é avaliar o impacto da promoção do autocuidado pelos auxiliares de ação direta na alimentação e higiene dos idosos de uma IPSS, abrindo caminho também a retirar os objetivos específicos:

- Identificar as características sociodemográficas da amostra;
- Avaliar o impacto da promoção do autocuidado nos idosos relativamente às vertentes da alimentação e higiene pelos auxiliares de ação direta.

Assim, iremos apresentar e analisar os resultados adquiridos em cada um dos parâmetros avaliados através da CIFI, mais concretamente o capítulo 5 – Autocuidado.

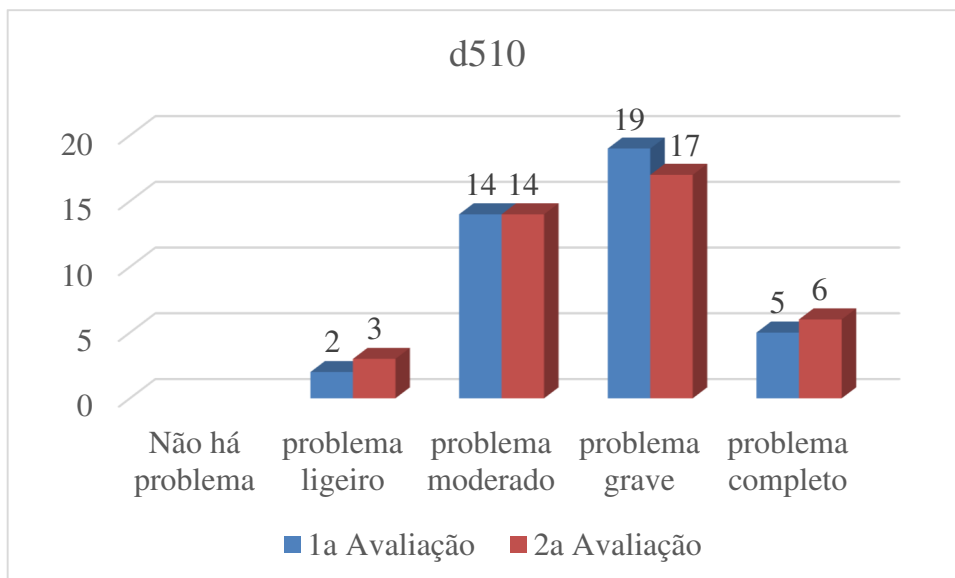


Gráfico 7 – Resultados da avaliação - Lavar-se

Como podemos observar no Gráfico 7, não existe nenhum indivíduo da amostra que não tenha alteração ou limitação ao realizar a sua higiene diária. A variação entre avaliações mais acentuada notou-se no grau3 – Problema grave, que na primeira avaliação mostrava dezanove utentes, e na segunda avaliação reduziu para dezassete. No problema completo (grau4) existiu um aumento entre avaliações de um elemento, assim como no grau1 – problema ligeiro.

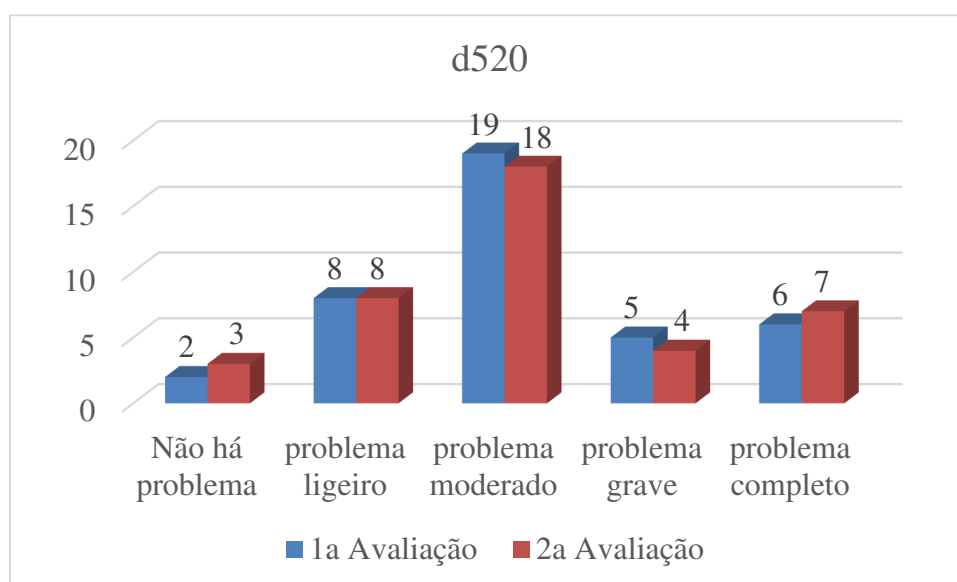


Gráfico 8 – Resultados da avaliação - Cuidar de partes do corpo

No parâmetro d520 (gráfico 8) relativo a cuidar de partes do corpo, existem pequenas variações em quase todos os graus. Assim, observa-se um agravamento de um indivíduo entre avaliações no grau0 – não há problema e grau4 – problema completo. No grau2 – problema moderado e grau3 – problema grave, houve por sua vez um decréscimo de um elemento da amostra.

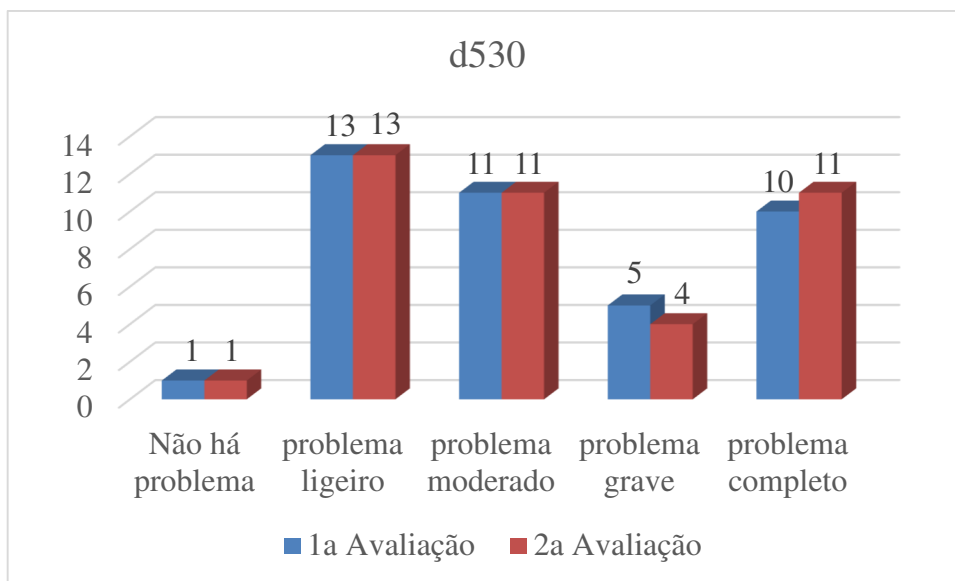


Gráfico 9 – Resultados da avaliação - Cuidados relacionados com os processos de excreção

Relativamente às excreções, apenas se verificou uma diminuição de um elemento no grau3 – problema grave, e um aumento do mesmo número no grau4 – problema completo. Todos os restantes graus não sofreram alteração entre avaliações, como podemos observar no Gráfico 9.

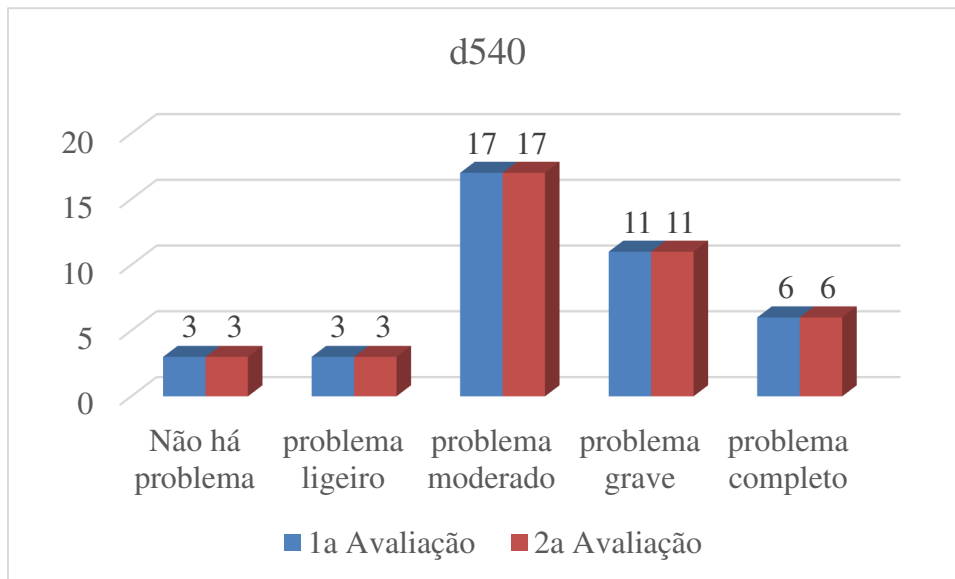


Gráfico 10 – Resultados da avaliação - Vestir-se

No que concerne a vestir e calçar sozinho (Gráfico 10), não existe qualquer alteração registada entre a primeira e a segunda avaliação.

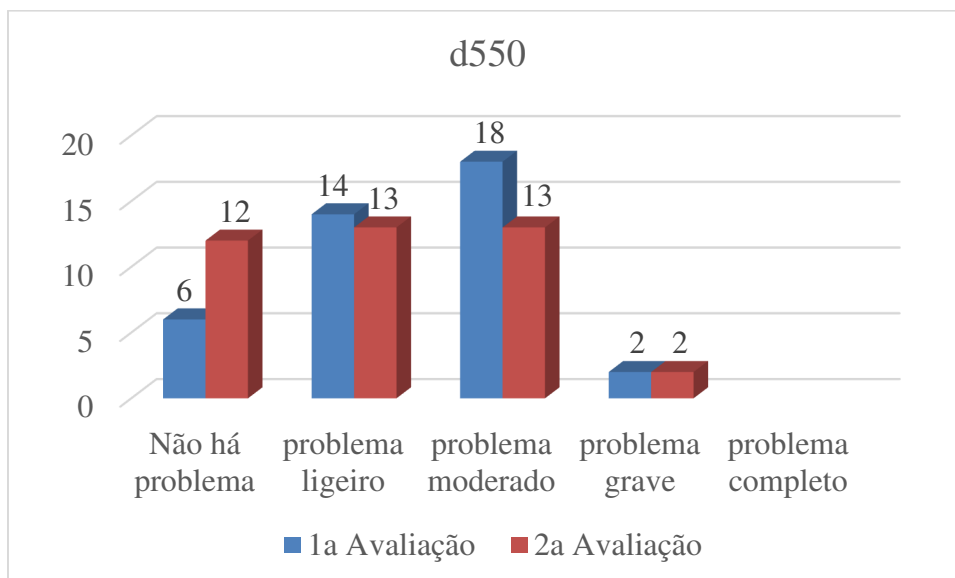


Gráfico 11 – Resultados da avaliação - Comer

No parâmetro d550 – Comer, existiram alterações substanciais. Assim, relativamente ao grau0 – não há problema, existiu um aumento de seis indivíduos entre

avaliações. Em direção inversa, tanto o grau1 – problema ligeiro diminui um utente entre avaliações, como o grau 2 – problema moderado tem um decréscimo de cinco idosos.

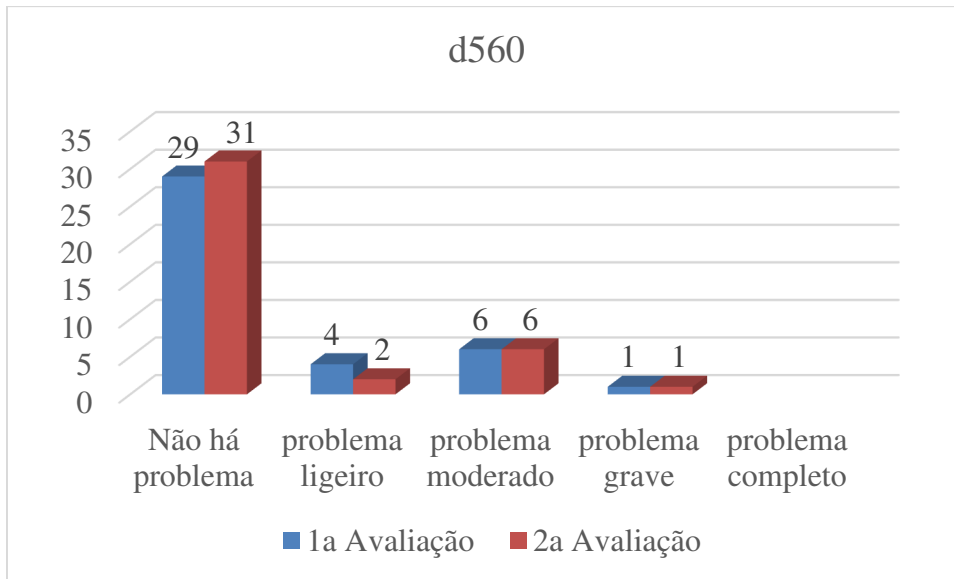


Gráfico 12 – Resultados da avaliação - Beber

Acerca do parâmetro d560 – Beber (Gráfico 12), verificou-se a diminuição de um indivíduo da amostra no grau1 – problema ligeiro, que se traduziu em um aumento do mesmo número no grau0 – não há problema.

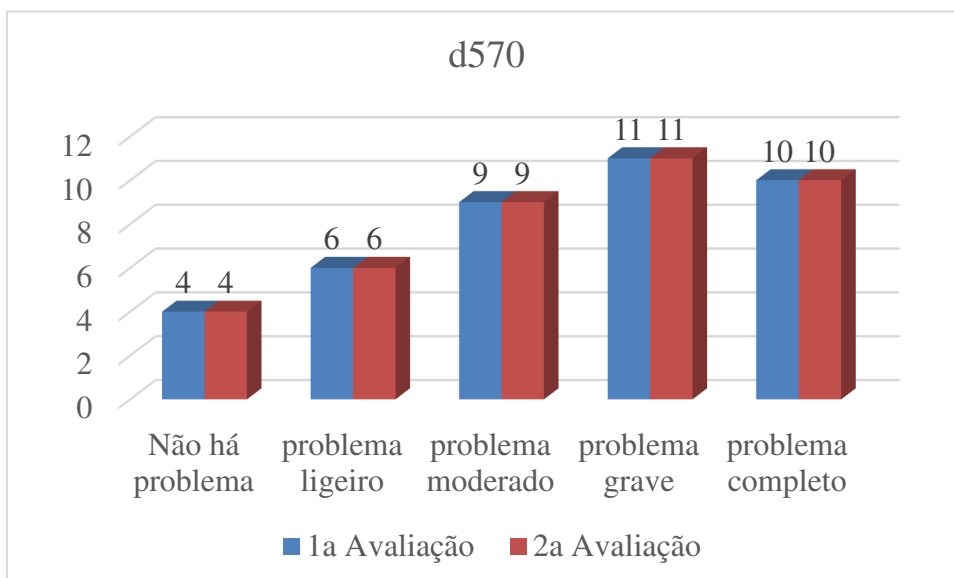


Gráfico 13 – Resultados da avaliação - Cuidar da própria saúde

Relativamente ao parâmetro d570 – Cuidar da própria saúde (Gráfico 13), não se verificou qualquer alteração entre as duas avaliações como seria espectável, pois a amostra está institucionalizada, pelo que este parâmetro perde algum significado.

Terminada a análise de cada um dos parâmetros, foi realizada a média de cada uma das avaliações da CIFI, a fim de perceber se existiu alguma variação. Para isso, procedeu-se ao somatório de todos os valores obtidos em cada um dos parâmetros de uma avaliação, calculando-se a média de seguida. De seguida repetiu-se o procedimento na segunda avaliação, obtendo assim a média de cada avaliação CIFI.

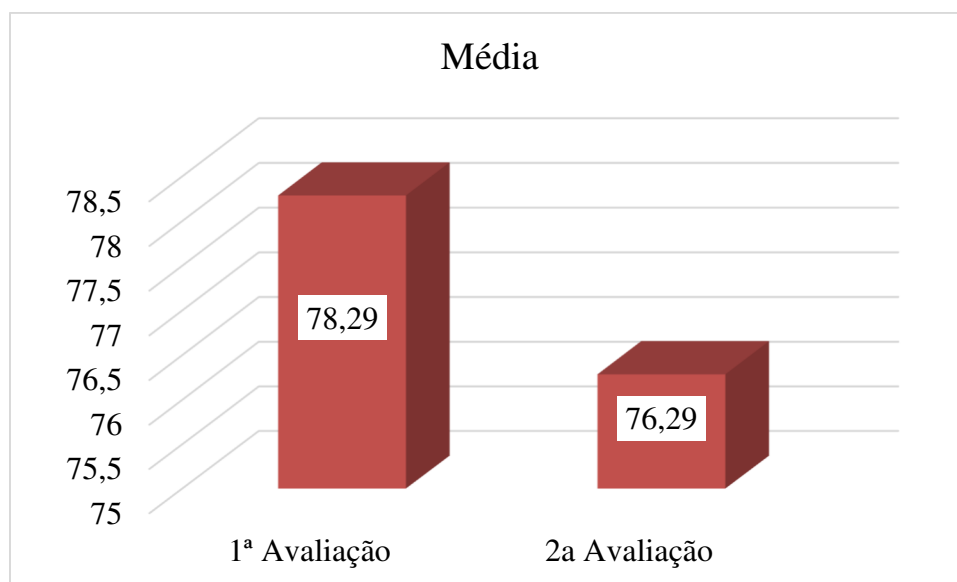


Gráfico 14 – Média calculada de avaliação CIFI

Como é facilmente perceptível (Gráfico 14), a média entre a primeira avaliação da CIFI ($\bar{X} = 78,3$) e a segunda ($\bar{X} = 76,3$) baixou, o que se traduz em um ligeiro aumento da prática do autocuidado por parte da amostra.

2.7.3. Discussão de Resultados

A amostra deste estudo é constituída por 40 idosos institucionalizados na Obra Social Padre Miguel, dos quais 77,5% são mulheres e 22,5% homens, com uma idade mínima de 66 anos e uma máxima de 101 anos, correspondendo a uma média de 86,50(7,10) anos, com predomínio dos que possuem idade entre 85 a 94 anos.

A grande maioria dos indivíduos (90%) não tem companheiro(a), estando divididos entre solteiros (25%) e viúvos (65%), e residindo a maioria da amostra (57,5%) em meio urbano, com 42,5% a terem habilitações literárias até ao 1.º ciclo do ensino básico, seguindo-se os idosos que não sabem ler nem escrever (32,0%).

Observando-se os dados disponibilizados pelo INE (2014), verifica-se que o nível de escolaridade atingido pela população portuguesa progrediu significativamente na última década. Todavia, nesses mesmos dados, também se pode verificar que o nível de escolaridade da população com idade igual ou superior a 65 anos é ainda muito baixo, tal como indicam os resultados obtidos no presente estudo.

Estes resultados estão em conformidade com o perfil sociodemográfico da amostra de 42 doentes internados na UCCI de Bragança e Mirandela, repartidos de forma equitativa pelas duas unidades, do estudo de Pinheiro (2016), onde também se registou uma prevalência de doentes do sexo feminino (52,4%), casados (61,9%), apresentando um nível de escolaridade baixo, pois 33,3% não sabem ler nem escrever e 31% completou no máximo o 1.º ciclo do ensino básico. Globalmente, a média observada das idades no estudo de Pinheiro (2016) é de 71,02(13,12) anos, sendo a média de idade encontrada na amostra em estudo (M=86,5(7,10) anos) mais elevada.

Tendo-se ainda em consideração os dados do Instituto Nacional de Estatísticas (2014), também se pode constatar um maior predomínio de mulheres face aos homens, uma tendência reforçada à medida que a idade avança. Estes resultados podem ser justificados com base na sobre mortalidade da população masculina relativamente à feminina. Em Portugal, segundo os dados do Eurostat, a proporção da população com idade igual ou superior a 65 anos era, em 2017, de 21% (Eurostat, 2018).

Num estudo realizado em Portugal na utilização dos cuidados de saúde pela população idosa portuguesa, o estado civil mais predominante na população estudada é a

viuvez, mais frequente em mulheres idosas do que nos homens, pois estas tendem a casar com homens mais velhos. (Gonçalves, L. et al 2011).

Em relação à sua vida ativa, no que concerne à anterior profissão da amostra, é de salientar que as profissões com mais impacto são os governantes domésticos (40%), agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura de culturas mistas (17,50%), seguidos dos comerciantes de loja (15%), apresentando assim, uma fatia da amostra de 72,50%. Um resultado semelhante foi observado num estudo realizado pela RNCCI entre janeiro de 2011 e setembro de 2012 (Entidade Reguladora da Saúde, 2013), e uma amostra de com 26 847 utentes, onde a maioria apresentava profissões não qualificadas, com uma proporção de 76,70%.

No estudo realizado por Lobo, & Pereira (2007), numa amostra em indivíduos institucionalizados, os resultados sugerem que com o aumento da idade, verifica-se uma perda da funcionalidade, e como tal, um aumento da dependência. A presença de doenças crónicas, segundo estes autores, contribuiu para a dependência funcional e é a nível da higiene pessoal que, a maior dependência se verifica, estimando-se que 68,2% necessitavam de ajuda nesta AVD.

O Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Caldas de Almeida J. & Xavier M, 2013), mostra que as perturbações psiquiátricas afetam mais de um quinto da população portuguesa. Deste valor global destacam-se os mais altos nas perturbações da ansiedade (16,5%) e nas perturbações depressivas (7,9%). No nosso caso, 50% da amostra sofre de patologias de foro neurológico, distribuindo-se os restantes pelos grupos cardíaco (12,5%), osteoarticular (12,5%), endócrino (10%), respiratório (5%) e urinário (5%), hepático (2,5%) e gastrointestinal (2,5%). Sales & Iraci (2007) também referem que estamos perante uma população idosa que apresenta elevada prevalência de doenças crónicas degenerativas, somada à ocorrência de pluripatologias.

No que diz respeito ao tempo de institucionalização, Peres (2014) realizou um estudo, no qual a maioria dos sujeitos se encontravam institucionalizados há mais de 4 anos (50%), 28,6% entre 2 a 4 anos e 21,4% há menos de 2 anos, sem que surgissem evidências de alterações ao seu estudo por causa dessa variável. Na nossa amostra, a maioria da amostra (26 indivíduos) apresenta institucionalizações compreendidas entre os 21 – 60 meses (65%), sendo que os restantes 35% se encontram distribuídos em 17,5%

relativos a institucionalizações de 81 a 100 meses, 15% derivados a indivíduos residentes à 61 – 80 meses. Existe apenas um caso na amostra com uma institucionalização de menos de 20 meses (2,5%).

No que concerne às variáveis do autocuidado, Fontes (2014) desenvolveu um estudo acerca da temática com uma amostra de 451 idosos, onde chega a resultados semelhantes aos nossos. Isto é, relativamente à higiene diária (d510), Fontes (2014) refere que dos 262 indivíduos que necessitavam ajuda no banho, 28,4% da amostra apresentou alterações ligeiras. No nosso estudo, obtivemos uma evolução muito ténue, sendo que registamos uma possível melhoria, mas também um agravamento de estado. De entre as atividades do autocuidado, a higiene pessoal, concretamente o banho, é recorrentemente referida como a que maior limitação produz e que pode preceder outras dificuldades (Naik et al, 2004).

Ainda na higiene pessoal, mas relativamente às excreções, Fonte (2014) revelou que não verificou evidências de grande alteração na funcionalidade, exceto em situações com alterações significativas no estado de saúde. Esta autora refere mesmo que os níveis de deficiência da incontinência urinária foram idênticos aos da incontinência em ambos os momentos avaliativos. No nosso estudo, também apenas registamos uma variação ténue neste parâmetro (d530), pois apenas se verificou uma diminuição de um elemento no grau3 – problema grave, e um aumento do mesmo número no grau4 – problema completo.

No que concerne ao parâmetro de Vestir-se (d540), o nosso estudo não revela alterações entre momentos de avaliação. Já Fontes (2014) notou uma evolução de 26,2% da amostra do seu estudo. Este resultado reflete bem a exigência complexa da destreza bimanual e das capacidades cognitivas que lhe são necessárias e cuja variabilidade na reaquisição de competências está fortemente associada a estas últimas (Walker et al, 2004).

Nos parâmetros Comer e Beber (d550 e d560), Fontes (2014) refere aqueles onde os indivíduos apresentaram níveis de dependência mais baixos (30,4% versus 15,1%) e cuja redução percentual dessa dependência foi mais elevada. Também nosso caso, são os parâmetros onde se refletiram as maiores variações entre avaliações, principalmente no Comer (d550), onde relativamente ao grau0 – não há problema, existiu um aumento

drástico de seis indivíduos entre avaliações. Em direção inversa, tanto o grau 1 – problema ligeiro diminui um utente entre avaliações, como o grau 2 – problema moderado tem um decréscimo de cinco idosos.

Por fim, no último parâmetro avaliado – Cuidar da própria saúde (d570), nós não obtivemos evidências de alteração entre as avaliações da classificação, mas que era espectável, tendo em conta que a amostra está institucionalizada. Já Fontes (2014), no seu estudo encontrou evidências substanciais, relatando uma evolução de 300 indivíduos com esta dependência na primeira avaliação, para 204 na segunda, registando assim uma redução de 32% entre avaliações.

Oliveira et al. (2010), obtiveram no seu estudo uma relação estatisticamente significativa entre essas duas variáveis. Ou seja, a dependência aumentou com o progressivo aumento da idade. Dessa forma, e de acordo com os autores, é comum a perda da capacidade funcional global assim como a perda da capacidade para o autocuidado associada a esses fatores, pelo que faz todo o sentido a sua progressiva promoção sempre que for possível, e a sua manutenção dentro das limitações de cada indivíduo.

CONCLUSÃO

O envelhecimento é um processo dinâmico, progressivo e universal, fazendo-se acompanhar muitas vezes de alterações a nível físico, psíquico e social, ou seja, com o aumento da idade a aptidão física vai diminuindo, assim como a independência funcional e a qualidade de vida. Na tentativa de melhorar a situação, diariamente os investigadores realizam vários estudos e procuram novas tecnologias, não só para prolongar a longevidade, mas também para retardar o aparecimento de incapacidades e dependências.

Confirmou-se nos resultados da presente investigação que a dependência funcional está por vezes relacionada com alguma falta de estímulo, comprometendo assim, de alguma forma, a execução das atividades de vida diária no autocuidado, as quais, além de se poder observar uma transição gradual, pode não atingir todos os domínios do funcionamento da vida diária dos idosos em simultâneo.

Foi com base nestes pressupostos que se procurou estudar o autocuidado de quarenta utentes institucionalizados nesta IPSS, sendo uma amostra maioritariamente feminina, com uma idade mínima de 66 anos e uma máxima de 101 anos, correspondendo a uma média de $\pm 86,5$ anos, com predomínio dos que possuem idades entre os 85 e 94 anos.

Relativamente ao tempo de institucionalização, verificou-se que o mínimo de meses registado foi de 18, e o máximo verificou-se 91 meses, com uma média de $\pm 53,5$ meses.

A viuvez é o estado civil predominante da amostra, e a maioria é proveniente do meio urbano, sendo que a nível literário, três quartos da amostra estão distribuídos entre a iliteracia e o 1.º ciclo do ensino básico, destacando-se assim a nível profissional os trabalhadores de limpeza em casas particulares (16 elementos da amostra) e os agricultores de culturas mistas (sete indivíduos). Foi ainda realizada a operacionalização das patologias principais, obtendo uma perspetiva geral da amostra em que metade sofre de patologias de foro neurológico.

Ainda que tenha sido um intervalo de tempo curto, apenas três meses traduziu-se em uma alteração do autocuidado da amostra, pois a média global da CIFI entre a primeira avaliação da CIFI ($\bar{X} = 78,3$) e a segunda ($\bar{X} = 76,3$) baixou, o que por si só se traduziu

num acréscimo da autonomia destes indivíduos, ao se terem tornado um pouco mais independentes.

Até a data, em Portugal, o objeto deste estudo revela-se pouco explorado, pelo que salientamos a importância de lhe dar continuidade através de outros estudos que a complementem, bem como melhorar certos aspetos que estão em défice na presente investigação, nomeadamente, aumentar a população alvo/amostra, e alargar o âmbito do autocuidado para outras vertentes que não a higiene e alimentação. Foi facilmente perceptível que as limitações que mais saltam à vista ao avaliar o autocuidado, se prendem com a perda da funcionalidade, sendo que a estimulação física é de todo fundamental.

Com a finalização deste estudo, impera a necessidade de refletir sobre a importância que a realização do mesmo despoletou. Esta investigação permitiu contribuir para conhecer a realidade em torno da qualidade de vida do idoso institucionalizado, identificando as características que a influenciam de forma determinante. Consciente das limitações deste estudo, ainda assim espera-se que contribua para um aumento da informação e conhecimento acerca dos aspetos sobre que versa.

Este trabalho apresenta limitações de ordem metodológica, pelo reduzido número de participantes e processo de amostragem de conveniência, associado a um não balanceamento de características, como o género sexual; estes factos traduzem-se na pouca representatividade da amostra e impossibilita a extrapolação e generalização dos resultados à população em geral.

Para complementar os resultados obtidos neste trabalho, seria importante desenvolverem-se estudos, com grupos de maior dimensão e igual número de participantes de cada género sexual, de forma a tornar possível averiguar possíveis diferenças relativas a esta variável. Seria também pertinente realizarem-se estudos longitudinais, a fim de se obter uma melhor compreensão sobre a influência do tempo de institucionalização com a temática, ou sua estabilidade ou mudança/evolução durante esse período; outros possíveis trabalhos nesta área, poderiam comparar pessoas idosas institucionalizadas e não institucionalizadas. Considerando o exponencial aumento da população idosa em todo o mundo, pensamos ser fundamental incrementar a investigação nesta área, de forma a garantir melhores condições de vida às populações idosas, tanto em situação de institucionalização como nas suas próprias casas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2008). Transições e contextos multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais. Coimbra: Formasau.

Bordalo, F.; Cruz, M. (2010). Gestão de IPSS. Braga: Célula 2000.

Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Vol. 1). Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa.

Carpenito-Moyet, L. (2012). Diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica. 13ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2016). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa. Ministério da Saúde.

Duca, G.; Silva, M.; Hallal, P. (2009). Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. Revista de Saúde Pública.

Entidade Reguladora da Saúde. (2011). Estudo do acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde. Porto. Consultado a 17 de maio de 2018, em: https://www.ers.pt/pages/73?news_id=98.

Entidade Reguladora da Saúde. (2013). Avaliação do acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde. Porto. Consultado a 17 de maio de 2018, em: https://www.ers.pt/pages/73?news_id=620.

Eurostat (2018). Population: Structure indicators: proportion of population aged 65 years and more. Consultado a 13 de maio de 2018, em: <http://ec.europa.eu/eurostat>.

Fontes, A. P. A. (2014). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Um modelo multidimensional e multideterminado da funcionalidade em idosos assistidos na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região do Algarve. (Dissertação de Doutoramento) Universidade Nova De Lisboa. Faculdade De Ciências Médicas. Consultado dia 20 de maio de 2018 em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/14744/1/Fontes%20Ana%20TD%202014%20.pdf>.

Fortin, M. F. (2013). O processo de investigação: da concepção à realização. 3ª Edição. Loures: Lusociência.

Freixo, M. (2009) – Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas. Lisboa: Instituto Piaget.

Gonçalves, L., Nassar, S., Daussy, M., Santos, M., & Alvarez, A. (2011). O convívio familiar do idoso da quarta idade e seu cuidador. Ciências de cuidados de saúde.

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2011). Classificação Portuguesa das Profissões. Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística (2014). Destaque - Informação à comunicação social: Projeções de População Residente 2012-2060. Consultado a 13 de maio de 2018, em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2.

Jonas, H. (2006). O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Paris: Contraponto.

Lakatos, E.; Marconi, M. (2010) – Fundamentos de metodologia científica. 7ª ed. São Paulo: Atlas.

Lobo, A., & Pereira, A. (2007). Idoso institucionalizado: Funcionalidade e aptidão física. Revista Referência, II série.

Meleis, A. (2007). Theoretical Nursing – Development and progress, 4th edition. Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. Et Al. (2000). Experiencing Transitions: An emerging middle-rang theory. Vol. 23(3). Advanced Nursing Science.

Naik, A.D.; Concato, J.; Gill, T.M. (2004). Bathing disability in municipality-living older persons: Common, consequential, and complex. J Am Geriatr Soc.

Nightingale, F. (2005). Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. Loures. Lusociência.

Oliveira, A.; Oliveira, N.; Arantes, P.; Alencar, M. (2010). Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*.

Organização Mundial da Saúde (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (resolução WHA54.21). Direcção-Geral da Saúde.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Proposta dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos. Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem de reabilitação.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. 6th edition. St. Louis: Mosby.

OMS (2015). Resumo. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Consultado dia 12 de outubro de 2017 em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf.

Petronilho, F. (2007). *Preparação Do Regresso A Casa*. Coimbra: Formasau.

Petronilho, F. (2012). *O Auto-cuidado: Conceito central da Enfermagem. Da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão de anos (1990-2011)*. Coimbra: Formasau.

Quivy, R.; Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. 4.^a ed. Lisboa: Gradiva.

Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto. Legis.

Peres, M.O. (2014). *Os idosos institucionalizados - Estudo de algumas variáveis*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Castelo Branco. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Consultado a 17 de maio de 2018 em: <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2707/1/OS%20IDOSOS%20INSTITUCIONALIZADOS%20Estudo%20de%20Algumas%20Variáveis.pdf>.

Pinheiro, E.A.D. (2016). *Qualidade de vida dos utentes em Unidades de Cuidados Continuados*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Saúde. Bragança. Consultado dia 13 de maio de 2018 em:

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13039/1/Qualidade%20de%20vida%20dos%20utentes%20em%20Unidades%20de%20Cuidados%20Continuados%20%281%29.pdf>.

Sales, F.; Iraci S. (2007). Perfil de idosos Hospitalizados e Nível de Dependência de Cuidados de Enfermagem: Identificação de Necessidades. Texto e Contexto de Enfermagem, Julho-Setembro. Vol. 16. Universidade Federal de Santa Catarina – Brasil.

Sequeira, C. (2007). Cuidar de idosos dependentes. Coimbra: Quarteto Editora.

Sequeira, C. (2010). Cuidados de idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel.

Tomey, A.; Alligood, M. (2004). Teóricas de enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem). 5ª edição. Loures. Lusociência.

UCCCB (2017). Manual de aplicação da tabela de classificação da funcionalidade para idosos. Consultado a 12 de outubro de 2017 em: <http://ucccb.pt/wp-content/uploads/2017/02/Manual-de-aplicac%CC%A7a%CC%83o-da-tabela-de-classificac%CC%A7a%CC%83o-da-funcionalidade-para-idosos-de-janeiro-de-2017.pdf>.

Vilelas, J. (2009). Investigação - O processo de construção do conhecimento. Lisboa: Edições Sílabo.

Walker, C.; Sunderland, A.; Sharma, J.; Walker, M.F. (2004). The impact of cognitive impairment on upper body dressing difficulties. A video analysis of patterns of recovery. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*.

ANEXOS E APÊNDICES

B) Pedidos de Autorização

Exmo. Presidente da Direção da Obra
Social Padre Miguel - Bragança

Eu, Hugo Flávio dos Santos Borges, na qualidade de aluno do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Bragança, encontro-me a realizar um projeto de investigação científico como resposta a uma exigência curricular, tendo por base um estudo sobre os utentes da Obra Social Padre Miguel.

Desta forma, solicito a sua excelência que formalize o pedido de autorização, para que o estudo possa ser realizado e a recolha de dados possa ser colhida em dois momentos distintos, apresentando-lhe alguns aspetos que considero ter relevância para que tal ato possa ser consumado:

- **Tema do projeto:**” Impacto da promoção do Autocuidado.”
- **População:** Todos os utentes residentes da OSPM.
- **Amostra:** Todos os utentes com alterações nas AVD's de Alimentação e Higiene, que apresentem um Índice de Barthel superior a 25.

Contactos do aluno: E-mail – hugofborges@msn.com

Telemóvel – 938959363


Atentamente.

(O aluno)

(Hugo Flávio dos Santos Borges)

C) Autorização da OSPM

Impacto da promoção do Autocuidado

 Obra Social Padre Miguel <ospmiguel@mail.telepac.pt>
seg 14/08/2017, 13:52 ↩ ↶ → ∨

Exmo. Sr. Hugo Borges.

Bom dia.

A fim de dar resposta ao seu pedido de autorização para a aplicação do Estudo "Impacto da Promoção do Autocuidado" referenciado em epígrafe, cabe-me informar que o mesmo foi deferido.

Com os melhores cumprimentos.

Luisa Branco.

D) Escala Barthel Modificada

Código Utente: _____

ALIMENTAÇÃO 0 = Incapacitado 5 = Precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc. 10 = Independente	
BANHO 0 = Dependente 5 = Independente (ou no chuveiro)	
ATIVIDADES ROTINEIRAS 0 = Precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = Independente rosto/cabelo/dentes/barbear	
VESTIR-SE 0 = Dependente 5 = Precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = Independente (incluindo botões, zipers, laços, etc.)	
INTESTINO 0 = Incontinente 5 = Acidente ocasional 10 = Contigente	
SISTEMA URINÁRIO 0 = Incontinente, cateterizado ou incapaz de manejo 5 = Acidente ocasional 10 = Contigente	
USO DO WC 0 = Dependente 5 = Precisa de alguma ajuda parcial 10 = Independente (pentear-se, limpar-se)	

<p>TRANSFERÊNCIA (DA CAMA PARA A CADEIRA E VICE VERSA)</p> <p>0 = Incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado</p> <p>5 = Muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar</p> <p>10 = Pouca ajuda (verbal ou física)</p> <p>15 = Independente</p>	
--	--

<p>MOBILIDADE (EM SUPERFÍCIES PLANAS)</p> <p>0 = Imóvel ou < 50 metros</p> <p>5 = Cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, (> 50 metros)</p> <p>10 = Caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) (> 50 metros)</p> <p>15 = Independente (mas pode precisar de alguma ajuda técnica, como por exemplo, bengala) (> 50 metros)</p>	
--	--

<p>ESCADAS</p> <p>0 = Incapacitado</p> <p>5 = Precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado)</p> <p>10 = Independente</p>	
---	--

Total: _____

PONTUAÇÃO

TOTAL (0–100):

Orientações:

1. A pontuação na Escala Barthel refere-se ao que os sujeitos fazem e não ao que eles recordam ter feito um dia.
2. O principal objetivo é saber o grau de independência em relação a qualquer tipo de ajuda (física ou verbal).
3. Se o sujeito não consegue ler o questionário, alguém pode ler o mesmo para ele. É permitido que algum amigo ou parente responda pelo sujeito (caso este esteja impossibilitado de responder).
4. Preferencialmente procure obter respostas relativas às últimas 48 horas, dependendo do caso, pode ser por períodos maiores.

E) Questionário Sociodemográfico

Caracterização Socio Demográfica

Código: _____

1. Caracterização do utente

1.1 Tempo de institucionalização (em meses): _____

1.2 Idade: _____

1.3 Género: Masculino Feminino

1.4 Estado Civil: Viúvo Divorciado/Separado Solteiro Casado/União de Facto

1.5 Meio Habitacional: Urbano Rural

1.6 Habilitações Académicas:

- Sem Escolaridade
- 1º Ciclo do Ensino Básico (4ª classe)
- 2º Ciclo do Ensino Básico (6º ano)
- 3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano)
- Ensino secundário (7º ano antigo/ 12º ano)
- Ensino Superior

1.7 Atividade Profissional: _____

2. Patologia

2.1. Diagnóstico principal: _____

2.2. Diagnósticos secundários: _____

3. Índice de Barthel

3.1. Valor Calculado: _____

F) CIFI (alterada)

Código: _____

Classificação de Funcionalidade-Idoso

FUNÇÕES DO CORPO		Pontuação
ACTIVIDADE E PARTICIPAÇÃO		
Capítulo 5- Autocuidados	d510-Lavar-se, é capaz de fazer a sua higiene diário sozinho/a? Tomar banho, lavar-se?	0-4% É sempre capaz de tomar banho e secar-se de forma autónoma sem dificuldade.
		5-24% É capaz de tomar banho e secar-se, de forma autónoma, na maioria das vezes.
		25-49% É capaz de tomar banho e secar-se, com condições específicas, de forma autónoma, com alguma dificuldade
		50-95% É capaz de tomar banho ou de secar-se, algumas vezes, de forma autónoma, com muita dificuldade.
		96-100% É incapaz de tomar banho ou secar-se de forma autónoma.
	d520-Cuidar de partes do corpo, é capaz de cuidar/lavar/limpar a cara, os dentes, os cabelos e os genitais sozinho/a?	0-4% É sempre capaz de cuidar das diversas partes do corpo de forma autónoma sem dificuldade.
		5-24% É capaz de cuidar das diversas partes do corpo, de forma autónoma na maioria das vezes.
		25-49% É capaz de cuidar de partes do corpo, em condições específicas, com algumas dificuldades.
		50-95% É capaz de cuidar de pelo menos uma parte do corpo, de forma autónoma, com muitas dificuldades.
		96-100% É incapaz de cuidar das partes do corpo.
	d530-Higiene pessoal relacionada com as excreções, é capaz de reconhecer quando tem necessidade de ir à casa de banho, para urinar ou para defecar e limpar-se sozinho/a?	0-4% É sempre capaz de se cuidar, de forma autónoma, nos diversos processos de excreção sem dificuldade.
		5-24% É capaz de se cuidar, de forma autónoma nos processos de excreção, na maioria das vezes.
		25-49% É capaz de se cuidar de forma autónoma, nos processos de excreção específicos, com alguma dificuldade.
		50-95% É capaz de se cuidar em pelo menos um processo de excreção, com muita dificuldade
		96-100% É incapaz de se cuidar nos diversos processos de excreção.
	d540-Vestir-se, é capaz de se vestir e calçar os sapatos sozinho/a?	0-4% É sempre capaz de se vestir e calçar, de forma autónoma e adequada, sem dificuldade.
		5-24% É capaz de se vestir e calçar, de forma autónoma e adequada, na maioria das vezes.
		25-49% É capaz de se vestir e calçar de forma autónoma e adequada, em contexto específico, com alguma dificuldade.
		50-95% É capaz de vestir ou calçar de forma autónoma e adequada, pelo menos uma peça de vestuário, com muita dificuldade.
		96-100% É incapaz de se vestir e calçar de forma autónoma e adequada.

	d550-Comer, é capaz de comer sozinho uma refeição normal (prato principal e fruta)	0-4% É sempre capaz de se alimentar, de forma autónoma sem dificuldade.	
		5-24% É capaz de se alimentar de forma autónoma, na maioria das vezes.	
		25-49% É capaz de se alimentar, em contextos específicos de forma autónoma com alguma dificuldade.	
		50-95% É capaz de se alimentar pelo menos uma vez no dia de forma autónoma com muita dificuldade.	
		96-100% É incapaz de se alimentar de forma autónoma	
	d560-Beber, é capaz de beber sozinho uma bebida (água, sopa)?	0-4% É sempre capaz de se alimentar, de forma autónoma sem dificuldade.	
		5-24% É capaz de se alimentar de forma autónoma, na maioria das vezes.	
		25-49% É capaz de se alimentar, em contextos específicos de forma autónoma com alguma dificuldade.	
		50-95% É capaz de se alimentar pelo menos uma vez no dia de forma autónoma com muita dificuldade.	
		96-100% É incapaz de se alimentar de forma autónoma.	
	d570-Cuidar da sua própria saúde, é capaz de cuidar da sua saúde sozinho, como tomar a medicação, controlar a alimentação?	0-4% É sempre capaz de cuidar da saúde, de forma autónoma, sem dificuldade.	
		5-24% É capaz de cuidar da saúde de forma autónoma, na maioria das vezes.	
		25-49% É capaz de cuidar da saúde, de forma autónoma, em contexto específico, com alguma dificuldade.	
		50-95% É capaz de cuidar da pelo menos uma dimensão da sua saúde, com muita dificuldade.	
		96-100% É incapaz de cuidar da saúde, de forma autónoma.	

Legenda

Qualificador	Exemplo da Tradução Semântica	Classes de Quantificação
0	Não há problema (nenhum, ausente, insignificante)	0-4%
1	Problema LIGEIRO (leve, pequeno, ...)	5-24%
2	Problema MODERADO (médio, regular, ...)	25-49%
3	Problema GRAVE (grande, extremo, ...)	50-95%
4	Problema COMPLETO (total, ...)	96-100%

Quadro 1 - Sistema de qualificação da CIFI