

**ESTADO COGNITIVO DO IDOSO NÃO INSTITUCIONALIZADO
DO DISTRITO DE BRAGANÇA**

Andreia Isabel Costa Condado

Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária

Orientadores:

Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás

Professor Doutor Hélder Jaime Fernandes

Bragança, junho 2018

**ESTADO COGNITIVO DO IDOSO NÃO INSTITUCIONALIZADO
DO DISTRITO DE BRAGANÇA**

Andreia Isabel Costa Condado

“Trabalho realizado pela mestranda Andreia Isabel Costa Condado, no âmbito da unidade curricular – Estágio II/Trabalho de Projeto, lecionada no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança”

Bragança, junho 2018

Resumo

Enquadramento: Considerando as frequentes queixas de idosos face ao seu estado mental assim como as diversas alterações a nível mental e cognitivo identificadas pelos profissionais de saúde ao longo da sua prática, decidiu-se investigar o estado cognitivo e depressão nos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança.

Objetivos: Identificar a prevalência de alterações cognitivas dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança. Relacionar o estado cognitivo dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança com as variáveis sociodemográficas, avaliação sensorial, hábitos de vida, estado de saúde, e o estado afetivo (depressão). Realizar um plano de intervenção comunitário no âmbito da estimulação cognitiva no distrito de Bragança, intervindo nas potenciais problemáticas identificadas com a presente investigação.

Metodologia: Trata-se de uma investigação de metodologia quantitativa, estudo observacional, descritivo, analítico de coorte transversal, com uma amostra por conveniência, constituída por idosos (n=581), residentes no distrito de Bragança. Para recolha de dados, foi aplicado a MMSE para avaliação do declínio cognitivo; e a *Geriatric Depression Scale* (GDS-15) para avaliação dos sintomas depressivos.

Resultados: A amostra é maioritariamente do sexo feminino (85,9%) residindo maioritariamente nos Concelhos de Mirandela, Macedo de Cavaleiros, Vinhais e Mogadouro. O estado cognitivo dos idosos não institucionalizados difere em função da idade ($p<0,001$), sexo ($p=0,020$), habilitações literárias ($p<0,001$), profissão ($p<0,001$) dos problemas de visão ($p<0,001$), audição ($p<0,001$), perda auditiva ($p<0,001$), do consumo de tabaco ($p=0,012$), consumo de álcool ($p=0,045$), estarem polimedicados ($p<0,001$), terem necessidade de usarem auxiliares de marcha ($p<0,001$). Difere ainda em função da saúde autopercebida ($p<0,001$) e do estado afetivo (depressão) ($p<0,001$).

Conclusões: Conclui-se que quanto maiores as habilitações literárias melhor o desempenho cognitivo; quanto mais velhos forem os idosos pior é o estado cognitivo; quanto melhor for a autoperceção dos idosos acerca da sua saúde, melhor é o estado cognitivo; identificação de sintomas de depressão demonstra pior estado cognitivo. De uma forma geral os idosos não apresentam sintomatologia depressiva.

Palavras-Chave: Idoso, Estado cognitivo, Depressão, Envelhecimento

Abstract

Background: Considering the frequent complaints of the elderly regarding their mental state as well as the various mental and cognitive changes identified by health professionals throughout their practice, it was decided to investigate the cognitive status and depression of the non-institutionalized elderly in the district of Bragança.

Objectives: To identify the prevalence of cognitive changes, to relate cognitive status to sociodemographic variables, sensory evaluation, life habits, health status, and affective state (depression), in order to be able to subsequently carry out a community intervention plan in the cognitive stimulation.

Methodology: This is a quantitative, observational, descriptive, cross-sectional, cross-sectional study with a convenience sample of elderly (n = 581) residents of Bragança district. For data collection, the MMSE was used to assess cognitive decline; and the Geriatric Depression Scale (GDS-15) for the evaluation of depressive symptoms.

Results: The sample is predominantly female (85.9%) residing mainly in the Municipalities of Mirandela, Macedo de Cavaleiros, Vinhais and Mogadouro. The cognitive status of the non-institutionalized elderly differed according to age (p <0.001), gender (p = 0.020), literacy (p <0.001), occupation (p <0.001) (p <0.001), hearing loss (p <0.001), tobacco use (p = 0.012), alcohol consumption (p = 0.045), polymedication (p <0.001), need to use gaiters <0.001). It also differs according to self-perceived health (p <0.001) and affective status (depression) (p <0.001).

Conclusions: It is concluded that the higher the educational qualifications, the better the cognitive performance; the older the elderly the worse the cognitive state; the better the self-perception of the elderly about their health, the better the cognitive state; identification of symptoms of depression shows worse cognitive status. In general the elderly do not present depressive symptomatology.

Key words: Elderly, Cognitive status, Depression, Aging

Lista de Abreviaturas Siglas e Acrónimos

| | |
|----------|--|
| APA | <i>American Psychiatric Associations</i> |
| CITP | Classificação Internacional Tipo de Profissões |
| DGS | Direção Geral de Saúde |
| et al. | e colaboradores |
| g | grama |
| INE | Instituto Nacional de Estatística |
| ml | mililitros |
| MMSE | <i>Mini-mental State Examination</i> |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| <i>p</i> | nível de significância |
| p./pp. | página/páginas |
| s.d. | sem data |
| SNC | Sistema Nervoso Central |
| SPSS | <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> |
| UCC | Unidade de cuidados na comunidade |
| EEEC | Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária |
| CPP | Classificação Portuguesa das Profissões |
| UBP | Unidade de Bebida Padrão |
| GIG-UDC | Grupo de Investigação em Gerontologia da Universidade da Corunha |
| GDS | <i>Geriatric Depression Scale</i> |

Agradecimentos

Aos meus orientadores, Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás e Professor Doutor Hélder Jaime Fernandes pelo estímulo à pesquisa, e pela confiança que depositaram no meu trabalho. Um muito obrigado pelos conselhos dados e incentivo.

A toda equipa de trabalho da Unidade de Cuidados na Comunidade e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do centro de saúde de Santa Maria – Bragança pelo acolhimento e disponibilidade que facilitou o processo de recolha de dados. Obrigado pela ajuda, apoio e compreensão.

A todos os idosos que aceitaram a participação no estudo, tornando-o assim possível.

Aos meus amigos, pelo apoio e por compreenderem todas as minhas ausências por ouvirem os meus desabafos e pelo apoio dado.

À família, por fazerem de mim o que sou, por acreditarem nas minhas capacidades e por me protegerem e apoiarem incondicionalmente em todo este processo.

Em especial aos meus pais pelo apoio e por nunca me deixarem desistir nem perder o ânimo quando as dificuldades apareceram.

Ao meu companheiro de vida pela paciência inesgotável, suporte, motivação e apoio incondicional em todas aquelas que foram as horas más.

A todas essas pessoas um Muito Obrigado!

Índice

| | |
|--|----|
| Introdução..... | 12 |
| Parte I – Enquadramento Teórico..... | 14 |
| Capítulo I – Contextualização do Envelhecimento | 15 |
| 1. Envelhecimento Demográfico..... | 15 |
| 1.1 Envelhecimento Biológico..... | 16 |
| 1.2 Envelhecimento Psicológico e Cognitivo | 18 |
| 1.3 Envelhecimento Social | 21 |
| Capítulo II – A Neuropsicologia | 23 |
| 2. Concetualização da Avaliação Neuropsicológica..... | 23 |
| 2.1. Funções Cognitivas Superiores..... | 24 |
| 2.1.1 Funções Executivas | 24 |
| 2.1.2 Funções da Memória | 25 |
| 2.1.3 Funções da Atenção | 28 |
| 2.1.4 Inteligência | 29 |
| 2.2 Escalas de Avaliação | 30 |
| 2.3 Intervenção Neuropsicológica | 32 |
| 2.3.1 Reabilitação Cognitiva | 32 |
| Parte II – Estudo Empírico | 36 |
| Capítulo III – Metodologia..... | 37 |
| 3. Enquadramento Metodológico | 37 |
| 3.1 Contextualização do Problema e Objetivos do Estudo | 37 |
| 3.2 Variáveis e Hipóteses de Estudo..... | 38 |
| 3.3 População e Amostra | 42 |
| 3.3.1 População | 42 |
| 3.3.2 Amostra | 42 |
| 3.4 Procedimentos..... | 45 |

| | |
|---|-----|
| 3.4.1 Desenho do Estudo..... | 45 |
| 3.4.2 Procedimento de Recolha de Dados..... | 45 |
| 3.4.3 Procedimentos Éticos e Deontológicos..... | 46 |
| 3.5 Instrumento de Medida..... | 47 |
| 3.5.1. Mini-Mental State Examination..... | 47 |
| 3.5.2. Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS) – versão curta..... | 48 |
| 3.6. Tratamento de Dados..... | 49 |
| Capítulo IV – Apresentação e Discussão de Resultados..... | 51 |
| 4. Apresentação e Discussão..... | 51 |
| 4.1. Resultados Descritivos..... | 51 |
| 4.2. Resultados Inferenciais..... | 58 |
| Capítulo V - Conclusões, Limitações e Sugestões..... | 70 |
| Referências Bibliográficas..... | 73 |
| Anexos..... | 82 |
| Anexo I..... | 83 |
| Anexo II..... | 103 |
| Anexo III..... | 105 |
| Anexo IV..... | 116 |
| Anexo V..... | 135 |

Índice de Quadros

| | |
|---|----|
| Quadro 1: Divisões da Memória..... | 26 |
| Quadro 2: Descrição de testes psicométricos | 31 |
| Quadro 3: População residente (≥ 65 anos) por município, sexo e grupo etário, do distrito de Bragança | 42 |
| Quadro 4: Descrição dos itens da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS) | 49 |

Índice de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1: Distribuição da amostra por Concelho | 43 |
| Tabela 2: Distribuição da amostra segundo a Idade, Sexo, Habilitações Literárias e Profissões..... | 44 |
| Tabela 3: Distribuição da amostra segundo a Avaliação da Visão..... | 51 |
| Tabela 4: Distribuição da amostra segundo a Avaliação da Audição | 52 |
| Tabela 5: Distribuição da amostra segundo o consumo de Tabaco..... | 53 |
| Tabela 6: Distribuição da amostra segundo o consumo de cafés ou bebidas contendo cafeína..... | 54 |
| Tabela 7: Distribuição da amostra segundo o consumo de Álcool..... | 54 |
| Tabela 8: Distribuição da amostra segundo os Internamentos Hospitalares | 55 |
| Tabela 9: Distribuição da amostra segundo a utilização de auxiliares para marcha | 55 |
| Tabela 10: Distribuição da amostra segundo a descrição de auxiliares de marcha..... | 55 |
| Tabela 11: Distribuição da amostra segundo a classificação do Estado de Saúde | 56 |
| Tabela 12: Análise Descritiva MMSE..... | 56 |
| Tabela 13: Pontos de Corte MMSE..... | 57 |
| Tabela 14: Análise Descritiva GDS-15 | 57 |
| Tabela 15: Pontos de Corte GDS-15 | 57 |
| Tabela 16: Fiabilidade do MMSE | 58 |
| Tabela 17: Fiabilidade da Escala GDS-15..... | 58 |
| Tabela 18: Estado Cognitivo dos idosos segundo a variável idade..... | 59 |
| Tabela 19: Estado Cognitivo dos idosos segundo a variável sexo | 60 |
| Tabela 20: Estado Cognitivo dos idosos segundo a variável habilitações literárias | 61 |
| Tabela 21: Estado Cognitivo dos idosos segundo a variável profissão..... | 62 |
| Tabela 22: Estado Cognitivo segundo a avaliação sensorial..... | 63 |
| Tabela 23: Estado Cognitivo segundo os hábitos de vida | 64 |
| Tabela 24: Estado Cognitivo segundo o Estado de Saúde..... | 66 |
| Tabela 25: Estado cognitivo segundo a saúde autopercebida..... | 67 |
| Tabela 26: Estado cognitivo consoante a escala GDS-15 | 68 |

Índice de Gráficos

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 - Estado Cognitivo dos idosos segundo a variável idade | 59 |
| Gráfico 2 - Estado Cognitivo dos idosos segundo a variável habilitações literárias | 61 |
| Gráfico 3 - Estado Cognitivo dos idosos segundo a variável profissão | 62 |
| Gráfico 4 - Estado Cognitivo dos idosos segundo a saúde autopercebida | 67 |
| Gráfico 5 - Estado Cognitivo dos idosos segundo a escala GDS-15 | 68 |

Introdução

O papel da família e dos profissionais de saúde (particularmente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária) além do papel da comunidade assumem em conjunto um papel de extrema importância na prevenção de alterações cognitivas na estimulação cognitiva e na prevenção de comportamentos de risco para o idoso.

No âmbito da Unidade Curricular Estágio I/Trabalho de Projeto, que decorreu na Unidade funcional Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), elaborou-se um projeto de investigação sobre “Estado cognitivo do idoso não institucionalizado” que veio a ser operacionalizado no decorrer do Estágio II/Trabalho de Projeto, no 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Toda e qualquer mudança operada pelo profissional de saúde, deve ser baseada na observação da realidade para que a intervenção seja a mais ajustada às necessidades encontradas.

A pertinência do estudo poderá ser justificada pelo facto de na bibliografia consultada não se terem encontrado estudos acerca do estado cognitivo dos idosos do distrito de Bragança, assinalando-se por isso uma lacuna neste âmbito. Pela leitura de alguns estudos subordinados ao tema surgiu a ideia que a alteração do estado cognitivo se encontrava associada a vários factores por isso tornar-se-ia interessante analisar esta associação. Na área da saúde a nossa preocupação é também operar sobre questões e realidades que pelo nosso estudo e intervenção podem futuramente ser melhoradas.

As competências específicas presentes no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC), divulgado pelo Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro (art.º 4, p. 8667), consideram que este profissional deve cumprir os seguintes requisitos:

- a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde e
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Face ao referido, colocou-se a seguinte questão de investigação: *Qual o estado cognitivo dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança?*

Procurando responder à questão de investigação foram delineados os seguintes objetivos:

- Identificar a prevalência de alterações cognitivas dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança.
- Relacionar o estado cognitivo dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança com as variáveis sociodemográficas, avaliação sensorial, hábitos de vida, estado de saúde, e o estado afetivo (depressão).
- Realizar um plano de intervenção comunitário no âmbito da estimulação cognitiva no distrito de Bragança, intervindo nas potenciais problemáticas identificadas com a presente investigação.

Face ao exposto, decidiu-se desenvolver um estudo de natureza quantitativa, descritivo, analítico de coorte transversal.

A presente investigação encontra-se organizada em duas partes. A primeira parte constitui o enquadramento teórico ao tema, onde se apresentam alguns aspectos relativos ao envelhecimento, às funções cognitivas e intervenção neuropsicológica nomeadamente a reabilitação cognitiva.

A segunda parte representa o estudo empírico efetuado que se inicia com a contextualização do problema e exposição dos objetivos da investigação, das variáveis e hipóteses em estudo, população e amostra, procedimentos éticos assim como os instrumentos de recolha dos dados o tratamento e a análise dos resultados.

É com a reflexão acerca dos resultados obtidos no estudo, que nos permite traçar um projeto de intervenção na comunidade de forma a solucionar ou minimizar os resultados menos favoráveis do estado cognitivo do idoso investigado. O trabalho termina, referindo as principais limitações e outorgando assim sugestões para futuras investigações.

Parte I – Enquadramento Teórico

Capítulo I – Contextualização do Envelhecimento

Neste capítulo, expomos uma revisão da literatura afeta ao tema da investigação. Para sua elaboração procedemos à escolha e recolha de informação adequada e atualizada, com o propósito de dar a conhecer o estado atual dos conhecimentos sobre esta temática.

Para ilustrar as características intrínsecas e extrínsecas do envelhecimento optou-se por dividir a temática, abordando-se o envelhecimento nos contextos demográfico, biológico, psicológico, cognitivo e social, tendo como base a revisão da literatura previamente realizada.

1. Envelhecimento Demográfico

Do ponto de vista demográfico, o aumento da probabilidade de ocorrências de incapacidades e da longevidade das doenças crónicas, levando a situações de dependência física, psíquica e/ou social, está associado ao fenómeno de envelhecimento. Segundo o INE (2017, p.1) “a população com 65 ou mais anos de idade [...] poderá passar de 2,1 para 2,8 milhões de pessoas, entre 2015 e 2080...”.

Atendendo à divisão feita ao nível da gerontologia, em que este grupo de pessoas encontra-se dividido em três categorias cronológicas: entre os 65 e os 74 anos encontram-se os “idosos jovens”; entre os 75 e os 84 anos, o “idoso médio”; e, finalmente, o “idoso idoso” a partir dos 85 anos de idade (Imaginário, 2004).

Imaginário (2004) revê algumas teorias em torno da definição de envelhecimento, traduzindo num processo de desenvolvimento gradual e multifatorial, determinado em larga medida pelo declínio fisiológico e funções adaptativas, que se torna mais evidente com o avanço da idade.

Também Robert (1994, citado por Fernandes, 2002, p. 22) refere que o envelhecimento é uma “perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente”.

Binet e Bourliere (s.d. citados por Fernandes, 2002, p. 22) apresentam uma definição mais lata, quando equacionam com “todas as modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que aparecem como consequência da ação do tempo sobre os seres vivos”.

Neste sentido, e do ponto de vista biopsicossocial, pode afirmar-se que não se envelhece da mesma forma, ao mesmo ritmo e na mesma época cronológica. Ou seja, embora o envelhecimento seja comum a todas as pessoas, demonstra características próprias de pessoa para pessoa, atendendo à constituição biológica e à estrutura da personalidade, em estreita interação com o meio (Spar & La Rue, 2005; Fontaine, 2000).

Relativamente a este aspeto Strehler (1977, citado por Simões, 2006) refere que o envelhecimento caracteriza-se por ser universal, intrínseco ao organismo e de consequências negativas. É universal porque afeta todos os sujeitos; é intrínseco ao organismo porque se aplica também ao sistema imunitário; têm consequências negativas porque afetam o funcionamento do organismo, deixando-o vulnerável a agressões externas.

1.1 Envelhecimento Biológico

McArdle, Katch e Katch (1998, citados por Sequeira, 2010) caracterizam o envelhecimento biológico como referindo-se à diminuição da taxa metabólica, como consequência das trocas energéticas do organismo, denotando-se uma redução acentuada da capacidade de regeneração da célula, levando ao envelhecimento dos tecidos.

Assim, Netto e Ponte (2000, citados por Figueiredo, 2007) referem que o envelhecimento biológico diz respeito às transformações físicas que minimizam a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismos, refletindo-se numa diminuição de forma progressiva da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático que, normalmente, não será suficiente para produzir perturbações funcionais. Quando este declínio é significativo, verifica-se uma redução da reserva funcional, colocando o idoso vulnerável ao aparecimento de doenças crónicas.

Spar e La Rue (2005) a nível anatómico e funcional esquematizaram os principais sistemas orgânicos, associados ao envelhecimento, essencialmente ao nível do sistema cardiovascular, respiratório, renal, gastrointestinal, músculo-esquelético e sistema nervoso.

O **sistema cardiovascular**, com o envelhecimento, sofre uma redução significativa ao nível da capacidade funcional. No entanto, em repouso, o idoso não demonstra uma redução significativa do débito cardíaco, mas em situações fisiológicas e

patológicas, os mecanismos para a sua manutenção podem falhar, resultando em processos isquémicos. Leonardo da Vinci (s.d., citado por Afiune, 2011, p. 374) refere que a causa do envelhecimento são

veias que, devido ao espessamento das túnicas, que ocorre nos idosos, limitam a passagem do sangue e, como resultado dessa falta de nutrição, destroem a vida dos idosos sem provocar febre e os idosos enfraquecem pouco a pouco em uma morte lenta.

Assim, o coração e os vasos sanguíneos, com o avanço da idade, apresentam alterações morfológicas e teciduais, mesmo na ausência de qualquer doença.

Quanto ao **sistema respiratório** continua capacitado para manter uma oxigenação e ventilação adequadas, ao longo do processo de envelhecimento. No entanto, progressivamente, perde-se a reserva respiratória, diminuindo a resposta ventilatória à hipoxia e à hipercapnia e tornando os idosos mais vulneráveis à insuficiência respiratória (Gorzoni, 2011).

No que se refere ao **sistema renal**, Davison (1998, citado por Sequeira, 2010) menciona que é menos eficiente na eliminação das toxinas e de outras substâncias, perde a capacidade de esvaziamento da bexiga, verificando-se uma diminuição da elasticidade e perda da massa renal.

Quanto ao **sistema gastrointestinal** é menos eficiente na absorção dos nutrientes, diminui a eficiência da eliminação e constata-se uma atrofia da mucosa gástrica (Spar & La Rue, 2005).

Relativamente ao sistema **músculo-esquelético**, verifica-se uma diminuição progressiva e lenta da massa muscular, sendo o tecido nobre paulatinamente substituído por colagénio e gordura (Rossi & Sader, 2011).

A musculatura esquelética da pessoa idosa produz menos força e desenvolve as funções mecânicas de forma mais lenta, uma vez que a excitabilidade do músculo e da junção mioneural encontra-se diminuída; existe uma contração duradoura, um relaxamento lento e um aumento da fadigabilidade. A redução da força muscular na cintura pélvica e nos extensores dos quadris resulta numa maior dificuldade para a impulsão e para o levantar

Por último, e relativamente ao **sistema nervoso** evidencia, entre outras, degenerescência neurofibrilar de neurónios, acumulação de placas senis e perda de neurónios. (Rossi & Sader, 2011).

Todas as alterações mencionadas vão levar, assim, a uma perda progressiva da capacidade de adaptação do organismo, ou seja, a uma redução da sua capacidade funcional. Desta forma, o envelhecimento coloca o idoso numa situação de maior vulnerabilidade à doença, designadamente, a problemas crónicos de saúde que podem limitar a sua vida quotidiana (Figueiredo, 2007).

1.2 Envelhecimento Psicológico e Cognitivo

As modificações corporais no idoso têm implicações psicológicas, traduzindo-se na mudança de atitudes e comportamentos, uma vez que o envelhecimento é um processo dinâmico e complexo (Sequeira, 2010).

Sob o ponto de vista psicológico, é avaliado o equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do sujeito, de forma a minimizar as perdas associadas ao processo de envelhecimento. O envelhecimento psicológico está dependente de fatores patológicos, genéticos, ambientais, do contexto sociocultural no qual o indivíduo está inserido e da forma como qualquer um organiza e vivencia o seu projeto de vida (Sequeira, 2010).

A saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos e da sociedade. Todavia, ainda é pouca a atenção dispensada aos transtornos mentais comparativamente com a saúde física, ainda que se projete um aumento quantitativo de indivíduos portadores de transtornos mentais, atendendo ao envelhecimento populacional (Frank & Rodrigues, 2011).

Os transtornos mentais, nomeadamente a depressão tem sido difícil de diagnosticar na prática clínica. As razões para tal situação não são claras, todavia, pensa-se que o período médio de tempo destinado a uma consulta nos cuidados primários é insuficiente para identificar de forma imediata os sintomas psiquiátricos. A ausência de crítica e de reconhecimento do seu próprio estado depressivo por parte do doente reduz a hipótese de diagnosticar a depressão (Montgomery, 2000).

Para que seja efetivo um diagnóstico depressivo, é fulcral que estejam presentes um conjunto de sintomas que compõem os critérios de diagnóstico, independentemente da faixa etária.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais da *American Psychiatric Associations* (APA) (2014, p. 193)

Os critérios de sintomas para perturbação depressiva devem estar presentes quase todos os dias para serem considerados presentes, com exceção de alterações do peso e ideação suicida. O humor deprimido deve estar presente a maior parte do dia, além de estar presente quase todos os dias. Muitas vezes, a insónia ou a fadiga são as queixas de apresentação e a não investigação de sintomas depressivos acompanhantes resultará em sub-diagnóstico. A tristeza pode ser inicialmente negada, mas pode ser evidenciada através da entrevista ou inferida a partir da expressão facial ou do comportamento. Nos indivíduos que se focam numa queixa somática, os clínicos devem determinar se o mal-estar decorrente da queixa está associado a sintomas depressivos específicos. A fadiga e as alterações do sono estão presentes numa elevada proporção de casos; as alterações psicomotoras são muito menos comuns, mas são indicativas de uma maior gravidade global, tal como a presença de culpa delirante ou quase delirante.

Assim, os critérios de diagnóstico para a perturbação depressiva são:

A) Estão presentes 5 (ou mais) dos seguintes sintomas durante um período de 2 semanas consecutivas e representam uma alteração do funcionamento prévio; pelo menos um dos sintomas é 1) humor deprimido ou 2) perda de prazer ou do interesse.

- 1) Humor deprimido durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicado ou pelo relato subjetivo ou pela observação dos outros.
- 2) Diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias.
- 3) Perda de peso, não estando a fazer dieta, ou aumento de peso significativo, ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.
- 4) Insónia ou hipersónia quase todos os dias.
- 5) Agitação ou lentificação psicomotoras quase todos os dias.
- 6) Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
- 7) Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias.

- 8) Diminuição da capacidade de pensar ou de concentração, ou indecisão, quase todos os dias.
- 9) Pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida recorrente sem plano específico ou tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
- B) Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou em qualquer outra área importante do funcionamento.
- C) O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.
- D) A ocorrência do episódio depressivo major não é mais bem explicado por perturbação esquizoafetiva, esquizofrenia, perturbação esquizofreniforme, perturbação delirante ou perturbações do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada ou por outras perturbações psicóticas.
- E) Nunca existiu um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco (APA, 2014, pp.190-191).

A perturbação depressiva apresenta significativa prevalência entre sujeitos idosos, variando entre 4,8 e 14,6% (Frank & Rodrigues, 2011).

Relativamente às modificações cognitivas associadas ao envelhecimento, quando estas não são compensadas com outros mecanismos, influenciam a globalidade das funções do idoso, particularmente no fator memória que a partir da meia-idade pode apresentar diferentes níveis de deterioração, pois só algumas pessoas é que apresentam uma perda progressiva e global das funções mentais e só algumas é que evoluem para demência (Sequeira, 2010; Barreto, 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1992, citada por Castro-Caldas, 2005, p.1)

uma síndrome resultante da doença do cérebro, em geral de natureza crónica ou progressiva no qual se registam alterações de múltiplas funções nervosas superiores incluindo a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a linguagem e o raciocínio. O estado de consciência não está enevoado. As perturbações das funções cognitivas são muitas vezes acompanhadas, e por vezes precedidas por deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação.

A *American Psychiatric Associations* (2014) definiu demência como sendo o declínio cognitivo significativo em relação a um nível prévio de desempenho num ou mais domínios cognitivos (atenção complexa funções executivas, aprendizagem e memória, linguagem).

Na prática quando se fala de demência dá-se uma atenção especial ao conjunto de modificações que influenciam a esfera cognitiva, por serem as perturbações que mais chamam a atenção dos familiares e dos clínicos. No entanto, outros domínios da vida mental são atingidos, e o funcionamento do organismo no seu todo acaba por ser afetado (Barreto, 2005).

Também Nunes (2005) considera que a demência é uma patologia do envelhecimento, refletida no aumento acentuado da prevalência nos grupos de idade mais avançada, não sendo claro se a demência é devida ao envelhecimento ou se está relacionada com esse mesmo envelhecimento.

Várias doenças podem causar demência, podendo classificar-se as causas da demência em dois grandes grupos: demências sem e com comprometimento estrutural (Caramelli, 2011).

As demências sem comprometimento estrutural do Sistema Nervoso Central (SNC) decorrem de transtornos de origem tóxica ou metabólica que ocorrem secundariamente a doenças sistémicas ou à ação de drogas no SNC (Caramelli, 2011).

1.3 Envelhecimento Social

Paralelamente às alterações biológicas, psicológicas e cognitivas que emergem com o envelhecimento, aliam-se as modificações em torno dos papéis sociais, exigindo capacidade de ajustamento ou adaptação às novas condições de vida (Figueiredo, 2007).

No ciclo de vida em que se encontram, os idosos, vão-se confrontando com modificações consideráveis ao nível dos papéis a desempenhar, no seio familiar, laboral e ocupacional (Sequeira, 2010).

As redes sociais dos sujeitos, ao longo do ciclo de vida, mudam como os contextos de trabalho, familiares e de vizinhança. A reforma ou a mudança de residência modificam de forma profunda esta rede. Algumas pessoas significativas, com o envelhecimento, vão desaparecendo, sendo necessário reorganizar as redes de apoio informal, com o intuito de manter a independência e a participação social, já que as

redes de apoio são indispensáveis para a saúde mental, satisfação com a vida e envelhecimento óptimo (Paul, 2005).

Do ponto de vista psicológico, o momento da passagem à reforma e consequentemente o processo de transição-adaptação que está inerente poderá transformar-se em ocasiões de extrema sensibilidade ao surgimento de alterações ao nível do funcionamento dos indivíduos, com inevitáveis consequências ao nível do respetivo bem-estar psicológico e social (Cavanaugh, 1997, citado por Fonseca, 2005).

Berger (1995, citado por Imaginário, 2004, p. 46) menciona que

o isolamento, a miséria, a inactividade e a desvalorização podem ser factores de stress importantes que comprometem o equilíbrio físico e psíquico, por vezes frágil dos idosos. [...] As pessoas idosas bem integradas no meio são capazes de adoptar uma atitude psicossocial positiva, isto é, reconhecer que fizeram bem aquilo que tinham a fazer, e de encarar com serenidade a proximidade do fim.

Figueiredo (2007) também chama a atenção para o facto de a perda de alguns papéis sociais poderem não ser sentidos pelos indivíduos como algo negativo, que inevitavelmente acarrete estados de tristeza e de insatisfação com a vida, mas poderá ser vivenciada como um simples desenrolar de transformações com as quais o sujeito interage de modo satisfatório.

Capítulo II – A Neuropsicologia

2. Concetualização da Avaliação Neuropsicológica

O conceito de neuropsicologia surge pela primeira vez em 1913 por Osler quando tentou relacionar os comportamentos dos seres humanos com processos intelectuais, representando uma nova abordagem do estudo do cérebro (Sousa, 2014). Nas décadas seguintes vários foram os autores que utilizaram o conceito, sem no entanto, o definirem.

Atualmente, o termo neuropsicologia é definido como referindo-se ao estudo da relação existente entre a função do cérebro humano e o comportamento, dedicando-se a investigar a forma como diferentes lesões causam défices em diversas funções mentais superiores, em interface com outras disciplinas como por exemplo, a neurologia, anatomia, biologia, psicologia e filosofia. Esta nova disciplina científica tem como finalidade analisar as alterações e processos corticais superiores ou a atividade psíquica de uma determinada pessoa, decorrentes das lesões cerebrais, incluindo os aspetos correlacionais entre a estrutura e função com o desenvolvimento e acompanhamento do indivíduo (Sousa, 2014).

Para o desenvolvimento da avaliação neuropsicológica como um dos campos das ciências psicológicas em maior crescimento junto dos clínicos contemporâneos, existe, na perspetiva de Hebben e Milberg (2002, citados por Maia, 2006), uma clara dificuldade em delinear os seus factores. Os mesmos autores acrescentam que embora as bases para a ciência neuropsicológica se tenham desenvolvido muito antes das grandes Guerras Mundiais, talvez não fosse mera coincidência o enorme crescimento deste ramo da Psicologia se ter dado em simultâneo com o advento das ciências cognitivas.

A característica principal do fortalecimento da Neuropsicologia Clínica foi o refinamento de instrumentos de testes estandardizados para obter medidas quantitativas de variáveis cognitivas, emocionais e fatores comportamentais (Maia, 2006).

Assim, no contexto dos exames complementares de diagnóstico insere-se a avaliação neuropsicológica, possibilitando a apreciação de aspetos específicos de uma forma padronizada e reprodutível e permitindo a análise da evolução dos parâmetros avaliados ao longo do tempo (Guerreiro, 2005; Sousa, 2014).

Importa referir que a avaliação neuropsicológica não é só a aplicação de testes e de escalas, mas inclui, também, uma investigação clínica que assenta na realização de uma entrevista com o doente de forma a ter acesso à sua história passada e atual ao nível de desenvolvimento pessoal, físico, emocional e social. Na eventualidade de o doente manifestar acentuadas dificuldades ao nível da comunicação ou da memória, deve ser acompanhado na entrevista por um familiar ou cuidador (Sousa, 2014; Guerreiro, 2005).

É com base nesta informação e no conhecimento sobre neuropsicologia que se obtém uma compreensão global da situação clínica e do doente (Guerreiro, 2005).

Existem, assim, dois tipos de avaliação a ter em conta, designadamente: *screening* e compreensiva. A primeira é um exame abreviado que avalia e analisa somente as áreas funcionais sensíveis a cada patologia ou que investiga a existência, ou não, de patologia. Quando este tipo de avaliação mostra défices no desempenho do indivíduo indicando lesão cerebral, posteriormente deve realizar-se uma avaliação neuropsicológica compreensiva, sendo esta mais pormenorizada possibilitando a formulação de um prognóstico e planear uma intervenção (Sousa, 2014).

Guerreiro (2005) refere que a avaliação neuropsicológica centra-se no estudo das diferentes funções mentais superiores tais como a: orientação, cálculo, atenção, memória, gnóscias, abstração/raciocínio lógico, iniciativa e funções executivas.

2.1. Funções Cognitivas Superiores

As funções cognitivas superiores são funções mentais específicas especialmente dependentes dos lobos frontais do cérebro (OMS, 2004).

No presente estudo, centrar-nos-emos nas funções executivas, funções de memória, funções de atenção e inteligência.

2.1.1 Funções Executivas

O conceito de funções executivas remete para um conjunto de processos, tais como a inibição a ação, o planeamento, a flexibilidade e o controlo, cuja função principal é facilitar a adaptação do sujeito a situações novas, designadamente aquelas em que as aptidões cognitivas implicadas nas ações de rotina não são suficientes. Ou seja, as funções executivas prendem-se com a capacidade do indivíduo se adaptar ao meio e com o conceito de autonomia. Dito de outra forma, a função executiva poderá ser concebida como a forma mais elevada da inteligência, aquilo que os cognitivistas

denominam de metacognição (Braun, 2000, citado Carvalho, 2012). Assim, não raramente, a metacognição, o controlo executivo e a autorregulação aparecem como expressões equivalentes. Perante isto, facilmente se infere que as funções executivas são um grupo muito extenso de processos cognitivos, que, para serem completamente funcionais, requerem a operação efetiva e eficiente de outras áreas, designadamente: a atenção dividida, a memória e a linguagem.

Lussier et al. (1998, citados por Simões et al., 2016) definem funções executivas como um conjunto de comportamentos necessários à prossecução e concretização de um objectivo cujo alcance depende da capacidade de planificação, flexibilidade e controlo da impulsividade.

Mais recentemente, ao nível da literatura, é consensual o reconhecimento de três funções executivas nucleares primárias: inibição ou controlo inibitório, memória de trabalho e flexibilidade cognitiva (Dimond, 2013).

A inibição ou controlo inibitório é a capacidade para escolher uma solução mais complexa e difícil, mas que é a correta (por exemplo, desviar o olhar da direcção indicada por uma seta, indicar o nome da cor das letras de uma palavra em vez de indicar a palavra) (APA, 2014).

Relativamente à memória de trabalho refere-se à capacidade de reter informação temporariamente durante um curto período de tempo e de a manipular (por exemplo, somar uma lista de números ou repetir uma série de números ou de palavras do fim para o princípio) (APA, 2014).

Por último a flexibilidade cognitiva é a função mental que permite mudar ou alternar entre dois conceitos, tarefas ou regras de resposta (por exemplo, de números para letras, de respostas verbais para respostas de pressionar botões, de somar números para ordenar números, de ordenar objetos por tamanho para os ordenar por cor) (Sousa, 2014).

2.1.2 Funções da Memória

A capacidade de memória não é uma função unitária, correspondendo a diversas funções e diferentes sistemas que podem ser afetados de forma eletiva nas lesões do sistema nervoso (Ferro & Pimentel, 2013).

A psicologia conseguiu identificar subdivisões da memória, uma primeira divisão é entre a memória declarativa ou explícita e a memória não declarativa ou implícita (Garcia & Coelho, 2009).

Quadro 1: Divisões da Memória

| Memória | |
|--|---|
| Declarativa ou Explícita: Longo Prazo Semântica e Episódica Curto prazo - Séries de Dígitos | Não declarativa ou Implícita: Longo Prazo Procedimentos Curto Prazo de Trabalho, priming |

Fonte: Garcia e Coelho (2009, p.55)

A memória explícita ou declarativa é aquela que é acessível aos processos cognitivos interativos de pessoa para pessoa, suscetíveis de ser representados na dimensão do imaginário sensorial. Considera-se neste domínio a capacidade de repetir séries de dígitos, como a expressão da memória de curto prazo, enquanto aquela que se considera a longo prazo pode dividir-se em memória semântica e memória episódica (Caldas, 2000).

A memória semântica consiste no conhecimento histórico dos eventos passados e de figuras históricas passadas. É assim, o conjunto de todos os conhecimentos que temos, independentemente dos seus referenciais temporo-espaciais, nomeadamente os nossos conhecimentos gerais sobre as pessoas/família, o mundo, conhecimentos técnicos, vocabulário, factos aritméticos. (Sousa, 2014; Ferro & Pimentel, 2013). A informação permite manter de forma permanente um conjunto de referências que se utilizam sempre que necessário e a memória pode incluir informação mais recente ou mais antiga, mas tem a particularidade de ser uma informação geral, não ligada a um episódio específico da vida da pessoa (Ferro & Pimentel, 2013). Segundo Pinto (1999) é de prever que este conjunto de conhecimentos e de saberes permaneçam intatos nas pessoas idosas.

Por seu lado, a memória episódica, também chamada memória autobiográfica, é a mais especializada, sendo a última a desenvolver-se na infância e a primeira a degradar-se na velhice (Pinto, 1999). Permite registar as interações, no tempo, com os

objetos do mundo (Caldas, 2000; Sousa, 2014). Assim, a mesma informação tem quase sempre dois componentes, o semântico e episódico (Ferro & Pimentel, 2013). Esta memória declina com a idade, sendo comprovado pelo enfraquecimento tanto da memória de trabalho como das atividades de recuperação na memória secundária (Pinto, 1999; Fontaine, 2000; Figueiredo, 2007).

Quanto à memória que se considera implícita ou não declarativa diz respeito a uma experiência inconsciente e não intencional de memória. É assim, a capacidade de usar linguagem ou desempenhar ações motoras como andar de bicicleta ou jogar um jogo (Sousa, 2014).

A memória de procedimentos é pouco acessível à consciência e diz respeito à capacidade de realizar ações como andar, nadar ou andar de bicicleta. Estes procedimentos só podem ser aprendidos mediante uma prática que implica, geralmente, o sistema motor (Caldas, 2000). Uma vez aprendidos são resistentes ao esquecimento, mesmo quando há défices na memória semântica (Pinto, 1999; Ferro & Pimentel, 2013).

Por último e relativamente à memória perceptiva e *priming*, estas não são conscientes e servem para fazer julgamentos de familiaridade ou para facilitar o processamento de informações subsequentes (Ferro & Pimentel, 2013). A memória *priming* é assim a conservação da informação em memória inconsciente que condiciona o comportamento seguinte (Caldas, 2000).

Quando as pessoas idosas se queixam das aptidões cognitivas referem-se de uma forma geral a problemas de memória. É aceite pela comunidade científica que a memória sofre alterações com a idade (Spar & La Rue, 2005; Garcia & Coelho, 2009). Problemas sérios de memória relacionam-se com algumas doenças mais frequentes em idades avançadas, todavia as modificações que se verificam ao nível da memória dizem respeito, também, ao processo normal de envelhecimento. Parece evidente que algumas tarefas da memória evidenciam grandes diferenças com a idade, como é o caso da memória episódica, enquanto outras demonstram poucos efeitos da idade, nomeadamente ao nível da memória de procedimentos ou semântica (Figueiredo, 2007).

O desempenho dos idosos em tarefas de memória de curto e longo prazo em comparação com o desempenho dos jovens revelam ser piores por se encontrar relacionado com as estratégias que empreendem para codificar e recuperar a

informação. Figueiredo (2007) refere que muitos idosos não utilizam de forma espontânea determinadas estratégias, como as técnicas mnemónicas, para facilitar a codificação e processamento da informação, ao contrário dos mais jovens.

2.1.3 Funções da Atenção

De acordo com Simões et al. (2016, p. 218) a atenção remete para

os processos cognitivos que permitem a selecção, o foco e processamento sustentado da informação. O objecto da atenção pode incluir estímulos ambientais activamente processados por sistemas sensoriais ou informações associativas e alternativas de resposta geradas pela actividade cognitiva em curso.

No campo vasto da atenção, as dimensões consideradas para o presente estudo encontram-se no eixo da seletividade, ou seja a atenção selectiva/focalizada e a atenção sustentada.

Assim, a atenção seletiva, segundo Gillet, Hommet e Billard (2000, citados por Simões et al., 2016), implica duas operações: a focalização atencional e a inibição atencional, o que indica que o termo focalização é menos abrangente que o termo selecção. Por outro lado, o processo de “focar a atenção” está intimamente relacionado com o ato de ver e a atenção seletiva também engloba a audição, o tato, o olfato e o gosto.

É sugerido pela investigação que a atenção seletiva visual é orientada não somente pela localização e espaçamento dos estímulos, mas, também, pela forma como o sistema visual agrupa estes estímulos juntando-os ou mantendo-os à parte (Driver, 2001). A atenção sustentada, também denominada por manutenção da atenção ou atenção mantida, remete para a capacidade de manter a atenção seletiva num dado aspeto e/ou tarefa, durante um período de tempo alargado (Simões et al., 2016).

Neste contexto, os idosos tendem a preservar a capacidade de manter a atenção acerca de determinados acontecimentos, todavia, evidenciam dificuldades em filtrar informação o que origina a distribuição da atenção por diversas tarefas ou o desvio da mesma de um para outro aspeto (Túlio, 2017).

2.1.4 Inteligência

A inteligência é um conceito complexo e subjetivo, que envolve muitos fatores e pode ser dividido, segundo a teoria bifactorial de Cattell (1963) em duas inteligências, a fluida (declina com a idade) e a cristalizada (mantém-se estável podendo mesmo melhorar) (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2010).

A inteligência fluida evidencia-se através das atividades de compreensão das relações entre dados novos de natureza espacial ou verbal, de construção de inferências e de implicações (Fontaine, 2000).

Quanto à inteligência cristalizada, revela-se através de atividades relacionadas com a profundidade do saber e da experiência, do julgamento, da compreensão das relações sociais e das convenções e da competência do comportamento (Fontaine, 2000) e consiste no processo de aquisição do conhecimento, centralizando-se na educação, no conhecimento e na experiência que os sujeitos adquirem no contexto sociocultural (Sequeira, 2010).

Num dos estudos mais paradigmáticos (Seattle Longitudinal Study), Schaie et al. (1996, citados por Figueiredo, 2007) concluíram que até ao final da terceira década, inícios da quarta década de vida continuam a verificar-se progressos na maioria das aptidões intelectuais. Todavia, a partir daí e até meados da quinta década, inícios da sexta inicia-se uma fase de estabilidade. Os declínios estatisticamente significativos começaram a verificar-se a partir dos anos da sexta década. Constataram, ainda, que as pontuações que medem as capacidades fluidas (rapidez, atenção, concentração e raciocínio indutivo) começam a diminuir por volta dos 30 anos. Pelo contrário, as capacidades cristalizadas (destrezas verbais) permanecem estáveis até aos 60 anos de idade.

Muitas das diferenças verificadas nas aptidões específicas, associadas ao declínio de algumas aptidões intelectuais, parecem estar relacionadas com alguns aspetos do processamento cognitivo, designadamente a diminuição da velocidade de processamento da informação, o défice na memória de funcionamento e os decréscimos na acuidade visual e auditiva (Spar & La Rue, 2005; Figueiredo, 2007).

2.2 Escalas de Avaliação

O aparecimento da chamada “Prática Baseada na Evidência” contribuiu para a implementação de forma ampla da utilização de escalas de avaliação, pelas características intrínsecas, nomeadamente: sensibilidade, especificidade, consistência interna e valor de corte (Massano, 2014).

A padronização da aplicação de determinada escala é um aspeto relevante a ter em consideração. A pessoa que utiliza uma escala deverá ter um treino prévio que lhe possibilite aplicá-la segundo as indicações dadas pelos seus autores. Assim, a padronização deve existir, idealmente, ao nível da aplicação propriamente dita, da atribuição das cotações e interpretação dos resultados (Massano, 2014).

Para analisar e interpretar os resultados da avaliação neuropsicológica através das escalas de avaliação devem ter-se em consideração variáveis que interferem e influenciam estas apreciações quantitativas e qualitativas, tais como: validade e normalização dos testes, fatores de motivação, perturbações afetivas, efeitos farmacológicos (Sousa, 2014).

Existem numerosas escalas, cada uma direcionada para a avaliação de determinados aspetos específicos, cujo conteúdo e a sofisticação são extremamente variáveis, desde os que avaliam uma única dimensão da cognição aos que são multifatoriais e desde os de aplicação rápida e muito breves aos que são muito extensos e demorados (Guerreiro, 2005). No Quadro 2 resumem-se as baterias e testes psicométricos mais utilizados na avaliação neuropsicológica e na investigação.

Quadro 2: Descrição de testes psicométricos

| Teste | Descrição |
|---|---|
| Baterias Screening/Compreensiva | |
| <i>Mattis Dementia Rating Scale</i> | Fornecer um resumo das funções cognitivas no adulto. |
| <i>Luria-Nebraska Neuropsychological Battery</i> | Constituída por 269 itens divididos em 11 escalas que avaliam diversos domínios cognitivos. |
| <i>Wechsler Adult Intelligence Scale-III (WAIS-III)</i> | Constituída por 13 subtestes medindo memória, conhecimento, resolução de problemas, aritmética, pensamento abstracto, orientação espacial, planeamento e velocidade de processamento. Adicionalmente dá uma medida de inteligência. |
| <i>Token Teste</i> | Avalia a compreensão verbal (afasia). |
| Teste breve de avaliação frontal (BREF) | Avalia diferentes funções relacionadas com o lobo frontal. |
| Visuo-espaciais/visuo-perceptivas | |
| <i>Clock Drawing Test</i> (teste do relógio) | Avalia funções executivas, capacidade visuo-construtiva e visuoperceptiva. |
| Matrizes de <i>Raven</i> | Avalia a capacidade visuoperceptiva. |
| Memória/aprendizagem | |
| <i>California Verbal Learning Test</i> | Avalia a aprendizagem verbal, organização e memória. |
| <i>Rey Complex Figure Test</i> | Teste de memória visual, avalia a capacidade de construir uma figura complexa e recordá-la mais tarde. |
| Funções Executivas | |
| <i>Wisconsin Card Sort Test (WCST)</i> | Avalia a capacidade de aprendizagem de conceitos. Considera-se uma boa medida da função frontal. |
| Atenção /Concentração | |
| <i>Stroop Test</i> | Procedimento breve para avaliar a atenção, velocidade de processamento e flexibilidade/controlo mental. |
| Linguagem/Fluência Verbal | |
| <i>Boston Diagnostic Aphasia Examination</i> | Diagnóstico de alterações de linguagem no adulto. |
| <i>Boston Naming Test</i> | Avalia a capacidade de nomeação. |
| <i>Category Fluency</i> | Capacidade de reproduzir palavras de uma determinada categoria. |

Fonte: Massano (2014, p.600)

Exploraremos melhor o *Mini-Mental State Examination* (MMSE), utilizado para verificar a evolução cognitiva no decorrer da doença ou então como meio de estimar o efeito da medicação prescrita. Apenas descreveremos esta escala, por um lado, por ser aquela que provavelmente é a mais utilizada mundialmente como medida de avaliação do funcionamento cognitivo, por outro, por ter sido a utilizada no nosso estudo.

Este questionário foi desenvolvido por Folstein et al. na década de 70, sendo provavelmente o instrumento de utilização mais generalizada no rastreio do funcionamento cognitivo. A validação do MMSE para a população portuguesa acima dos 40 anos foi efetuada por Guerreiro et al. na década de 90. Possibilita avaliar dimensões como a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva, em que a cada resposta correta é atribuído um ponto (Sequeira, 2010). Nesta versão considera-se a existência de deterioração cognitiva se as pontuações forem ≤ 15 (analfabetos), ≤ 22 (escolaridade 1-11 anos) e ≤ 27 (escolaridade >11 anos).

2.3 Intervenção Neuropsicológica

Com o aumento da esperança de vida e conseqüente aumento da prevalência das doenças neurodegenerativas e das alterações cognitivas, justifica-se a importância da intervenção neuropsicológica, que compreende a reabilitação cognitiva e paralelamente a psicoterapia cognitiva que tem como objectivo aumentar a capacidade de compensar défices difíceis e resistentes ao treino cognitivo. A intervenção cognitiva dirige-se a indivíduos com comprometimento neurológico de etiologias variadas e/ou psiquiátrico.

2.3.1 Reabilitação Cognitiva

O conceito de reabilitação, em contexto clínico e nos aspetos relacionados com a cognição e funcionalidade do dia-a-dia, é de difícil definição (Guerreiro, 2005).

Se consultarmos o Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa, entre outras, encontramos as seguintes definições para a palavra reabilitação: “ação ou efeito de reabilitar (-se) [física, intelectual, moral, social, profissional, psicológica e materialmente]; recuperação da forma ou funções normais, após doença ou lesão; devolução de pacientes, após lesão ou enfermidade, às suas actividades físicas e/ou mentais anteriores” (Houaiss & Villar, 2003, p. 3093).

Guerreiro (2005) entende que a reabilitação diz respeito à participação ativa da pessoa com incapacidade e de outros, com o intuito de reduzir o impacto da doença e as dificuldades no quotidiano.

Já Sousa (2014) considera que a reabilitação cognitiva refere-se a um conjunto de técnicas e procedimentos que visam alcançar uma maior adaptação familiar e social nos indivíduos e maximizar o seu funcionamento cognitivo.

Neste sentido, o objetivo principal das técnicas de reabilitação ou de estimulação passam por ajudar alguém no seu desempenho, de modo a minimizar as necessidades de outrem (Guerreiro, 2005). Ou seja, incidir na restauração clínica das funções, e de forma secundária na compensação de funções que não reagem bem aos procedimentos de restauração.

Sequeira (2010) alerta para o facto de qualquer tipo de intervenção deverá assentar numa avaliação neuropsicológica pormenorizada, com o intuito de identificar de forma clara e precisa os défices e funções que devem ser estimuladas. Assim, a intervenção poderá assentar em dois tipos de tipologias, por um lado, uma mais direccionada para os aspectos relacionais/emocionais, por outro, uma mais direccionada para a estimulação cognitiva.

É, assim necessário, definir um bom programa de reabilitação cognitiva para se obter a eficácia desejada. Neste sentido, o programa deverá atender aos seguintes requisitos:

1. Basear-se em modelos teóricos de referência;
2. Adotar uma perspectiva interdisciplinar e multidisciplinar;
3. Estabelecer prioridades;
4. Começar a intervenção de forma precoce;
5. Definir um tempo suficiente de tratamento;
6. Centrar-se mais na incapacidade;
7. Considerar as variáveis emocionais e o contexto familiar (Sousa, 2014).

Um exemplo de programa de reabilitação cognitiva pode ser encontrado no Treino do Processo de Atenção descrito por Sohlber e Matter (1989, citados por Guerreiro, 2005) que consiste em exercícios de tratamento organizado hierarquicamente endereçados especificamente aos cinco componentes da atenção: a focalizada, a mantida, a alternada, a selectiva e a dividida. Os exercícios são desenhados de modo a requerer, de forma gradual, sistemática e progressiva, o envolvimento cada vez mais intenso e compreensivo das funções cognitivas comprometidas. Os referidos autores consideram a existências de três abordagens básicas na reabilitação cognitiva:

1. A abordagem de estimulação geral, em que o clínico administra materiais de treino cognitivo sem uma orientação teórica específica.
2. A abordagem de adaptação funcional, em que não se faz treino específico de funções cognitivas no contexto clínico, mas apenas no contexto funcional de situações e atividades de via diária e trabalho.
3. A abordagem de processo específico, em que à luz de modelos teóricos cognitivos, o clínico administra repetidamente uma série de atividades de treino organizada hierarquicamente e dirigidas a componentes específicos de processos cognitivos. A monitorização constante dos resultados do tratamento permite acompanhar o progresso dos doentes e a eficácia do tratamento, de modo a aperfeiçoar constantemente as técnicas e a oferecer o melhor tratamento (Guerreiro, 2005, p. 130).

Para o treino da memória verbal episódica do doente utilizam-se estratégias de mnemónicas para recordar listas de palavras e sequências de itens, material em texto, ideias principais e secundárias de histórias. É-lhes, também, ensinado o modo como se podem organizar listas de palavras através do significado de categorias e como formar imagens visuais e associações mentais para evocar palavras e textos. Os exercícios devem envolver tarefas de laboratório e tarefas relacionadas com atividades cognitivas do dia-a-dia (Ball, 2002).

Neely (2000, citado por Chariglione & Janczure, 2013) refere que um dos maiores ganhos para a estimulação da memória é perceber a complexidade de fatores que estão relacionados com o seu aperfeiçoamento, com o intuito de desenvolver uma intervenção que seja eficiente. A mesma autora acresce que o referido aperfeiçoamento depende de vários factores, como por exemplo, as diferenças individuais, questões metodológicas e as competências e processos treinados. Retiram-se mais benefícios caso a intervenção seja direcionada para o treino de tarefas específicas, competências e comportamentos que são do interesse do idoso. Belleville et al. (2006, citados por Chariglione & Janczure, 2013) verificaram que pacientes com comprometimento cognitivo leve melhoraram os seus desempenhos na memória episódica quando submetidos a um treino de memória multifatorial.

Em Portugal, Lousa (2016) num estudo aplicado a 21 idosos institucionalizados, sendo que destes somente 11 permaneceram até ao final do programa de intervenção,

verificaram que as intervenções neuropsicológicas são eficazes para o treino da memória e para o aumento do seu desempenho. Os efeitos da intervenção foram notados também em idosos com comprometimento cognitivo, melhorando ou abrandando as degenerações da memória e das funções executivas.

No que à atenção diz respeito e sendo esta uma função complexa, são diversos os treinos que poderão ser tidos em consideração. No caso de existirem problemas de negligência de estímulos, deverão ser propostas atividades que envolvam exploração ou manipulação de materiais nas áreas do espaço negligenciado. Caso o problema seja o foco atencional, os exercícios propostos deverão estimular funções visuais ou auditivas, evoluindo para a discriminação de situações. Relativamente à atenção sustentada poderá ser proposto ao indivíduo que folheie uma revista com diferentes imagens de pessoas e, seguidamente, questionam-se determinadas características (por exemplo, que pessoa é mais alta e mais baixa, a que tem olhos claros). Por último, e para treinar a atenção dividida o indivíduo deverá executar uma tarefa com elementos distrativos como seria o caso da música (Sousa, 2014).

Diversos estudos verificaram a existência de relações positivas entre o desempenho cognitivo dos idosos e a estimulação cognitiva sistematizada. Por um lado, a estimulação diária da mente promoveria a vivacidade mental, por outro, preveniriam o declínio cognitivo (Chariglione & Janczura, 2013). No estudo de Kurz, Ramsenthaler, Pohl e Sorg, (2009) verificaram-se melhorias nas Atividades da Vida Diária, humor, competências cognitivas e nos estudos de Troyer, Murphy, Anderson, Moscovitch e Craik (2008) e de Jean, Bergeron, Thivierge e Simard (2010) apresentaram-se melhorias no conhecimento e uso de estratégias de compensação de memória.

Apóstolo, Cardoso, Marta e Amaral (2011) através da implementação de um programa que versava a estimulação cognitiva, numa amostra de 14 idosos, revelou uma manutenção da saúde cognitiva dos idosos, podendo atrasar a instalação de um quadro demencial e, conseqüentemente, melhorar a sua autonomia.

Fernandes (2014) aplicou um programa de estimulação cognitiva que incidiu em diferentes funções cognitivas (orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem, fluência verbal, praxia e habilidades construtivas), numa amostra de 12 idosos, que constatou a melhoria do nível de orientação, retenção, de cálculo e evocação.

Parte II – Estudo Empírico

Capítulo III – Metodologia

No seguinte ponto será apresentada a metodologia que conduz a presente investigação, referindo aqui qual a questão de investigação, tipo de estudo realizado, objetivos do estudo escolha das variáveis assim como a sua operacionalização, caracterização da amostra, referência aos instrumentos de recolha de dados, procedimentos éticos e deontológicos, análise e tratamento dos dados.

É no uso da mais recente evidência científica que se baseia a prestação dos cuidados de saúde, procurando na constante investigação, o conhecimento para responder às questões com que diariamente o profissional se depara. A investigação fornece informação aos profissionais para que sejam analisadas as realidades e detetados os problemas, estabelecendo com base em programas de intervenção ajustados o empoderamento das comunidades.

3. Enquadramento Metodológico

3.1 Contextualização do Problema e Objetivos do Estudo

De acordo com dados do INE (2017) entre 2015 e 2080 a população jovem reduzirá de 1,5 para 0,9 milhões, influenciada pelos baixos níveis de fecundidade registados em anos anteriores, o número de idosos subirá de 2,1 para 2,8 milhões, prevendo-se um índice de envelhecimento duplicado em 2080, passando a existir 317 idosos por 100 jovens.

Segundo a mesma fonte estas disposições incluem todas as regiões do país (norte, centro, sul e ilhas) e este índice de envelhecimento deverá normalizar apenas em 2060, em que a população em idade ativa reduzirá de 6,7 para 3,8 milhões de pessoas.

As necessidades de saúde e os modelos de prestação de cuidados sofreram assim significativas alterações nas últimas décadas, pois o aumento da esperança média de vida associada aos crescentes avanços da medicina e ao decréscimo da fecundidade tem encaminhado a população para o seu envelhecimento (DGS, 2004).

As transformações demográficas do último século espelham o envelhecimento da população que se reflete na modificação inversa das pirâmides etárias (Marques, Teixeira & Souza, 2012).

A relevância do presente estudo assenta no facto de a população do distrito estar extremamente envelhecida e existirem poucos dados acerca do seu estado cognitivo,

tornando-se assim prioritário este conhecimento, visando a melhor preparação dos profissionais com vista à promoção e proteção da saúde dos idosos.

Para a realização do presente estudo de investigação formulou-se a seguinte questão de investigação:

- ***Qual o estado cognitivo dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança?***

Procurando responder à questão de investigação foram delineados os seguintes objetivos:

- Identificar a prevalência de alterações cognitivas dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança.
- Relacionar o estado cognitivo dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança com as variáveis sociodemográficas, avaliação sensorial, hábitos de vida, estado de saúde, e o estado afetivo (depressão).
- Realizar um plano de intervenção comunitário no âmbito da estimulação cognitiva do idoso no distrito de Bragança, intervindo nas, potenciais problemáticas identificados com a presente investigação.

É com base nestes pressupostos que se procura conhecer e analisar esta realidade, no seu ambiente natural, com dados cujas fontes são os intervenientes no processo que se pretende estudar, através da recolha de informação.

3.2 Variáveis e Hipóteses de Estudo

A precisão na definição e operacionalização das variáveis em estudo, permite a determinação do rigor e explicitação científica, imprescindíveis em qualquer trabalho de investigação.

Variável Dependente: Estado cognitivo dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança.

Variáveis Independentes:

- **Dados Pessoais:**

- **Idade** considerando 5 diferentes grupos etários (65-69 anos; 70-74 anos; 75-79 anos; 80-84 anos; 85 e mais anos);

- **Sexo:** Masculino e Feminino;

- **Habilitações literárias** (\leq de 8 anos (6º ano de escolaridade); de 9 a 17 anos (9º e 12º ano de escolaridade); \geq 17 anos (curso superior)).

- **Profissão:** agrupadas segundo Classificação Portuguesa das Profissões 2010 abreviadamente designada por CPP/2010, elaborada a partir da Classificação Internacional Tipo de Profissões de 2008 (CITP/2008) (INE, 2010). A CPP/2010 estabelece o novo quadro das profissões, formando **10 grupos principais** (classificadas de acordo com a classificação de profissões) que são eles:

1. Profissões das Forças Armadas;
2. Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos;
3. Especialistas das atividades intelectuais e científicas;
4. Técnicos e profissões de nível intermédio;
5. Pessoal administrativo;
6. Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores;
7. Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta;
8. Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices;
9. Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem;
10. Trabalhadores não qualificados.

• **Sensoriais:**

- Existência de problemas de Visão (resposta dicotómica)
- Qual o problema de visão (resposta aberta)
- Uso de óculos (resposta dicotómica)
- Acuidade Visual (Valor do Teste de Snellen)

Usada como rastreio do comprometimento da acuidade visual, a escala optométrica de Snellen localizada a uma distância de 2,8 m dos olhos do idoso. A diminuição da acuidade visual foi definida a partir da linha 20/50 (Snellen, 1868). Nos idosos que usavam óculos foi efetuado o teste com os óculos colocados.

- Existência de problemas de Audição (resposta dicotómica)

- Uso de prótese auditiva (resposta dicotômica)
- Teste do Sussurro (com ou sem perda auditiva)

Para determinar a perda auditiva, utilizou-se o teste de voz sussurrada (Swan & Browning, 1985), considerando-se que os participantes tinham audição normal se repetissem pelo menos 3 de um total possível de 6 letras ou números corretamente, sussurrados a uma distância de 0,6 m atrás do campo de visão do participante. Foi definida como perda auditiva quando o idoso era incapaz de repetir a combinação e nos idosos que usavam prótese auditiva foi efetuado o teste com a prótese colocada.

- **Hábitos de Vida:**

- Consumo de tabaco (fumador: número de cigarros/dia e anos que fuma, não fumador ou se ex-fumador, número de anos que deixou de fumar), foi avaliada com base na prevalência de 30 dias de tabagismo (isto é, se alguém fumava ou não um cigarro nos últimos 30 dias).

- Consumo de cafés ou bebidas contendo cafeína (nº/dia).

- Os consumidores de álcool foram aqueles que relataram o consumo diário (tipo de bebida e nº de copos/semana). Definimos “abuso de álcool” com um nível superior de consumo diário > 30 gramas de álcool puro [3 Unidade de Bebida Padrão (UBP)] por dia para homens e mulheres (Foster & Marriott, 2006).

Uma UBP equivale a 10 gramas de etanol puro (1 cerveja, ou 1 copo de vinho, ou metade de bebidas espirituosas). O número exato de UBP foi calculado usando esta fórmula: tamanho da bebida em mililitros (Vol.) x por cento em volume de álcool (%) x densidade de etanol à temperatura ambiente (0,789g/ml)/por grama em bebida padrão (10 gramas).

- **Estado de Saúde:**

- Referimo-nos ao uso simultâneo de vários medicamentos nos últimos 3 meses: Considerando os pontos de corte segundo Gnjidic et al. (2012), polimedicação de cinco a nove fármacos e hiperpolimedicação mais de 10 fármacos.

- História de internamentos hospitalares no último ano (resposta dicotómica Sim/não).

- Necessidade de meios auxiliares de marcha (Bengala/ 1 canadiana; Canadianas; Muletas axilares; Andarilho e Cadeira de rodas).

- **Saúde autopercebida**

- Como o próprio classifica a sua saúde (Excelente; Boa; Regular; Má).

- **Depressão**

- Avaliada pela aplicação da escala de depressão geriátrica constituída por 15 questões de resposta dicotómica (Escala de depressão geriátrica de Yesavage, GDS-15)

Como hipóteses de estudo definiram-se os enunciados que decorrem da relação das variáveis que se propõem investigar. Assim como enunciados das hipóteses de estudo têm-se:

H1 - O estado cognitivo dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança é diferente segundo a idade, sexo, habilitações literárias e a profissão.

H2 - O estado cognitivo dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança é diferente segundo avaliação sensorial.

H3 - O estado cognitivo dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança é diferente segundo os hábitos de vida.

H4 - O estado cognitivo dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança é diferente segundo o estado de saúde.

H5 - O estado cognitivo dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança é diferente segundo a saúde autopercebida.

H6 - O estado cognitivo dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança é diferente segundo o estado afetivo (depressão).

3.3 População e Amostra

3.3.1 População

Para a realização do presente estudo foi selecionada uma população com mais de 65 anos residente no distrito de Bragança que integra 12 concelhos, composta por 37.849 pessoas que satisfazem os critérios de seleção (Câmara Municipal de Bragança, 2014).

Os critérios de inclusão no estudo foram: ter no mínimo 65 anos (inclusive) independentemente do sexo, residir no distrito de Bragança ser capaz de ouvir e entender, estar consciente e orientado e aceitar de forma voluntária a participação no estudo.

Os critérios de exclusão do estudo foram: ser portador de deficiência visual e/ou auditiva graves não corrigidas e observadas e a não-aceitação na participação no estudo.

Quadro 3: População residente (≥ 65 anos) por município, sexo e grupo etário, do distrito de Bragança

| Período de referência dos dados | Local de residência (NUTS - 2013) (1) | População residente (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário; Anual | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|---|--------------|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|-----|-----|
| | | Sexo | | | | | Sexo | | | | |
| | | H | | | | | M | | | | |
| | | Grupo etário | | | | | | | | | |
| 65 - 69 anos | 70 - 74 anos | 75 - 79 anos | 80 - 84 anos | 85 e mais anos | 65 - 69 anos | 70 - 74 anos | 75 - 79 anos | 80 - 84 anos | 85 e mais anos | | |
| N.º | N.º | N.º | N.º | N.º | N.º | N.º | N.º | N.º | N.º | N.º | |
| 2016 | Carrazeda de Ansiães | 201 | 182 | 175 | 135 | 141 | 220 | 231 | 214 | 223 | 258 |
| | Freixo de Espada à Cinta | 86 | 121 | 88 | 79 | 63 | 103 | 149 | 134 | 134 | 84 |
| | Torre de Moncorvo | 252 | 228 | 238 | 257 | 223 | 267 | 314 | 320 | 338 | 383 |
| | Alfândega da Fé | 134 | 147 | 127 | 129 | 113 | 167 | 173 | 182 | 171 | 150 |
| | Bragança | 1 010 | 864 | 735 | 552 | 384 | 1 115 | 1 003 | 930 | 782 | 746 |
| | Macedo de Cavaleiros | 476 | 433 | 365 | 342 | 247 | 501 | 555 | 518 | 511 | 562 |
| | Miranda do Douro | 213 | 207 | 224 | 207 | 146 | 248 | 271 | 286 | 256 | 248 |
| | Mirandela | 736 | 610 | 531 | 437 | 307 | 799 | 730 | 697 | 605 | 581 |
| | Mogadouro | 291 | 230 | 291 | 264 | 209 | 282 | 365 | 380 | 355 | 317 |
| | Vila Flor | 205 | 180 | 165 | 144 | 110 | 208 | 244 | 226 | 188 | 187 |
| | Vimioso | 135 | 105 | 140 | 139 | 145 | 116 | 182 | 188 | 196 | 158 |
| Vinhais | 278 | 281 | 327 | 323 | 260 | 288 | 365 | 405 | 349 | 444 | |

Fonte: População residente (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário; Anual - INE, Estimativas anuais da população residente

Última atualização destes dados: 15 de junho de 2017

3.3.2 Amostra

Foi selecionada uma amostra de 581 pessoas (≥ 65 anos) optando-se por um processo de amostragem não probabilística por conveniência, visando a disponibilidade e o menor custo na recolha dos dados pretendidos. Optou-se por realizar a recolha de

dados em períodos (fim de semana e período semanal) e locais (centros de saúde, domicílios, zonas de repouso e lazer, ...) distintos em cada freguesia, para abranger todos os estratos societários da população.

Tabela 1: Distribuição da amostra por Concelho

| Concelho | Frequência (n) | Percentagem (%) |
|----------------------|----------------|-----------------|
| Carrazeda de Ansiães | 20 | 3,4 |
| Alfândega da Fé | 32 | 5,5 |
| Bragança | 50 | 8,7 |
| Macedo de Cavaleiros | 96 | 16,5 |
| Miranda do Douro | 48 | 8,3 |
| Mirandela | 128 | 22,0 |
| Mogadouro | 64 | 11,0 |
| Vila Flor | 40 | 6,9 |
| Vimioso | 32 | 5,5 |
| Vinhais | 71 | 12,2 |
| Total | 581 | 100,0 |

Da análise da tabela 1 conclui-se que a maioria dos inquiridos (61,7%) residia nos Concelhos de Mirandela, Macedo de Cavaleiros, Vinhais e Mogadouro.

Tabela 2: Distribuição da amostra segundo a Idade, Sexo, Habilitações Literárias e Profissões

| Variáveis | Frequência (n) | Percentagem (%) |
|--|----------------|-----------------|
| Idade | | |
| 65-69 | 127 | 21,9 |
| 70-74 | 132 | 22,7 |
| 75-79 | 113 | 19,4 |
| 80-84 | 111 | 19,1 |
| ≥85 | 98 | 16,9 |
| ×=76,25 anos; Desvio Padrão=7,224 | | |
| Sexo | | |
| Feminino | 342 | 58,9 |
| Masculino | 239 | 41,1 |
| Habilitações Literárias | | |
| ≤8 (Até ao 6.º ano de escolaridade) | 533 | 91,8 |
| 9-17 (9.º e 12.º ano de escolaridade) | 39 | 6,7 |
| >17 (Curso Superior) | 9 | 1,5 |
| Profissões | | |
| Profissionais | 15 | 2,6 |
| Técnicos e profissões de nível intermédio | 12 | 2,1 |
| Trabalhadores de apoio administrativo | 18 | 3,1 |
| Trabalhadores de Serviços e Vendas | 67 | 11,5 |
| Artesanato | 38 | 6,5 |
| Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem | 23 | 4,0 |
| Trabalhadores não qualificados | 395 | 68,0 |
| Forças Armadas | 13 | 2,2 |

Relativamente à idade, 22,7% dos idosos encontra-se entre os 70 e 74 anos; 21,9% entre os 65 e 69 anos; 19,4% entre 75 e 79 anos; 19,1 entre 80 e 84 anos e 16,9% têm idade igual ou superior a 85 anos. Os inquiridos têm idade média de 76,25 anos e desvio padrão de 7,224.

No que se refere ao sexo dos participantes, é predominantemente feminino, apresentando 342 (58,9%) mulheres e 239 (41,1%) homens.

As habilitações literárias maioritárias na amostra são de indivíduos que frequentaram até ao 6.º ano de escolaridade (≤ 8 anos), correspondendo a 91,8%.

A análise da tabela anterior permite-nos constatar que a atividade profissional dos elementos da amostra se encontra distribuída pelos diferentes grupos profissionais, sendo o mais comum o grupo “Trabalhadores não qualificados” (n=395; 68,0%) seguido do grupo “Trabalhadores de Serviços e Vendas” (n=67; 11,5%).

3.4 Procedimentos

3.4.1 Desenho do Estudo

Fazendo recurso da metodologia quantitativa, em função dos objetivos delineados, desenvolveu-se um estudo observacional, descritivo, analítico de coorte transversal (Freixo, 2009).

Descritivo porque segundo Duhamel e Fortin (2000, p.163) consiste em “descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta”.

Analítico, pois permite compilar os dados disponíveis para se poder analisar e compreender o fenómeno. Transversal, porque se pretende proceder a uma avaliação multidimensional no idoso num determinado momento temporal, ou seja, na altura da aplicação do instrumento de colheita de dados (Duhamel & Fortin, 2000).

Quanto à metodologia quantitativa reflete uma análise dos dados que se distribuem por variáveis que são quantificáveis, e observáveis e que advêm de uma medição formal (Freixo, 2009).

3.4.2 Procedimento de Recolha de Dados

O presente estudo foi desenvolvido em todo o distrito de Bragança sendo que a recolha de toda a informação decorreu entre setembro de 2017 e março de 2018.

Os idosos foram reunidos em locais diversos como juntas de freguesia/escolas/ginásios/domicílios, com auxílio destas entidades que foram devidamente informadas acerca da finalidade do estudo e a quem foram apresentados

documentos comprovativos da sua concretização. Após contato com os idosos e depois de devidamente esclarecidos acerca do estudo foram convidados à participação.

A recolha de dados foi efetuada mediante formulário (Anexo I), tendo sido utilizados sempre os mesmos instrumentos e técnicas minimizando a possibilidade de erro. O instrumento de recolha de dados foi aplicado de forma individual e o mais reservada possível evitando constrangimentos ou omissão de informação.

Tentando limitar o viés determinado pela presença da investigadora, procurou-se cumprir os pressupostos de informação dada ao idoso. Utilizaram-se estratégias comunicacionais para a construção de empatia, respeitando a confidencialidade e garantindo que a informação recolhida seria exclusivamente para tratamento estatístico.

3.4.3 Procedimentos Éticos e Deontológicos

O presente estudo teve por base a metodologia já utilizada pelo Grupo de Investigação em Gerontologia da Universidade da Corunha (GIG-UDC) cujo estudo foi aplicado a uma população de toda a região da Galiza, com características semelhantes à nossa. A replicação do estudo tinha o intuito de obter uma avaliação gerontológica integral, deste grupo etário, no Nordeste Transmontano, permitindo elaborar uma base de dados conjunta compilada em cinco teses de mestrado (Enfermagem Comunitária da Escola de Saúde de Bragança).

Por ser um trabalho de investigação que inclui pessoas, levantam-se algumas questões de natureza moral e ética. Por isso, foi nossa preocupação, respeitar e proteger os direitos e liberdades das pessoas que nele participaram, atendendo ao código deontológico do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2003) assim como com os princípios éticos presentes na declaração de Helsínquia de entre os quais o consentimento informado dos participantes, a confidencialidade, o respeito, a honestidade nas relações estabelecidas e a garantia dos direitos dos que participaram voluntariamente neste trabalho de investigação.

Assim, e na perspetiva de Fortin, Prud'Homme-Brisson & Coutu-Wakulczyk (2000, p.113), a ética

coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação. Na persecução da aquisição dos conhecimentos, existe um limite

que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano.

Tendo existido uma preocupação constante de respeitar e proteger os direitos e liberdade de todos os idosos que participaram neste estudo, foram solicitados pedidos formais de autorização para a sua realização à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Nordeste assim como a todos os idosos (Anexo II).

A profissional de saúde aquando do contacto com os idosos informou acerca dos objetivos do estudo e sobre a garantia de confidencialidade, o direito à privacidade, reforçando que dados que possibilitassem a identificação não seriam registados em qualquer base de dados, tendo sido ainda informados que a participação era voluntária e que podiam desistir em qualquer momento sem necessidade de se justificar e sem qualquer prejuízo na sua assistência à saúde.

3.5 Instrumento de Medida

3.5.1. Mini-Mental State Examination

A cotação global deste teste varia entre 0 e 30, sendo os pontos de corte para a população portuguesa, segundo Guerreiro, Silva e Botelho (1994, citados por Paiva, 2013) a partir dos quais se considera com defeito cognitivo, os seguintes: ≥ 15 (analfabetos), ≤ 22 (escolaridade 1-11 anos) e ≤ 27 (escolaridade > 11 anos).

No MMSE existem vários sub-grupos de testes:

- **Orientação Temporal:** 5 perguntas de orientação temporal
- **Orientação Espacial:** 5 de orientação espacial.
- **Retenção:** o indivíduo deve ouvir e repetir corretamente 3 palavras, a fim de as reter para evocação posterior (“PÊRA”, “GATO” E “BOLA”).
- **Atenção e cálculo:** o indivíduo deve começar por 30, com subtrações sucessivas de 3 unidades. Devem ser feitas 5 subtrações consecutivas.
- **Evocação:** o indivíduo deve evocar as três palavras que ouviu anteriormente. (“PÊRA”, “GATO” E “BOLA”).
- **Linguagem (Nomeação):** devem ser mostrados dois objetos simples ao indivíduo, pedindo-lhe que os nomeie (lápiz e relógio).

- **Linguagem (Repetição):** o indivíduo deve repetir uma frase oralmente (“O RATO ROEU A ROLHA”).
- **Linguagem (Compreensão de ordens):** o indivíduo deve compreender e executar um comando de três passos (pegar numa folha de papel com a mão direita, dobrá-la a meio e colocá-la sobre a mesa).
- **Leitura e execução de comando:** mostra-se um cartão com a frase “FECHE OS OLHOS”, ordem que o indivíduo deve executar.
- **Escrita de frase espontânea:** deve ser escrita uma frase com sujeito e predicado e que faça sentido; os erros gramaticais devem ser ignorados para cotação.
- **Desenho (Capacidade visuo-construtiva):** cópia de desenho à vista (dois pentágonos intersetados).

3.5.2. Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS) – versão curta

A escala utilizada permite o rastreio da depressão, avaliando aspetos de cognição e comportamento que frequentemente são afetados na depressão do idoso, sendo a informação recolhida através da aplicação do questionário diretamente ao idoso.

A GDS tem uma versão completa, com 30 questões e uma versão curta com 15 questões. A versão curta está validada pelo autor e os seus resultados são sobreponíveis aos da versão completa, pelo que é a mais utilizada e é constituída por 15 questões com resposta dicotómica (Sim ou Não). As respostas que sugiram existência de depressão correspondem a 1 ponto, já a pontuação final resulta da soma da pontuação das 15 questões, correspondendo a uma de três categorias: Sem depressão (0 a 5 pontos); Depressão ligeira (6 a 10 pontos) e depressão grave (de 11 a 15 pontos). A aplicação da mesma tem um tempo estimado de cerca de 6 minutos (Apóstolo *et. al*, 2014).

As questões são as seguintes:

Quadro 4: Descrição dos itens da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS)

| Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS) | | |
|--|--------|--------|
| 1. Em geral está satisfeito com a sua vida? | Sim- 0 | Não -1 |
| 2. Abandonou muitos dos seus interesses e atividades habituais? | Sim- 1 | Não- 0 |
| 3. Sente que a sua vida está vazia? | Sim- 1 | Não- 0 |
| 4. Sente-se frequentemente aborrecido? | Sim- 1 | Não- 0 |
| 5. Na maior parte do tempo está de bom humor? | Sim- 0 | Não- 1 |
| 6. Tem medo de que algo de mal lhe aconteça? | Sim- 1 | Não- 0 |
| 7. Sente-se feliz na maior parte do tempo? | Sim- 0 | Não- 1 |
| 8. Sente-se frequentemente abandonado / desamparado? | Sim- 1 | Não- 0 |
| 9. Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas? | Sim- 1 | Não- 0 |
| 10. Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade? | Sim- 1 | Não- 0 |
| 11. Actualmente, acha que é maravilhoso estar vivo? | Sim- 0 | Não- 1 |
| 12. Sente-se inútil? | Sim- 1 | Não- 0 |
| 13. Sente-se cheio de energia? | Sim- 0 | Não-1 |
| 14. Sente-se sem esperança? | Sim- 1 | Não- 0 |
| 15. Acha que as outras pessoas estão melhores que você? | Sim- 1 | Não- 0 |

Fonte: Apóstolo et al. (2011) pp. 193-201.

3.6. Tratamento de Dados

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado com recurso ao programa informático SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20.0, para Windows e apresentam-se os dados da análise descritiva em tabelas com referência às frequências absolutas e relativas.

Procedeu-se à análise descritiva da amostra com medidas de tendência central e de dispersão, ilustradas nas tabelas de frequência (no caso das variáveis de natureza qualitativa) e na análise da média e desvio padrão (no caso das variáveis de natureza quantitativa).

Para o estudo da fiabilidade, utilizamos o coeficiente de *alpha de Cronbach*, que analisa a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens e que meçam a mesma característica. Consideraram-se, para avaliar o valor de medida de fiabilidade os seguintes valores: maior que 0,9 corresponde a excelente, entre 0,8 e 0,9 corresponde a bom; entre 0,7 e

0,8 corresponde a razoável; entre 0,6 e 0,7 corresponde a fraco; abaixo de 0,6 corresponde a inaceitável (Hill & Hill, 2005).

Para verificação das hipóteses anteriormente formuladas, utilizaram-se os testes paramétricos que segundo Polit e Hungler (1995, p. 44) “são mais eficientes, oferecendo uma maior flexibilidade do que os não paramétricos, tendo, por tais motivos, a preferência quando as variáveis são mensuradas com, no mínimo, uma escala por intervalo”.

De entre os testes paramétricos existentes, recorreu-se ao teste *t* de *Student* e ao teste ANOVA, respeitando os pressupostos da independência das amostras, da normalidade populacional da variável dependente e da homogeneidade das variâncias (hipótese 1, 3, 5 e 6).

Para verificar diferenças estatisticamente significativas no MMSE em função das variáveis sensoriais (visão e audição) e estado de saúde (polimedicação, internamento e usos de auxiliares de marcha) utilizou-se o teste *t de student* para amostras independentes (hipóteses 2 e 4).

Capítulo IV – Apresentação e Discussão de Resultados

Neste ponto, pretende-se apresentar os resultados obtidos através da aplicação dos instrumentos de medida, bem como os resultados da análise estatística.

4. Apresentação e Discussão

4.1. Resultados Descritivos

Neste ponto, analisam-se os dados obtidos relativamente à avaliação sensorial, hábitos de vida e estado de saúde.

Os dados estão dispostos em tabelas compostas de distribuição de frequências absolutas e relativas.

Tabela 3: Distribuição da amostra segundo a Avaliação da Visão

| Itens | n | % |
|--|-----|------|
| Tem Problemas de Visão | | |
| Não | 120 | 20,7 |
| Sim | 461 | 79,3 |
| Usa óculos | | |
| Não | 232 | 39,9 |
| Sim | 349 | 60,1 |
| Problemas de Visão (Teste de Snellen) | | |
| Não | 454 | 78,1 |
| Sim | 127 | 21,9 |

Da análise da tabela 3 constata-se que relativamente à variável visão, a grande maioria dos inquiridos referiu ter problemas 79,3% (n=461); sendo que 60,1% (n=349) dos inquiridos mencionaram usar ou usavam óculos. No entanto, do Teste de *Snellen* efetuado, os resultados apresentam 78,1% (n=454) dos inquiridos não evidenciavam problemas de visão. De ressaltar, que a percepção do idoso e o teste efetuado demonstram resultados contraditórios.

Tabela 4: Distribuição da amostra segundo a Avaliação da Audição

| Itens | n | % |
|----------------------------------|----------|----------|
| Tem Problemas de Audição | | |
| Não | 391 | 67,3 |
| Sim | 190 | 23,7 |
| Uso de Próteses Auditivas | | |
| Não | 533 | 92,4 |
| Sim | 44 | 7,6 |
| Total | 577 | 100,0 |
| Valores Omissos | 4 | |
| Total | 581 | |
| Sussurro | | |
| Sem perda auditiva | 367 | 63,4 |
| Com perda auditiva | 212 | 36,6 |
| Total | 579 | 100,0 |
| Valores Omissos | 2 | |
| Total | 581 | |

Quanto à variável audição, e através da análise da tabela 4 constata-se que os idosos percebem que não têm problemas de audição 67,3% (n=391). A grande maioria dos inquiridos não usam próteses auditivas 92,4% (n=533) e quanto ao teste do sussurro, o mesmo evidenciou que a maioria 63,4% (n= 367) não tem perda auditiva.

Tabela 5: Distribuição da amostra segundo o consumo de Tabaco

| Itens | n | % |
|--------------------------------|----------|----------|
| Consumo de tabaco | | |
| Não fumador | 518 | 89,2 |
| Fumador | 12 | 2,0 |
| Ex-Fumador | 51 | 8,8 |
| Número de cigarros/dia | | |
| 6 | 1 | 8,3 |
| 10 | 3 | 25,0 |
| 15 | 4 | 33,4 |
| 20 | 1 | 8,3 |
| 40 | 3 | 25,0 |
| Número de anos que fuma | | |
| 12 | 1 | 12,5 |
| 20 | 1 | 12,5 |
| 30 | 1 | 12,5 |
| 35 | 1 | 12,5 |
| 39 | 1 | 12,5 |
| 40 | 1 | 12,5 |
| 50 | 2 | 25,0 |
| Total | 8 | 100,0 |
| Valores Omissos | 4 | |
| Total | 12 | |

A análise da tabela 5 permite-nos concluir da predominância de não fumadores (89,2%, n=518). Os idosos que referiram ser fumadores (2,0%, n=12) foram ainda questionados sobre o número de cigarros que fumavam por dia, tendo concluído que 33,4% (n=4) mencionaram fumar 15 cigarros por dia e 25,0% (n=3) referiram que fumavam 40 cigarros por dia. Questionados sobre há quantos anos fumavam, um quarto dos inquiridos que referiram fumar (25%, n=2) mencionaram que fumam há 50 anos.

Tabela 6: Distribuição da amostra segundo o consumo de cafés ou bebidas contendo cafeína

| N.º/dia | n | % |
|------------------------|-----|-------|
| 0 | 341 | 58,8 |
| 1 | 148 | 25,5 |
| 2 | 76 | 13,1 |
| 3 | 15 | 2,6 |
| Total | 580 | 100,0 |
| Valores Omissos | 1 | |
| Total | 581 | |

No que se refere ao consumo de cafés ou de bebidas que contém cafeína, pela análise da tabela 6 verificamos que a maioria dos idosos (58,8%, n=341) referiram não consumir e 25,5% (n=148) mencionaram que tomavam/bebiam 1 café/bebida por dia.

Tabela 7: Distribuição da amostra segundo o consumo de Álcool

| Itens | n | % |
|--------------------------|-----|-------|
| Consumo de álcool | | |
| Não | 389 | 67,0 |
| Sim | 192 | 33,0 |
| Tipo de bebida | | |
| Vinho | 192 | 100,0 |
| Abuso de Álcool | | |
| Não | 463 | 79,7 |
| Sim | 118 | 20,3 |

Da análise da tabela 7, a maioria dos idosos (67,0%, n=389) mencionaram que não consumiam álcool. Os inquiridos que referiram consumir álcool (33,0%, n=192) referiram o vinho (100,0%, n=192) como a bebida mais consumida. De referir que entre os inquiridos, a maioria não foi categorizada como abusando do álcool, pois teria que ter um nível de consumo diário > 30 gramas de álcool puro [3 Unidade de Bebida Padrão (UBP)] por dia para homens e mulheres.

Tabela 8: Distribuição da amostra segundo os Internamentos Hospitalares

| Ítems | n | % |
|---|----------|----------|
| Internamentos hospitalares no último ano | | |
| Não | 478 | 82,3 |
| Sim | 103 | 17,7 |
| Número de vezes internado | | |
| 1 | 89 | 89,0 |
| 2 | 9 | 9,0 |
| 3 | 1 | 1,0 |
| 5 | 1 | 1,0 |
| Total | 100 | 100,0 |
| Valores Omissos | 3 | |
| Total | 103 | |

Analisando a variável internamentos hospitalares na tabela 8, podemos observar que a maioria dos inquiridos (82,3%, n=478) não esteve internada no último ano. Daqueles que mencionaram ter estado internados (17,7%, n=103), 89,0% (n=89) referiram ter ocorrido uma vez.

Tabela 9: Distribuição da amostra segundo a utilização de auxiliares para marcha

| Uso de Auxiliares para marcha | n | % |
|--------------------------------------|----------|----------|
| Não | 448 | 77,1 |
| Sim | 133 | 22,9 |

Da análise da tabela 9, verifica-se que 77,1% (n=448) dos inquiridos referiram não utilizar auxiliares para marcha.

Tabela 10: Distribuição da amostra segundo a descrição de auxiliares de marcha

| Auxiliares para marcha | n | % |
|-------------------------------|----------|----------|
| Bengala/1 canadiana | 102 | 76,7 |
| Canadianas | 12 | 9,0 |
| Andarilho | 14 | 10,5 |
| Cadeira de Rodas | 5 | 3,8 |

A maioria dos idosos que referiram recorrer a auxiliares para marcha fazem uso da bengala/1 canadiana (76,7%, n=102).

Tabela 11: Distribuição da amostra segundo a classificação do Estado de Saúde

| Estado de Saúde | n | % |
|-----------------|-----|------|
| Excelente | 23 | 3,9 |
| Boa | 155 | 26,7 |
| Regular | 320 | 55,1 |
| Má | 83 | 14,3 |

Quanto ao Estado de Saúde, a maioria (55,1%, n=320) dos idosos consideram-no como sendo regular (tabela 11).

Tabela 12: Análise Descritiva de subgrupos MMSE

| MMSE | Média | Desvio padrão | mínimo | máximo |
|-----------------------------------|-------|---------------|--------|--------|
| Orientação Temporal | 4,83 | 0,493 | 0 | 5 |
| Orientação Espacial | 4,90 | 0,373 | 0 | 5 |
| Retenção | 2,98 | 0,203 | 0 | 3 |
| Atenção e Cálculo | 4,54 | 1,191 | 0 | 5 |
| Evocação | 2,49 | 0,735 | 0 | 3 |
| Linguagem | 1,67 | 0,270 | 0 | 2 |
| Linguagem (Repetição) | 1,00 | 0,155 | 0 | 1 |
| Linguagem (Compreensão de Ordens) | 2,93 | 0,371 | 0 | 3 |
| Leitura | 0,76 | 0,429 | 0 | 1 |
| Escrita | 0,71 | 0,453 | 0 | 1 |
| Desenho | 0,33 | 0,471 | 0 | 1 |
| MMSE – <i>Score</i> Total | 27,46 | 2,946 | 0 | 30 |

Pela análise da tabela anterior conclui-se que os inquiridos obtiveram melhores resultados nos subgrupos de testes de orientação temporal ($4,83 \pm 0,493$), orientação espacial ($4,90 \pm 0,372$), retenção ($2,98 \pm 0,203$) atenção e cálculo ($4,54 \pm 1,191$) e evocação ($2,49 \pm 0,735$). Quanto à análise descritiva do MMSE, encontrou-se uma média de 27,46 ($\pm 2,946$), evidenciando que é superior à média obtida no estudo desenvolvido por Pena (2011), que revelou uma média de 20,94 ($\pm 6,13$), por Carvalho (2011) que obteve uma média de 20,87 ($\pm 6,13$) e por Machado, Ribeiro, Cotta e Leal (2011) que obtiveram uma média de 19,48.

Tabela 13: Análise descritiva MMSE

| Pontos de Corte | n | % |
|-------------------------------|----------|----------|
| Sem comprometimento cognitivo | 577 | 99,3 |
| Comprometimento cognitivo | 3 | 0,5 |
| Total | 580 | 99,8 |
| Valores Omissos | 1 | 0,2 |

Analisando a tabela 13, os resultados mostram que 99,3% (n=577) da população em estudo encontra-se sem comprometimento cognitivo, enquanto 0,5% (n=3) dos casos mostraram comprometimento cognitivo. Salienta-se ainda que 0,2% (n=1) são valores omissos do sistema.

Tabela 14: Análise Descritiva GDS-15

| GDS-15 | Média | Desvio padrão | mínimo | máximo |
|-----------------------------|--------------|----------------------|---------------|---------------|
| GDS-15 – <i>Score</i> Total | 3,13 | 3,256 | 0 | 15 |

Relativamente aos sintomas depressivos, avaliados através da GDS-15, verificou-se uma média de 3,13 ($\pm 3,256$). Os resultados mostram que a maioria da população em estudo não apresenta sintomas depressivos, tal como definidos pelo ponto de corte do estudo da validação portuguesa (Apóstolo et al., 2014). Resultados contrários verificaram Pena (2011) e Carvalho (2011), em que a maioria dos idosos apresentava sintomas depressivos.

Tabela 15: Pontos de Corte GDS-15

| Pontos de Corte | n | % |
|-------------------------|----------|----------|
| Sem depressão (<6) | 471 | 81,1 |
| Depressão Ligeira (6-9) | 73 | 12,5 |
| Depressão grave (10-15) | 37 | 6,4 |

Atendendo à nossa amostra, os resultados mostram que 81,1% (n=471) da população em estudo encontra-se sem depressão (GDS-15 <6), enquanto 12,5% (n=73) dos casos mostraram depressão ligeira (GDS-15 entre 6-9). Salienta-se ainda que 6,4% (n=37) dos inquiridos apresentavam depressão grave (tabela 15).

4.2. Resultados Inferenciais

Neste subponto, serão apresentados os cálculos estatísticos utilizados para o estudo da fiabilidade das escalas e para a confirmação ou não das hipóteses anteriormente definidas.

Tabela 16: Fiabilidade do MMSE

| | <i>Alfa de Cronbach</i> (presente estudo, n=581) | <i>Alfa de Cronbach</i> (Paiva, 2013; n=453) |
|-------------------|---|---|
| Total MMSE | 0,70 | 0,705 |

Os resultados do estudo da fidelidade do *Mini-Mental State Examination*, analisado a partir do coeficiente de *Alpha de Cronbach*, são apresentados na tabela 15, bem como os encontrados por Paiva (2013).

O coeficiente de consistência interna global do MMSE, na nossa amostra foi de 0,70, semelhante ao encontrado no estudo desenvolvido por Paiva (2013), e considerado como uma consistência interna razoável.

Analisamos a fidelidade da escala, através do coeficiente *Alpha de Cronbach* realizado com uma amostra de 581 idosos.

Tabela 17: Fiabilidade da Escala GDS-15

| | <i>Alfa de Cronbach</i> (presente estudo, n=581) | <i>Alfa de Cronbach</i> (Apóstolo et al., 2014, n=385) |
|---------------------|---|---|
| Total GDS-15 | 0,833 | 0,83 |

Como podemos verificar pela tabela 17, a escala total apresenta valores de coeficiente *alfa de Cronbach* considerados razoáveis, dado que se situam nos 0,83. Tais resultados são iguais aos encontrados por Apóstolo et al. (2014).

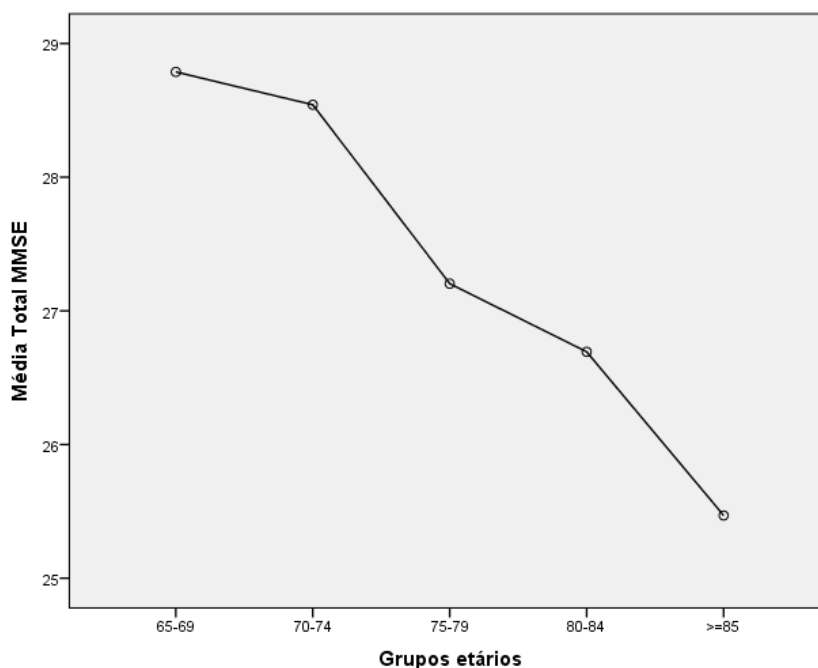
H1 - O Estado Cognitivo dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança é diferente segundo a idade, sexo, habilitações literárias e a profissão.

Tabela 18: Estado Cognitivo dos idosos segundo a variável idade

| Variáveis Sociodemográficas | MMSE | | | |
|-----------------------------|--------------|---------------|----------------|---------|
| | Média | Desvio Padrão | ANOVA <i>p</i> | |
| Idade | 65-69 | 28,79 | 1,546 | 0,000** |
| | 70-74 | 28,54 | 1,618 | |
| | 75-79 | 27,20 | 3,506 | |
| | 80-84 | 26,69 | 2,879 | |
| | ≥85 | 25,47 | 3,599 | |
| | Total | 580 | 100,0 | |

** $p < 0,001$

Gráfico 1 - Estado Cognitivo dos idosos segundo a variável idade



Analisando os resultados da tabela anterior verifica-se que em média os idosos com idades entre os 65 e os 69 anos apresentam melhor desempenho (média=28,79; desvio padrão=1,546) quando comparado com as restantes categorias. Consta-se assim, que à medida que se vai avançando na idade, pior será o estado cognitivo. Resultados similares foram obtidos por Neves (2012) que constataram que o grupo com idades

entre os 65 e os 69 anos apresenta melhor desempenho ($M=26,86$ e $DP=2,615$) quando comparado com o grupo com idades entre os 70 e os 75 anos ($M=26,38$ e $DP=3,083$).

Pela análise, conclui-se que, a um nível de 1%, existe evidência estatística para afirmar que o estado cognitivo apresenta diferenças muito significativas quando relacionado com a variável idade ($p<0,01$), isto é quanto mais velhos forem os idosos pior é o estado cognitivo. Os resultados obtidos vão ao encontro de Rogers (2000, citado por Simões, 2006, p.56) quando referia que “alguns tipos de atenção apresentam declínios relacionados com a idade, outros não registam tais declínios, e ainda outros só evidenciam decréscimos na atenção, em determinados contextos”. O principal fator de risco para o desenvolvimento de demência e do Défice Cognitivo Ligeiro, é a idade. No caso da Doença de Alzheimer, após os 60 anos de idade, a incidência aumenta, verificando-se um padrão exponencial das taxas de prevalência, que duplicam a cada cinco anos (Freitas, Alves, Simões & Santana, 2013).

Santos (2013) afirma também existir relação entre a idade e o declínio cognitivo no idoso associado a outros factores como os hábitos de vida saudáveis e a depressão. Constatando que o declínio cognitivo aumenta com o avançar da idade.

Tabela 19: Estado Cognitivo dos idosos segundo a variável sexo

| Variáveis Sociodemográficas | | MMSE | | |
|-----------------------------|-----------|-------|---------------|--------------------|
| | | Média | Desvio Padrão | T-Student <i>p</i> |
| Sexo | Masculino | 27,80 | 2,626 | 0,020** |
| | Feminino | 27,23 | 3,131 | |
| | Total | 580 | 100,0 | |

** $p<0,05$

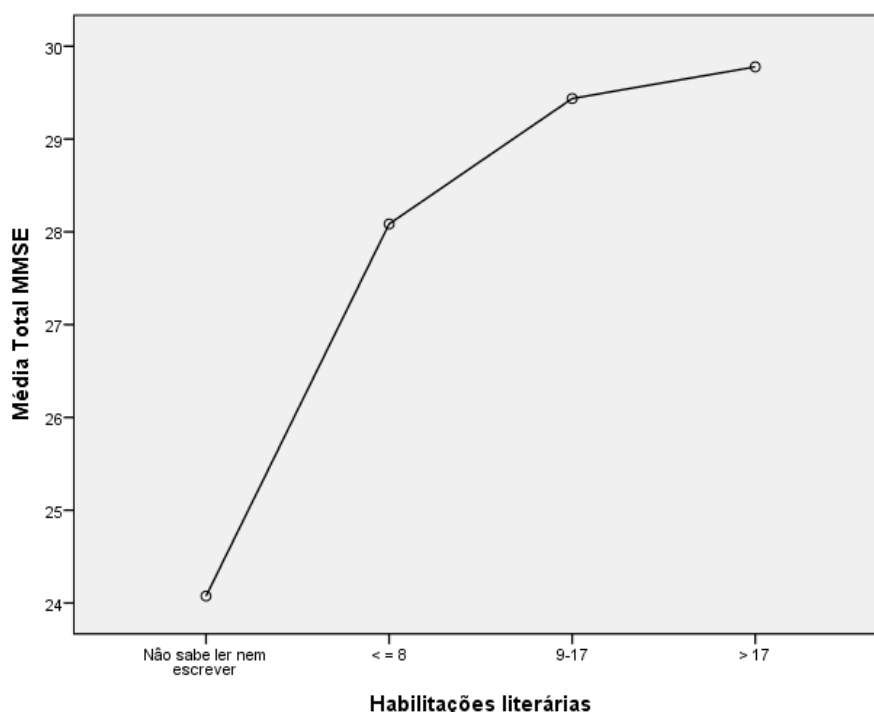
Analisando a tabela 19, conclui-se que, a um nível de 1%, existe evidência estatística para afirmar que o estado cognitivo apresenta diferenças muito significativas quando relacionado com a variável sexo ($p=0,020$). Constata-se ainda que os resultados apontam maiores alterações do estado em idosos do sexo feminino. No estudo desenvolvido por Hanninen et al. (1996, citados por Gonçalves, 2011), um estado cognitivo baixo é mais frequente nos homens comparativamente com as mulheres, contrapondo-se aos resultados do nosso estudo.

Tabela 20: Estado Cognitivo dos idosos segundo a variável habilitações literárias

| Variáveis Sociodemográficas | | MMSE | | |
|-----------------------------|---------------------------|-------|---------------|----------------|
| | | Média | Desvio Padrão | ANOVA <i>p</i> |
| | Não sabe ler nem escrever | 24,07 | 3,501 | 0,000** |
| Habilitações | ≤8 | 28,08 | 2,232 | |
| Literárias | 9-17 | 29,44 | 0,680 | |
| | >17 | 29,78 | 0,441 | |
| | Total | 580 | 100,0 | |

** $p < 0,001$

Gráfico 2 - Estado Cognitivo dos idosos segundo a variável habilitações literárias



Analisando a tabela 20 e o gráfico 2, conclui-se que, a um nível de 1%, existe evidência estatística para afirmar que o estado cognitivo apresenta diferenças muito significativas quando relacionado com a variável habilitações literárias ($p < 0,001$), isto é, quanto mais elevadas as habilitações literárias melhor é o estado cognitivo. Também Machado, Ribeiro, Cotta e Leal (2011) junto de 74 idosos brasileiros verificaram uma associação entre a escolaridade e a presença de declínio cognitivo, constatando que idosos com menos estudos têm maior probabilidade de terem declínio cognitivo. Paralelamente, outros estudos têm verificado que as habilitações literárias estão consistentemente

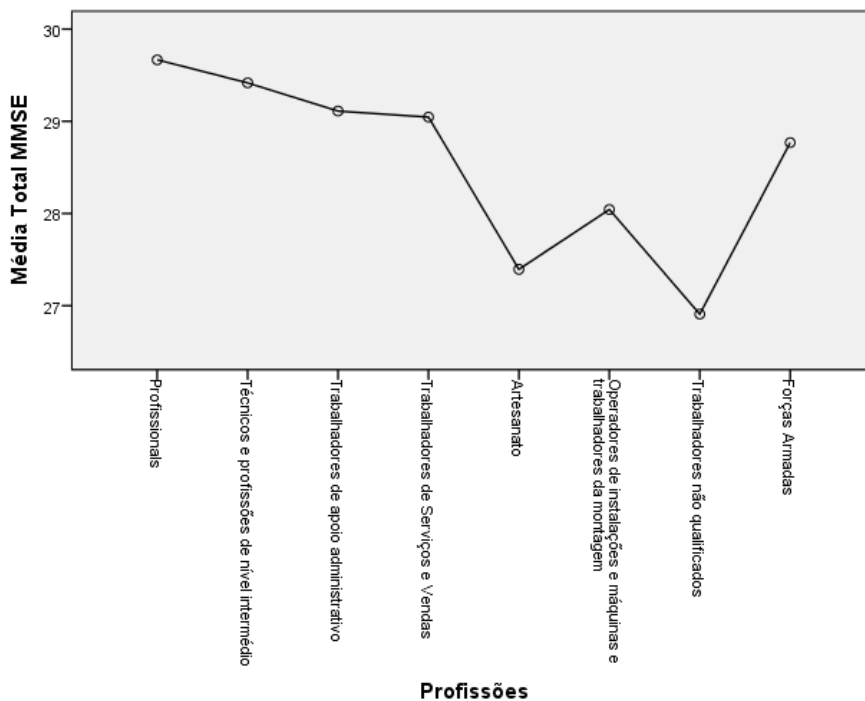
relacionadas com um melhor desempenho cognitivo (Alley, Suthers & Crimmins, 2007; Gonçalves, 2011).

Tabela 21: Estado Cognitivo dos idosos segundo a variável profissão

| | | MMSE | | |
|-----------------------------|--|-------|---------------|----------------|
| Variáveis Sociodemográficas | | Média | Desvio Padrão | ANOVA <i>p</i> |
| Profissão | Profissionais | 29,67 | 0,488 | 0,000** |
| | Técnicos e profissões de nível intermédio | 29,42 | 0,793 | |
| | Trabalhadores de apoio administrativo | 29,11 | 1,231 | |
| | Trabalhadores de Serviços e Vendas | 29,05 | 0,983 | |
| | Artesanato | 27,39 | 3,009 | |
| | Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem | 28,04 | 1,846 | |
| | Trabalhadores não qualificados | 26,91 | 3,185 | |
| | Forças Armadas | 28,77 | 1,691 | |
| Total | | 580 | 100,0 | |

** $p < 0,001$

Gráfico 3 - Estado Cognitivo dos idosos segundo a variável profissão



Da análise da tabela 21 e gráfico 3, conclui-se que, a um nível de 1%, existe evidência estatística para afirmar que o estado cognitivo apresenta diferenças muito significativas quando relacionado com a variável profissão ($p < 0,001$), isto é, as profissões mais elementares apresentam menores resultados no estado cognitivo e as profissões mais complexas apresentam resultados melhores do estado cognitivo.

H2 - O Estado Cognitivo dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança é diferente segundo avaliação sensorial.

Tabela 22: Estado Cognitivo segundo a avaliação sensorial

| | Não usa óculos | | Usa óculos | | T-Student <i>p</i> |
|------|---|---------------|---|---------------|--------------------|
| | Média | Desvio padrão | Média | Desvio padrão | |
| | 27,31 | 2,765 | 27,56 | 3,060 | 0,312 |
| | Com problemas de visão (Snellen) | | Sem Problemas de Visão (Snellen) | | |
| | Média | Desvio padrão | Média | Desvio padrão | <i>p</i> |
| MMSE | 25,73 | 4,128 | 27,95 | 2,3 | 0,000** |
| | Com problemas de audição | | Sem problemas de audição | | |
| | Média | Desvio padrão | Média | Desvio padrão | <i>p</i> |
| | 26,43 | 3,345 | 27,97 | 2,589 | 0,000** |
| | Perda auditiva | | Sem perda auditiva | | |
| | Média | Desvio padrão | Média | Desvio padrão | <i>p</i> |
| | 26,50 | 3,250 | 28,01 | 2,609 | 0,000** |

** $p < 0,001$

A análise da tabela anterior permite-nos verificar uma diferença significativa de médias entre os idosos com problemas de visão (*Snellen*) e sem problemas de visão (*Snellen*), com problemas de audição e sem problemas de audição e com perda auditiva e sem perda auditiva.

Verificou-se diferença estatisticamente significativa para as variáveis, problemas de visão ($p < 0,001$), problemas de audição ($p < 0,001$) e perda auditiva ($p < 0,001$). Não se verificam diferenças estatisticamente significativas na variável “usa óculos” ($p = 0,312$).

Podemos dizer que idosos que não exibem problemas de visão, apresentam melhor estado cognitivo, assim como os idosos que não apresentam problemas de audição têm também melhor estado cognitivo. Bruckmann e Pinheiro (2015), referem por sua vez que a perda auditiva não apresenta relação significativa com o estado cognitivo. Já Fell e Teixeira (2015) num estudo desenvolvido no Brasil com idosos que apresentavam perda auditiva e aplicado o MMSE confirmam a relação entre os problemas de audição e o declínio dos processos cognitivos alertando para necessidade de correção dos problemas auditivos de forma a prevenir tais alterações no estado cognitivo. Quanto melhor a audição melhor o desempenho cognitivo.

Relativamente aos problemas de visão num estudo desenvolvido no Reino Unido por Ko et al. (2018), relacionam o declínio cognitivo aos problemas de visão, referindo que alterações anatómicas na visão levam ao aumento do risco de declínio cognitivo ou da perda cognitiva futura. Também Chen, Bhattacharya e Pershing (2017) num estudo realizado com idosos norte americanos referem que disfunções ao nível da visão estão associadas a baixa função cognitiva.

H3 - O Estado Cognitivo dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança é diferente segundo os hábitos de vida.

Tabela 23: Estado Cognitivo segundo os hábitos de vida

| | Não fuma | | Fuma | | T-Student <i>p</i> |
|------|-----------------------|---------------|-------------------|---------------|--------------------|
| | Média | Desvio padrão | Média | Desvio padrão | <i>p</i> |
| | 27,33 | 3,044 | 29,50 | 0,674 | 0,012* |
| MMSE | Não consome álcool | | Consome álcool | | |
| | Média | Desvio padrão | Média | Desvio padrão | <i>p</i> |
| | 27,28 | 3,128 | 27,84 | 2,500 | 0,045* |
| | Sem “abuso de álcool” | | “Abuso de álcool” | | |
| | Média | Desvio padrão | Média | Desvio padrão | <i>p</i> |

27,38 2,995 27,79 2,728 0,446

* $p < 0,05$

Da análise da tabela anterior constata-se que não há diferença estatisticamente significativa no indicador “abuso de álcool” ($p=0,446$). Todavia, nos indicadores consumo de tabaco ($p=0,012$) e de álcool ($p=0,045$) verifica-se diferença estatisticamente significativa.

No que diz respeito aos hábitos de vida e analisando segundo o estado cognitivo dos idosos verificou-se que é melhor nos idosos que fumam e nos que consomem álcool. Estes resultados não foram corroborados ao nível da literatura pois Machado, Ribeiro, Cotta e Leal (2011) observaram que os idosos que fumam têm maior probabilidade de apresentarem declínio cognitivo, embora os resultados não tenham sido estatisticamente significativos. Resultados contrários foram verificados por Tambara et al. (2012) que não verificaram a existência de associação entre a referida variável e o estado cognitivo.

Quanto ao consumo de álcool Tambara et al. (2012) concluíram que o mesmo pode levar à perda cognitiva e como consequência levar à demência pelo facto de se verificar uma diminuição da absorção da vitamina B12. Outro estudo concluiu que idosos que consomem álcool demonstram pior desempenho ao nível das funções executivas (Oliveira et al., 2016). Gu et al. (2014, citados por Oliveira et al., 2016) sugerem que o consumo ligeiro ou moderado de álcool é considerado como um fator de proteção para transtornos neurocognitivos, nomeadamente a Doença de Alzheimer, para além de melhorar a cognição. Paralelamente, Sakai, Medeiros e Oliveira (s.d.) concluíram que o alcoolismo e o seu consumo abusivo podem acelerar o envelhecimento cerebral e apresentar alterações cognitivas de forma transitória. Antilla (2014, citado por Ferreira, 2014) constatou que os sujeitos que não consumiam álcool durante a meia-idade e aqueles que bebiam álcool com frequência teriam um risco de desenvolver défice cognitivo ligeiro em idades tardias.

H4 - O Estado Cognitivo dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança é diferente segundo o estado de saúde.

Tabela 24: Estado Cognitivo segundo o Estado de Saúde

| | Sem internamento | | Internamento | | T-Student <i>p</i> |
|------|----------------------------|---------------|------------------------|---------------|--------------------|
| | Média | Desvio padrão | Média | Desvio padrão | <i>p</i> |
| | 27,51 | 2,882 | 27,22 | 3,230 | 0,365 |
| MMSE | Sem polimedicação | | Com polimedicação | | |
| | Média | Desvio padrão | Média | Desvio padrão | <i>p</i> |
| | 27,76 | 2,522 | 26,90 | 3,551 | 0,000** |
| | Não usa auxiliar de marcha | | Usa auxiliar de marcha | | |
| | Média | Desvio padrão | Média | Desvio padrão | <i>p</i> |
| | 27,94 | 2,695 | 25,85 | 3,183 | 0,000** |

** $p < 0,001$

Verifica-se, da análise da tabela, diferença estatisticamente significativa nos indicadores “polimedicação” ($p=0,000$) e “auxiliares de marcha” ($p=0,000$). Relativamente ao indicador “internamento” não se verifica diferença estatisticamente significativa ($p=0,365$).

A definição de polimedicação não é consensual, no entanto, segundo a OMS refere-se ao uso em simultâneo de cinco ou mais medicamentos prescritos (Lavrador, 2016). A idade é descrita como um dos fatores de risco mais comuns para a polimedicação, existindo uma associação, pese embora, não muito significativa, entre a idade e o número de medicamentos crónicos prescritos (Teixeira, 2014). Todavia, o fator determinante para o consumo de medicamentos em idosos é a existência de comorbilidades (Lavrador, 2016).

Contrariamente ao nosso estudo Faber, Scheicher e Soares (2017), na sua pesquisa não observaram relação entre o consumo de medicamentos, o declínio cognitivo e a depressão. Contudo mais de metade dos inquiridos (58,7%) apresentavam declínio cognitivo e 21,73% daqueles que responderam à GDS apresentavam depressão, o mesmo autor sugere que quanto mais sintomas de depressão se identificarem no idoso maior o défice cognitivo, estes resultados são confirmados pela literatura na qual a

depressão aparece como agente de desenvolvimento de quadros demenciais e como fator de risco para um declínio cognitivo.

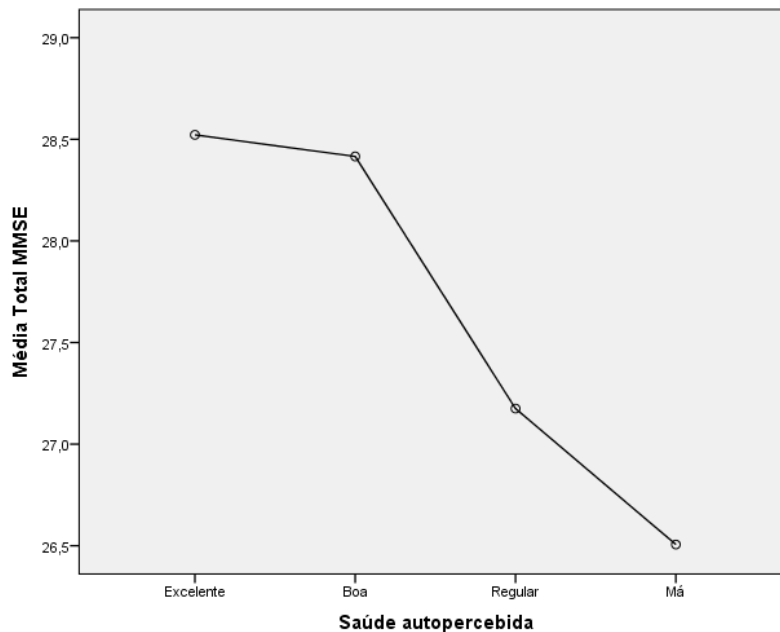
H5 - O estado cognitivo dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança é diferente segundo a saúde autopercebida.

Tabela 25: Estado cognitivo segundo a saúde autopercebida

| | | MMSE | | |
|---------------------|-----------|-------|---------------|----------------|
| | | Média | Desvio Padrão | ANOVA <i>p</i> |
| Saúde autopercebida | Excelente | 28,52 | 1,974 | 0,000** |
| | Boa | 28,42 | 2,174 | |
| | Regular | 27,18 | 3,004 | |
| | Má | 26,51 | 3,610 | |

** $p < 0,001$

Gráfico 4 - Estado Cognitivo dos idosos segundo a saúde autopercebida



Concluimos que há diferença estatisticamente significativa *entre o estado cognitivo dos idosos não institucionalizados e a saúde autopercebida* ($p=0,000$), pelo que quanto pior for a autoperceção dos idosos acerca da saúde, menor será o estado cognitivo. Oliveira, Duarte, Lebrão e Laurenti (2007) referem que perceber a saúde de forma negativa aumenta o risco de desenvolvimento de declínio cognitivo. Os dados do Inquérito Nacional de Saúde indicam que 41,4% dos residentes em Portugal Continental que tinham mais de 65 anos referiram que o seu estado de saúde era mau e

muito mau (Araújo et al., 2011). No estudo desenvolvido por Araújo et al. (2011) concluíram que os idosos da zona rural (41,2%) e idosos da zona urbana (32,4%), percebem o seu estado de saúde como fraco.

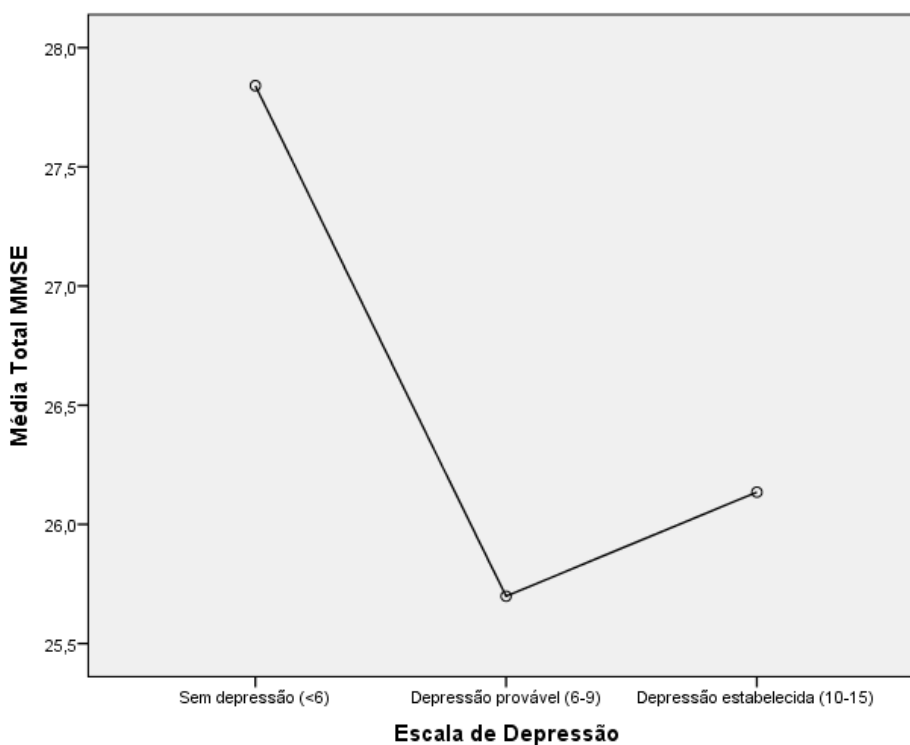
H6 - O estado cognitivo dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança é diferente segundo o estado afetivo (depressão).

Tabela 26: Estado cognitivo consoante a escala GDS-15

| | | MMSE | | |
|-----------|--------------------------------|-------|---------------|----------------|
| | | Média | Desvio Padrão | ANOVA <i>p</i> |
| Depressão | Sem depressão (<6) | 27,84 | 2,399 | |
| | Depressão provável (6-9) | 25,70 | 4,651 | 0,000** |
| | Depressão estabelecida (10-15) | 26,14 | 3,368 | |

** $p < 0,001$

Gráfico 5 - Estado Cognitivo dos idosos segundo a escala GDS-15



Analisando a tabela anterior conclui-se que a hipótese, é confirmada, ou seja, a escala GDS-15 tem efeito significativo na explicação do estado cognitivo ($p=0,000$). A presença de sinais de depressão representam uma alteração do estado cognitivo, se os sintomas estiverem presentes o estado cognitivo será pior.

Resultados semelhantes foram verificados por Pena et al. (2012) junto de 378 idosos institucionalizados verificaram que os sintomas depressivos contribuem significativamente para a variância no MMSE. Outros estudos verificaram, da mesma forma, relação entre os sintomas depressivos e o defeito cognitivo Pena (2011), ou seja, a existência de sintomas depressivos aumenta a possibilidade de os idosos terem defeito cognitivo. Pena (2011) alerta para o facto de estes resultados poderem melhor explicado pelo facto de os idosos que demonstram mais sintomas depressivos evidenciaram mais queixas ao nível da memória, concentração, atenção, aprendizagem, fluência verbal e funções executivas.

De referir, a existência de estudos (Amieva et al., 2008; Chodosh et al., 2007; Jean, Simard, Reekum & Clarke, 2005; Sachs-Ericsson, Joiner, Plant & Blazer, 2005, citados por Pena, 2011) que revelam que o risco de ter défice cognitivo é maior entre os idosos sem sintomas depressivos.

Capítulo V - Conclusões, Limitações e Sugestões

Tecemos agora algumas considerações finais, tentando resumir os dados reunidos em capítulos anteriores, expondo as limitações do estudo, recomendando sugestões para posteriores investigações e apresentando posteriormente um plano de intervenção.

Numa amostra de 581 idosos verificou-se que predominantemente eram do sexo feminino (58,9%), a média de idades era de 76,25 anos e a maioria (91,7%) tem um nível de escolaridade \leq a 8 anos (até ao 6.º ano de escolaridade), sendo que 1,5% frequentou um Curso Superior. A categoria profissional mais relevante é a de trabalhadores não qualificados (68%).

Da avaliação sensorial conclui-se que:

- 461 (79,3%) idosos têm problemas de visão; 349 (60,1%) usam óculos e 454 (78,1%) no teste de *Snellen* não apresentam problemas de visão;
- Ao nível da audição, 391 (67,3%) referem não ter problemas de audição; 533 (92,4%) não usa próteses auditivas e no teste do sussurro, 367 (63,4%) não demonstram perda auditiva.

No que concerne à variável Hábitos de Vida constatou-se que:

- Dos idosos inquiridos, 518 (89,2%) não é fumadora; os que mencionaram ser fumadores, 4 (33,4%) referiram que fumam 15 cigarros por dia e destes, 2 (25,0%) fumam há 50 anos.
- 389 (67,0%) dos idosos não consome álcool, aqueles que mencionaram que consumiam, dão preferência ao vinho (100,0%); e 463 (79,7%) não foram categorizados como abusando do álcool.

Quanto ao Estado de Saúde verifica-se que:

- 478 (82,3%) dos idosos não foram internados no último ano.
- Dos inquiridos que responderam positivamente, 103 (17,7%), 89 (89,0%) esteve uma vez internado no último ano.
- 448 (77,1%) dos idosos não necessita de meios auxiliares de marcha.
- Os que necessitam de auxiliares de marcha, 102 (76,7%) recorrem à bengala/1 canadiana.

Relativamente à Saúde Autopercebida conclui-se que:

- 320 idosos inquiridos (55,1%) considera-a como sendo regular.

Importa sublinhar que o MMSE apresentação um *alpha* de *Cronbach* razoável e o GDS-15, bom.

Atendendo às variáveis com diferenças estatisticamente significativas em relação ao estado cognitivo, conclui-se que:

- Existem diferenças relativamente à variável sexo, idosos do sexo masculino têm melhor estado cognitivo.
- Verificam-se diferenças em relação à idade, ou seja, quanto mais velhos os idosos pior o estado cognitivo.
- Verificam-se diferenças relativamente às habilitações literárias, isto é, em idosos com maiores habilitações literárias verifica-se um melhor estado cognitivo.
- Relativamente à profissão, trabalhos elementares (no caso da agricultura) apresentam pior estado cognitivo.
- Existem diferenças entre o estado cognitivo e os problemas de visão e audição e perda auditiva; não se verificando com o facto de usarem óculos.
- Verificam-se diferenças entre o estado cognitivo e o consumo de tabaco e álcool, não se verificando com o indicador “abuso de álcool”.
- Verificam-se diferenças entre o estado cognitivo e o estado de saúde, ao nível da polimedicação e auxiliares de marcha; não se verificando no indicador “internamento”.
- Existem diferenças entre o estado cognitivo e a perceção que os idosos têm acerca da sua saúde, ou seja, quanto melhor a autoperceção de saúde melhor o estado cognitivo.
- Existem diferenças entre o estado cognitivo e o estado afectivo (depressão), caso estejam presentes sintomas de depressão o estado cognitivo diminui.

Consideramos que os resultados da presente investigação sugerem a necessidade de serem implementados programas de intervenção junto dos idosos do distrito de Bragança, com o intuito de potenciar e estimular a cognição dos mesmos e assim contribuir também para a reabilitação cognitiva. O desenvolvimento deste plano de intervenção baseia-se numa ação concertada com a UCC de Bragança.

Neste sentido, o Anexo III apresenta o Projeto de Intervenção para esta população-alvo, cumprindo com o que é preconizado pela alínea c) das competências do

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária - Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

É neste contexto que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária assume um papel primordial na promoção da saúde junto da comunidade, podendo assim vir-se a refletir na qualidade dos serviços prestados, potenciando a saúde e capacitando pessoas grupos e comunidades.

Os resultados obtidos com esta investigação permitiram compreender qual o estado cognitivo dos idosos do distrito de Bragança e servir como ponto de partida para a intervenção.

Foram algumas as limitações sentidas ao longo da realização deste trabalho de investigação, nomeadamente a extrema dificuldade de gestão de tempo e flexibilização de horários de forma a poder cumprir os objetivos inicialmente propostos. Outro aspeto prendeu-se com o tipo de amostragem (não probabilística) selecionada, não podendo extrapolar os resultados obtidos para além da amostra estudada.

Na generalidade considera-se que a presente investigação deve ser assumida como um ponto de partida, de diagnóstico, planificação, estruturação e implementação de programas e projetos de intervenção em saúde comunitária que visem potenciar a saúde dos indivíduos e da comunidade.

Mesmo considerando que os resultados desta investigação possam ser benéficos, estes são um estímulo motivando-nos enquanto enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária a desenvolver aptidões que visam a escolha de estratégias em resposta às necessidades reais dos idosos com o objetivo de potenciar a sua saúde mental, psicológica, emocional e relacional. É nesta perspetiva que consideramos que esta investigação apresenta um contributo importante na saúde dos idosos.

Em próximos estudos seria interessante analisar o impacto do (nosso) projeto de intervenção de estimulação cognitiva no estado cognitivo dos idosos do distrito de Bragança.

Referências Bibliográficas

- Afiune, A. (2011). Envelhecimento Cardiovascular. In E. Freitas, L. Py, F. Cançado, J. Doll, & M. Gorzoni, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (3.^a ed., pp. 373-379). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Alley, D., Suthers, K., & Crimmins, E. (1 de Jan de 2007). Education and Cognitive Decline in Older Americans: Results From the AHEAD Sample. *Research Aging*, 29(1), pp. 73-94.
- APA. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Apóstolo, J., Cardosos, D., Marta, L., & Amaral, T. (Dez. de 2011). Efeito da estimulação cognitiva em Idosos. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(5), pp. 193-201.
- Apóstolo, L., Loureiro, M., Reis, I., Silva, I., Cardoso, D., & Sfetcu, R. (nov./dez. de 2014). Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale -15 para a língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*, pp. 65-73.
- Araújo, J., Ramos, E., & Lopes, C. (2011). *Acta Médica Portuguesa* *Estilos de Vida e Perceção do Estado de Saúde: Em Idosos Portugueses de Zonas Rural e Urbana*, 24(S2), pp. 79-88.
- Ball, K. (Nov. de 2002). Effects of cognitive training interventions with older adults. *JAMA*, 288(18), pp. 2271-2281.
- Barreto, J. (2005). Os Sinais da Doença e a Sua Evolução. In A. Castro-Caldas, & A. Mendonça, *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 27-40). Lisboa: LIDEL.
- Barreto, J. (2007). A doença de Alzheimer. In M. Quaresma, & P. Pitaud, *Pessoas com doença de Alzheimer e suas famílias: Perspetivas e análises Portugal, Espanha, França e Itália* (pp. 19-36). Lisboa: Universidade Lusíada.
- Bruckmann, M., & Pinheiro, M. (2015). *Efeitos da perda auditiva e da cognição no reconhecimento de sentenças*. Obtido em 15 de junho de 2018, de CoDAS: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20162015146>

- Caldas, A. (2000). *A Herança de Franz Joseph Gall: O Cérebro ao Serviço do Comportamento Humano*. Lisboa: McGrawHill.
- Caldas, A., & Mendonça, A. (2005). *A Doença de Alzheimer e Outras Demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.
- Caramelli, D. (2011). Avaliação Clínica e Complementar para o estabelecimento do diagnóstico de demência. In E. Freitas, L. Py, F. Cançado, J. Doll, & M. Gorzoni, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (3.^a ed., pp. 153-156). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Carvalho, D. (2011). *Sintomas depressivos e defeito cognitivo em idosos sob resposta social do concelho de Coimbra. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica*. Coimbra: Escola Superior de Altos Estudos, Instituto Superior Miguel Torga.
- Carvalho, M. (2012). *Funções Executivas e Envelhecimento. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e de Saúde*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Castro-Caldas, A. (2005). O Cérebro e as Suas Funções. In A. Castro-Caldas, & A. Mendonça, *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 1-10). Lisboa: LIDEL.
- Chariglione, I., & Janczura, G. (jan./abril de 2013). Contribuições de um treino cognitivo para a memória de idosos institucionalizados. *Psico-USF*, 18(1), pp. 13-22.
- Chen, S., Bhattacharya, J., & Pershing, S. (2017). *Association of Vision Loss with cognition in older adults*. Obtido em 19 de junho de 2018, de JAMA, Neurology Published: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28817745>
- Câmara Municipal de Bragança. (2014). *Demografia*. Obtido em 11 de fevereiro de 2018, de em <http://www.cm-braganca.pt/pages/315>
- DGS. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Circular Normativa n.º: 13/DGCG*. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Driver, J. (2001). A selective review of selective attention research from the past century. *British Journal of Psychology*, 92, pp. 53-78.
- Duhamel, F., & Fortin, M. (2000). Os estudos de tipo descritivo. In M. Fortin, *O processo de investigação: Da concepção à realização* (pp. 161-172). Loures: Lusociência.
- Enfermeiros, O. d. (2003). *Código Deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Fell, A., & Teixeira, A. (2015). Cognição em idosos: influência do uso de aparelhos de amplificação sonora individual. *Revista Kairós Gerontologia*, 18(2), pp. 197-208.
- Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso: Estudo de relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Fernandes, S. (2014). *Estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. Trabalho de Projeto para obtenção de grau de mestre em Educação Social*. Bragança: Escola Superior de Educação de Bragança, Instituto Politécnico de Bragança.
- Ferreira, J. (2014). *Álcool e Cognição em Idade Geriátrica*. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Ferro, J., & Pimentel, J. (2013). *Neurologia: Princípios, Diagnóstico e Tratamento* (2.^a ed.). Lisboa: Lidel.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), pp. 189-198.
- Fonseca, A. (2005). Aspectos psicológicos da passagem à reforma. Um estudo qualitativo com reformados portugueses. In C. Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 47-76). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Fortin, M., Prud'Homme-Brisson, D., & Coutu-Wakulczyk, G. (2000). Noções de Ética em Investigação. In M. Fortin, *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (pp. 113-130). Loures: Lusociência.
- Foster, R., & Marriott, H. (2006). Alcohol consumption the new millennium – weighing up the risks and benefits for our health. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 31, pp. 286-331.
- Frank, M., & Rodrigues, N. (2011). Depressão, Ansiedade, outros transtornos afetivos e suicídio. In E. Freitas, L. Py, F. Cançado, J. Doll, & M. Gorzoni, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (3.^a ed., pp. 314-326). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Freitas, S., Alves, L., Simões, M., & Santana, I. (2013). Importância do Rastreamento Cognitivo na População Idosa. *Revista Eletrónica de Psicologia, Educação e Saúde*, 1(3), pp. 4-24.
- Freixo, M. (2009). *Metodologia Científica – Fundamentos Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Garcia, C., & Coelho, M. (2009). *Neurologia Clínica: Princípios Fundamentais*. Lisboa: Lidel.
- Gnjidica, D., Hilmer, S., Blyth, F., Naganathan, V., Waite, L., Seibel, M., . . . Couter, D. (2012). Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 65, pp. 989-995.
- Gonçalves, A. (2011). *Declínio cognitivo, sintomas ansiosos e depressivos: estudos em idosos sob resposta social no concelho de Coimbra. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica*. Coimbra: Escola Superior de Altos Estudos, Instituto Superior Miguel Torga.
- Gorzoni, M. (2011). Envelhecimento Pulmonar. In E. Freitas, L. Py, F. Cançado, J. Doll, & M. Gorzoni, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (3.^a ed., pp. 612-614). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Guerreiro, M. (2005). Terapêutica Não Farmacológica da Demência. In A. Caldas, & A. Mendonça, *A Doença de Alzheimer e Outras Demências em Portugal* (pp. 121-148). Lisboa: Lidel.
- Hill, M., & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Houaiss, A., & Villar, M. (2003). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Imaginário, C. (2004). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar: Uma Análise da Visão da Família e do Cuidador Principal* (2.ª ed.). Coimbra: FORMASAU - Formação e Saúde, Lda.
- INE. (2010). *Classificação Portuguesa das Profissões : 2010*. Obtido em 15 de novembro de 2017, de https://www.ine.pt/xportal?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt
- INE. (2017). *Projeções de População Residente em Portugal*. Obtido em 12 de janeiro de 2018, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Jean, L., Bergeron, M., Thivierge, S., & Simard, M. (April de 2010). Cognitive Intervention Programs for Individuals With Mild Cognitive Impairment: Systematic Review of the Literature. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 18(4), pp. 281-296.
- Ko, F., Muthy, Z., Gallacher, J., Sudlow, C., Rees, G., Yang, Q., & Patel, P. (2018). *Association of Retinal Nerve Fiber Layer Thinning With Current and Future Cognitive Decline: A Study Using Optical Coherence Tomography*. Obtido em 25 de junho de 2018, de JAMA, Neurology Published: <https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2685869>
- Kurz, A., Pohl, C., Ramsenthaler, M., & Sorg, C. (2009). Cognitive rehabilitation in patients with mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, pp. 1-6.

- Lavrador, M. (2016). *Polimedicação no Idoso. Tese de Mestrado de Medicina da Universidade de Coimbra*. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Lousa, E. (2016). *Benefícios da Estimulação Cognitiva em Idosos: Estudo de Caso. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica*. Coimbra: Escola Superior de Altos Estudos, Instituto Superior Miguel Torga.
- Machado, J., Ribeiro, R., Cotta, R., & Leal, P. (2011). Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(1), pp. 109-121.
- Maia, L. (2006). *Esclerose Múltipla: Avaliação Cognitiva*. Viseu: Psicosoma.
- Marques, M., Teixeira, H., & Souza, D. (junho de 2012). Cuidadoras informais de Portugal: vivências do cuidar de idosos. *Trab. Educ. Saúde*, 10(1), pp. 147-159.
- Massano, J. (2014). Escalas de Avaliação e sua Utilização em Neurologia. In M. Sá, *Neurologia Clínica* (2.^a ed., pp. 597-608). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Mongmomery. (2000). *Ansiedade e depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Neves, P. (2012). *Caracterização Cognitiva e Funcional de Idosos com Idades entre os 65 e os 75 anos Inscritos numa Unidade Saúde Familiar. Dissertação de Mestrado apresentado na ESEP*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Nunes, B. (2005). A Demência em números. In A. Castro-Caldas, & A. Mendonça, *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 11-26). Lisboa: LIDEL.
- Oliveira, C., Bastros, A., Viana, S., Rocha, B., Cerutti, F., Kurle, A., & Argimon, I. (jan/abr de 2016). Avaliação da cognição de idosos que consomem álcool. *Aletheia*, pp. 101-109.
- Oliveira, S., Duarte, Y., Lebrão, M., & Laurenti, R. (jan-abr de 2007). Demanda Referida e Auxílio Recebido por Idosos com Declínio Cognitivo no Município de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 6(1), pp. 81-89.

- OMS. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: DGS.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Paiva, D. (2013). *Cognição e Envelhecimento: Estudo de Adaptação Transcultural e Validação do Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT)*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-46). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pena, I. (2011). *Defeito Cognitivo, sintomas de depressão e satisfação com a vida em idosos sob resposta social do concelho de Coimbra. Dissertação em Psicologia Clínica*. Coimbra: Estudos Superiores de Altos Estudos, Instituto Superior Miguel Torga.
- Pena, I., Espírito-Santo, H., Fermino, S., Matreno, J., Lemos, L., Amaro, H., . . . Guadalupe, S. (2012). O Impacto dos sintomas depressivos no défice cognitivo em idosos institucionalizados. *Avances en Psicología Clínica*, pp. 199-202.
- Pinto, A. (1999). Problemas de memória nos idosos: Uma revisão. *Psicologia, Educação e Cultura*, 2, pp. 253-295.
- Polit, D., & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Diário da República n.º 35 - Série II, de 18 de fevereiro de 2011
- Rossi, E., & Sader, C. (2011). Envelhecimento do Sistema Osteoarticular. In E. Freitas, L. Py, F. Cançado, J. Doll, & M. Gorzoni, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (3.ª ed., pp. 832-838). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Sakal, A., Medeiros, F., & Oliveira, M. (s.d.). *Etanol e Cognição em Idosos*. Obtido em 26 de junho de 2018, de

file:///C:/Users/User/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/v8n4a09%20(6).pdf

- Santos, M. (2013). *Avaliação do déficit cognitivo e sua relação com características sociodemográficas, com condições de saúde e com o estilo de vida de pessoas idosas atendidas na Atenção Básica no município de Jacareí, São Paulo. Dissertação de Mestrado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Simões, A. (2006). *A Nova Velhice; Um Novo Público a Educar*. Porto: Ambar.
- Simões, M., Albuquerque, C., Pinto, M., Vilar, M., Pereira, M., Lopes, F., . . . Moura, O. (2016). *BANC, Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra: Manual Técnico*. Lisboa: CEGOC-TEA.
- Snelle, H. (1868). *Test- Types for the Determination of the Acutenes of vision*. London: Williams and Norgate.
- Sousa, C. (2014). Neuropsicologia. In M. Sá, *Neurologia Clínica* (2.^a ed., pp. 575-594). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Spar, J., & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Swan, I., Browning, C., & George, G. (April de 1985). The whispered voice as a screening test for hearing impairment. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, p. 197.
- Tambara, M., Hildebrandt, L., Kirchner, R., Winck, M., Silva, L., & Franco, G. (2012). Estado cognitivo e condições de saúde de idosos que participam de grupos de convivência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(4), pp. 64-71.
- Teixeira, J. (2014). *Polimedicação no Idoso. Dissertação de Mestrado em Medicina, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*. Coimbra: Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra.

- Troyer, A., Murphy, K., Andreson, N., Moscovitch, M., & Craik, F. (2008). Changing everyday memory behaviour in amnesic mild cognitive impairment: A randomised controlled trial. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18(1), pp. 65-88.
- Túlio, J. (2017). *Envelhecimento, funções executivas e estratégias de coping: Um estudo em idosos. Dissertação de Mestrado de Psicologia Clínica, Universidade Portucalense Infante D. Henrique.* . Porto: Departamento de Psicologia e Educação, Universidade Portucalense Infante D. Henrique.
- Yeasavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., & Adey, M. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), pp. 37-49.

Anexos

Anexo I

Instrumento de recolha de dados



UNIVERSIDADE DA CORUÑA
Grupo de Investigación en Xerontoloxía

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL NO IDOSO



ipb INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

ID PARTICIPANTE _____
CONCELHO _____



UNIVERSIDADE DA CORUÑA
Grupo de Investigación en Xerontoloxía



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

Consentimento Informado, livre e esclarecido para participação em investigação

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se tiver alguma dúvida relativamente a esta proposta, não hesite em solicitar esclarecimento. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Avaliação Multidimensional no Idoso, não Institucionalizados, do distrito de Bragança.

Explicação do estudo: Avaliar a Qualidade de Vida, Perfil de Depressão, Estado Nutricional, Estado Cognitivo e a Fragilidade em Idosos, não Institucionalizados, do distrito de Bragança. Será feita a recolha de dados junto dos participantes, utilizando um questionário com várias escalas, estas escalas serão aplicadas por entrevista, inicialmente será aplicado um teste de rastreio para avaliar a sua cognição e perceber se está apto a participar no presente estudo.

Condições: A sua participação neste estudo é voluntária e assenta na gratuidade e altruísmo. Tem o direito de recusar a sua participação no estudo a qualquer momento, sem que daí advinha qualquer prejuízo para si.

Confidencialidade e anonimato: É garantida a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo. Após preenchimento do questionário, os seus dados serão tratados anonimamente e a sua identificação nunca será tomada pública.

Agradecemos a sua colaboração.

A equipa de investigação responsável por este estudo:

| | | |
|--------------------|-------------------|---------------------|
| - Adília Fernandes | - Augusta Mata | - Manuel Birás |
| - Ana Folgado | - Emília | - Sandra Fernandes |
| - Ana Pereira | - Helena Pimentel | - Tânia Pereira |
| - Andreia Costa | - Leonel Preto | - Virginia de Sousa |

✂

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, contando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ___ / ___ / _____

Este documento é composto de 1 página e feito em duplicado:
uma via para o/a investigador/a, outra para a pessoa que consente

ID:

✂

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, contando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ___ / ___ / _____

Este documento é composto de 1 página e feito em duplicado:
uma via para o/a investigador/a, outra para a pessoa que consente

ID:



UNIVERSIDADE DA CORUÑA
Grupo de Investigación en Xerontoloxía




INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

FOLHA PARA ITENS DO MINI MENTAL:

8. LINGUAGEM (COMPREENSÃO DE ORDENS); 10. ESCRITA e 11. DESENHO (Prática construtiva).

OBSERVAÇÕES:



| MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE ¹ * ²) | PONTOS |
|--|----------|
| 1. ORIENTAÇÃO TEMPORAL A) Ano..... B) Estação do ano..... C) Dia do Mês..... D) Dia da semana..... E) Mês do ano..... |(5) |
| 2. ORIENTAÇÃO ESPACIAL A) País..... B) Distrito..... C) Cidade..... D) Casa..... E) Andar..... |(5) |
| 3. RETENÇÃO "Vou dizer 3 palavras, queria que as repetisse mas só depois de eu as dizer todas, procure sabe-las de oor" Pára: Gato; Bola (Repetir em intervalos de 1s até que as aprenda). Nº de tentativas (máx. 5) |(3) |
| 4. ATENÇÃO E CÁLCULO "Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete assim até eu dizer para parar" 30_27_24_21_18_15_ |(5) |
| 5. EVOCAÇÃO "Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi à pouco para decorar" (Pára; Gato; Bola) |(3) |
| 6. LINGUAGEM "Como se chama isto?" Mostrar os objetos: Relógio; Lápis |(2) |
| 7. LINGUAGEM (REPETIÇÃO) Repita esta frase: "O RATO ROEU A ROLHA" |(1) |
| 8. LINGUAGEM (COMPREENSÃO DE ORDENS) "Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa". |(3) |
| 9. LEITURA Lêa o que está no papel e faça o que lá diz: FECHER OS OLHOS |(1) |
| 10. ESCRITA Escreva uma frase. (deverá ter sujeito, objeto, verbo e fazer sentido) ignore erros ortográficos. |(1) |
| 11. DESENHO (Prática construtiva) Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero.  |(1) |
| Pontuação TOTAL (Máximo 30) | |
| Considera-se com defeito cognitivo: Analfabetos \geq 15 pontos 1 a 11 anos escolaridade \leq 22 pontos Com escolaridade superior a 11 anos \leq 27 pontos | |

¹ Original: Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res* 12(3):129-98

² Guarniero, M., Silva, A. & Botelho, M. (1994). Adaptação à população portuguesa na tradução de "Mini Mental State Examination" (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1 (2), 9-10.



| Data de Avaliação: ____/____/____ | | Enfermeira: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------------------------|------------------|----------|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| DADOS PESSOAIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ID*: | Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos | Sexo: () Feminino () Masculino | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Habilitações literárias <input type="checkbox"/> Não sabe ler nem escrever <input type="checkbox"/> < 8 Anos (Até ao 6º ano de escolaridade) <input type="checkbox"/> 9-17 Anos (9º e 12º ano de escolaridade) <input type="checkbox"/> ≥ 17 Anos (Curso superior) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Profissão Encontra-se reformado? () Sim; () Não. Profissão que exerceu mais tempo: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AVALIAÇÃO SENSORIAL, HÁBITOS DE VIDA E ESTADO DE SAÚDE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Tem problemas de visão? () Sim; () Não. Qual? _____; () Não sabe. Se sim, usa óculos? () Sim; () Não. Valor do teste Snellen (acuidade visual): ____/____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Tem problemas de audição? () Sim; () Não. Próteses auditivas: () Sim; () Não Teste do susurro: () Com perda auditiva () Sem perda auditiva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Consumo de tabaco: () Não fumador; () Fumador; () Ex fumador. Nº cigarros/dia: ____ Nº de anos que fuma: ____ Há quantos anos deixou de fumar: ____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Consumo de café ou bebidas contendo cafeína, nº/dia: ____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Consumo de álcool: () Sim; () Não. Nº copos/semana: ____ Tipo de bebida: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Perímetro Anca _____ cm Perímetro Cintura _____ cm | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Medicamentos consumidos nos últimos 3 meses: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>Princípio ativo:</th> <th>Horário:</th> <th>Via de administração:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | | | Princípio ativo: | Horário: | Via de administração: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Princípio ativo: | Horário: | Via de administração: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. História de internamentos hospitalares no último ano: Esteve internado no último ano? () Sim; () Não Se sim, quantas vezes? ____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Necessidade de auxiliares para a marcha: () Sim; () Não Se sim, qual? <input type="checkbox"/> Bengala / 1 canadiana; () Canadianas; () Muletas axilares; () Andarilho; () Cadeira de rodas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

*ID: Código do Conselho (CA, FE, TM, AF, BR, MC, MD, MI, MO, VF, VI, VN), código enfermeira (iniciais do nome e apelido), código numérico do participante (000) (Exemplo: CAIVS015)



No geral como classifica a sua saúde?

1. Excelente
2. Boa
3. Regular
4. Má

| ÍNDICE DE COMORBILIDADE DE CHARLSON (ICC) | |
|---|------------------------|
| PONTUAÇÃO | SIM=1 |
| Entarfe do miocárdio | |
| Insuficiência cardíaca congestiva | |
| Doença vascular periférica | |
| Doença cérebro-vascular | |
| Demência | |
| Doença pulmonar crónica | |
| Doença do tecido conjuntivo | |
| Úlceras gastroduodenais | |
| Doença hepática ligeira | |
| Diabetes sem complicação | |
| PONTUAÇÃO | SIM =2 |
| Hemiplegia | |
| Doença renal severa ou moderada | |
| Diabetes com lesão orgânica | |
| Tumor | |
| Leucemia | |
| Linfoma | |
| PONTUAÇÃO | SIM =3 |
| Doença do fígado moderada ou grave | |
| PONTUAÇÃO | SIM =6 |
| Tumor maligno, metástase | |
| AIDS | |
| | PONTUAÇÃO TOTAL |
| ANOTAÇÕES: | |
| | |

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT MNA[®]4+6

Peso, kg: () Altura, Cm: ()

TRIAGEM**A) A ingestão de alimentos diminuiu nos últimos 3 meses devido à falta de apetite, problemas digestivos, dificuldade de mastigação ou deglutição?**

- 0 = redução severa na ingestão de alimentos
1 = redução moderada na ingestão de alimentos
2 = não houve redução na ingestão de alimentos

B) Perda de peso involuntária nos últimos 3 meses?

- 0 = perda de peso superior a 3 kg
1 = não sabe
2 = perda de peso entre 1 e 3 kg
3 = nenhuma perda de peso

C) Mobilidade?

- 0 = preso à cama ou à cadeira
1 = pode sair da cama/cadeira, mas não sai
2 = sai

D) Sofreu stress psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses?

- 0 = sim
1 = não

E) Problemas neuropsicológicos?

- 0 = demência severa ou depressão
1 = demência leve
2 = sem problemas psicológicos

F) Índice de massa corporal (IMC = peso / (altura)² em kg/m²)

- 0 = IMC <19
1 = 19 ≤ IMC <21
2 = 21 ≤ IMC <23
3 = IMC ≥ 23

AValiação**G) Vive independentemente (não em uma casa de repouso)?**

- 0 = não 1 = sim

H) Toma mais de 3 medicamentos recetados por dia?

- 0 = sim 1 = não

I) Escoaras ou úlceras cutâneas?

- 0 = sim 1 = não

J) Quantas refeições completas a pessoa faz diariamente?

- 0 = 1 refeição
1 = 2 refeições
2 = 3 refeições



K) Selecionar os marcadores de consumo para Ingestão de proteínas

Pelo menos uma porção de produtos lácteos por dia? Sim () Não ()
 Duas ou mais porções de ovos por semana? Sim () Não ()
 Carne, peixe ou frango todo dia? Sim () Não ()

0,0 = aa 0 ou 1
 0,5 = aa 2
 1,0 = aa 3

L) Consome duas ou mais porções de frutas ou verduras por dia?

0 = não 1 = sim

M) Qual a quantidade de líquido (água, suco, café, chá, leite) consumida por dia?

0,0 = menos de 3 copos
 0,5 = 3 a 5 copos
 1,0 = mais de 5 copos

N) Modo de alimentação?

0 = não se consegue alimentar sem ajuda
 1 = alimenta-se sozinho com alguma dificuldade
 2 = alimenta-se sozinho sem problemas

O) Ponto de vista pessoal da condição nutricional

0 = vê-se desnutrido
 1 = não tem certeza de sua condição nutricional
 2 = vê-se sem problemas nutricionais

P) Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como o paciente avalia sua condição de saúde?

0,0 = não tão boa
 0,5 = não sabe
 1,0 = tão boa quanto
 2,0 = melhor

Q) Circunferência braquial (CB) em cm

0,0 = CB < 21
 0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22
 1,0 = CB > 22

R) Circunferência da Panturrilha (CP) em cm

0 = CP < 31
 3 = CP ≥ 31

| Avaliação da Triagem (máx. 14 pontos) | Avaliação Global (máx. 30 pontos) |
|--|---|
| 12-14 pontos _____ estado nutricional normal | 24-30 pontos _____ estado nutricional normal |
| 8-11 pontos _____ sob risco de desnutrição | 17-23,5 pontos _____ sob risco de desnutrição |
| 0-7 pontos _____ desnutrido | Menos de 17 pontos _____ desnutrido |

⁴ Original: Guigoz Y, Vellas B, Garry J. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Res Gerontology*. 1994;(2):15-59.

Revisão: Vellas B, Vilas H, Abellan G et al. Overview of the MNA® – It's history and challenges. *J Nutr Health Aging* 2006;10:456-463/ Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature – What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006;10:466-487.

⁵ Portuguesa: Nestlé Nutrition Institute(2009) Um guia para completar a Mini Avaliação Nutricional. Disponível em [www: <url: http://www.mna-elderly.com/forma/mna_guide_portuguese.pdf>](http://www.mna-elderly.com/forma/mna_guide_portuguese.pdf).

| CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL PARA IDOSOS ⁸ | | | |
|--|----------------------|--------|---|
| Classifica as funções de Ingestão da seguinte forma: | | | |
| 0 | Nenhuma deficiência | 0-4 | Consegue mastigar adequadamente os alimentos sólidos, movimentando-os na boca e deglutindo-os sem dificuldades. Consegue sugar líquidos e degluti-los sem dificuldades |
| 1 | Deficiência ligeira | 5-24 | Consegue mastigar adequadamente pequenas quantidades de alimentos sólidos, movimentando-os na boca e deglutindo-os sem dificuldades. Consegue sugar lentamente líquidos e degluti-los sem dificuldades |
| 2 | Deficiência moderada | 25-49 | Consegue mastigar pequenas quantidades de alimentos sólidos se previamente partidos em pequenas partes. Movimentando-os na boca demoradamente e deglutindo-os sem dificuldades. Consegue sugar líquidos com dificuldade e deglute-os com sinais de engasgamento |
| 3 | Deficiência grave | 50-95 | Consegue mastigar apenas alimentos pastosos, movimentando-os na boca demoradamente e deglutindo-os com algumas dificuldades. Não consegue sugar líquido e deglute-os com sinais de engasgamento |
| 4 | Deficiência completa | 96-100 | Não consegue mastigar alimentos sólidos ou pastosos, não consegue degluti-los. Não consegue sugar líquidos e não consegue degluti-los. |

⁸ Original Lopes, M.J, Pereira, CSM, da Fonseca, C.J.V. Manual de aplicação de tabela de classificação de funcionalidade para idosos, b510 Funções de Ingestão, Cuidados Continuados, Saúde e apoio social. Janeiro 2017.

| ESCALA DE RECURSOS SOCIAIS OARS-MFAQ ^{7,8} | | |
|--|-----|-----|
| 1 Estado civil? 1- Solteiro(a) 2- Casado(a)/União de facto 3- Vóvo(a) 4- Divorciado(a) / Separado(a) | | |
| 2 Quem vive consigo (MARCAR 'Sim' ou 'Não') | | |
| Ninguém | Sim | Não |
| Marido/Mulher | 1 | 0 |
| Filhos/as | 1 | 0 |
| Netos/as | 1 | 0 |
| Pais ou sogros | 1 | 0 |
| Irmãos/as ou cunhados/as | 1 | 0 |
| Outros familiares (ESPECIFICAR) | 1 | 0 |
| Amigos/as | 1 | 0 |
| Assistente (presta cuidados em casa sem grau de parentesco) | 1 | 0 |
| Outros/as (ESPECIFICAR) | 1 | 0 |
| 3. Quantas pessoas conhece o suficiente para ir visitá-las em suas casas? 3-Cinco ou mais 2-Treze ou quatro 1-Um ou dois 0-Ninguém NS / NR | | |
| 4. Com que frequência falou a semana passada ao telefone, seja com familiares, amigos ou outros, quer tenha sido você a ligar ou ligarem para si? (se não tem telefone também se aplica a pergunta) 3-Uma vez por dia ou mais 2-De duas a seis vezes por semana 1-Uma vez por semana 0-Nenhuma NS / NR | | |
| 5. Na última semana, quantas vezes passou algum tempo com alguém com quem não vive, o visitou, veio vê-lo, passaram juntos, foram a um espetáculo ou realizaram qualquer outra atividade? 3-Uma vez por dia ou mais 2-De duas a seis vezes por semana 1-Uma vez por semana 0-Nenhuma NS / NR | | |
| 6. Existe alguém em quem possa confiar? 1-Sim 2-Não NS / NR | | |
| 7. Com que frequência se sente sozinho? 0-Muitas vezes 1-Algumas vezes 2-Quase nunca NS / NR | | |
| 8. Vê os seus familiares e amigos com a frequência que deseja, ou pelo contrário, sente-se triste com o pouco convívio? 1-Tantas vezes quanto deseja 0-Não tantas vezes como gostaria NS / NR | | |
| 9. Existe alguém que possa ajudá-lo/a caso esteja doente ou incapacitado/a, por exemplo, o seu cônjuge, um familiar ou um amigo? (Refere-se a ajuda social, não económica) 1-Sim 0-Não há ninguém disposto e capaz de ajudar NS / NR | | |
| Se sim, responda às seguintes perguntas: | | |
| a. Tem alguém que lhe presta cuidados o tempo que necessita, por pouco tempo, ou ocasionalmente (ex. Que o leve ao médico ou prepare refeições ocasionalmente...) | | |
| 3-Alguém que o cuida tanto tempo quanto necessita | | |
| 2-Alguém que o cuida por pouco tempo (de poucas semanas a seis meses) | | |
| 1-Alguém que o ajuda de vez em quando (levando-o ao médico ou preparando-lhe refeições) NS / NR | | |
| b. Quem são essas pessoas? | | |
| Relação | Sim | Não |
| Cônjuge | 1 | 0 |
| Irmãos/as | 1 | 0 |
| Filhos/as | 1 | 0 |
| Netos/as | 1 | 0 |
| Outro parente | 1 | 0 |
| Amigos/as | 1 | 0 |
| Outro especificar | 1 | 0 |

⁷ Versão Original: Filmerbaum GG. Multidimensional Functional Assessment of Older Adults: The Duke Older Americans Resources and Services Procedures. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.

⁸ Português: Rodrigues RMC. Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos, Parte A-Recursos sociais p.8-14. Rev Panam Salud Publica. 2008;23(2):100-15.

| ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE (GDS-VE) ^{9,10} | | |
|--|-------|-----|
| 1. Em geral está satisfeito com a sua vida? | SIM | NÃO |
| 2. Abandonou muitos dos seus interesses e actividades habituais? | SIM | NÃO |
| 3. Sente que a sua vida está vazia? | SIM | NÃO |
| 4. Sente-se frequentemente aborrecido? | SIM | NÃO |
| 5. Na maior parte do tempo está de bom humor? | SIM | NÃO |
| 6. Tem medo de que algo de mal lhe aconteça? | SIM | NÃO |
| 7. Sente-se feliz na maior parte do tempo? | SIM | NÃO |
| 8. Sente-se frequentemente abandonado / desamparado? | SIM | NÃO |
| 9. Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas? | SIM | NÃO |
| 10. Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade? | SIM | NÃO |
| 11. Actualmente, acha que é maravilhoso estar vivo? | SIM | NÃO |
| 12. Sente-se inútil? | SIM | NÃO |
| 13. Sente-se cheio de energia? | SIM | NÃO |
| 14. Sente-se sem esperança? | SIM | NÃO |
| 15. Acha que as outras pessoas estão melhores que o você? | SIM | NÃO |
| Pontuação TOTAL (Máximo 15) | | |

⁹ Original (GDS-15): Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol 1986;5(1/2):165-73.

¹⁰ Portuguesa Apóstolo, J.A et al. Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale -15 para a língua portuguesa. Revista de Enfermagem Referência - IV - n.º 3 - 2014



| ÍNDICE DE BARTHEL ¹¹ * ¹² |
|---|
| 1.- COMER |
| <p>() 10. Independente: Capaz de utilizar qualquer instrumento necessário, capaz de fragmentar a comida, barrar a manteiga, usar condimentos, etc., sozinho. É capaz de comer em tempo considerado razoável. A comida pode ser cozinhada e servida por outra pessoa.</p> <p>() 5. Necessita ajuda: para cortar a carne o pão, barrar a manteiga, etc., contudo é capaz de comer solo.</p> <p>() 0. Dependente: Necessita ser alimentado por outra pessoa.</p> |
| 2.- HIGIENE PESSOAL |
| <p>() 5. Independente: Capaz de se levantar, usar o duche ou a banheira, permanecendo em pé. Utilizar a esponja sobre todo o corpo. Inclusive entrar e sair do banho. Pode realizar todo o procedimento sem ter ajuda de terceiro presente durante o procedimento.</p> <p>() 0. Dependente: Necessita alguma ajuda ou supervisão.</p> |
| 3.- VESTUÁRIO |
| <p>() 10. Independente: Capaz de se vestir e despir, apertar cordões dos sapatos, apertar botões e colocar outros complementos que necessite (por exemplo, cinta ou calcanheiras, etc.) sem ajuda.</p> <p>() 5. Necessita ajuda, contudo realiza sozinho pelo menos metade das tarefas num tempo considerado razoável.</p> <p>() 0. Dependente.</p> |
| 4.- HIGIENE PESSOAL |
| <p>() 5. Independente: Realiza todas as atividades pessoais sem ajuda. Inclusive lavar cara e mãos, pentear-se, maquilhar-se e lavar os dentes. Algo complementar para esta pose ser fornecido por outra pessoa.</p> <p>() 0. Dependente: Necessita alguma ajuda.</p> |
| 5.- DEJEIÇÕES |
| <p>() 10. Contínente: Nenhum episódio de Incontinência. Caso necessita um enema ou supositórios é capaz de os aplicar sozinho.</p> <p>() 5. Acidente ocasional: Menos de uma vez por semana ou necessita ajuda para enemas e aplicação de supositórios.</p> <p>() 0. Incontinente: Inclusive administração de enemas e supositórios por outra pessoa.</p> |
| 6. MICÇÃO (AVALIAR A SITUAÇÃO NA SEMANA ANTERIOR) |
| <p>() 10. Contínente: Nenhum episódio de Incontinência (seco de dia e de noite). Capaz de usar qualquer dispositivo. Em algallados, inclusive trocar saco colector sozinho.</p> <p>() 5. Acidente ocasional: Máximo 1 em 24 horas, inclusive necessita ajuda na manipulação de sondas vesicais e dispositivos urinários.</p> <p>() 0. Incontinente: Inclusive pessoa com sonda vesical incapaz de a manipular.</p> |

| | |
|---|--|
| 7. USAR A CASA DE BANHO | |
| <input type="checkbox"/> 10. Independente: Entra e sai sozinho. Capaz despir-se e vestir-se, limpar-se, prevenir manchas na roupa. Capaz de se sentar e de se levantar da sanita sem ajuda (pode utilizar barras de apoio e suporte). Se usa urinol é capaz de o esvaziar completamente sem ajuda e sem sujar. <input type="checkbox"/> 5. Necessita ajuda: Capaz de movimentar-se com uma pequena ajuda para o equilíbrio, vestir-se e despir-se, contudo pode limpar-se sozinho. Ainda assim é capaz de utilizar a casa de banho. <input type="checkbox"/> 0. Dependente: Incapaz de usar a casa de banho sem ajuda total. | |
| 8. TRANSFERÊNCIA CADEIRA/CAMA | |
| <input type="checkbox"/> 15. Independente: Sem ajuda em todas as fases. Caso utilize cadeira de rodas, aproxima-se da cama, trava a cadeira, retira o apoio de pés, coloca-se em posição de sentado de um dos lados da cama, e assim entra e sai da cadeira para a cama sem ajuda. <input type="checkbox"/> 10. Ajuda Parcial: Inclui supervisão verbal ou pequena ajuda física, tal como aquela que é oferecida por uma pessoa não muito forte ou sem ensinamento para tal. <input type="checkbox"/> 5. Ajuda total : Capaz de estar sentado sem ajuda, contudo necessita muita assistência (pessoa forte ou com ensinamento para tal) para sair ou entrar na cama ou movimentar-se. <input type="checkbox"/> 0. Dependente: Necessita de ser transferido com grua ou há a completa elevação por duas pessoas. Incapaz de permanecer sentado. | |
| 9. DEAMBULAÇÃO | |
| <input type="checkbox"/> 15. Independente: Pode andar pelo menos 50 m ou o equivalente em sua casa sem ajuda nem supervisão. A velocidade não é importante. Pode usar ajuda (ex. canadiana, etc.) exceto andador. Caso use próteses, é capaz de as colocar e retirar sozinho. <input type="checkbox"/> 10. Necessita ajuda: Supervisão e pequena ajuda física (por pessoa não muito forte) para andar 50m. Inclusive ajuda de auxiliares de marcha para se manter de pé (andador). <input type="checkbox"/> 5. Independente em cadeira de rodas em 50 m: Deve ser capaz de desloca-se, transpor portas e virar (esquinas) sozinho. <input type="checkbox"/> 0. Dependente: Caso utilize a cadeira de rodas e necessite ser empurrado por terceiro. | |
| 10. SUBIR E DESCER ESCADAS | |
| <input type="checkbox"/> 10. Independente: Capaz de subir e descer um andar sem ajuda nem supervisão. Pode utilizar o apoio de que precisa para andar (canadianas) e o corrimão. <input type="checkbox"/> 5. Necessita ajuda: Supervisão física ou verbal. <input type="checkbox"/> 0. Dependente: Incapaz de transpor degraus. Necessita elevador. | |
| PONTUAÇÃO TOTAL: | |

¹¹ Original: Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J.* 1965;14:61-65.

¹² Portuguesa: Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66.

| ÍNDICE DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS LAWTON & BRODY ¹³ | |
|--|--|
| NESTE MOMENTO NECESSITA AJUDA PARA: | |
| CAPACIDADE PARA USAR O TELEFONE | |
| 0 – Incapaz de utilizar o telefone | |
| 1 – Atende o telefone mas não faz chamadas | |
| 0 – Marca números conhecidos (familiares) | |
| 1 – Utiliza o telefone por iniciativa própria e sem ajuda | |
| FAZER COMPRAS | |
| 0 – Incapaz de fazer compras | |
| 0 – Necessita de ajuda para qualquer compra | |
| 0 – Compra pequenas coisas | |
| 1 – Faz todas as compras sem ajuda | |
| PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES | |
| 0 – Necessita que se lhe preparem e sirvam as refeições | |
| 0 – Prepara as refeições, mas não mantém dieta adequada | |
| 0 – Prepara as refeições se lhe fornecerem os ingredientes | |
| 1 – Planeia, prepara e serve sem ajuda, refeições adequadas | |
| CUIDAR DA CASA | |
| 0 – Não participa em qualquer tarefa doméstica | |
| 1 – Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas | |
| 1 – Realiza tarefas domésticas, mas não mantém um nível de higiene adequado | |
| 1 – Realiza pequenas tarefas domésticas | |
| 1 – Cuida da casa sem ajuda ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados) | |
| LIMPEZA DA ROUPA | |
| 0 – A lavagem da roupa é feita por terceiros | |
| 1 – Lava sozinho pequenas peças de roupa | |
| 1 – Lava sozinho toda a sua roupa | |
| UTILIZAÇÃO DOS MEIOS DE TRANSPORTE | |
| 0 – Incapaz de viajar | |
| 0 – Viaja em táxi ou automóvel, com ajuda de terceiros | |
| 1 – Viaja em transporte público mas vai acompanhado | |
| 1 – Não utiliza outro transporte para além do táxi | |
| 1 – Viaja de forma independente (transporte público ou carro próprio) | |
| MEDICAÇÃO | |
| 0 – Incapaz de se responsabilizar pela sua medicação | |
| 0 – Necessita que lhe sejam preparadas as doses com antecedência | |
| 1 – Não precisa de ajuda para tomar correctamente a medicação (hora e dose corretas) | |
| UTILIZAÇÃO DO DINHEIRO | |
| 0 – Incapaz de manejar o dinheiro | |
| 1 – Necessita de ajuda para ir ao banco e para grandes gastos | |
| 1 – Não necessita de ajuda para fazer contas e/ou utilizar o dinheiro | |
| Pontuação TOTAL (Máxima Dependência: 0 pontos) | |

¹³ Araújo, F., Pais Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In: I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.). Actas do 7º congresso nacional de psicologia de saúde (pp.217-220). Lisboa: ISPA

QUALIDADE DE VIDA- QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF (Versão Original)¹⁴ VERSÃO PT¹⁸

O questionário seguinte procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida. Irei ler-lhe cada pergunta assim como cada opção de resposta. Escolha a resposta que lhe parecer mais adequada. Caso não tenha a certeza da resposta a dar escolha a que lhe parecer mais apropriada. Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos que para responder a estas questões tenha em conta a sua vida nas últimas 2 semanas.

| | Muito má | Má | Normal | Boa | Muito boa |
|---|--------------------|--------------|---------|------------|------------------|
| 1. Como avalia a sua qualidade de vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Muito insatisfeito | Insatisfeito | Regular | Satisfeito | Muito satisfeito |
| 2. Até que ponto está satisfeito com a sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As seguintes questões fazem referência à sua Saúde Física

| | Nada | Um Pouco | Normal | Muito | Extremamente |
|--|------|----------|--------|-------|--------------|
| 3. Em que medida acha que a sua dor (física) o(a) impede de fazer o que precisa? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. Tem energia suficiente para a sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Como avalia a capacidade de se movimentar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Até que ponto está satisfeito(a) com sua capacidade de desempenhar as atividades da sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Em que medida necessita de cuidados médicos para fazer a sua vida diária? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18. Em que medida está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As seguintes questões fazem referência à Psicologia

| | Nada | Um Pouco | Normal | Muito | Extremamente |
|--|------|----------|--------|-------|--------------|
| 6. Quanto você aproveita a sua vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Tem capacidade de concentração? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Até que ponto está satisfeito consigo próprio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. É capaz de aceitar a sua aparência física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 20. Com que frecuencia tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. Em que medida sente que a sua vida tem sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As seguintes questões fazem referência às Relações Sociais

| | Nada | Um pouco | Normal | Muito | Extremamente |
|---|------|----------|--------|-------|--------------|
| 20. Até que ponto está satisfeito com as suas relações pessoais? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Até que ponto está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Até que ponto está satisfeito com a sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As seguintes questões fazem referência ao Meio ambiente

| | Nada | Um pouco | Normal | Muito | Extremamente |
|---|------|----------|--------|-------|--------------|
| 8. Até que ponto se sente seguro no seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Até que ponto está satisfeito com as condições do lugar em que vive? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Até que ponto está satisfeito com o acesso que tem aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Em que medida é saudável o seu ambiente físico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Até que ponto está satisfeito com os transportes que utiliza? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

¹⁴ Original- WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998;28(3):551-8.

- Skewington SM, Lally M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res* 2004;13(2):299-310.

¹⁵ Português-Viz Sampa, A., Caneveto, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartlho, M. J., Carona, C. & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento avaliação da Qualidade de Vida de Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.



| CARACTERÍSTICAS DO CUIDADOR |
|--|
| <p>NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS FOI CUIDADOR PRINCIPAL DE UMA PESSOA COM IDADE SUPERIOR A 60 ANOS DURANTE UM PERÍODO ACIMA DE 6 MESES?</p> <p>Sim () Não ()</p> |
| <p>QUEM ERA A PESSOA CUIDADA ?</p> <p>Esposa/Marido () Pai/Mãe () Outros (Especificar): _____</p> |
| <p>INTENSIDADE DO STRESS GERADA PELO PROCESSO DE CUIDAR ()</p> <p>1 Nada stressante 2 Pouco stressante 3 Stressante 4 Muito stressante 5 Extremamente stressante</p> |
| <p>Abandonou alguma das suas actividades habituais devido ao processo de cuidar?</p> <p>Sim () Não ()</p> |

| AVALIAÇÃO DE QUEDAS | | | |
|---|--|---------|------------------------------------|
| <p>Sofreu alguma queda nos últimos 6 meses?</p> | () Sim | () Não | Nº de quedas/frequência: ____ |
| <p>Causa da queda</p> | () comprometimento cognitivo | | () tonturas / síncope / vertigem |
| | () debilidade muscular | | () alteração sensorial |
| | () medicamentos | | () entorno (causa externa?) |
| | () acidente | | () outra |
| <p>Consequências imediatas da queda</p> | () nenhuma | | () ferida superficial ou contusão |
| | () fratura e/ou outras consequências graves | | () traumatismo crânio encefálico |
| | () outra | | |

Anexo II

Parecer Comissão Ética

Reunião em 24.11.2017
Participação em favor do parecer
da Comissão de Ética.

Dr. Carlos Alberto Vaz
Presidente do
Conselho de Administração

Exmo. Sr.
Dr. Carlos Vaz
Presidente do Conselho de Administração
da ULSNE, E.P.E.
Praça Cavaleiro Ferreira
5301 - 862 Bragança

71 4314 1512 006486

| SUA REFERÊNCIA | SUA COMUNICAÇÃO DE | NOSSA REFERÊNCIA N.º: PROC. N.º: | DATA |
|--|--------------------|--|------|
| ASSUNTO Estudo: Avaliação Multidimensional de Pessoas Idosas não Institucionalizadas do Distrito de Bragança | | | |

Exmo. Senhor,

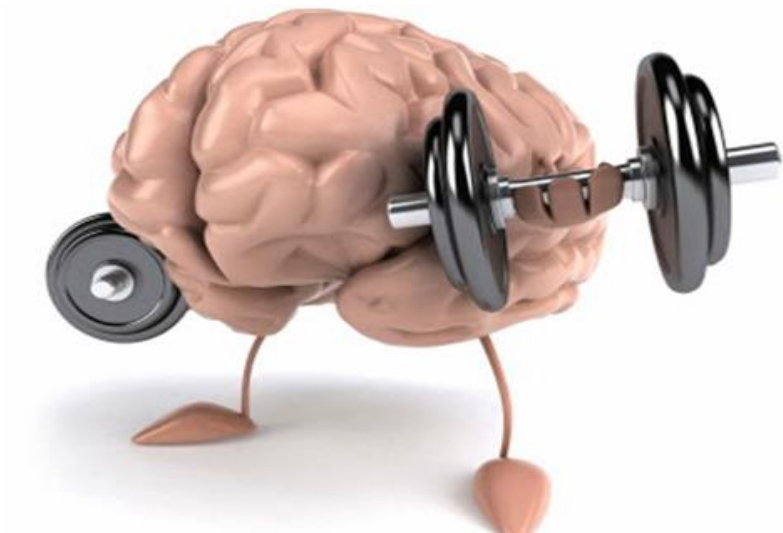
Após reunião de 25 de Outubro de 2017, vem esta CE, enviar a V. Ex.ª o parecer emitido do Estudo, supra citado.

Com os melhores cumprimentos,

ULSNE
Presidente da Comissão de Ética
Presidente da Comissão de Ética
da ULSNE
Dr. José António Baltazar
Dr. José António Baltazar

Anexo III

Projeto Intervenção Comunitária



Projeto de Intervenção Comunitária

“Saudável Mente”

Estimulação cognitiva em idosos do conselho de Bragança

1. Âmbito

O Projeto **“Saudável Mente”** visa minimizar os efeitos da deterioração cognitiva nos idosos do distrito de Bragança, diminuindo a prevalência da alteração do estado cognitivo nos mesmos, procurando a obtenção de ganhos em saúde, mercê dos resultados do estudo realizado no âmbito da conclusão do Mestrado em Enfermagem Comunitária.

Refletindo sobre o impacto económico, social, humano e ambiental, o estado cognitivo no idoso assume-se como um problema de saúde pública prioritário, que exige a ação multidisciplinar e transversal à dinâmica social.

Neste sentido, o presente projeto de intervenção comunitária no seio da comunidade sénior contempla intervenções específicas nomeadamente de treino de memória (entre outros), com uma abordagem teórica e prática com o objectivo de estimular os idosos e dotar as famílias/cuidadores com conhecimentos e estratégias que permitam esta estimulação no quotidiano.

A designação do projeto reflete a vontade de tornar os idosos mais “saudáveis” mentalmente e poder prevenir o aparecimento de alterações a nível cognitivo. A intervenção será feita ao nível do distrito.

2. Enquadramento

As modificações corporais no idoso têm implicações psicológicas, traduzindo-se na mudança de atitudes e comportamentos, uma vez que o envelhecimento é um processo dinâmico e complexo (Sequeira, 2010).

Sob o ponto de vista psicológico, é avaliado o equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do sujeito, de forma a minimizar as perdas associadas ao processo de envelhecimento. O envelhecimento psicológico está dependente de fatores patológicos, genéticos, ambientais, do contexto sociocultural no qual o indivíduo está inserido e da forma como qualquer um organiza e vivencia o seu projeto de vida (Sequeira, 2010).

A saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos e da sociedade. Todavia, ainda é pouca a atenção dispensada aos transtornos mentais comparativamente com a saúde física, pese embora se projete um aumento quantitativo de indivíduos portadores de transtornos mentais, atendendo ao envelhecimento populacional (Frank & Rodrigues, 2011).

Guerreiro (2005) referem que a avaliação neuropsicológica centra-se no estudo das diferentes funções mentais superiores tais como a: orientação, cálculo, atenção, memória, gnóscias, memória, abstração/raciocínio lógico, iniciativa e funções executivas.

A estimulação cognitiva tem como propósito a capacitação dos idosos assim como das suas famílias a compreenderem e saberem conviver com as alterações cognitivas fornecendo-lhes informação e estratégias que melhorem o seu dia a dia.

O projeto de intervenção irá contribuir para a orientação do doente e para a melhoria de funções executivas como a linguagem ou a memória, melhorando a sua autonomia e conseqüentemente diminuindo a sobrecarga da família uma vez que este se torna mais autónomo.

2.1. Resultados do Estudo

O estudo de diagnóstico de saúde teve como principal objetivo identificar a prevalência de alterações cognitivas nos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança, sendo que foi colocada a questão de partida que serviu de orientação “*Qual o estado cognitivo dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança?*”

O diagnóstico realizado integrou 581 idosos do distrito de Bragança tendo-se considerado os seguintes critérios de inclusão ter no mínimo 65 anos (inclusive) independentemente o sexo, residir no distrito de Bragança ser capaz de ouvir e entender, estar consciente e orientado para aceitar de forma voluntária a participação no estudo.

Os principais resultados obtidos no nosso estudo, podem ser resumidos da seguinte forma:

- A maioria dos inquiridos é mulher com idades na média de 76 anos, e com uma escolaridade inferior a 8 anos.
- A categoria profissional mais prevalente é a de trabalhadores não qualificados.
- Relativamente ao estado de saúde (autopercebida), verificou-se que mais de metade dos inquiridos considera a sua saúde como regular.
- Relativamente à depressão verifica-se que a maioria dos idosos não se encontra deprimido.
- Verificou-se que quanto maiores forem as habilitações literárias melhor é o estado cognitivo, idosos com menos estudos têm maior probabilidade de terem défice cognitivo.
- Relativamente ao sexo os idosos do sexo masculino apresentam melhor estado cognitivo que os do sexo feminino.
- Aumento da idade predispõe o idoso ao aparecimento de défice cognitivo

O estado cognitivo é diferente segundo a idade, sexo, habilitações literárias, saúde autopercebida e estado afetivo (depressão). As subdimensões uso de óculos, abuso de álcool e internamento não apresentaram influência significativa no estado cognitivo dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança.

3. Integração

Este projeto é transversal aos cuidados de saúde, com especial enfoque na intervenção comunitária, sendo a sua área de intervenção focalizada nos idosos não institucionalizados. Encontra-se em consonância com o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2004), no qual a estimulação cognitiva assume uma das prioridades para o envelhecimento ativo e saudável, indo assim de encontro ao propósito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

O presente projeto será integrado nos projetos de atividades da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), com vista a operacionalizar o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2004) integrando ações que promovam o envelhecimento ativo e saudável e assim operacionalizar as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

4. Organização e parcerias

Gestor/Coordenador do projeto: Enfermeira Andreia Isabel Costa Condado, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

Cliente/Utilizador: Idosos não institucionalizados do Distrito de Bragança.

Intervenientes:

- Equipa multidisciplinar integrada nos Cuidados de Saúde Primários de Bragança, nomeadamente profissionais da UCC - Centro de Saúde de Santa Maria - Bragança.
- Responsável do Projeto – Enfermeira Andreia Isabel Costa Condado
- Psicóloga da ULSNE
- Parcerias:
 - Instituto Politécnico de Bragança (IPB) – Escola Superior de Saúde (Professores do Mestrado em Enfermagem Comunitária, Especialistas em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública). (ESSa) - Prof. Dr. Manuel Brás; Prof. Dr. Hélder Fernandes;

- Autarquias locais, (Juntas de Freguesia)
- Centros de saúde do distrito

Sujeitos das Ações: Idosos não institucionalizados

Níveis de intervenção: apresentação dos resultados da temática em estudo, reforço de conhecimentos acerca da temática e promoção da saúde na redução de comportamentos de saúde não salutares.

Caráter das ações: expositivas e interativas dirigidas aos idosos não institucionalizados, seus familiares/ cuidadores.

5. Período de Intervenção

Início: Julho 2018

Fim: Julho de 2019

6. Plano de Ação

Num primeiro momento foi realizado o contacto com os presidentes de junta e centros de saúde no sentido de se apresentar os resultados obtidos com o estudo e os objetivos do nosso projeto de intervenção, solicitando assim a autorização dos mesmos para a realização das ações pretendidas assim como o pedido de cedência dos espaços.

Foi definida uma forma de intervenção o, menos invasiva possível e de forma a não perturbar a atividade normal dos idosos e famílias. A todos os intervenientes foi explicado o objeto do estudo e respetivo plano de ação e intervenção assim como os pressupostos éticos e deontológicos inerentes ao mesmo.

Num segundo momento foram definidas as intervenções mediante as problemáticas anteriormente identificadas com vista à sua limitação sempre que possível.

A seguir é apresentado de forma sistematizada o Plano de Ação previsto para o presente Programa de Intervenção Comunitário.

“Saudável Mente”

Objetivo Geral: Estimular o envelhecimento ativo e saudável, reduzir o impacto das alterações cognitivas no idoso.

População Alvo: Idoso **não institucionalizado distrito de Bragança**

| Objetivos Específicos | Atividades | Local | Ações previstas | Data |
|--|--|--|------------------------|-----------------------|
| Sensibilizar os idosos e família para a problemática das alterações cognitivas | Realização de exposições de esclarecimento e sensibilização com idosos e famílias motivando-as para o interesse na temática e alertando para a deteção precoce de sintomas | Centros de Saúde / Juntas de Freguesia | 2 | Julho a Setembro 2018 |
| Promover o envelhecimento saudável através da realização de atividades individuais de estimulação cognitiva | Aplicação de exercícios de estimulação cognitiva | Centros de Saúde / Juntas de Freguesia | 2 | Julho a Setembro 2018 |
| Divulgar o projeto através de cartazes alusivos ao mesmo | Divulgação do projeto de sensibilização acerca da temática com afixação de cartazes alusivos ao projeto nas juntas de freguesia; centros de convívio. | Centros de Saúde / Juntas de Freguesia | - | Ao longo do projeto |

6.1. Planeamento das sessões de Intervenção

| Sessão | Ação de Intervenção | Conteúdos | Formadores | Data | Duração | Local |
|--------|-----------------------|--|--|-----------------------|---------|--|
| 2 | Envelhecimento | -Definição do conceito -Tipos de envelhecimento | Andreia Costa (Enfermeira) | Julho a Setembro 2018 | 1h | Centros de Saúde / Juntas de Freguesia |
| 2 | Alterações cognitivas | - Tipo de alterações - Principais Sintomas - Depressão | Andreia Costa (Enfermeira) e Psicóloga da ULSNE | Julho a Setembro 2018 | 2h | Centros de Saúde / Juntas de Freguesia |
| 2 | Mudança | -Como prevenir alterações -Aplicação de exercícios de estimulação cognitiva (Anexo I) - Envolvimento dos familiares/cuidadores | Andreia Costa (Enfermeira) e Psicóloga da ULSNE | Julho a Setembro 2018 | 1h | Centros de Saúde / Juntas de Freguesia |

7. Avaliação

A avaliação irá ser realizada pela Gestora/Coordenadora do projeto, com base nos indicadores de estrutura, de processo, resultado e desempenho.

Os **indicadores de estrutura** associam-se aos recursos materiais e humanos que serão avaliados ao longo da implementação do projeto.

Indicadores de Estrutura

Recursos Humanos

- ❖ **Equipa dinamizadora do Projeto**
- ❖ **Profissionais de Saúde**
- ❖ **Equipa Multidisciplinar de Saúde**

Recursos Materiais

- ❖ Material para o desenvolvimento das ações de sensibilização
- ❖ Papel para impressão de material de apoio para as atividades/sessões
- ❖ Sala de formação/reunião
- ❖ Computador portátil
- ❖ Vídeo projetor
- ❖ Tela de projeção

Os **indicadores de processo** referem-se àquilo que é realmente realizado durante o planeamento e execução/implementação de cada atividade e serão avaliados ao longo do projeto para controlo da eficácia do mesmo.

Indicadores de Processo

- ❖ **Tempo para planeamento de cada atividade**
- ❖ **Tempo para realização de cada atividade**
- ❖ **Avaliação de cada atividade**
- ❖ **Percentagem de ações desenvolvidas**
- ❖ **Índice de participação da população-alvo nas atividades**

Os **indicadores de resultado** serão avaliados em setembro de 2019, através da realização de uma investigação com características idênticas às do presente trabalho, verificando se o projeto teve impacto ao nível dos comportamentos e conhecimentos demonstrados pelos idosos.

| Indicadores de Resultado | Metas | |
|--|----------------|---------------|
| | Situação Atual | Julho 2019 |
| ❖ Alterações a nível cognitivo (MMSE) | 27,46% | 19,46% |
| ❖ Perceção estado de saúde (Má) | 14,3% | 10,3% |
| ❖ Diminuição da prevalência de depressão | 6,4% | 3,4% |

Os **indicadores de desempenho** serão avaliados ao longo do projeto, para controlo da evolução do mesmo. Será avaliado o cumprimento das atividades previstas e a participação da população alvo convidada para cada atividade.

Indicadores de Desempenho

- ❖ Adesão da população-alvo ao projeto de intervenção
- ❖ Percentagem de ações desenvolvidas
- ❖ Cumprimento dos objetivos previstos
- ❖ Índice de participação da população-alvo nas atividades
- ❖ Avaliação das ações (apreciação global da intervenção, objetivos conteúdos, atividades, participação, recursos e desenvolvimento das ações/programa)

Referências Bibliográficas

- Apóstolo J. L. A., Cardoso A.F. B., Marta L. M. G. & Amaral T. I. O. (2011). *Efeito da estimulação cognitiva em Idosos*. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série- n.º 5 Dez. 2011.
- Caldas, A. (2000). *A Herança de Franz Joseph Gall: O Cérebro ao Serviço do Comportamento Humano*. Lisboa: McGrawHill.
- Caldas, A., & Mendonça, A. (2005). *A Doença de Alzheimer e Outras Demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.
- DGS. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Circular Normativa n.º: 13/DGCG*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca A.M. (2006). *O Envelhecimento. Uma abordagem Psicológica*. 2.^a Edição. Campus do Saber. Universidade Católica.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Guerreiro, M. (2005). *Terapêutica Não Farmacológica da Demência*. In A. Caldas, & A. Mendonça, *A Doença de Alzheimer e Outras Demências em Portugal* (pp. 121-148). Lisboa: Lidel.
- Nunes, B., & Pais, J. (2014). *Doença de Alzheimer- Exercícios de Estimulação*. 2.^o Edição. Lisboa: Lidel.
- Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Diário da República n.º 35 - Série II, de 18 de fevereiro de 2011
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice. Um novo público a Educar*. Porto: Ambar.
- Spar, J., & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. 1.^o Ed.. Lisboa: Climepsi Editores.

Anexo IV

Exercícios de Estimulação Cognitiva

(Com base no livro Doença de Alzheimer- Exercícios de Estimulação)

Exercício 1

Atenção

Procure e assinale o **algarismo 2**

| | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1 | 2 | 5 | 8 | 2 |
| 8 | 3 | 2 | 6 | 6 |
| 3 | 6 | 3 | 1 | 3 |
| 9 | 7 | 0 | 3 | 7 |
| 1 | 8 | 5 | 3 | 4 |

Exercício 2

Atenção

Procure as palavras

SOPA DE LETRAS

PROCURE AS PALAVRAS

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C | A | S | A | B | I | C | J | W | B | O | L | A | E |
| W | H | Z | F | G | A | E | K | V | D | X | W | J | J |
| Y | C | H | R | Q | U | E | L | S | F | V | A | J | R |
| P | H | A | E | F | K | T | P | Q | I | U | O | X | H |
| K | Z | P | R | A | T | O | I | E | M | B | L | U | A |
| Á | R | V | O | R | E | E | Z | L | J | Y | I | B | B |
| P | F | E | G | A | T | O | G | S | Y | Z | M | X | I |
| G | T | X | A | H | A | A | R | T | I | O | J | P | A |
| W | Y | E | T | G | M | R | O | N | V | B | A | A | R |
| G | F | I | B | U | V | S | F | P | O | U | I | A | R |
| C | Ã | O | E | F | X | I | F | N | O | V | O | E | I |
| Y | T | I | L | A | P | K | C | A | R | R | O | Z | E |
| D | K | O | Y | B | O | Z | E | Z | W | X | D | X | W |
| H | S | Q | E | Y | P | I | B | A | F | T | A | E | W |

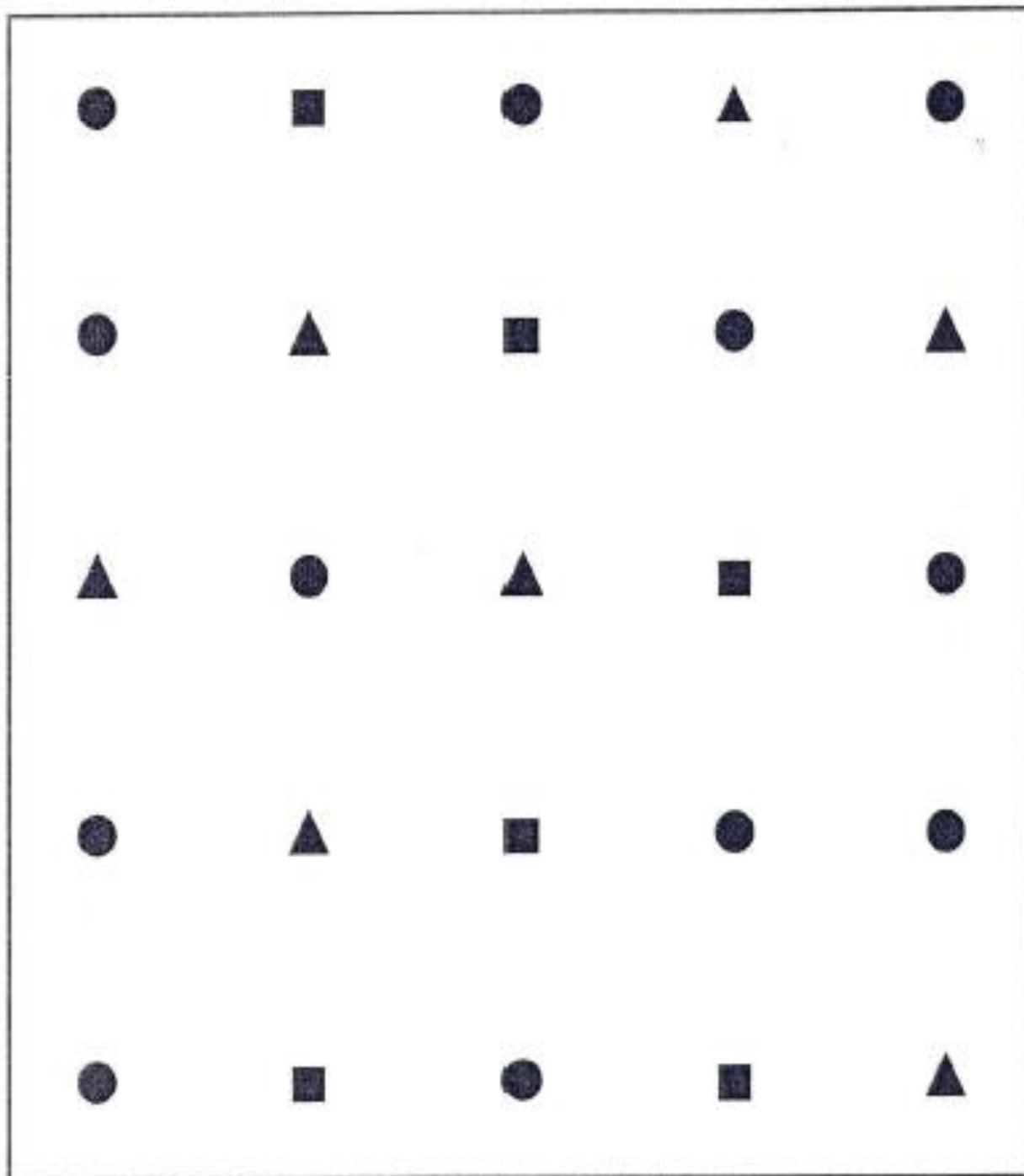
CASA
PRATO
BOLA
CÃO
ÁRVORE

GATO
CARRO

Exercício 3

Atenção

Procure e assinale as **bolas**



Exercício 4

Linguagem - leitura

Leia as Seguintes Palavras

PÉ

NARIZ

PÁ

BOLA

OLÁ

PIÃO

TIO

DEDO

MÃE

DENTE

PAI

ÁGUA

MÃO

SUMO

PÊRA

MAÇÃ

MESA

JOGO

PORTA

ANEL

OLHO

BRINCO

TÁBUA

PAPEL

Exercício 5

Linguagem – Compreensão de ordens

Execute as seguintes ações

Abra a Boca

Toque no Cabelo

Mostre a mão direita

Feche os olhos

Toque na perna direita

Levante o Braço esquerdo

Exercício 6

Linguagem – Compreensão de ordens

MATERIAL

✓ **COLHER**

✓ **ÓCULOS**

✓ **CHAVES**

Dispor o material em cima da mesa e pedir que:

Aponte o que usamos para comer a sopa

Aponte o que usamos para ver melhor

Aponte o que usamos para abrir a porta de casa

Pegue na colher com a mão direita

Pegue nas chaves com a mão esquerda

Pegue nos óculos com a mão direita

Aponte primeiro para os óculos e depois para as chaves

Aponte primeiro para a colher e depois para os óculos

Ponha os óculos entre a colher e as chaves

Exercício 7

Linguagem- Escrita

Ditas as Seguintes Palavras:

PÉ

MALA

PÃO

MESA

MÃO

VASO

TIO

FACA

PAI

ANDAR

AVÓ

PÊRA

PORTA

PRATO

COPO

GARFO

ANEL

SACA

CARTA

MAÇÃ

Exercício 8

Linguagem- Nomeação

Colocar os objectos em cima da mesa e pedir para dizer como se chamam

CHAVE

COPO

RELÓGIO

FACA

GUARDANAPO

ESCOVA DE DENTES

PENTE

GARFO

COLHER

LÂMINA DE BARBEAR

Exercício 9

Linguagem- Nomeação

Responda às seguintes questões:

Onde se compra o pão?

Onde se compram os medicamentos?

Onde se compram as flores?

Onde se compra a carne?

Onde se compra o peixe?

Onde se compra o café?

Onde se compra o arroz?

Onde se compra a roupa?

Onde se compram os jornais?

Onde se compram os sapatos?

Exercício 10

Linguagem- Vocábulo e Léxico

Complete as seguintes palavras:

| | | | |
|----------|-------------|-----------|-----------|
| G _ TO | PÊ _ A | C _ O | SA _ O |
| M _ ÇÃ | LI _ RO | LÁ _ IS | LA _ ANJA |
| C _ REJA | L _ ÃO | AN _ S | VA _ A |
| _ VA | NÊS _ ERA | AM _ IXA | PÊ _ SEGO |
| MA _ GA | TANG _ RINA | ABA _ AXI | ANA _ ÁS |

Exercício 11

Gnosias- Reconhecimento Visual

Assinale o **Burro**; o **Coelho**; o **Gato**; o **Cavalo**; a **Borboleta** e o **Pato**



Exercício 12

Gnosias- Reconhecimento Auditivo

MATERIAL

✓ **Despertador**

✓ **Papel**

✓ **Moedas**

✓ **Prato**

Executar os seguintes sons e pedir ao idoso que os identifique

Som de despertador

Amarrotar papel

Abanar com as moedas na mão

Bater com a colher no prato

Bater com a mão na mesa

Bater palmas

Exercício 13

Memória – Memória Recente

Mostrar os objectos e pedir que os memorize

Exercício 1

CHAVES

ÓCULOS

CANECA

Exercício 2

ENVELOPE

LARANJA

PALITO

Exercício 3

PANELA

COLHER

**PASTA DE
DENTES**

Exercício 4

LÁPIS

ALFINETE

RELOGIO

Exercício 14

Memória – Memória Remota

Explicar que se irá realizar um exercício sobre a família. Pedir que indique os nomes:

O meu nome é _____

O meu pai chama-se _____

A minha mãe chama-se _____

Os meus irmãos chamam-se _____

O meu esposo/a chama-se _____

Os meus filhos chamam-se _____

Os meus netos chamam-se _____

Outros Familiares _____

Exercício 15

Memória – Memória Remota

Explicar que vai ser realizado um exercício sobre distribuição de tempo em horas; dias; meses etc.

Quantos dias tem uma semana? Quais são?

Quantos meses tem o ano? Quais são?

Quantas estações tem o ano? Quais são?

Quantos dias tem um ano?

Quantos dias tem um mês?

Quantas horas tem um dia?

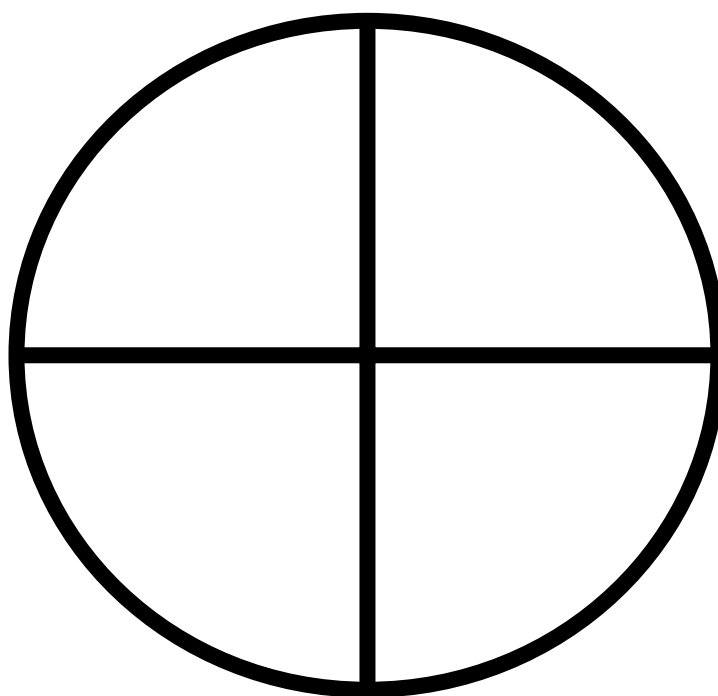
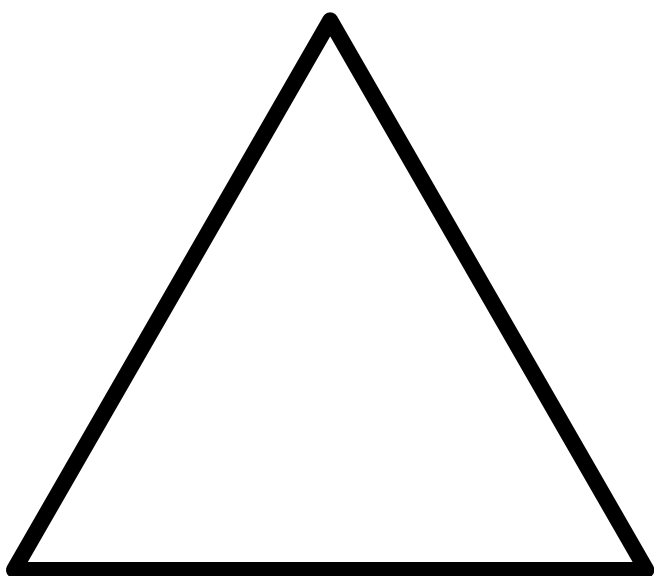
Quantos minutos tem uma hora?

Quantos segundos tem um minuto?

Exercício 16

Praxias – Cópia de desenhos

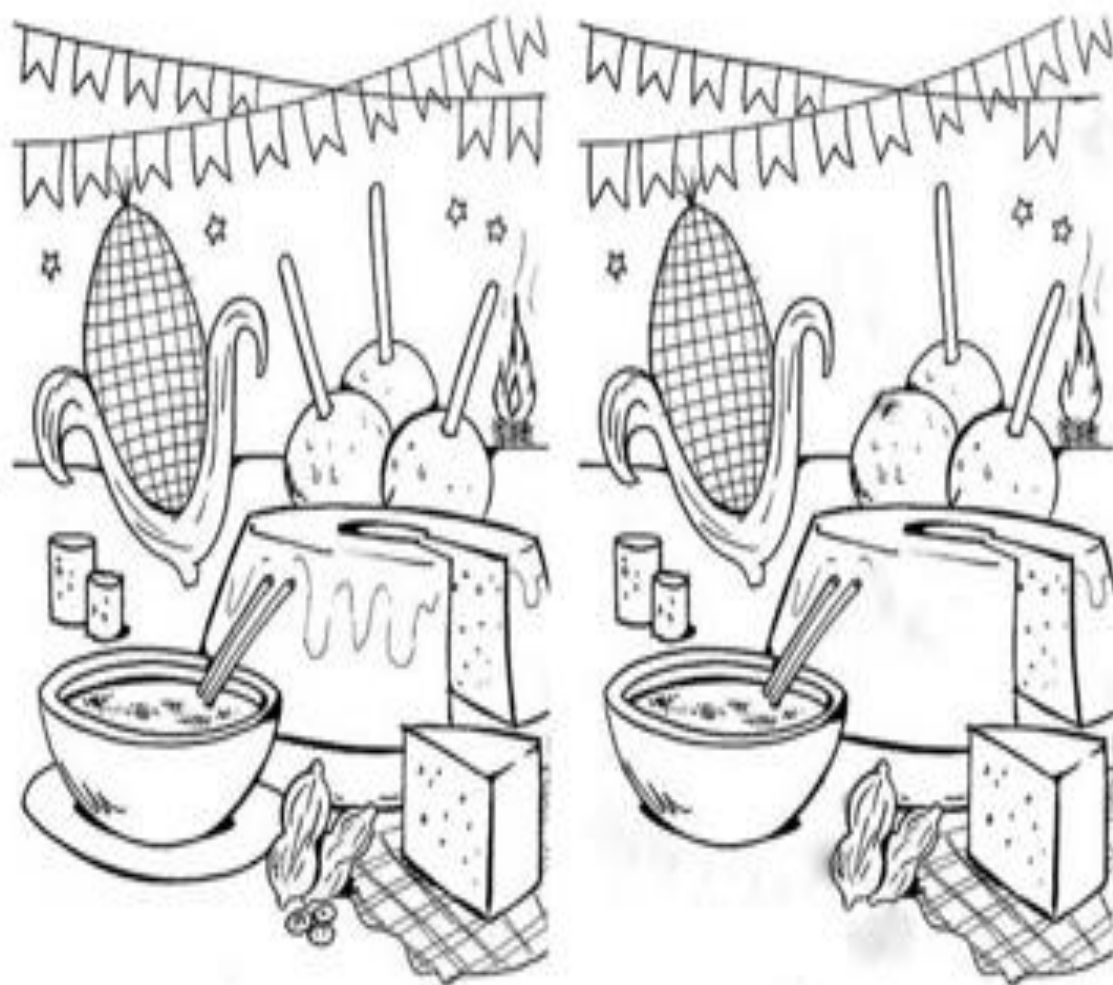
Copie os seguintes desenhos:



Exercício 17

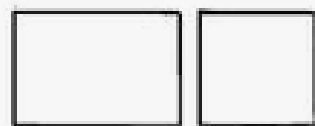
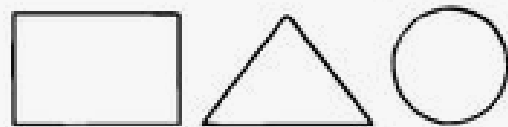
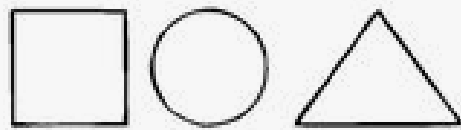
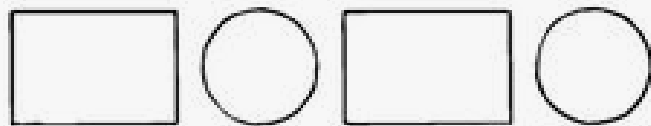
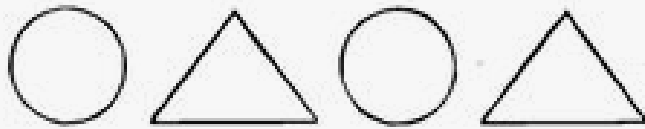
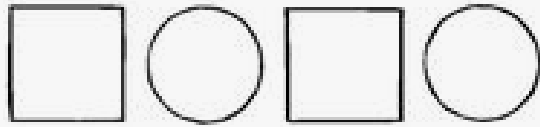
Funções Executivas – Diferenças

Encontre os 7 Erros



Exercício 18

Funções Executivas – Sequências Lógicas



Anexo V

Relatório Estágio

Mestrado em Enfermagem Comunitária

**Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados
na Comunidade de Bragança- Unidade de Saúde Santa
Maria**

Andreia Isabel Costa Condado

Bragança, fevereiro 2018

Mestrado em Enfermagem Comunitária

**Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados
na Comunidade de Bragança - Unidade de Saúde
Santa Maria**

Andreia Isabel Costa Condado

Orientadores:

Professora Maria Augusta Pereira da Mata

Bragança, fevereiro 2018

Lista de Abreviaturas e Siglas

| | |
|--------|--|
| ACES | Agrupamento dos Centros de Saúde |
| ASCJR | Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco |
| CPCJ | Comissão de proteção de crianças e jovens |
| CSP | Cuidados de Saúde Primários |
| DGS | Direção Geral de Saúde |
| EC CI | Equipa de Cuidados Continuados Integrados |
| ECL | Entidade Coordenadora Local |
| GASJ | Gabinete de Apoio à Sexualidade Juvenil |
| IPB | Instituto Politécnico de Bragança |
| IPJ | Instituto Português da Juventude |
| OE | Ordem dos Enfermeiros |
| PASSE | Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar |
| PNSE | Programa Nacional Saúde Escolar |
| PRESSE | Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar |
| RNCCI | Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados |
| SAM | Sistema de Apoio ao Médico |
| SAPE | Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem. |
| SIDA | Síndrome de Imunodeficiência Adquirida |
| SINUS | Sistema de Informação Nacional dos Cuidados de Saúde Primários |
| SPMS | Serviços Partilhados do Ministério da Saúde |
| UCC | Unidade de Cuidados na Comunidade |
| UCSP | Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados |
| ULSNE | Unidade Local de Saúde do Nordeste |
| USP | Unidade de Saúde Pública |
| VIH | Vírus da Imunodeficiência Humana |

Índice

| | |
|--|-----------|
| Introdução | 1 |
| 1. Contextualização do local de estágio | 4 |
| 1.1. Área de influência | 5 |
| 1.2. População Inscrita..... | 5 |
| 1.3. A equipa | 6 |
| 1.4. Serviços da UCC..... | 7 |
| 1.5. Instalações da UCC | 9 |
| 1.6. Relações Interinstitucionais..... | 10 |
| 2. Atividades Desenvolvidas em Estágio..... | 11 |
| 3. Análise Crítica e Considerações Finais | 14 |
| Referências Bibliográficas | 16 |

Índice de Figuras

| | |
|---|---|
| Figura 1. Utentes abrangidos por freguesia | 5 |
| Figura 2. Pirâmide etária dos utentes abrangidos | 6 |
| Figura 3. Constituição da equipa multidisciplinar da UCC..... | 7 |

Introdução

São os cuidados de saúde primários que mais se tem contribuído para a melhoria do estado de saúde das populações, portanto é vital continuar a investir nestes cuidados. Estes são o pilar essencial do Serviço Nacional de Saúde pois atingem importantes funções de promoção e proteção da saúde e promoção da doença, e visam aumentar a capacidade do indivíduo de poder agir sobre fatores determinantes da saúde individual e coletiva para a posterior adoção de comportamentos promotores da saúde (DGS, 2011).

A enfermagem comunitária abrange o domínio dos cuidados de saúde primários, sendo uma prática globalizante que vai desde o utente, a família, grupos e comunidade, na promoção de saúde e prevenção da doença. As alterações ao nível do perfil demográfico, indicadores de morbilidade assim como as doenças crónicas refletem que as necessidades em saúde estão a sofrer modificações e por isso está a ser atribuída uma maior importância aos cuidados de saúde primários. Assim o papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública assume extrema importância na perceção das respostas humanas aos diferentes processos de vida, aos problemas de saúde que surgem ao longo desta e manifesta elevada competência em responder às necessidades das pessoas grupos ou comunidades tendo sempre presente e proporcionando ganhos em saúde (OE, 2010).

Rede de Cuidados de Saúde Primários como estrutura de proximidade, continuidade e de acesso privilegiado é centrada no cidadão, família e comunidade (DGS, 2013).

É com os cuidados de saúde primários que os indivíduos, famílias ou comunidades contactam em primeiro lugar no que diz respeito ao sistema nacional de saúde (CIE, 2008).

No contexto atual dos Cuidados de Saúde Primários sobressai a capacidade do enfermeiro pelo papel que desempenha e que deve reforçar na vanguarda nos Cuidados de Saúde Primários e na inovação dos cuidados, é aqui que o enfermeiro integra o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, distinguindo atividades de educação para a saúde, gestão e avaliação dos cuidados de saúde prestados, manutenção e restabelecimento da saúde. É com a enfermagem comunitária que se desenvolve uma prática continuada e global centrada nos indivíduos ao longo do ciclo vital e enquanto membros inseridos numa sociedade (Correia et al., 2001).

É através dos avanços de investigação e da aplicação desses saberes que advém da investigação que se afirma a identidade de enfermagem enquanto profissão. É assim pois que se inova, fortalece e melhoram os fundamentos teóricos da mesma, baseando a nossa prática na evidência científica.

No âmbito da Unidade Curricular do Estágio I - Trabalho de Projeto, desenvolvido nas Unidades funcionais Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidade de Saúde Pública (USP), foi elaborado o projeto de investigação que, conduziria ao Diagnóstico de situação de saúde sobre a temática “Estado cognitivo do idoso não institucionalizado” integrado na Unidade Curricular do Estágio II - Trabalho de Projeto no 2.º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola de Saúde de Bragança, que dá corpo ao Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária.

Desta forma este relatório reflete o trabalho desenvolvido ao longo do estágio as competências nele adquiridas, refletindo sobre as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. Foram, portanto, desenvolvidas várias atividades em diversos domínios da Enfermagem Comunitária inseridas no plano de atividades da UCC e USP, parte destas terão continuidade no tempo, para o desenvolvimento das atividades previstas no projeto.

O desenvolvimento deste estágio teve subjacente à definição dos objetivos e competências a adquirir, competências estas descritas no guia orientador de estágio.

O primeiro estágio decorreu entre 20 de fevereiro de 2017 e 07 de julho de 2017, num total de 150 horas e o segundo decorreu entre 18 de setembro de 2017 e 16 de fevereiro de 2018 no Centro de Saúde de Santa Maria, em Bragança, perfazendo um total de 420 horas, conforme previsto no plano curricular.

A elaboração deste relatório de estágio tem como desígnio organizar e descrever de uma forma objetiva as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio; dar resposta a uma exigência curricular e servir de instrumento de avaliação.

Ao longo do estágio é permitida a reflexão e a aquisição de competências a nível instrumental e interpessoal, levando a um crescimento pessoal e profissional que levará futuramente à melhoria dos cuidados prestados e à identificação de necessidades da comunidade.

O relatório encontra-se estruturado em três partes sendo elas: Primeira parte: introdução e contextualização do local de estágio. Segunda parte: descrição das atividades realizadas em estágio. Terceira parte: análise das competências adquiridas durante o processo formativo, análise crítica do estágio.

A metodologia para a elaboração deste documento baseia-se na análise descritiva, crítica e reflexiva, utilizando como estratégias/recursos a pesquisa bibliográfica para fundamentação das atividades; a utilização do Guia Orientador de Estágio, o plano de ação da Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC), os esclarecimentos/orientações do Professor Orientador visando a orientação científica e a acuidade crítica no decurso do estágio, o recurso permanente à relação comparativa entre as atividades desenvolvidas e os objetivos fixados e as normas de execução de trabalhos escritos.

1. Contextualização do local de estágio

O estágio desenvolveu-se essencialmente na Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC) *Domus* que é uma Unidade funcional do Centro de Saúde de Bragança, integrado na unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE).

Esta tem por missão:

- ✓ Contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, tendo com objetivo os ganhos em saúde;
- ✓ Prestar cuidados de saúde e apoio social ao nível domiciliário e comunitário às pessoas grupos e famílias em situações de risco ou dependência física e funcional ou doença, fazer educação para a saúde, pela integração de redes de apoio à família;
- ✓ Participar na formação de grupos profissionais (nas diferentes fases, pré-graduada, pós graduada e continua)
- ✓ Constituir equipas de cuidados continuados integrados

A UCC *Domus* orienta a sua ação de acordo com o plano de ação, o regulamento interno e a carta de qualidade, tendo em consideração o rigoroso cumprimento de atividades de promoção, proteção da saúde, prevenção e controlo da doença. Concomitantemente tem definido um plano de formação e de melhoria contínua, contemplando a articulação com as outras unidades funcionais da ULSNE, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e outras instituições/parcerias comunitárias.

O Centro de Saúde de Bragança é composto por duas unidades:

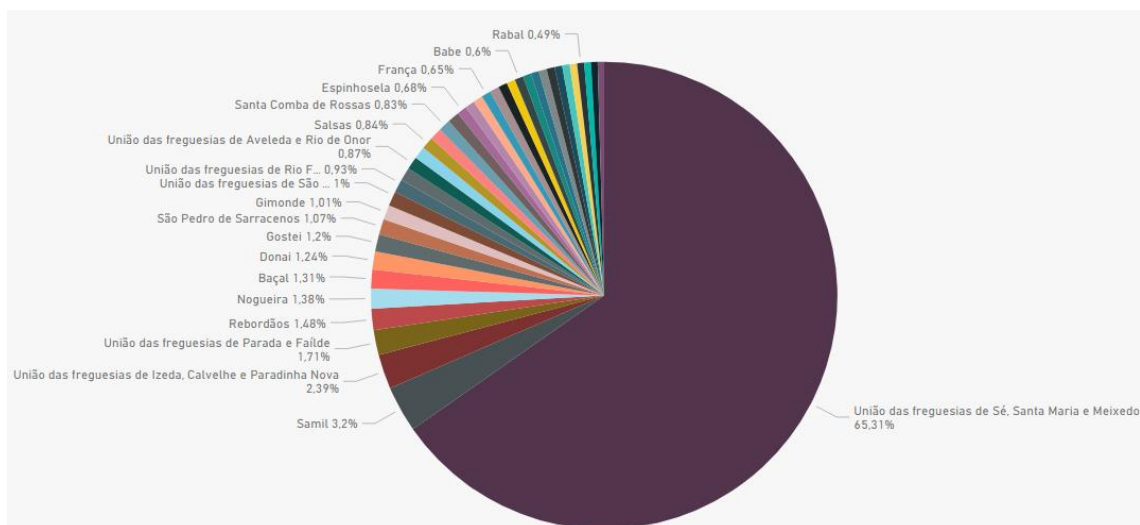
- ✓ A Unidade da Sé, localizada na Rua Engenheiro Amaro da Costa e integra uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e a Unidade de Saúde Pública (USP);
- ✓ A Unidade de Santa Maria, localizada na Avenida Cidade de Leon e integra duas UCSP e a UCC.

O horário de funcionamento da UCC Domus que se encontra na Unidade de Santa Maria é: Dias úteis das 8h às 20h; Fins-de-semana e feriados das 9h às 17h (para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados); após as 20h, apenas em atividades programadas em programas em que a população – alvo e que justifique o horário pós-laboral.

1.1 Área de influência

Sendo Bragança um dos maiores concelhos do país, é com grande esforço e dedicação que as equipas da UCC desenvolvem a sua atividade numa tão vasta área que tem uma extensão aproximada de 1.174 km², 35.341 habitantes, correspondendo a uma densidade populacional de 30,1 habitantes por km², distribuídos por 39 freguesias, cento e catorze aldeias, uma vila e a cidade.

Figura 1. Utentes abrangidos por freguesia



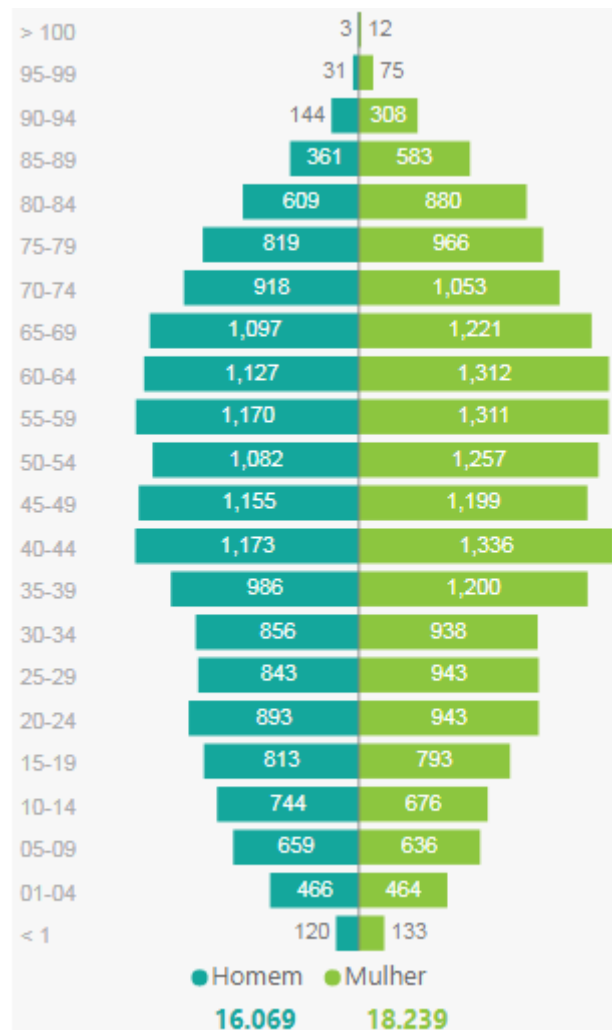
Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (SNS, 2018)

1.2 População Inscrita

O Centro de Saúde de Bragança com as suas duas unidades funcionais conta com um total de 34308 utentes inscritos tendo estes uma distribuição de 12530 utentes inscritos na unidade de saúde da Sé e 21327 na unidade de saúde de Santa Maria.

A população inscrita nestas unidades é uma população envelhecida e com necessidades próprias do seu grupo etário que têm merecido toda a atenção por parte das equipas das unidades de saúde.

Figura 2. Pirâmide etária dos utentes abrangidos



Fonte: Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários (SNS, 2018)

1.3 A equipa

Constituída por uma equipa multiprofissional possui como área geodemográfica de atuação o concelho de Bragança, desenvolve as atividades de acordo com o seu

Plano de Ação, em articulação com as restantes Unidades Funcionais e colaboração das diferentes entidades da comunidade.

As crescentes exigências ao nível da saúde levam à necessidade de os vários profissionais de saúde se especializarem em diversas áreas. Este processo tem contribuído para aprofundar o conhecimento e as intervenções do saber específico nas diversas áreas tendo como grande propósito a eficiência e eficácia na qualidade dos cuidados prestados.

As equipas multidisciplinares possuem uma relação entre os diversos profissionais que têm como centro das suas inquietações o doente., tendo assim uma atitude humanizada e uma abordagem mais ampla e resolutive do cuidado.

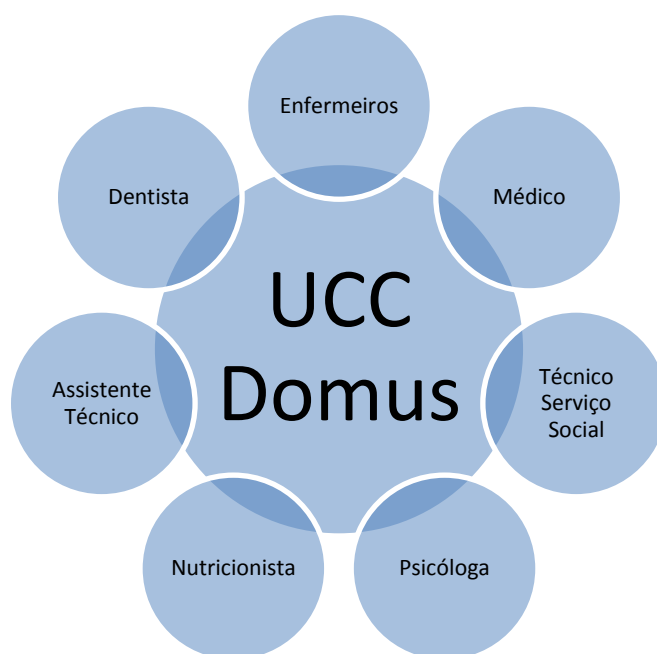


Figura 3. Constituição da equipa multidisciplinar da UCC

1.4 Serviços da UCC

As atividades desenvolvidas pela UCC passam pelo diagnóstico de saúde da comunidade assim como todas as estratégias de intervenção definidas pelo Plano Nacional de Saúde. Essas ações integram-se no plano de ação do Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) com a colaboração de todas as unidades funcionais do centro de saúde contando sempre com as orientações técnicas do conselho clínico.

A UCC Domus abrange atualmente os seguintes serviços:

- Como parte do **Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE)** :
 - Gabinete de apoio ao aluno
 - Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE)
 - Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE)
 - Saúde Oral
 - Saúde Mental
 - Crescer em Segurança: Prevenção de acidentes
 - Gabinete de Apoio à Sexualidade Juvenil (GASJ)
- Como parte do **Programa Nacional de Saúde Reprodutiva**:
 - “Nascer Saudável”
 - “Amamentar dá saúde”
 - “Laços de Ternura”
- **Atendendo a “Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco” (ASCJR)**
 - Núcleo de apoio a crianças e jovens em risco /
 - Comissão de proteção de crianças e jovens (CPCJ)
 - **Sistema Nacional de Intervenção precoce**
- **Como parte do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**:
 - **Envelhecer Ativo**
 - **Entardecer no concelho de Bragança**
 - **AVC: Reabilitar e Readaptar**
 - **Respire Qualidade de Vida**
- Núcleo Local de Inserção / Rendimento Social de Inserção
- **Rede social**
- **Equipa de cuidados continuados integrados (ECCI)**
- Operacionalização de projetos comunitários em parceria com a rede social direcionados à terceira idade (Envelhecer Saudável e Cuidando o Cuidador);

Outras Valências

- Radiologia;
- Psicologia;
- Medicina Dentária;
- Podologia;
- Nutrição;
- Serviço Social;
- CDP;
- Tabagismo.

1.5 Instalações da UCC

A localização da UCC Domus é na Unidade de Santa Maria no rés-do-chão.

Esta comporta:

- 1 hall que representa a sala de espera
- 2 salas de preparação para o parto (distribuídas pela unidade de Santa Maria e Sé)
- 4 gabinetes de enfermagem
- 1 sala /armazém de material necessário à prática
- 2 casas de banho

Todos os gabinetes de enfermagem se encontram dotados de computadores (embora insuficientes face ao número de profissionais) de forma a poder responder às exigências a nível de registos de trabalho.

Contam ainda com os programas e sistemas informáticos como o Sistema de Informação Nacional dos Cuidados de Saúde Primários (**SINUS**), que permite fazer a gestão de utentes (dados demográficos, inscrição na unidade de saúde, atribuição de médico e enfermeiro de família, gestão do processo de família); o agendamento de contactos programados e registo de contactos não programados (agendamento de consultas e atos de enfermagem, efetivação, remarcação, gestão de ausências); a cobrança de taxas (cálculo de isenções e dispensas de taxas moderadoras e taxas sanitárias, motor de regras para cálculo da cobrança); assim como a gestão de

utilizadores, gestão de profissionais, geração de agendas e ainda possibilita a consulta de estatísticas e listagens.

O **SClínico** Cuidados de Saúde Primários (CSP) que é mais um sistema de informação evolutivo, desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) criado a partir da utilização e duas outras aplicações usadas na saúde o SAM (Sistema de Apoio ao Médico) e o SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem). Esta tem como objetivo ser uma aplicação que reúne informação do doente e que pode ser consultada em qualquer altura por parte de todos os prestadores de cuidados de saúde.

O SClínico insere-se na estratégia definida pelo Ministério da Saúde para a área de informatização clínica do SNS, que prevê a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, de forma a garantir a normalização da informação.

O acesso à informação clínica variada do utente, a utilização e partilha dos dados com profissionais de saúde de diversas áreas e a sistematização dos mesmos, permitirá homogeneizar as práticas e a informação recolhida a nível nacional, tornando a atuação dos profissionais de saúde mais eficaz e eficiente, fazendo com que desempenhem melhor o seu papel na equipa multidisciplinar, possibilitando, desta forma, um melhor apoio, assistência e acompanhamento ao utente.

1.6 Relações Interinstitucionais

A UCC colabora com entidades externas, públicas e privadas: Camara Municipal, Agrupamentos de Escolas, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), Instituto Politécnico de Bragança (IPB), Instituto Português da Juventude (IPJ), Cento de Atendimento a Toxicodependentes (CAT), Centro de Aconselhamento e Deteção de Vírus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (VIH/SIDA - CAD) e Juntas de Freguesia.

A equipa da UCC desenvolve a sua atividade na comunidade, em articulação/ligação, complementaridade e partilha de cuidados e informação com as equipas de outras unidades funcionais do CS de Bragança (UCSP, USP), e com a ECL, no âmbito da RNCCI e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, bem como, em articulação com os parceiros da comunidade, cooperação entre todos os

elementos da equipa para a concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde.

2. Atividades Desenvolvidas em Estágio

No âmbito da unidade curricular Estágio II/Trabalho de Projeto, foi proposto intervir na comunidade, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, assim como contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades e ainda integrar as intervenções, nos planos de atividades da UCC com base em diagnósticos de saúde.

Aqui é feita a descrição e reflexão acerca das atividades desenvolvidas ao longo do estágio e que contribuíram para a aprendizagem, enriquecimento profissional e pessoal tendo em conta os objetivos preconizados no Guia Orientador de Estágio

Ao longo do estágio foi possível a intervenção e o desenvolvimento de múltiplas atividades inseridas nos vários programas desenvolvidos pela UCC.

Além das atividades descritas que decorreram no estágio, este teve como objetivo principal a elaboração de um diagnóstico de saúde de uma comunidade e o estabelecimento de um projeto de intervenção comunitária, mercê do diagnóstico de situação de saúde. O diagnóstico realizado integrou 581 idosos do distrito de Bragança que atendiam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e a quem foi aplicado o instrumento de recolha de dados (por entrevista). A aplicação dos questionários por entrevista atendeu a todas as considerações éticas e deontológicas explicando sempre previamente ao participante os objetivos do estudo.

Os objetivos definidos foram:

- Caraterizar o perfil dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança.
- Avaliar e analisar o estado cognitivo dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança.
- Identificar a prevalência de alterações cognitivas dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança.
- Relacionar o estado cognitivo com as variáveis sociodemográficas, avaliação sensorial, hábitos de vida, estado de saúde, e o estado afetivo (depressão) dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança.

- Realizar um plano de intervenção comunitário no âmbito da estimulação cognitiva no distrito de Bragança, intervindo nas potenciais problemáticas identificadas com a presente investigação.

Com a elaboração do diagnóstico de saúde pôde estabelecer-se um projeto de intervenção comunitária com vista à intervenção e resolução dos problemas identificados e ao qual se deu o nome de “Saudável Mente”. O intuito do desenvolvimento deste projeto de intervenção, além de se constituir como uma exigência curricular, é sem dúvida o de poder contribuir de forma sustentada para o desenvolvimento da enfermagem comunitária podendo assim melhorar os cuidados disponíveis prestados à população.

O projeto “Saudável Mente” visa essencialmente intervir ao nível da prevenção do declínio cognitivo nos idosos do distrito de Bragança, intervindo ao nível da estimulação cognitiva, procurando assim ganhos em saúde e a qualidade de vida do idoso. Este projeto abrange intervenções específicas para cada área de intervenção que se pretende trabalhar nomeadamente nas áreas em que o envelhecimento cognitivo sofre mais alterações, na memória e na atenção, não descurando a estimulação noutras áreas como a linguagem. O planeamento das atividades que sustentam o projeto de intervenção foi feito com a colaboração de todos os intervenientes assim como com a equipa da UCC.

É ao enfermeiro que cabe a importante missão de identificar e avaliar as necessidades da pessoa agindo posteriormente em conformidade e estabelecendo uma relação empática com a pessoa contribuindo para a aceitação dos cuidados a serem prestados sempre com o intuito de promover a saúde da pessoa/doente/utente.

Face ao exposto e atendendo às competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, nomeadamente na integração e coordenação dos Programas de Saúde no âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde pudemos integrar várias ações de formação para além deste projeto de intervenção:

- Março a Maio de 2017- Realização de uma avaliação e intervenção familiar.
- Dia 08 de Abril de 2017 – Participação na Feira da Saúde, contando com as parcerias IPB e Associação dos diabéticos do Distrito de Bragança;

- Dia 24 de Abril de 2017 – Realização de ação de formação em contexto escolar sobre “Escovagem dos Dentes”, inserido do programa “Sorri Branquinho” com a colaboração da CMB e entrega de kits de escovagem dos dentes;
- Dia 26 de Junho de 2017 - Realização de ação de formação em contexto escolar sobre “Hábitos de vida saudáveis”, com o apoio do CRI;
- Dia 28 de Abril de 2017 - Realização de ação de formação em contexto escolar “Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida”;
- Dia 10 de Outubro de 2017 –Realização de ação de sensibilização em contexto escolar sobre “Segurança alimentar”.
- Dia 11 de Outubro de 2017- Realização de ação de sensibilização sobre “Lanches Saudáveis”
- Dia 13 de Outubro de 2017 – Debate aberto a toda a comunidade acerca de “Alimentação saudável e interpretação de rótulos”.
- Dia 26 e 27 de Outubro de 2017 - Realização de ação de sensibilização sobre “Diabetes” a alunos do 8º ano da Escola Emídio Garcia (Apresentação de Vídeo).
- Dia 14 e 15 de Novembro - Realização de ação de sensibilização sobre “Diabetes” a alunos do 9ºano da Escola Emídio Garcia. (Apresentação de Vídeo).
- Dia 02 de Fevereiro de 2018 - Realização de ação de sensibilização sobre “Alimentação Saudável no Idoso”.

3. Análise Crítica e Considerações Finais

O presente relatório permitiu descrever, analisar informar e refletir acerca das atividades desenvolvidas durante os períodos de estágio nomeadamente no estágio II, realizado na UCC Domus afeta a Unidade de Santa Maria, Bragança, assim como operacionalizar as competências adquiridas ao longo do mesmo.

O objetivo principal deste estágio prende-se com a consolidação de competências exigidas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, principalmente no que diz respeito à avaliação do estado de saúde da comunidade, no que diz respeito à capacitação de grupos, coordenação de Programas de Saúde no âmbito comunitário e na cooperação e realização de vigilância epidemiológica.

Foi neste sentido que a temática da alteração a estado cognitivo foi alvo de análise, reflexão e pesquisa, pois consideramos que esta assume um problema não só pessoal (enquanto idoso) mas também público (enquanto pessoa inserida na sociedade), necessitando assim de intervenções ao nível da prevenção comunitária.

Os programas de saúde nomeadamente o Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas assim como as propostas feitas pela direção geral de saúde e apresentadas como “Estratégia Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025”, (DGS,2017), são fundamentais uma vez que planificam estratégias fundamentais para o envelhecimento ativo e saudável. A deteção precoce de alterações cognitivas e a intervenção nesta área deverá constituir assim uma preocupação dos profissionais de saúde e da comunidade em geral.

Consideramos, ainda, que as demais atividades que foram realizadas no âmbito deste estágio destacam a carência de uma aprendizagem ininterrupta ao longo da vida, que deverá assistir sempre o desenvolvimento de qualquer profissional de saúde e, concretamente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

O estágio em foi bastante produtivo pois permitiu a aquisição de novos conhecimentos e o enriquecimento de outros adquiridos anteriormente relativamente aos cuidados de saúde primários principalmente no que diz respeito à promoção da saúde e prevenção da doença do indivíduo e comunidade. Foi durante este que se procedeu à aplicação do instrumento de recolha de dados que serviu de base ao nosso estudo. O êxito deste estágio prende-se não só com o esforço e entrega a nível individual como também com a distinta aceitação e acolhimento dado pelas equipas nomeadamente à

equipa da UCC pela oportunidade de envolvimento em grande parte dos projetos desenvolvidos durante a permanência no local de estágio.

Foi com dificuldade que se descreveram de forma sucinta e objetiva as atividades decorridas no decorrer do estágio uma vez que o campo de ação da enfermagem comunitária é amplo e complexo. O percurso até aqui desenvolvido conta com várias aprendizagens que refletem o desenvolvimento das competências específicas de forma a fortalecer o desenvolvimento de boas práticas no que diz respeito ao planeamento, investigação e intervenção no âmbito da Enfermagem Comunitária.

Pelo descrito anteriormente considera-se que o presente estágio além de enriquecedor possibilitou a consciencialização e a consolidação de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária principalmente na capacitação de grupos e comunidade; na cooperação e na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico; na integração dos Programas de Saúde de âmbito comunitário; na execução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde assim como avaliação do estado de saúde da comunidade.

Referências Bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2017, Março). *Contratualização nos cuidados de saúde primários 2017*. Lisboa.
- Câmara Municipal de Bragança (2014). Bragança Município. Consultado a 25 de fevereiro de 2018 disponível em: <http://www.cm-braganca.pt/pages/315>
- Conselho internacional de enfermeiros (2008, Maio). *Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2008.pdf
- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P., Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista de Saúde Pública*, 2, 75-82.
- DGS - Direção-Geral da Saúde (2015). Plano nacional de saúde revisão e extensão a 2020. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Diário da República, 2.ª série, N.º 74 de 16 de Abril de 2009. *Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade*.
- Direção Geral de Saúde. (Maio de 2015). *Plano Nacional de Saúde revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde. (Março de 2011). *Orientações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizado*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2010.) *Desafios em tempo de crise Relatório de Primavera 2010*. Disponível em http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2010_OPSS-FT.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual - Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde. (2008). *Relatório mundial de saúde 2008, cuidados de saúde primários, agora mais que nunca*. Disponível em http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf.

Organização Mundial de Saúde (1978). Declaração de Alma-Ata. *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Saúde para todos no ano 2000*. Disponível em: <http://www.saudepublica.wb.pt> .

Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República n.º 35 - Série II*, de 18 de fevereiro de 2011

Serviço Nacional de Saúde (2018). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10031/1040255/Pages/default.aspx>