



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

**DECLÍNIO FUNCIONAL COGNITIVO E RISCO DE QUEDAS
EM DOENTES IDOSOS INTERNADOS**

José Pedro dos Santos Rodrigues

**Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação**

Orientada por: Maria Eugénia Rodrigues Mendes

Bragança, maio, 2012



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

**DECLÍNIO FUNCIONAL COGNITIVO E RISCO DE QUEDAS
EM DOENTES IDOSOS INTERNADOS**

José Pedro dos Santos Rodrigues

**Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação**

Orientada por: Maria Eugénia Rodrigues Mendes

Bragança, maio, 2012

“Aquele que envelhece e que segue atentamente esse processo poderá observar como, apesar de as forças falharem e as potencialidades deixarem de ser as que eram, a vida pode, até bastante tarde, ano após ano e até ao fim, ainda ser capaz de aumentar e multiplicar a interminável rede das suas relações e interdependências e como, desde que a memória se mantenha desperta, nada daquilo que é transitório e já se passou se perde.”

Hermann Hesse

Aos meus pais José e Angelina pela alegria e
compreensão.

À minha esposa Solange pelo amor e dedicação.

À minha irmã Sandra pelo apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Professora Maria Eugénia Rodrigues Mendes agradeço o apoio, a disponibilidade a partilha do conhecimento e ideias, mas sobretudo pelas preciosas contribuições, que tornaram possível este trabalho.

A todos os idosos internados no serviço de Medicina Interna que, apesar da sua condição de doença, colaboraram para a realização deste estudo.

E a todos aqueles que direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste estudo, o meu muito obrigado.

ABREVIATURAS E SIGLAS

CAM - Confusion Assessment Method

cols. - colaboradores

CHTMAD – Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

DCL - Défice Cognitivo Ligeiro

DMAI - Défice de Memória Associado à Idade

et al. - ‘e todos’

GDS - Geriatric Depression Scale

HAMT - Hodkingson Abbreviated Mental Test

INE - Instituto Nacional de Estatística

MIF - Medida de Independência Funcional

MMSE - Mini Mental State Examination

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

SPMSQ - Short Portable Mental Status Questionnaire

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

RESUMO

O processo de envelhecimento é caracterizado pela presença de défices cognitivos que devem ser avaliados pormenorizadamente para compreender a sua gravidade e prevenir a sua evolução para quadros mais graves e patológicos como a demência. A hospitalização contribui para uma maior debilidade/fragilidade do idoso, sendo considerada de grande risco para o declínio da aptidão física e da função cognitiva potenciando, assim, o risco de queda.

Com o objetivo de perceber em que medida o declínio funcional cognitivo se acentua durante a hospitalização e influencia no risco de queda em doentes idosos desenhou-se um estudo exploratório, descritivo e correlacional. Utilizaram-se como instrumentos de avaliação a Escala de Morse, a Medida de Independência Funcional (MIF) e o Mini Mental State Examination (MMSE).

Foram avaliados em dois momentos, admissão e alta, 51 idosos ($75,53 \pm 7,16$ anos), 53% dos quais eram mulheres, com uma média de $14,27 \pm 6,45$ dias de internamento num serviço de Medicina Interna.

O risco de queda, avaliado com a escala de Morse, evolui no sentido da diminuição do risco, correlaciona-se positivamente com a idade e com a duração do internamento não se evidenciando diferenças quanto ao tipo de residência. Para as restantes medidas em análise (MIF, MIF subescala cognitiva e MMSE) foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no sentido da diminuição das pontuações da admissão para a alta. Encontraram-se ainda correlações negativas em ambos os momentos entre a idade e a duração do internamento e as pontuações obtidas em todas as medidas. À exceção da MIF subescala cognitiva na admissão, todos os idosos residentes em casa própria ou de familiares obtiveram melhores resultados que os institucionalizados em todas as medidas e ambos os momentos de avaliação.

Existem múltiplos fatores de risco associados ao declínio funcional cognitivo e ao risco de queda nos idosos durante a hospitalização que podem ser minimizados ou evitados através de programas de Enfermagem de Reabilitação.

Palavras-Chave: Envelhecimento; Declínio funcional cognitivo; Quedas; Hospitalização

ABSTRACT

The aging process is characterized by the presence of cognitive deficits that must be evaluated in detail to understand its gravity, preventing its progression to more severe clinical and pathological states, such as dementia. The hospitalization contributes to a greater weakness/frailty of the elderly and is considered high risk for decline in physical fitness and cognitive function increasing the risk of falling.

In order to understand if the cognitive functional decline is accentuated during hospitalization and influences the risk of falling in elderly patients it was design an exploratory, descriptive and correlational study. As measures were used the Morse Scale, the Functional Independence Measure (FIM) and the Mini Mental State Examination (MMSE).

Were evaluated at two times, admission and discharge, 51 elderly (75.53 ± 7.16 years), 53% were women, admitted in an internal medicine service with a mean of $14,27 \pm 6,45$ days of hospitalization.

The risk of falling assessed with the Morse scale evolves towards decreased risk, is positively correlated with age and length of hospitalization were not evident significant differences in type of residence. For all of the other measures under consideration (FIM, FIM cognitive subscale and MMSE) were found statistically significant differences in the direction of lower scores from admission to discharge. There were also negative correlations at both time points between age and length of stay and the scores on all measures. Except for the FIM cognitive subscale at admission, all elderly residents in their own home or family fared better than the institutionalized in all measures and both time points.

There are multiple risk factors associated with functional decline and the risk of cognitive decline in elderly patients during hospitalization that can be avoided or minimized with Rehabilitation Nursing programs.

Key Words: Aging, Cognitive Functional Decline; Falls; Hospitalization

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ESTADO DA ARTE.....	3
1. ENVELHECIMENTO	5
2. DECLÍNIO FUNCIONAL COGNITIVO NO IDOSO	8
2.1 FATORES QUE INFLUENCIAM O ENVELHECIMENTO COGNITIVO	9
3. HOSPITALIZAÇÃO DO IDOSO.....	17
4. QUEDAS	19
5. REABILITAÇÃO COGNITIVA EM IDOSOS.....	23
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	27
1. METODOLOGIA.....	29
1.1 QUESTÃO DA INVESTIGAÇÃO	29
1.1.1 Justificação do tema.....	29
1.2 OBJETIVOS DE ESTUDO	30
1.3 TIPO DE ESTUDO	30
1.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	31
1.5 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	32
1.5.1 Escala de MORSE	32
1.5.2 Medida de Independência Funcional.....	33
1.5.3 Mini Mental State Examination (MMSE).....	35
1.5.4 Definição de Termos	36
1.6 AMOSTRAGEM E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	36
1.7 PROCEDIMENTO.....	37
1.8 PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	38
2. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	38
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	48
CONCLUSÃO.....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS IDOSOS.....	59

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos participantes por idade	39
Tabela 2 - Distribuição dos participantes por número de dias de internamento.....	39
Tabela 3 - Escala de Morse – Score na admissão e na alta	41
Tabela 4 - Medida de Independência Funcional na admissão e na alta.....	43
Tabela 5 - Medida de Independência Funcional – Sub-Escala Cognitiva na admissão e na alta.....	44
Tabela 6 – Mini Mental State Examination – Pontuação na admissão e na alta	45

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Alterações nas aptidões com o decorrer do envelhecimento (Sequeira, 2010)	12
Quadro 2 - Escala de declínio cognitivo de Reisberg e col. (1982)	13
Quadro 3 – Instrumentos de avaliação do risco de queda (Almeida et al., 2010).....	21
Quadro 4 - Nível de risco de queda e medidas recomendadas (Morse, 1997)	33
Quadro 5 - Classificação dos níveis da avaliação na Medida de Independência Funcional (Sequeira, 2010)	34
Quadro 6 - Funções avaliadas na medida de independência funcional	34
Quadro 7 – Comparação das pontuações médias obtidas para as escalas de avaliação aquando da admissão e alta dos utentes.....	46
Quadro 8 – Correlações entre as pontuações das escalas nos dois momentos de avaliação e a idade e número de dias de internamento dos utentes	46
Quadro 9 – Médias obtidas nas várias escalas de avaliação pelos grupos dos utentes que residem em casa própria/família e os institucionalizados	47

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Fatores de Risco de Quedas em Idosos – Adaptado de (WHO, 2007).....	20
Figura 2 – Cascata da dependência (Creditor, 1993).....	22

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - População residente em Portugal, comparação entre 1991 e 2010 (INE, 2011).....	5
Gráfico 2 - Índice de Envelhecimento em Portugal, 1991 - 2010 (INE, 03 de junho de 2011).....	6
Gráfico 3 - Projeções de População Residente em Portugal 2010 - 2060 (INE).....	7
Gráfico 4 - Distribuição dos participantes por sexo	38
Gráfico 5 - Distribuição dos participantes por estado civil	40
Gráfico 6 - Distribuição dos participantes por residência	40
Gráfico 7 - Escala de Morse – Classificação na admissão e na alta	42

INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade requer dos profissionais de saúde uma maior atenção e capacidade para equacionar a problemática que o processo de envelhecimento acarreta para o indivíduo idoso, sociedade e instituições de saúde. Torna-se cada vez mais necessário estar atento à problemática da qualidade de vida, bem como os aspetos da independência, autonomia para as atividades de vida diárias, a segurança social e ambiental da pessoa idosa (Rebelatto & Morelli, 2004). A capacidade funcional refere-se à autonomia da pessoa para a realização de tarefas que fazem parte do seu quotidiano e lhe asseguram a possibilidade de viver sozinha em contexto domiciliário. A perda da capacidade funcional decorrente do próprio envelhecimento e da falta de estimulação cognitiva, são das principais causas de institucionalização dos idosos (Paúl, 1997).

Atualmente é objetivo fundamental avaliar frequentemente os diferentes níveis de incapacidade para se planificar de forma adequada os cuidados de saúde, permitindo uma melhor organização dos recursos existentes de forma a promover a saúde, identificando antecipadamente as pessoas de risco. Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação são detentores de um conjunto de competências (OE, 2011) que lhes permite avaliar as necessidades específicas desta população bem como prescrever, implementar e monitorizar planos e programas de Enfermagem de Reabilitação para prevenir ou minimizar o impacto do declínio funcional. Particularmente importante pode ser a sua intervenção nos serviços de internamento hospitalar, como a medicina interna, onde a grande maioria dos doentes internados tem idade igual ou superior a 65 anos.

Num estudo realizado por Diogo e Kawasaki detetaram-se taxas de deterioração funcional em cerca de oitenta por cento dos idosos durante a hospitalização (Kawasaki & Diogo, 2005). Entre os fatores de risco predisponentes ao declínio funcional dos idosos internados, a literatura salienta a idade avançada (Cunha, Cintra, Cunha, Couto, & Giacomini, 2009), estados confusionais graves, défice cognitivo (Inouye et al., 1993), iatrogenias, gravidade da condição física e história de quedas (Cunha et al., 2009).

Inúmeros estudos realizados em ambiente hospitalar indicaram que utentes idosos com tendência a quedas têm maior risco de apresentar declínio funcional durante

o período de internamento (Anpalahan & Gibson, 2008; Cornette et al., 2006; Siqueira, Cordeiro, Perracini, & Ramos, 2004).

Assim, dada a pertinência da temática em questão, avaliar a relação existente entre o declínio funcional cognitivo do idoso e o risco de quedas durante o internamento, foi delineado este projeto.

A finalidade principal deste é evidenciar a necessidade de planos de intervenção em Enfermagem de Reabilitação, personalizados e direcionados aos défices avaliados, que diminuam o impacto negativo do internamento sobre a função cognitiva dos idosos durante o internamento hospitalar.

Salienta-se, ainda, como objetivo o desenvolvimento de competências no âmbito da investigação em contexto da prática de cuidados.

Este trabalho encontra-se estruturado em duas partes. A primeira parte remete para o estado da arte, com o intuito de expor o conhecimento atualizado da literatura sobre temática em questão e a segunda parte abrange o estudo empírico, onde são abordadas as questões metodológicas, apresentação e discussão dos resultados.

PARTE I – ESTADO DA ARTE

1. ENVELHECIMENTO

A população idosa Portuguesa, seguindo a tendência mundial, tem vindo a aumentar. Na década de 90, a proporção de indivíduos com menos de 24 anos representava, em média, 33,4% do total, na década seguinte um pouco menos de 28,0%, situando-se, em 2010, nos 26,0% (INE, 2011).

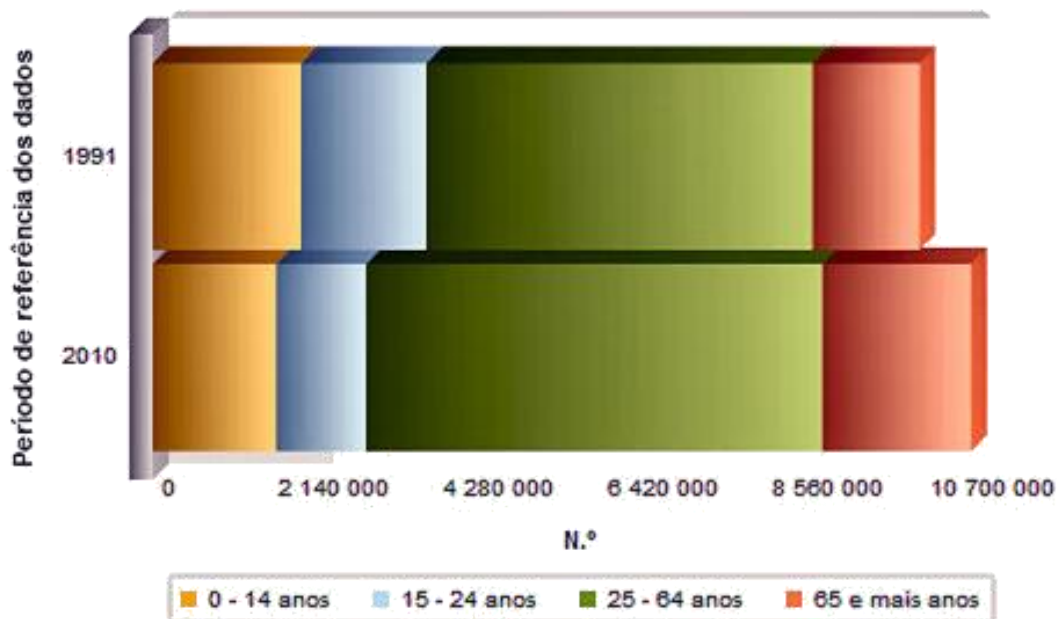


Gráfico 1 - População residente em Portugal, comparação entre 1991 e 2010 (INE, 2011)

O Índice de Envelhecimento é a relação existente entre o número de idosos e a população jovem, normalmente expresso em número de residentes com 65 ou mais anos por 100 residentes com menos de 15 anos. Esta relação constitui o melhor indicador de envelhecimento da população.

A população envelheceu e espera-se que, a um ritmo mais lento, a população com 65 e mais anos e a mais idosa, continue a envelhecer. *“Perante esta realidade, irrefutável, as recomendações internacionais apontam para encarar o envelhecimento das sociedades como um desafio e uma oportunidade. É preciso potenciar tanto a experiência como as capacidades das pessoas idosas de modo a dar-lhes oportunidades para intervirem na vida em sociedade”* (Gonçalves & Carrilho, 2007).

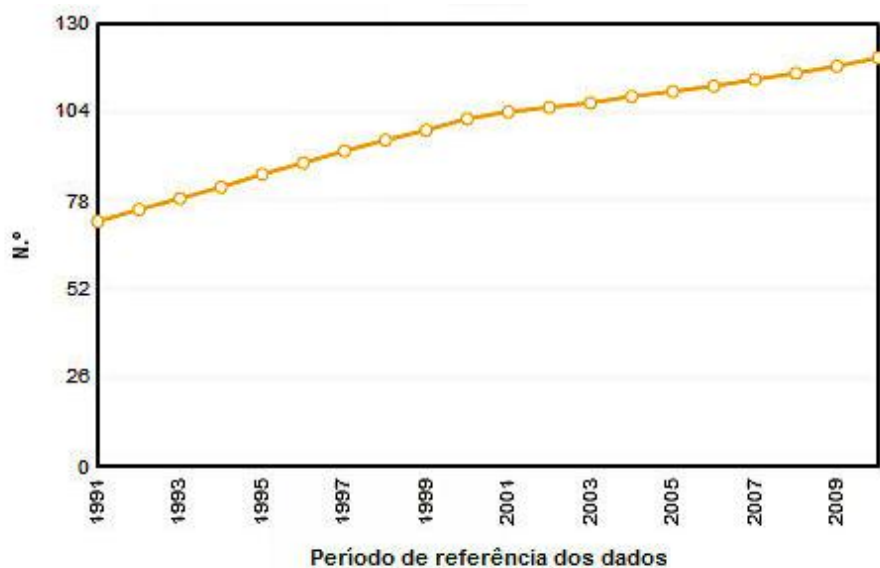


Gráfico 2 - Índice de Envelhecimento em Portugal, 1991 - 2010 (INE, 03 de junho de 2011)

O índice de envelhecimento ultrapassou pela primeira vez os 100 idosos por cada 100 jovens em 1999 (INE, 2002) ascendendo a 102 idosos por cada 100 jovens em 2001, passando para 110 em 2005 e para 128,6 à data dos Censos 2011.

Com o aumento do envelhecimento da população, o cuidado com o doente idoso deve ser uma preocupação da sociedade em geral e dos profissionais de saúde em particular. Exige um maior desenvolvimento e empreendimento em termos de ciência teórica e aplicada, havendo necessidade de aprofundar os conhecimentos acerca do processo de envelhecimento no respeitante à interatividade e repercussão multidimensional (bio-psico-social). Do mesmo modo implica mais profissionais com especialização na área e intervenções em reabilitação, que podem ajudar a ultrapassar ou compensar incapacidades funcionais/cognitivas e incluir estratégias de adaptação às atividades de vida diárias bem como modificações no meio ambiente e ajudas técnicas, criando condições de autonomia e independência de modo a reduzir as incapacidades e limitações do idoso.

Segundo as *Projeções de População Residente em Portugal, 2008-2060*, cuja publicação foi disponibilizada no Portal do INE a 19 de março de 2009, prevê-se, até 2060, um decréscimo populacional, acompanhado de um aumento no Índice de Envelhecimento da população com redução dos efetivos mais jovens, consequência dos níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações e do esperado aumento da esperança de vida.

Assim, antevê-se no período de projeção (2008-2060) uma redução da população jovem (0-14 anos de idade), de 15,3% para 11,9% e um aumento de 17,4% para 32,3% dos indivíduos com 65 ou mais anos de idade. Resultante sobretudo do aumento da esperança média de vida, a população com 80 e mais anos de idade evoluirá de 4,2% do total de efetivos em 2008 para valores entre 12,7% e 15,8% em 2060.

Projeta-se que, em 2060, residam no território nacional cerca de 3 idosos por cada jovem.

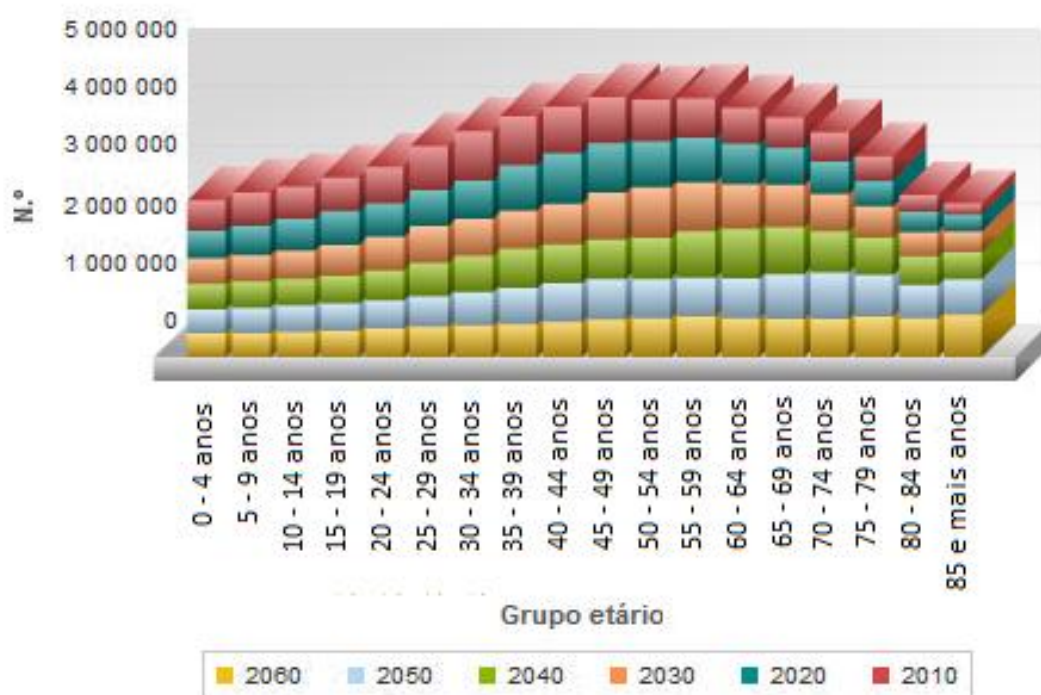


Gráfico 3 - Projeções de População Residente em Portugal 2010 - 2060 (INE)

Por observação do gráfico 3 verifica-se que o fenómeno do envelhecimento se tornou numa realidade irrefutável mantendo-se uma tendência crescente no peso da população idosa. Sendo este um processo progressivo, irreversível e incontável de declínio das funções fisiológicas, não implica que conduza impreterivelmente à incapacidade do indivíduo, no entanto, o risco de lesões causadas por acidentes aumenta, constituindo as quedas uma das principais causas de lesões na velhice.

2. DECLÍNIO FUNCIONAL COGNITIVO NO IDOSO

A funcionalidade do idoso relaciona-se com a sua autonomia e independência para manter as suas atividades quotidianas, resultando não somente da capacidade física como também das capacidades cognitivas e fatores psicossociais.

A cognição reside num conjunto de funções mentais envolvendo atenção, raciocínio, memória, percepção, imaginação, juízo, pensamento, linguagem e inteligência, utilizados para processar a informação e o conhecimento (Hoeman, 2011).

Um bom funcionamento cognitivo é fundamental para um envelhecimento com qualidade. Para muitos envelhecer é sinónimo de declínio cognitivo, no entanto, verifica-se na velhice uma enorme variabilidade, manifestando alguns indivíduos apenas pequenas mudanças enquanto que, em outros, a degeneração é enorme.

Não existindo uma definição instituída para declínio cognitivo, pode entender-se como uma diminuição no rendimento de diferentes aptidões cognitivas. Algumas funções cognitivas declinam pouco no decurso da vida, enquanto outras parecem mesmo aumentar, estes aspetos são influenciados, à semelhança da função, por vários fatores: história familiar, condições psiquiátricas, hábitos de vida e outros (de León-Arcila, Milián-Suazo, Camacho-Calderón, Arévalo-Cedano, & Escartín-Chávez, 2009).

Segundo estudos de orientação médica, o declínio cognitivo na velhice, está intimamente relacionado com diferentes tipos de demência, sendo as mais comuns a doença de Alzheimer e a demência vascular, e para a sua medição é, na maioria dos casos, utilizada a escala Mini Mental State Examination (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975).

No desempenho intelectual, as aptidões cognitivas atingem o seu auge aos 30 anos, continuando estáveis até ao período dos 50-60 anos começando posteriormente a diminuir. O seu declínio acelera-se a partir dos 70 anos.

As alterações cognitivas inerentes ao envelhecimento normal dificultam o diagnóstico de perturbações mentais orgânicas, como o caso da demência.

2.1 FATORES QUE INFLUENCIAM O ENVELHECIMENTO COGNITIVO

São vários os fatores que levam a alterações cognitivas (Spar & La Rue, 2005):

- genéticos, sendo estes responsáveis por aproximadamente 50% da variabilidade cognitiva no idoso;
- saúde;
- instrução/escolaridade, responsável por 30% da variabilidade cognitiva na terceira idade;
- atividade física e mental, a execução de atividades que estimulem o corpo e a mente estão intimamente relacionadas com um desempenho cognitivo mais eficaz e um menor declínio longitudinal;
- conhecimentos especializados, apesar de um declínio das capacidades cognitivas resultante do avançar da idade, aqueles que efetuam treinos/estratégias compensadoras apresentam um elevado nível de desempenho;
- personalidade e humor, verifica-se uma correlação entre a depressão e a insuficiência autopercebida da memória e défices do desempenho;
- contexto sócio-cultural;
- treino cognitivo;
- diferenças entre géneros, etnias e raças;
- idade, quanto mais avançada maior o risco de aquisição de défices cognitivos decorrentes da hospitalização. As pessoas mais idosas apresentam menor capacidade de recuperação e maior tendência a tornarem-se dependentes durante a sua permanência no hospital.

Os idosos demonstram maior dificuldade nas tarefas de raciocínio que obrigam a uma análise lógica e organizada de material abstrato/não familiar, revelando-se mais lentos na execução de tarefas que exijam o planeamento, execução e avaliação de sequências complexas. Deste modo, apresentam uma lentificação mais acentuada que os jovens relativamente aos aspetos perceptivos, mnésicos, cognitivos e motores (Spar & La Rue, 2005).

A eficácia da comunicação por meio da linguagem permanece estável durante a vida adulta. Na senescência verifica-se uma maior dificuldade na compreensão de mensagens longas ou complexas e na reprodução de termos específicos, tornando-se o discurso mais repetitivo.

Relativamente às aptidões visuais, no que remete para o espaço, os idosos conseguem manter a capacidade de reconhecer imagens, lugares e caras que lhes são familiares e reproduzirem/identificarem formas geométricas vulgares. Em contrapartida, demonstram um declínio na capacidade de reconhecerem e reproduzirem configurações complexas ou pouco habituais.

A inteligência permanece estável ao longo de toda a vida adulta podendo atingir um ligeiro declínio em idades avançadas, o que normalmente se traduz apenas na execução de novas tarefas. Pode ser dividida em inteligência fluida e cristalizada (Umpherd, 2010). A primeira remete para o processo básico de informação, capacidade de raciocinar, perceber a relação entre objetos, criar novas ideias e na adaptação a mudanças. Atinge o auge aos 25 anos, declinando a partir dessa idade. A inteligência cristalizada consiste no processo de aquisição do conhecimento, centralizando-se na educação, no conhecimento, na experiência adquirida no contexto sociocultural. Tem tendência a manter-se e aperfeiçoar-se ao longo da vida. Deste modo, indubitavelmente, as atividades/experiências do passado têm repercussões no presente e são fundamentais para um envelhecimento bem-sucedido no futuro (Umpherd, 2010).

Relativamente à atenção, os idosos mantêm uma capacidade estável em dirigirem e manterem a atenção sobre tópicos ou acontecimentos específicos, demonstrando dificuldade em filtrar informação que ocorra ocasionalmente, em repartir a atenção por diversas tarefas ou desviar a atenção para um outro ponto (Spar & La Rue, 2005).

Park (1999) afirma que o declínio da velocidade a que a informação é processada, da memória de trabalho e das capacidades sensorial e perceptual, estão intimamente relacionados com as alterações cognitivas verificadas com o avançar da idade (Spar & La Rue, 2005).

A velocidade de processamento da informação/resposta é, segundo Salthouse (1996), traduzida pela lentificação da realização de componentes perceptuais e operações mentais afeta a atenção, a memória e a tomada de decisões (Spar & La Rue, 2005).

McGeer & McGeer (1980) defende que com o avançar da idade, a capacidade de aprender reduz-se. Este processo depende de diferentes fatores como, por exemplo, a deterioração sensorial, o que provoca um abrandamento da velocidade perceptiva, a redução de síntese de determinados produtos químicos para a memorização (Shepard, 1997).

Segundo Shephard (Shepard, 1997), o componente de reconhecimento da memória de longa duração é relativamente bem preservado, porém há dificuldades na recuperação de informações desse armazenamento.

A memória desempenha um papel fulcral na construção da identidade social do indivíduo, do seu valor social e relacional. É constantemente renovada pelos novos sentidos e significados adquiridos no momento contemporâneo.

Com o processo de envelhecimento surge uma diminuição da velocidade de recuperação de vários recursos da memória, sendo maior o declínio na memória imediata, devido a alterações no sistema sensório-motor.

À memória de trabalho, memória a curto prazo ou imediata está inerente a retenção e a manipulação de informação registada na memória consciente/a curto prazo. Este tipo de memória deteriora-se com a idade, principalmente quando é necessário efetuar uma manipulação ativa da informação, criando dificuldades na aprendizagem e na recordação de informação nova. Assim, torna-se necessário ensaiar ou continuar a concentrar a atenção (Spar & La Rue, 2005).

A memória a longo prazo, também denominada por memória de recordação mantém-se estável ou com declínio reduzido com a idade.

A perda da memória dificulta a aproximação das pessoas e as suas relações afetivas, sociais e familiares, o sénior fica com limitações nos seus relacionamentos. A perda de memória impede-o de se cuidar, planejar sua vida diária e, conseqüentemente, perder a autonomia e qualidade de vida.

Spar e La Rue (2005), mencionam que o envelhecimento pode influenciar o desempenho cognitivo mediante as alterações das aptidões (Quadro 1) e que todas as alterações mencionadas variam de acordo com as características individuais, contexto e vivências pessoais (Sequeira, 2010).

O envelhecimento preconizado como “normal” é caracterizado pela presença de défices cognitivos que devem ser avaliados pormenorizadamente para compreender a sua gravidade e prevenir, impedindo, a sua evolução para quadros mais graves e patológicos, tais como a demência. Assim, surge o défice de memória associado à idade (Cancela, 2007).

Os indivíduos que padecem de défice de memória associado à idade têm idade igual ou superior a 50 anos, referem queixas subjetivas de perda de memória que afeta atividades de vida diária e o seu desempenho em testes padronizados de memória é inferior ao nível médio dos adultos jovens (Cancela, 2007).

Segundo Larrabee e Crook, (1994), verifica-se uma prevalência de déficit de memória associado à idade de 85% em idosos com mais de 80 anos (Spar & La Rue, 2005).

Quadro 1 - Alterações nas aptidões com o decorrer do envelhecimento (Sequeira, 2010)

Aptidões	Características
Habilidades Percetivo-motoras	Declina a partir dos 50-60 anos.
Atenção	Mantém-se estável ou sofre um ligeiro declínio.
Inteligência	Declina ligeiramente em idade muito avançada. Mais evidente em tarefas novas.
Linguagem: - Comunicação - Sintaxe, conhecimento de palavras - Fluência e nomeação - Compreensão - Discurso	- estável: na ausência de déficit sensorial; - estável: varia com o grau de instrução; - lapsos ocasionais em encontrar palavras; - mensagens complexas dificultam mais a compreensão; - pode ser mais impreciso e repetitivo
Memória - Memória de trabalho (recente) - Memória remota ou a longo prazo	- estável, declínio ligeiro ou moderado. Diminuição da capacidade para manipular a memória de curto prazo com défices na codificação e recuperação. - estável para aspetos mais relevantes da vida do idoso.
Visuo-espacial: - copiar desenhos - orientação topográfica	- variável: intacta para figuras simples e com dificuldades em figuras complexas. - em declínio: mais notável em terreno familiar
Raciocínio: - resolução de problemas - raciocínio prático	- em declínio: alguma redundância e desorganização - variável, mas intacto para situações familiares
Funções executivas	Ligeiro declínio. Planeamento e execução menos eficiente de comportamentos complexos.
Velocidade	Em declínio, com lentificação da ação e pensamento.

Além do déficit de memória associado à idade, existem idosos cujas capacidades cognitivas se encontram mais deterioradas relativamente à idade que têm, surgindo o déficit cognitivo ligeiro (DCL), em que são predominantemente afetadas a aprendizagem e a memorização de nova informação. No entanto, podem ainda verificar-se alguns problemas ao nível da linguagem, das capacidades visuo-espaciais ou do raciocínio. Existem três tipos de DCL (Nunes, 2005)

- puramente amnésico,
- defeito isolado, não mnésico,
- defeitos cognitivos múltiplos.

As pessoas com DCL encontram-se com maior predisposição ao desenvolvimento da demência, sendo importante que esses idosos sejam alvo de programas de estimulação e/ou reabilitação cognitiva, com o intuito de melhorar a capacidade intelectual.

Reisberg e colaboradores (1982) referenciaram uma escala de classificação do declínio cognitivo (Quadro 2) que permite uma identificação do estado da pessoa (Fontaine, 2000).

Quadro 2 - Escala de declínio cognitivo de Reisberg e col. (1982)

Estádio		Fase clínica	Sintomatologia
1	Ausência de declínio cognitivo	Normal	Ausência de queixas mnésicas e de perturbações objetivas
2	Declínio cognitivo muito ligeiro	Perda de memória	Queixa mnésica centrada nos nomes próprios e locais, estando ainda a pessoa adaptada socialmente.
3	Défice cognitivo ligeiro	Início do estado de confusão	A pessoa começa a estar incapacitada na sua vida diária, adotando uma atitude de negação. A família começa a tomar consciência da gravidade da situação.
4	Declínio cognitivo médio	Estado de confusão grave	O estado da pessoa já se manifesta na consulta clínica. Surge perda de autonomia e a capacidade de aprendizagem declina muito. Surgem lacunas mnésicas na história pessoal do doente, no entanto reconhece rostos e locais familiares. A negação é permanente.
5	Declínio cognitivo mediamente grave	Início do estado demência	A pessoa deixa de estar apta a viver sozinha, não está orientada no tempo, nem no espaço, só reconhece o nome de pessoas muito próximas, no entanto ainda consegue comer, lavar-se, manifestando apraxias graves principalmente ao vestir-se.
6	Declínio cognitivo grave	Estado demencial médio	Perda de autonomia total, pessoa incontinente, incapaz de se alimentar, a memória é parcelar, inteligência declina muito, o reconhecimento de familiares é esporádico, a personalidade muda, surgem ilusões, obsessões, ansiedade e labilidade emocional.
7	Declínio cognitivo muito grave	Demência profunda	Perda de linguagem, comportamentos incoerentes e perda de autonomia total.

As alterações ao nível cognitivo são prevalentes nos idosos com patologia aguda, contribuindo, em parte considerável, para o prognóstico em termos de morbilidade e mortalidade. Deve-se efetuar um esforço com o intuito de reconhecer este tipo de alterações, que podem ser secundárias a estados confusionais agudos como o delírio ou, do mesmo modo, envolver situações prolongadas de demência, podendo surgir também depressão ou psicose. Deste modo, é fundamental realizar uma distinção

das diversas situações que possam ocorrer, uma vez que os estados agudos (delírio, agitação, depressão, entre outros) podem ser reversíveis mediante intervenções atempadas de correção ou minimização dos seus efeitos, o mesmo não acontecendo no caso de demências prolongadas (exemplo: doença de Alzheimer). Porém, pode-se estar perante diferentes casos, em que a demência é o fator de risco mais importante para a ocorrência de delírio nos doentes idosos, em contrapartida, o delírio em idosos hospitalizados com demência leva à diminuição das capacidades funcionais e perda de independência.

O delírio surge com um quadro inicialmente agudo, com défices de atenção, de organização do pensamento, alteração do nível de consciência, desorientação, défices na memória, distúrbios da percepção, alterações psicomotoras e perturbação do ritmo do sono.

São diversos os instrumentos que podem ser utilizados para identificar os diferentes défices cognitivos:

- Mini Mental State Examination (MMSE): breve teste de rastreio cognitivo, simples e frequentemente usado;
- Hodkinson Abbreviated Mental Test (HAMT): avalia rapidamente a possibilidade de demência em idosos. Embora validado essencialmente em idosos, a sua utilização estendeu-se à avaliação da confusão e declínio cognitivo em geral;
- Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ): testa a orientação, memória remota e recente, habilidades práticas e habilidades matemáticas em idosos;
- Confusion Assessment Method (CAM): avalia a existência de delírio;
- Geriatric Depression Scale (GDS): avalia a presença de sintomas de depressão.

A demência é uma patologia com um conjunto de sintomas específicos característicos da doença mental, que englobam alterações da cognição, do comportamento e da interação. Demência é um termo genérico, que caracteriza síndromes de etiologias diversas, em que surge, como aspeto fundamental, a deterioração intelectual adquirida devido a uma causa orgânica não específica. Ocorre na sequência de uma doença cerebral, geralmente de natureza crónica, progressiva e com perturbação de diversas funções corticais, em que há comprometimento da memória (de fixação e evocação), do pensamento abstrato, do julgamento e mudanças

da personalidade. Posteriormente estes comprometimentos também têm influência em alterações da linguagem, praxias, gnosias, entre outras.

A demência é uma decadência progressiva da capacidade mental em que a memória, a reflexão, o juízo, a concentração e a capacidade de aprendizagem estão diminuídos e pode produzir-se uma deterioração da personalidade.

A demência mais representativa, com 60% a 70% dos casos, remete para o Alzheimer. Por sua vez, a demência constitui um dos maiores problemas de saúde da população idosa da Europa (Sequeira, 2010).

O diagnóstico de um quadro de demência, inicialmente é complicado devido ao caráter heterogêneo do funcionamento cognitivo dos idosos e à frequência com que surgem patologias associadas (exemplo: depressão).

A demência, é uma doença de evolução lenta, pelo que podem passar despercebidos os sintomas iniciais. Os sintomas mais significantes da demência englobam:

- Alteração da memória a curto ou longo prazo;
- Esquecimento de pessoas, lugares, acontecimentos, objetos e rotinas diárias;
- Alteração na linguagem, dificuldade em encontrar a palavra certa ou em fazer cálculos com números;
- Modificação ou acentuação da maneira de ser (prostração/agitação, desinibição social, choro fácil).

A evolução da doença é diferente de pessoa para pessoa. Perante a inexistência de novos fatores desencadeantes da demência, a evolução de cada indivíduo mantém o mesmo ritmo, de ano para ano. Em doentes com demência num estado avançado, o cérebro perde quase todas as suas capacidades funcionais. Há maior dificuldade em controlar o seu comportamento e linguagem. Podem ser incapazes de construir uma frase completa e até de falar.

Na maioria, a demência é uma doença progressiva e sem cura. O tratamento visa atrasar a sua evolução e é dirigido à causa.

A manutenção de um ambiente familiar ajuda a pessoa com demência a conservar a sua orientação. Há particularidades que podem facilitar o quotidiano destes indivíduos e de quem os rodeia, devendo-se manter um ambiente calmo, sem grandes estímulos, atitudes protetoras e/ou repreensivas e efetuar a manutenção das rotinas diárias.

A estimulação cognitiva é essencial e engloba todas as atividades que contribuem para melhorar o funcionamento cognitivo em geral (memória, linguagem, atenção, concentração, abstração, operações aritméticas e praxias) através de programas de estímulo. Consiste em exercitar e manter as capacidades cognitivas existentes, com o objetivo de melhorar e manter o funcionamento cognitivo e diminuir a dependência do idoso. Tudo isto contribuirá para uma melhoria na conduta do idoso, no seu estado de ânimo, na sua auto-eficiência e autoestima.

Em formato de ilação, verifica-se que todas estas alterações cognitivas e funcionais levam a um aumento de dependência da pessoa idosa, que se encontra muito mais fragilizada em ambiente hospitalar, devido à patologia que a levou ao internamento, bem como à alteração do seu ambiente, que passa a ser completamente desconhecido, aumentando o receio/medo.

A diminuição da capacidade funcional observada no indivíduo idoso tem implicações diversas na sua qualidade de vida, tornando-o gradualmente menos ativo, menos autónomo, mais dependente, afetando a capacidade de fazer exercício e realizar atividades.

As consequências das alterações cognitivas podem surgir a longo prazo e comprometer a capacidade da pessoa viver independentemente interferindo na sua autonomia, ou a curto prazo, impossibilitando o idoso internado de participar nas decisões relacionadas com o seu tratamento e hospitalização.

A independência é a capacidade de se ser responsável pelos próprios atos e desejos, um idoso pode ser independente usando ajudas técnicas num meio ambiente que foi alterado em sua função. Estas intervenções, em conjunto com o uso de estratégias de adaptação a atividades do quotidiano, permitem uma redução das incapacidades do idoso podendo este desempenhar tarefas importantes na sociedade que o rodeia.

3. HOSPITALIZAÇÃO DO IDOSO

A hospitalização é considerada de grande risco principalmente para os idosos. Para além dos défices cognitivos e funcionais considerados normais para a idade, surge ainda o acréscimo do internamento aquando da existência de uma patologia significativa, contribuindo, no geral, para uma maior debilidade do idoso. Por outro lado, não podemos esquecer que esta condição implica que o idoso abandone o seu domicílio, o seu lar, a sua casa e tenha que encarar um mundo que desconhece e no qual se encontra fragilizado.

A hospitalização é necessária para o controlo da situação clínica e, muitas das vezes, leva ao aparecimento de défices adicionais. Os aspetos do envelhecimento interagem com aqueles que estão associados ao cuidado hospitalar levando a um culminar de acontecimentos que se traduzem em incapacidade e dependência dos idosos.

É importante mencionar que em termos funcionais cognitivos, os défices observados no momento da hospitalização podem seguir trajetórias diferentes, podendo a incapacidade surgir durante a permanência no hospital ou, do mesmo modo, ser resolvida durante o internamento, manter-se estável ou sofrer um agravamento. São diversos os meios que podem ser utilizados na avaliação do desempenho funcional, os mais referenciados na literatura abrangem: Medida de Independência Funcional, Índice de Atividades de Vida Diária de Barthel e Índice de Katz (indispensáveis à avaliação da autonomia do idoso nas atividades do quotidiano) surgindo, para uma avaliação mais complexa, a escala de Lawton (permite avaliar as atividades instrumentais da vida diária).

A hospitalização, embora necessária em casos de doença aguda ou crónica descompensada, pode levar a uma série de complicações não relacionadas com o motivo inicial do internamento. Muitas dessas complicações levam a aumento do tempo de permanência no hospital, aumento do declínio funcional/cognitivo (muitas vezes irreversível), mudanças na qualidade de vida e maior mortalidade (Sales, Silva, Gil Jr., & Filho, 2010). Muitas vezes o internamento hospitalar pode ajudar a desmascarar e/ou a acelerar problemas cognitivos que anteriormente não haviam sido identificados. *“Um em cada três idosos hospitalizados evolui com perda de capacidade em realizar*

atividades básicas da vida diária e pelo menos 20% desenvolvem delirium durante o internamento” (Sales et al., 2010).

Perante um idoso hospitalizado é essencial que a sua avaliação inclua medidas de funcionalidade e cognição, uma vez que estas se refletem na capacidade de o idoso desempenhar as suas atividades de vida diária e se encontram relacionadas com o prognóstico, tendo em conta a duração do internamento, destino após alta e mortalidade.

Nas últimas décadas, tem sido foco de atenção a importância desses problemas, tendo em vista suas complicações médicas, sociais e políticas.

O aparecimento de uma doença leva a uma alteração na integridade do idoso e a um obstáculo ao exercício normal da sua vida. Podem ocorrer alterações das funções físicas, do vigor e da resistência para a realização de atividades diárias; perda de autonomia, independência e de liberdade em função do tratamento e das interferências do mesmo, perdas sociais, afetivas, entre outras. O paciente passa a depender do hospital, da família, de factos que podem gerar insegurança permanente, levando ao desgaste e stress emocional (Sales et al., 2010).

A maneira como cada idoso reage à doença depende de múltiplos fatores, tais como: características de personalidade, história de vida, crenças pessoais, estado emocional, organização de capacidades defensivas, interpretação que faz da situação atual, forma como vivência a doença e a situação de internamento, capacidade de tolerar frustrações, vantagens e desvantagem advindas da posição de doente, projetos de vida, apoio que possa receber e aceitar as relações que estabelece consigo mesmo, com seus familiares/cuidador e com a equipa multidisciplinar. Assim, a doença traz consigo significados e sentimentos que interferem, alteram e determinam seu processo.

A ação do enfermeiro especialista em Reabilitação no cuidar do idoso é de fulcral importância, na identificação das necessidades de cuidados dos idosos hospitalizados, sendo fundamental para o incrementar da qualidade de vida.

Os programas de enfermagem de reabilitação a implementar no idoso deve ter como objetivo a manutenção e valorização da autonomia. Para tanto, é necessário avaliar o grau de dependência e instituir medidas voltadas para o alcance do maior grau possível de independência funcional.

4. QUEDAS

Como referenciado anteriormente, o número de indivíduos com mais de 65 anos tem vindo a evoluir a um ritmo superior ao de qualquer outro grupo etário.

Com o envelhecimento surgem inúmeras mudanças físicas, sensoriais e cognitivas que diminuem a eficiência, a aptidão para se adaptar e a funcionalidade, algo inevitável manifestando-se ao longo do processo natural e complexo que é o envelhecimento e levando a um aumento do risco de queda e lesões decorrentes de uma queda.

Segundo publicado no Relatório Global da OMS sobre Prevenção e Quedas na Velhice (WHO, 2007), *“Aproximadamente 28% a 35% das pessoas com mais de 65 anos de idade sofrem quedas a cada ano, aumentando para 32% a 42% para as pessoas com mais de 70 anos. A frequência das quedas aumenta com a idade e o nível de fragilidade.”*

O risco de queda existe para ambos os sexos, contudo, ocorrem com maior frequência em idosos do sexo feminino, encontrando-se os idosos do sexo masculino mais propensos a morrer de uma queda.

Existem imensos fatores associados, sendo que o risco destas ocorrerem aumenta significativamente sempre que o idoso apresente mais do que um fator em simultâneo.



Figura 1 - Modelo de Fatores de Risco de Quedas em Idosos – Adaptado de (WHO, 2007)

Segundo a Organização Mundial de Saúde, uma queda é habitualmente definida como sendo o evento que inadvertidamente leva a pessoa a ficar no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos.

Em meio hospitalar, as quedas podem originar consequências físicas, psicológicas e sociais. A queda é habitualmente considerada “síndrome geriátrica” em consequência da sua enorme incidência em idosos (Almeida, Abreu, & Mendes, 2010).

Existem inúmeros tipos de abordagem para identificar fatores de risco de queda, no entanto, para uma adequada intervenção é necessário e útil que sejam utilizados instrumentos sistematizados e objetivos de avaliação de risco do doente (Quadro3).

Quadro 3 – Instrumentos de avaliação do risco de queda (Almeida et al., 2010)

Autores	Fatores de Risco Apontados
Hendrich <i>et al.</i> (1992)	<ul style="list-style-type: none"> – história de quedas anteriores; – depressão; – alterações ao nível da eliminação; – tonturas/vertigens; – diagnóstico de cancro; – confusão; – mobilidade alterada;
Watson e Mayhew (1994)	<ul style="list-style-type: none"> – mobilidade diminuída; – deficiência visual; – ordens de restrição; – uso de medicação anti-hipertensiva.
Gluck <i>et al.</i> (1996)	<ul style="list-style-type: none"> – história prévia de quedas; – confusão ou desorientação; – incontinência, diarreia ou necessidade de ajuda para se deslocar ao WC.
Mendelson (1996)	<ul style="list-style-type: none"> – antidepressivos, hipnóticos, benzodiazepinas tranquilizantes <i>minor</i> e tranquilizantes <i>major</i>.
Morse (1997)	<ul style="list-style-type: none"> – história de queda; – presença de um diagnóstico secundário; – uso de ajudas em ambulatório; – terapia endovenosa ou “<i>heparin lock</i>”; – marcha prejudicada; – má orientação do doente para as suas próprias capacidades.
Oliver <i>et al.</i> (1997)	<ul style="list-style-type: none"> – pontuação 3 ou 4 na transferência e mobilidade; – presença de preocupação de queda; – ida frequente ao WC; – deficiência visual; – agitação; – instabilidade da marcha; – uso de medicação anti-arritmica.

O risco de queda no idoso é mais elevado em meio hospitalar. Deve ter-se em atenção que o hospital é um ambiente estranho e por vezes hostil para a pessoa e que se vão acumular no mesmo indivíduo os efeitos do envelhecimento normal e as consequências do repouso no leito e da hospitalização (Almeida et al., 2010; Creditor, 1993).

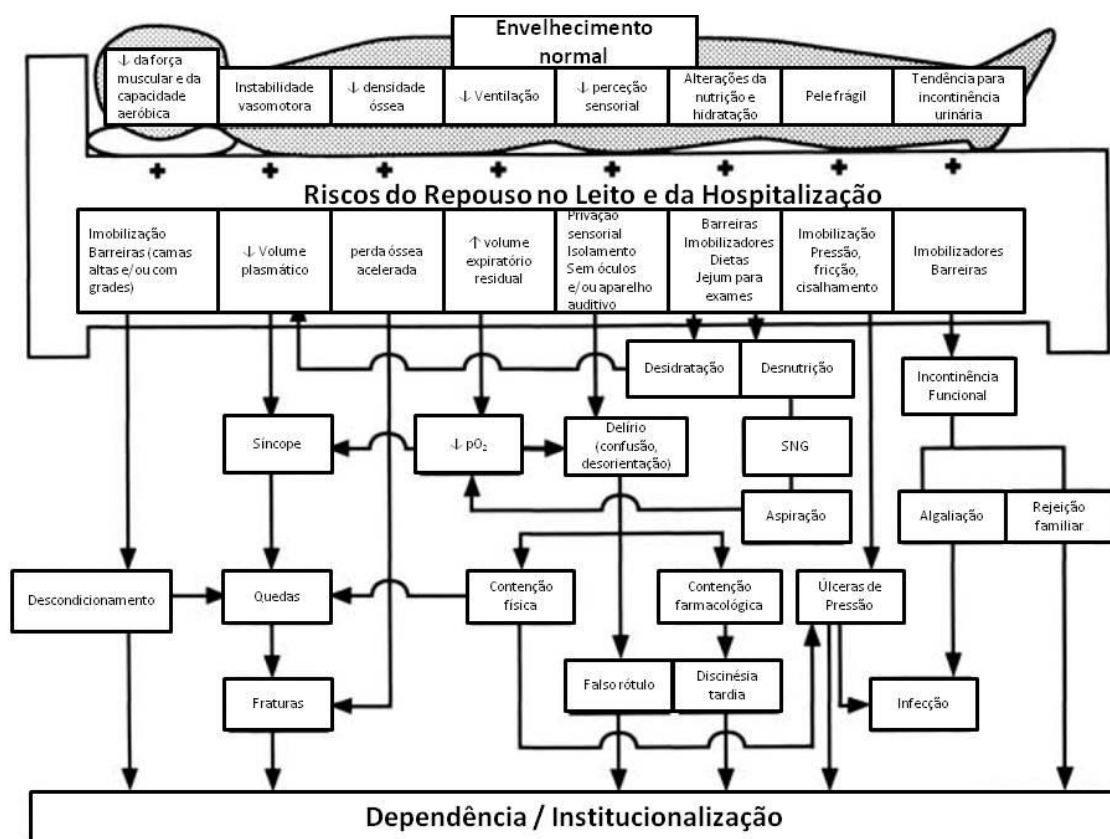


Figura 2 – Cascata da dependência (Creditor, 1993)

Devido ao progressivo declínio da funcionalidade e também ao medo de voltar a cair, o idoso acaba por traçar um percurso que termina com a institucionalização. O grau de dependência e funcionalidade do idoso será um fator primordial que irá afetar a sua relação com o meio, condicionando a sua forma de ultrapassar os obstáculos e barreiras do ambiente. Gradualmente, a pessoa isola-se e perde confiança nas suas capacidades, tornando-se cada vez mais sedentário e dependente, necessitando de apoio dos familiares e cuidadores de saúde (Almeida et al., 2010).

Dependendo dos fatores de risco de queda encontrados em cada idoso, podem ser prescritos e implementados planos e programas de enfermagem de reabilitação personalizados que incluam programas de exercício que melhorem a força muscular, a postura e o equilíbrio que deverão sempre ser associados a medidas universais de prevenção como a eliminação dos riscos ambientais e a redução ou substituição de fármacos com ação no sistema nervoso central.

5. REABILITAÇÃO COGNITIVA EM IDOSOS

A reabilitação exige uma perspectiva sistemática, em que a pessoa e o impacto do défice cognitivo possam ser visualizados no contexto da sua rede de apoio e cuidados, na qual os familiares são aliados essenciais para que o processo de reabilitação seja eficaz (Gomes & Santos, 2006).

O objetivo da reabilitação cognitiva é capacitar os doentes/familiares a conviver, lidar, minimizar e superar os défices cognitivos desenvolvendo-se estratégias para melhorar a qualidade de vida dos doentes nas suas atividades quotidianas (Hoeman, 2011).

Nos programas de reabilitação é indispensável avaliar e definir o perfil cognitivo de cada doente, para efetuar uma análise dos aspetos cognitivos que estão preservados ou deteriorados. Isto permite adequar o tratamento ao nível intelectual, cultural e social de cada doente, devendo este atuar sobre múltiplos fatores, nomeadamente na adaptação/alteração do contexto sócio-cultural, no tratamento psicoterapêutico, nos cuidados somáticos e no apoio à família (Hoeman, 2011).

O desafio na reabilitação é planear um processo de tratamento de modo a que a compensação e a modificação maximizem a habilidade do paciente idoso com défices cognitivos para se adaptar à maioria das situações de vida. Nos idosos a inatividade é comum, predominando a desocupação e a manutenção da disfunção, surgindo uma diminuição do contacto com o meio em que está inserido. Este facto ocorre principalmente devido às incapacidades e limitações do idoso e ao isolamento (Umphred, 2010).

O equilíbrio entre a manutenção do desempenho cognitivo e da capacidade funcional garante ao idoso manter sua participação nas atividades quotidianas e aumenta a sensação de bem-estar, através do desenvolvimento da competência e do controle de si mesmo e do seu ambiente. O desenvolvimento de atividades de lazer em horários livres aumenta a autoestima e a participação social dos idosos.

No tratamento em reabilitação cognitiva usam-se atividades que mantenham ativas a concentração, a sequência de pensamento, a atenção e a capacidade de fazer escolhas do idoso.

A literatura (Gomes & Santos, 2006; Umphred, 2010) destaca cinco tipos de técnicas a utilizar na Reabilitação Cognitiva:

- Técnicas comportamentais: As respostas comportamentais e emocionais podem ser condicionadas a certos estímulos que são indutores de respostas específicas, envolvendo reforço positivo. Estimulam a mudança de comportamento indesejado do idoso doente, potencializando a participação nas atividades de vida diária e a socialização.
- Terapia de Orientação para a Realidade (TOR): com o intuito de reduzir a desorientação e confusão nos doentes. Tem como princípio apresentar dados da realidade ao doente de forma organizada e contínua, criando estímulos ambientais que facilitem a orientação e levando em conta que a realidade não consiste apenas em orientação temporal. Deve-se evocar o passado para significação do "eu", como forma de prazer e lembranças positivas. No presente, promover a independência, a orientação temporal e estimular a socialização. No futuro, despertar o interesse em novos projetos de vida.
- Estimulação Cognitiva: Com base na capacidade de adaptação e na plasticidade cerebral, deve-se estimular o que estiver conservado, compensar o que foi perdido e desenvolver potenciais remanescentes. As atividades devem apresentar um aspeto lúdico, favorecer os atos da vida quotidiana, utilizando cores, dias da semana, mês e ano, hora, sabores entre outros.
- Terapia de Reminiscências: Permite a valorização do passado e do conhecimento do idoso, favorecendo as conversas, ordenando cronologicamente factos importantes e lembranças significativas da vida. Essa técnica tem sido muito utilizada para relembrar emoções vividas previamente, gerando maior sociabilização e entretenimento como parte da terapia.
- Técnicas de Validação: Oferecer suporte emocional e sentido às expressões dos idosos. Esta técnica permite proporcionar alívio a desconfortos emocionais e de conflitos relacionais, aumento da atenção, do autocontrole, da autoestima e o envolvimento do idoso no contexto sociocultural.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011), os programas/planos de cuidados no âmbito da reabilitação cognitiva inserem-se na competência n.º 1 “*Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de*

vida, em todos os contextos da prática de cuidados”. Assim, e atendendo a que todos os programas/planos de intervenção em Enfermagem de Reabilitação devem ser personalizados e adaptados às necessidades reais da pessoa, entendemos necessária a operacionalização das seguintes unidades de competência dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2011) nos cuidados ao idoso com risco de declínio funcional cognitivo durante o internamento:

- Avalia o risco de alteração da funcionalidade a nível cognitivo;
- Recolhe informação pertinente e utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar a função cognitiva;
- Avalia os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade
- Faz o diagnóstico das respostas humanas desadequadas a nível cognitivo;
- Identifica as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função a nível cognitivo;
- Discute as práticas de risco com a pessoa, concebe planos, seleciona e prescreve as intervenções para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível cognitivo;
- Discute as alterações da função a nível cognitivo com a pessoa/cuidador e define com ela quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida;
- Concebe planos, seleciona e prescreve as intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e elabora programas de reeducação funcional cognitiva;
- Implementa planos de intervenção para a redução do risco de alterações da função ao nível cognitivo;
- Implementa programas de reeducação funcional cognitiva;
- Monitoriza a implementação e os resultados dos programas de: Redução do risco; Otimização da função; Reeducação funcional; Treino.

Deste modo, deve efetuar-se uma estimulação cognitiva global, com o objetivo de reforçar os recursos cognitivos, afetivos e sociais subsistentes, estimulando e treinando o doente para a utilização das suas capacidades cognitivas inatas remanescentes. Uma boa capacidade cognitiva permitirá ao doente uma maior autonomia e capacidade de decisão e uma maior e melhor adesão ao plano terapêutico, contribuindo, assim, para uma mais eficaz recuperação e melhor qualidade de vida.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

A escolha da metodologia a usar é fundamental na realização de um estudo pois é através dela que conseguimos obter as respostas ao problema definido e recolher informações que nos permitam encontrar explicações para o mesmo. Funciona como alicerce de uma investigação. Segundo Fortin, (Fortin, 2003), a metodologia engloba um conjunto de modos e de técnicas que servem de linha orientadora na elaboração do processo da investigação científica. Deste modo, podemos afirmar que funciona como alicerce, constituindo a base do processo de investigação.

1.1 QUESTÃO DA INVESTIGAÇÃO

Este trabalho foi norteado pela seguinte questão de investigação: em que medida o declínio funcional cognitivo se acentua durante a hospitalização e influencia no risco de queda em doentes idosos?

1.1.1 Justificação do tema

Como enfermeiro a exercer funções no serviço de medicina interna, após conclusão da pós-licenciatura em Enfermagem de Reabilitação, despertou-me fundamental interesse um tema inserido na minha área de intervenção. O envelhecimento da população é, como vimos, uma realidade presente e futura, constituindo as quedas um grave problema de saúde pública com elevada incidência nesta população das quais decorrem lesões que exigem, muitas vezes, intervenção médica podendo, em alguns casos, ser fatais. O risco de lesões graves ou morte nas pessoas mais velhas pode ser consequência das modificações físicas, sensoriais e cognitivas que vão surgindo com o envelhecimento. Os custos resultantes de lesões associadas a quedas são avultados.

Verifica-se, por parte do idoso, uma maior frequência na utilização dos serviços hospitalares que os demais grupos etários. A hospitalização pode, muitas vezes, ser encarada como um aspeto negativo particularmente para a população envelhecida, podendo levar a um comprometimento da capacidade funcional cognitiva e consequente dependência funcional e alterações na qualidade de vida.

A reabilitação cognitiva constitui uma vertente pouco difundida ao nível da enfermagem de reabilitação, no entanto, a avaliação, o diagnóstico e intervenções desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no processo de reabilitação revelam-se fulcrais na manutenção da funcionalidade do idoso, contribuindo assim para uma melhoria nos rendimentos intelectuais, na qualidade de vida e recuperação da independência.

1.2 OBJETIVOS DE ESTUDO

Com base na questão de partida, foram definidos os seguintes objetivos:

- Avaliar a capacidade funcional cognitiva dos idosos internados, na admissão e na alta;
- Avaliar o risco de queda desses idosos na admissão e na alta;
- Analisar os resultados das avaliações da capacidade funcional cognitiva e do risco de queda na admissão e na alta.
- Verificar se as alterações identificadas na capacidade funcional cognitiva influenciam o risco de queda

1.3 TIPO DE ESTUDO

Para dar resposta ao problema de partida e tendo em atenção os objetivos definidos, desenhou-se um estudo exploratório, descritivo, transversal e correlacional.

Segundo Fortin e Ducharme (Fortin & Ducharme, 2003), um estudo exploratório-descritivo reporta para a caracterização do fenómeno em estudo por meio da descoberta dos fatores envolventes e sua descrição, possibilitando desta forma o seu conhecimento.

O estudo transversal teve como finalidade, através da aplicação dos questionários em momentos únicos, obter prontamente associações comuns entre factos, sem um período de seguimento, proporcionando um diagnóstico imediato.

Este estudo é correlacional na medida em que avalia e quantifica a relação entre variáveis, visando a sua descrição.

Segundo Ribeiro (Ribeiro, 2007), *“na investigação correlacional analisam-se as relações entre as variáveis sem que se manipulem as variáveis em estudo. Os dados recolhidos expressam as relações entre as variáveis tal como elas existem naturalmente”*.

Adotou-se uma abordagem quantitativa em que as informações foram traduzidas em números a fim de se proceder à sua classificação e análise.

1.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Segundo (Fortin, 2003), a ética é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta, abrangendo um conjunto de permissões e de interdições de valor significativo na vida dos indivíduos e na qual se inspiram para guiar a sua conduta. Assim no decorrer desta linha de pensamento foi solicitada, por escrito, a autorização para implementar o questionário, ao Conselho de Administração do CHTMAD,EPE que o remeteu para a Comissão de Ética da instituição e só após aprovação e autorização foi iniciado o trabalho de campo que decorreu durante o período de 19 de março a 05 de maio de 2012.

Inerente ao preenchimento do questionário surge o consentimento, para a participação do idoso no presente estudo. Um consentimento legal deve ser obtido de forma livre e esclarecida. É livre se é cedido sem ameaças, promessas ou pressões exercidas sobre a pessoa e quando esta se encontra nas suas faculdades mentais, por sua vez, para que o consentimento seja esclarecido deve ser informado sobre o que é pedido e o fim a que se destina a informação obtida para permitir aos participantes analisar as consequências da sua participação (Fortin, Prud'homme-Brisson, & Coutu-Wakulczyk, 2003).

Do mesmo modo, e como em qualquer trabalho de investigação, foi assegurado o respeito pelos direitos de todos os participantes: direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e confidencialidade, à proteção contra o desconforto e prejuízo e a um tratamento justo e leal.

1.5 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Recolha de informação pode ser definida como “(...) *um processo organizado posto em prática para obter informações junto de múltiplas fontes com fim de passar de um nível de conhecimento para o outro nível de conhecimento ou de representação de uma dada situação, no quadro de uma ação deliberada cujos objetivos foram claramente definidos e que dá garantias de validade suficientes.*” (Ketele & Rogiers, 1993)

O instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário (Apêndice A) por se tratar de um método rigoroso obtido através de uma resposta escrita do participante e que possibilita organizar, normalizar e controlar os elementos recolhidos (Fortin, Grenier, & Nadeau, 2003).

O questionário utilizado é constituído por perguntas fechadas e escalas de avaliação, distribuídos do seguinte modo:

1. Dados biográficos;
2. Escala de Morse;
3. Avaliação da Medida de Independência Funcional;
4. Mini Mental State Examination.

O pré-teste, consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflita a diversidade da população visada, com intuito de verificar se as questões são bem compreendidas e viáveis (Fortin, Grenier, et al., 2003). Como se pretendia avaliar idosos em situação de doença aguda e, portanto, em situação de maior fragilidade e menor disponibilidade para a participação em estudos de investigação, testou-se o instrumento de recolha de dados em 4 idosos para aferir da razoabilidade da aplicação bem como do tempo necessário. Só depois de garantido que a aplicação do instrumento não constituía qualquer constrangimento para o idoso se prosseguiu o estudo.

1.5.1 Escala de MORSE

A escala de Morse é um instrumento de rápida e fácil aplicação que permite, em poucos minutos, avaliar a probabilidade de um idoso internado sofrer uma queda. Muito utilizada em ambiente hospitalar em doentes na fase aguda e em centros de

internamento de doentes crónicos, esta escala encontra-se organizada em seis parâmetros que originam uma pontuação que varia entre 0 e 125 pontos, são eles:

- História de queda nos últimos três meses;
- Diagnóstico secundário;
- Ajuda na mobilização;
- Terapia endovenosa;
- Marcha;
- Estado mental.

Depois de somada a pontuação obtida em cada uma das seis variáveis, o total de pontos alcançado permite identificar o nível de risco, as ações recomendadas como a não necessidade de intervenção, intervenções padrão de prevenção de quedas, intervenções de prevenção de alto risco.

Assim temos:

Quadro 4 - Nível de risco de queda e medidas recomendadas (Morse, 1997)

Pontuação	Nível de risco de queda	Medidas
0 – 24	Baixo	Cuidados básicos.
25 – 50	Médio	Implementar um plano padronizado de prevenção de quedas.
≥ 51	Alto	Implementar medidas específicas.

Esta escala foi selecionada porque é a escala utilizada para avaliação do risco de quedas no serviço onde foi desenvolvido o estudo.

1.5.2 Medida de Independência Funcional

A Medida de Independência Funcional (MIF), foi desenvolvida em 1980 tendo como referência a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens publicada pela Organização Mundial da Saúde com caráter experimental em 1980. É uma escala muito utilizada em reabilitação, constituindo um instrumento auxiliar fundamental para a avaliação do estado funcional de um indivíduo.

A utilização deste instrumento tem como finalidade a apreciação quantitativa da incapacidade de pacientes, avaliando o desempenho do indivíduo e a necessidade de cuidados exigida para a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas de vida diária. Reflete desta forma a carga global de cuidados, para a incapacidade em questão,

sendo as atividades classificadas em dependência ou independência, sendo baseada na necessidade de o indivíduo ser assistido ou não por outra pessoa, e em caso de necessidade em que proporção conforme se pode ver no quadro 5.

Quadro 5 - Classificação dos níveis da avaliação na Medida de Independência Funcional (Sequeira, 2010)

Independência (sem ajuda)	7 – Independência completa (em segurança, em tempo normal); 6 – Independência modificada (ajuda técnica);
Dependência modificada (com ajuda)	5 – Supervisão, orientação; 4 – Ajuda mínima (indivíduo $\geq 75\%$); 3 – Ajuda moderada (indivíduo $\geq 50\%$);
Dependência completa (com ajuda)	2 – Ajuda máxima (indivíduo $\geq 25\%$) 1 – Ajuda total (indivíduo $\geq 0\%$)

Trata-se de um instrumento de avaliação constituído por 18 itens (Quadro 6), sendo atribuída a cada um deles uma pontuação máxima de 7 pontos, correspondente à independência completa do indivíduo, e mínima de 1, para uma dependência total.

Quadro 6 - Funções avaliadas na medida de independência funcional

Auto cuidados	<ul style="list-style-type: none"> – Alimentação; – Higiene pessoal; – Banho ou lavar o corpo; – Vestir a metade superior do corpo; – Vestir a metade inferior do corpo; – Utilização da sanita.
Controle dos esfíncteres	<ul style="list-style-type: none"> – Vesical; – Intestinal.
Mobilidade/Transferência	<ul style="list-style-type: none"> – Leito; Cadeira; Cadeira de rodas; – Sanita; – Banheira ou duche.
Locomoção	<ul style="list-style-type: none"> – Marcha; Cadeira de rodas; – Escadas.
Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> – Compreensão; – Expressão.
Cognição social	<ul style="list-style-type: none"> – Interação Social – Resolução de problemas da vida quotidiana; – Memória.

No total dos 18 itens avaliados podem ser identificadas duas sub-escalas:

- Motora - agrega 13 itens referentes a Auto cuidados, Controle dos esfíncteres, Mobilidade/Transferência e Locomoção.
- Cognitiva - agrega 5 itens referentes a Comunicação e Cognição social.

O total máximo é de 126 pontos e indica independência total e o mínimo é de 18 pontos e designa dependência total.

Em diversos estudos onde foi utilizada (Glenny & Stolee, 2009; Hsueh, Lin, Jeng, & Hsieh, 2002; MacNeill & Lichtenberg, 1997; Nagano, 2002), a MIF revelou ser um instrumento mais apropriado e fiável para avaliação de idosos e destacado que a dimensão motora foi adequada para avaliação das atividades de vida diária.

1.5.3 Mini Mental State Examination (MMSE)

O Mini-Mental State Examination (Folstein et al., 1975) foi desenvolvido nos Estados Unidos da América na década de 70 e traduzido e validado para a população Portuguesa em 1994 (Guerreiro et al., 1994). É uma ferramenta amplamente utilizada na prática clínica, nomeadamente para rastreios populacionais de demências e de defeito cognitivo ligeiro (Burns, Lawlor, & Craig, 2002; Nunes, 2008), e para estudos de investigação.

O MMSE encontra-se estruturado em 30 questões, pontuadas com 0 ou 1 ponto, agrupadas em sete categorias, com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas:

- Orientação temporal (5 pontos),
- Orientação espacial (5 pontos),
- Retenção registro de três palavras (3 pontos),
- Atenção e cálculo (5 pontos),
- Evocação das três palavras (3 pontos),
- Linguagem (8 pontos),
- Habilidade construtiva (1 ponto).

A pontuação possível varia entre 0 e 30 pontos. Vários pontos de corte foram definidos em diversos estudos que utilizaram o MMSE (Rami et al., 2009; Siqueira et al., 2004) para o presente estudo considerou-se o ponto de corte nos 24 pontos (Siqueira et al., 2004).

As vantagens da utilização deste instrumento são amplamente conhecidas. Revela-se eficaz na triagem de doentes com disfunção cognitiva revelando uma validade aceitável na deteção de demência com uma sensibilidade discriminativa de até 68% (Agrell & Dehlin, 2000) Por ser de fácil e rápida administração (cerca de 15 minutos), pode ser usado repetidamente e de forma rotineira, possibilitando assim uma monitorização de alterações no estado cognitivo.

1.5.4 Definição de Termos

No contexto do presente estudo considerar-se-á declínio funcional uma diminuição estatisticamente significativa na pontuação das escalas (MIF, MIF subescala cognitiva e MMSE) do primeiro para o segundo momento de avaliação.

1.6 AMOSTRAGEM E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Fortin (Fortin, 2003) refere que a população é um conjunto de sujeitos que tem características em comum em determinado número de critérios. Martinez e Ferreira (Martinez & Ferreira, 2007) são peremptórios em definir população como, “*o objeto de estudo, ou seja, o conjunto de elementos que tem alguma característica em comum que se pretende estudar.*”

Mediante o referido a população deste estudo é constituída pelos idosos em internamento hospitalar do CHTMAD, EPE – Unidade Hospitalar de Vila Real.

Numa investigação estuda-se fundamentalmente uma parte da população e o que se observa na parte constitui o que se poderia ver no seu total, ou seja, a amostra caracteriza a totalidade da população (Polit & Hungler, 1995). Por sua vez Fortin (Fortin, 2003) menciona que uma amostra em investigação científica “*(...) é um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população*”.

A amostra no presente estudo é não probabilística intencional, ou seja é formada a partir da necessidade do investigador ou da imagem que o investigador projeta da investigação.

Segundo Smith (1975), existem diferentes tipos de amostras não probabilísticas: acidentais, homogéneas, heterogéneas, estruturais, e de informantes estratégicos

(Ribeiro, 2007). Surge ainda a amostra sequencial, que é uma amostra típica do sistema de saúde e que designa a amostra em que as unidades constituintes são escolhidas estritamente na base “primeiro que aparece, primeiro escolhido”. Todos os indivíduos que são elegíveis para participar no estudo são incluídos conforme vão aparecendo (Ribeiro, 2007).

A amostra é composta por idosos com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos, de ambos os sexos, admitidos no internamento no serviço de medicina do CHTMAD, EPE unidade hospitalar de Vila Real.

Os critérios de inclusão dos idosos neste estudo foram:

- Encontrar-se internado no serviço de medicina interna.
- Aceite participar após consentimento informado;

Foram excluídos deste estudo idosos com défice cognitivo que compromettesse a compreensão/resposta do instrumento de avaliação e aqueles cujas capacidades visuais e/ou auditivas se encontrassem comprometidas ou não compensadas pelo uso de óculos e/ou aparelhos auditivos.

Foram avaliados 63 idosos na admissão no entanto só se conseguiram executar 51 avaliações finais completas. Os excluídos tiveram como causas: falecimento (1), recusa na execução de algumas tarefas da avaliação final (4) e os restantes (7) encontravam-se ainda internados quando terminou o prazo para a recolha de dados.

1.7 PROCEDIMENTO

A recolha de informação foi realizada individualmente, em dois momentos, aquando da admissão do idoso e na alta. A presença de familiares junto ao idoso não foi restringida, no entanto, apenas este respondeu às questões do inquérito.

Para a execução deste estudo foram recolhidos os seguintes dados:

1. Data de nascimento/idade, género, estado civil e residência;
2. Avaliação da história de queda nos últimos três meses, diagnóstico secundário, ajuda na mobilização, terapia endovenosa, marcha e estado mental;
3. Avaliação do grau de independência no auto cuidado, controle dos esfíncteres mobilidade/transferência, locomoção, comunicação, cognição social;
4. Avaliação da orientação temporal, orientação espacial, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva.

1.8 PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Os dados recolhidos da pesquisa, obtidos após o processo de recolha, foram tratados estatisticamente no software aplicativo de tratamento estatístico de dados SPSS[®] 19 (Statistical Package for the Social Sciences). Foi feita análise estatística descritiva e, para estudar a relação entre as variáveis, foram utilizados testes paramétricos e não paramétricos, dado que a amostra é superior a 30 indivíduos (Pestana & Gageiro, 2005).

Por sua vez, para a apresentação gráfica foi utilizado o programa informático de folha de cálculo Microsoft Excel 2007, para o Windows Vista.

2. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Fortin (Fortin, 2003) menciona que “(...) os resultados provêm dos factos observados no decurso da colheita de dados, estes factos são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação”

Para além dos gráficos, os resultados são ainda apresentados em quadros e tabelas respetivamente numerados e por ordem sequencial.

Considerando os 51 doentes que responderam ao inquérito e a informação recolhida sobre os seus dados pessoais observa-se, no gráfico 4, que 53% pertencem ao sexo feminino e 47% ao sexo masculino.

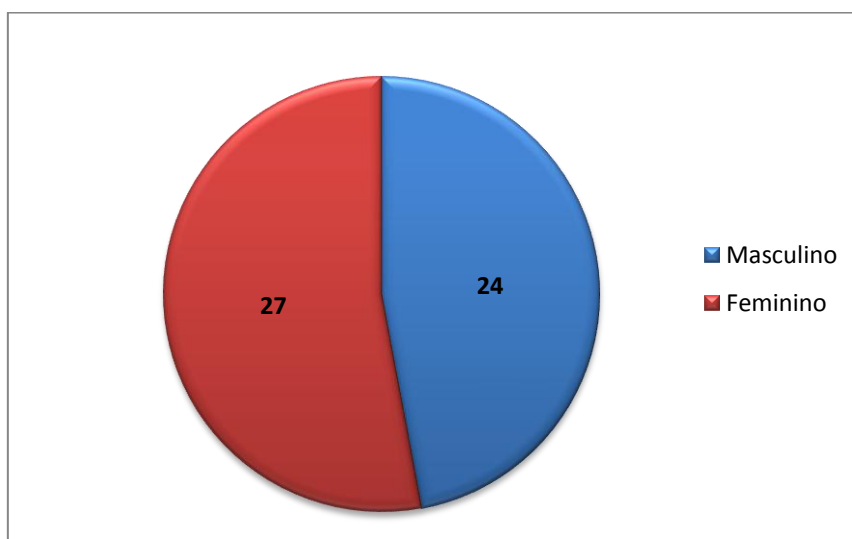


Gráfico 4 - Distribuição dos participantes por sexo

Em seguida apresenta-se a Tabela 1 relativa à idade dos 51 inquiridos contendo as medidas de localização central: média e mediana; as medidas de dispersão absoluta: variância, desvio padrão e ainda a amplitude das idades.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes por idade

	Feminino	Masculino	Total
N	27	24	51
Média	76,04	74,96	75,53
Mediana	76,00	75,00	75,00
Desvio padrão	8,23	5,84	7,16
Variância	67,73	34,13	51,21
Range	23,00	22,00	23,00
Mínimo	65,00	65,00	65,00
Máximo	88,00	87,00	88,00

No que respeita à idade dos indivíduos constituintes da amostra, verificamos que o valor médio se situa nos $75,53 \pm 7,16$ anos ($76,04 \pm 8,23$ para as mulheres e $74,96 \pm 5,84$ anos no caso dos homens). A amplitude de idades na amostra é idêntica nas mulheres e nos homens sendo que, no primeiro caso é de 23 anos (88 – 65) e, no segundo caso, 22 anos (87 – 65).

Do mesmo modo procedeu-se à elaboração da tabela 2, relativa ao número de dias de internamento, contendo as mesmas medidas de dispersão e variabilidade.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes por número de dias de internamento

	Feminino	Masculino	Total
N	27	24	51
Média	14,93	13,54	14,27
Mediana	14,00	11,00	12,00
Desvio padrão	7,16	5,60	6,45
Variância	51,30	31,39	41,60
Range	38,00	22,00	38,00
Mínimo	4,00	8,00	4,00
Máximo	42,00	30,00	42,00

Verifica-se que os idosos inquiridos tiveram, em média, $14,27 \pm 6,45$ dias de internamento, variando entre 4 dias (mínimo) e 42 dias (máximo). No que respeita às mulheres, a média de dias de internamento foi de $14,93 \pm 7,16$ e, no caso dos homens, $13,54 \pm 5,60$.

O gráfico seguinte diz respeito ao estado civil dos 51 idosos que constituem a amostra.

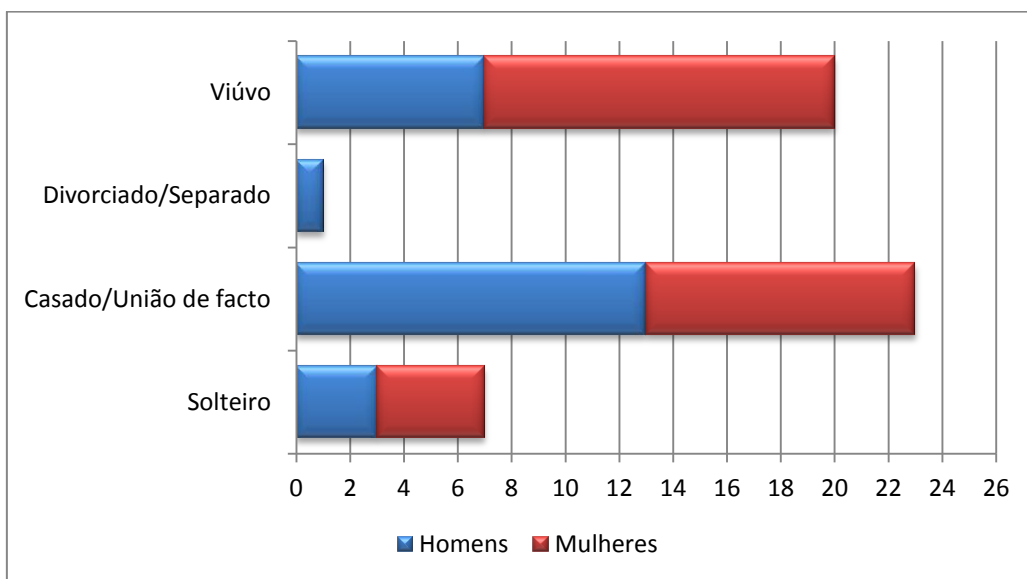


Gráfico 5 - Distribuição dos participantes por estado civil

Pela observação do gráfico 5, constata-se que 45,1% dos indivíduos se encontram casados ou vivem em união de facto (10 mulheres e 13 homens), verificando-se ainda que 40% dos mesmos já estão viúvos (13 mulheres e 7 homens).

De seguida apresenta-se o gráfico referente à residência dos idosos inquiridos.

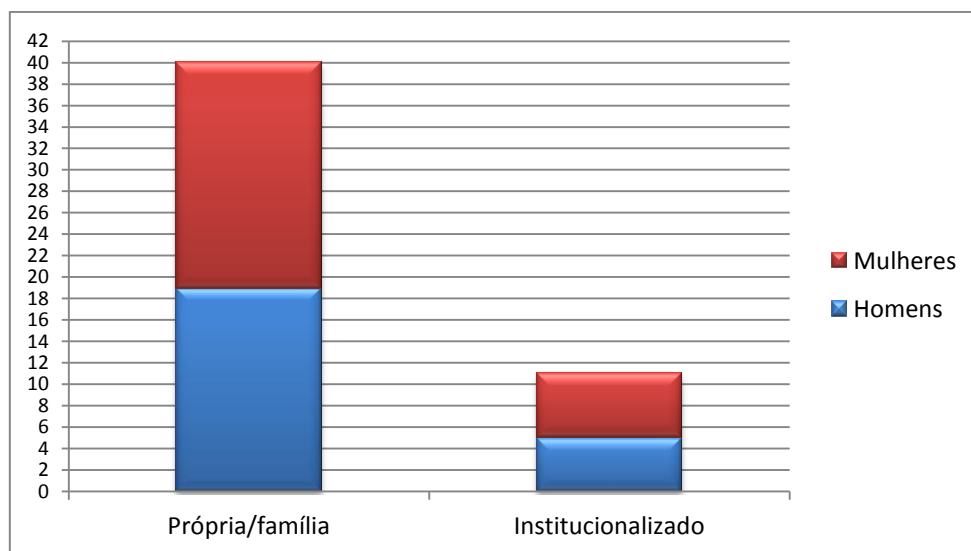


Gráfico 6 - Distribuição dos participantes por residência

Podemos verificar que os indivíduos constituintes da amostra habitam predominantemente em casa própria ou com familiares (74,8%).

Depois de avaliados os itens constantes na Escala de Morse aquando da admissão e na alta, os scores obtidos foram os constantes na tabela 3.

Tabela 3 - Escala de Morse – Score na admissão e na alta

		Admissão	Alta
Feminino	N	27	27
	Média	45,56	26,48
	Mediana	45,00	25,00
	Desvio padrão	22,16	22,27
	Variância	491,02	495,80
	Range	65,00	65,00
	Mínimo	20,00	0,00
	Máximo	85,00	65,00
Masculino	N	24	24
	Média	35,42	19,17
	Mediana	32,50	15,00
	Desvio padrão	19,22	20,52
	Variância	369,38	421,01
	Range	80,00	70,00
	Mínimo	10,00	0,00
	Máximo	90,00	70,00
Total	N	51	51
	Média	40,78	23,04
	Mediana	40,00	25,00
	Desvio padrão	21,25	21,57
	Variância	451,37	465,08
	Range	80,00	70,00
	Mínimo	10,00	0,00
	Máximo	90,00	70,00

A média dos scores obtidos para a Escala de Morse relativa ao total da amostra foi na admissão $40,78 \pm 21,25$ e na alta $23,04 \pm 21,57$ sendo que para as mulheres foi de $45,56 \pm 22,16$ na admissão e $26,48 \pm 22,27$ na alta e para os homens de $35,42 \pm 19,22$ na admissão e $19,17 \pm 20,52$ na alta. Para o total dos indivíduos estudados verificou-se na admissão um mínimo de 10 pontos e um máximo de 90 e na alta um mínimo de 0 e um máximo de 70.

O score obtido para a Escala de Morse é traduzido pelo risco graduado em três níveis: baixo, médio e alto, encontrando-se a classificação obtida para os indivíduos que responderam ao inquérito no gráfico seguinte.

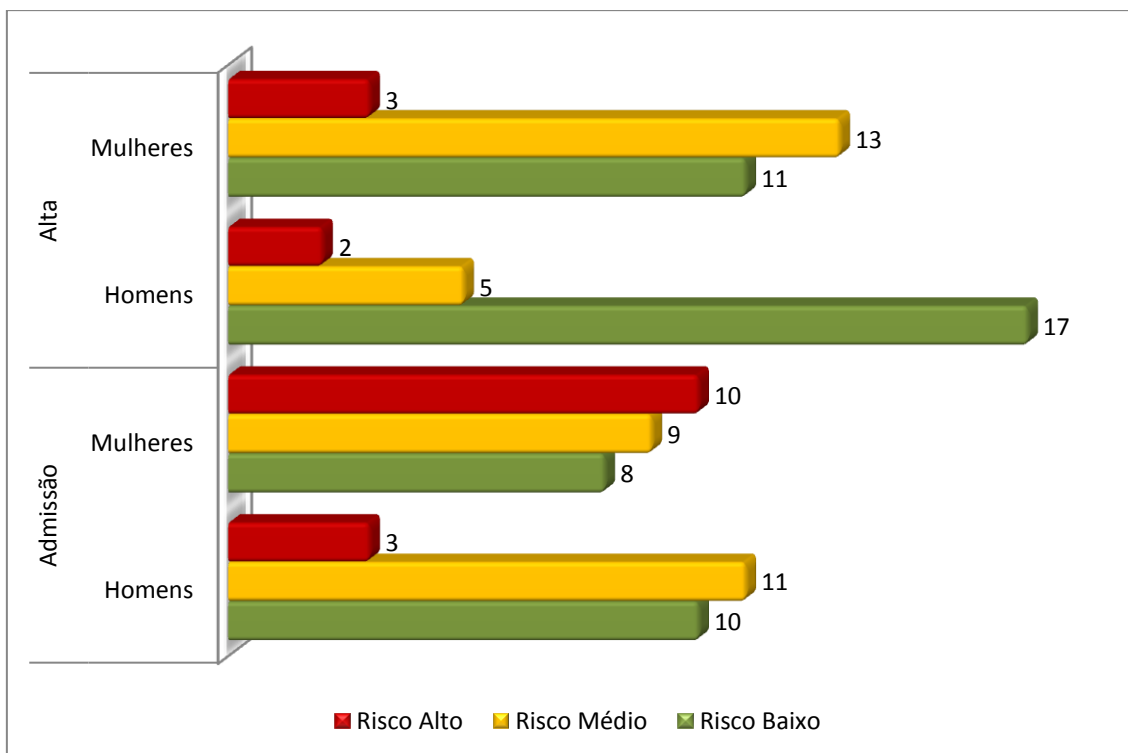


Gráfico 7 - Escala de Morse – Classificação na admissão e na alta

Os resultados obtidos na classificação da Escala de Morse evidenciam diferenças aquando da admissão e na alta no que toca ao nível de risco de queda. Comparando os resultados da primeira avaliação com os da segunda constata-se que, ao nível do sexo masculino, o número de homens com risco baixo de queda aumentou (de 10 indivíduos na admissão passou a 17 na alta) e os riscos médio e alto diminuíram (de 11 para 5 e de 3 para 2, respetivamente).

O número de mulheres com riscos baixo e médio de queda aumentou (de 8 no momento da admissão para 11 aquando da alta e de 9 na admissão para 13 na alta, respetivamente). O risco alto de queda diminuiu de 10 mulheres na admissão para apenas 3 na alta.

Em suma, verifica-se um decréscimo bastante acentuado no total de indivíduos que apresentam risco alto de queda desde o instante da admissão até à alta (de 13 – 25,5%, para 5 – 9,8%), uma diminuição menos marcada dos que apresentam risco médio de queda (de 20 – 39,2%, para 18 – 35,3%) e um aumento daqueles que possuem baixo risco de queda (de 18 – 35,3%, para 28 – 54,9%).

Os resultados obtidos após aplicação da Medida de Independência Funcional total, na admissão e na alta, encontram-se organizados na tabela seguinte.

Tabela 4 - Medida de Independência Funcional na admissão e na alta

	Admissão	Alta	
Feminino	N	27	27
	Média	98,52	96,30
	Mediana	98,00	97,00
	Desvio padrão	23,25	23,94
	Variância	540,72	573,22
	Range	75,00	75,00
	Mínimo	51,00	51,00
	Máximo	126,00	126,00
Masculino	N	24	24
	Média	107,29	106,67
	Mediana	113,00	113,00
	Desvio padrão	19,10	19,33
	Variância	364,74	373,80
	Range	76,00	78,00
	Mínimo	50,00	48,00
	Máximo	126,00	126,00
Total	N	51	51
	Média	102,65	101,18
	Mediana	108,00	108,00
	Desvio padrão	21,65	22,30
	Variância	468,51	497,35
	Range	76,00	78,00
	Mínimo	50,00	48,00
	Máximo	126,00	126,00

A média das pontuações da Medida de Independência Funcional para o total da amostra foi na admissão $102,65 \pm 21,65$ e na alta $101,18 \pm 22,30$ sendo que para as mulheres foi de $98,52 \pm 23,25$ admissão e $96,30 \pm 23,94$ alta para os homens $107,29 \pm 19,10$ admissão e $106,67 \pm 19,33$ alta. De salientar que para o total dos indivíduos estudados se verificou na admissão um mínimo de 50 pontos e um máximo de 126 e na alta um mínimo de 48 e um máximo de 126.

Em particular e no que toca à média da Medida de Independência Funcional cognitiva já se observam valores mais equiparados entre mulheres e homens, como se pode observar na tabela 5.

Tabela 5 - Medida de Independência Funcional – Sub-Escala Cognitiva na admissão e na alta

	Admissão	Alta	
Feminino	N	27	27
	Média	30,52	29,85
	Mediana	31,00	30,00
	Desvio padrão	4,34	4,61
	Variância	18,88	21,21
	Range	11,00	13,00
	Mínimo	24,00	22,00
	Máximo	35,00	35,00
Masculino	N	24	24
	Média	31,54	30,75
	Mediana	31,50	31,00
	Desvio padrão	2,96	3,59
	Variância	8,78	12,89
	Range	12,00	13,00
	Mínimo	23,00	22,00
	Máximo	35,00	35,00
Total	N	51	51
	Média	31,00	30,27
	Mediana	31,00	31,00
	Desvio padrão	3,76	4,14
	Variância	14,12	17,16
	Range	12,00	13,00
	Mínimo	23,00	22,00
	Máximo	35,00	35,00

Tal como na MIF total, também neste caso se verifica uma diminuição do valor médio da admissão para a alta.

Assim, para o total da amostra a média na admissão foi $31,00 \pm 3,76$ e na alta $30,27 \pm 4,14$. Para as mulheres foi de $30,52 \pm 4,34$ admissão e $29,85 \pm 4,61$ alta e para os homens $31,54 \pm 2,96$ admissão e $30,75 \pm 3,59$ alta. Para o total dos indivíduos estudados verificou-se na admissão um mínimo de 23 pontos e um máximo de 35 e na alta um mínimo de 22 e um máximo de 35.

De seguida apresenta-se a tabela referente aos dados obtidos relativamente à aplicação do Mini Mental State Examination.

Tabela 6 – Mini Mental State Examination – Pontuação na admissão e na alta

	Admissão	Alta	
Feminino	N	27	27
	Média	23,37	21,04
	Mediana	24,00	21,00
	Desvio padrão	4,96	5,77
	Variância	24,55	33,35
	Range	16,00	19,00
	Mínimo	14,00	10,00
	Máximo	30,00	29,00
Masculino	N	24	24
	Média	25,67	24,62
	Mediana	26,50	25,00
	Desvio padrão	3,81	5,09
	Variância	14,49	25,90
	Range	16,00	23,00
	Mínimo	14,00	7,00
	Máximo	30,00	30,00
Total	N	51	51
	Média	24,45	22,73
	Mediana	25,00	24,00
	Desvio padrão	4,56	5,70
	Variância	20,77	32,52
	Range	16,00	23,00
	Mínimo	14,00	7,00
	Máximo	30,00	30,00

Da observação da tabela verifica-se uma diminuição na média total das pontuações obtidas no Mini Mental State Examination aquando da segunda avaliação (alta) de $24,45 \pm 4,56$ para $22,73 \pm 5,70$.

No caso das mulheres a média foi de $23,37 \pm 4,96$ na admissão e $21,04 \pm 5,77$ na alta e para os homens $25,67 \pm 3,81$ na admissão e $24,62 \pm 5,09$ na alta.

Para o total dos indivíduos estudados verificou-se na admissão um mínimo de 14 pontos e um máximo de 30 e na alta um mínimo de 7 e um máximo de 30.

Quadro 7 – Comparação das pontuações médias obtidas para as escalas de avaliação aquando da admissão e alta dos utentes

Escalas de Avaliação	N	Admissão		Alta		t	P
		Média	DP	Média	DP		
Escala de Morse	51	40,78	21,25	23,04	21,57	15,01	0,00
Medida de Independência Funcional (MIF)	51	102,65	21,65	101,18	22,30	3,78	0,00
MIF Sub-Escala Cognitiva	51	31,00	3,76	30,27	4,14	4,14	0,00
Mini Mental State Examination	51	24,45	4,56	22,73	5,70	5,47	0,00

Os resultados dos testes *t* para amostras emparelhadas evidenciam diferenças quando se comparam os resultados médios da primeira avaliação (admissão) com a segunda (alta). Assim, verificamos a ocorrência de um ganho significativo no que se refere ao score da Escala de Morse ($t=15,01$; $p=0,00$). Verificamos, ainda, uma variação significativa no sentido da perda na pontuação da Medida de Independência Funcional ($t=3,78$; $p=0,00$), da Sub-Escala Cognitiva da MIF ($t=4,14$; $p=0,00$) e no Mini Mental State Examination ($t=5,47$; $p=0,00$).

No sentido de perceber as correlações existentes entre a idade dos participantes e o número de dias de internamento e as pontuações obtidas na aplicação das escalas nos dois momentos de avaliação, efetuou-se o teste de correlação de Spearman.

Quadro 8 – Correlações entre as pontuações das escalas nos dois momentos de avaliação e a idade e número de dias de internamento dos utentes

	Idade	Número de dias de internamento
Número de dias de internamento	,397**	-
Escala de Morse Score na admissão	,299*	,303*
Medida de Independência Funcional na admissão	-,569**	-,410**
MIF Sub-Escala Cognitiva na admissão	-,491**	-,292*
Mini Mental State Examination pontuação na admissão	-,618**	-,427**
Escala de Morse Score na alta	0,259	,287*
Medida de Independência Funcional na alta	-,602**	-,435**
MIF Sub-Escala Cognitiva na alta	-,541**	-,290*
Mini Mental State Examination pontuação na alta	-,603**	-,435**

* A correlação é significativa ao nível .05 (teste bicaudal)

** A correlação é significativa ao nível .01 (teste bicaudal)

Os resultados obtidos no teste permitem identificar correlação positiva entre a idade e o número de dias de internamento ($r = ,397^{**}$, $p < .01$) e o score da Escala de Morse na admissão ($r = ,299^*$, $p < .05$). Verifica-se correlação negativa entre a idade e MIF na admissão ($r = -,569^{**}$, $p < .01$) e na alta ($r = -,602^{**}$, $p < .01$), MIF sub-escala Cognitiva na admissão ($r = -,491^{**}$, $p < .01$) e na alta ($r = -,541^{**}$, $p < .01$) e no Mini Mental State Examination na admissão ($r = -,618^{**}$, $p < .01$) e na alta ($r = -,603^{**}$, $p < .01$). Não se observa correlação entre a idade e o score na Escala de Morse na alta ($r = 0,259$)

Relativamente ao número de dias de internamento, e para além da já mencionada correlação positiva com a idade, verificamos existir correlação positiva com o score na escala de Morse quer na admissão ($r = ,303^*$, $p < .05$) quer na alta ($r = ,287^*$, $p < .05$). Verifica-se correlação negativa entre o número de dias de internamento e MIF na admissão ($r = -,410^{**}$, $p < .01$) e na alta ($r = -,435^{**}$, $p < .01$), MIF sub-escala Cognitiva na admissão ($r = -,292^*$, $p < .01$) e na alta ($r = -,290^*$, $p < .05$) e no Mini Mental State Examination na admissão ($r = -,427^{**}$, $p < .01$) e na alta ($r = -,435^{**}$, $p < .01$).

Procedeu-se ao teste t para amostras independentes para verificar se as pontuações médias das escalas utilizadas variavam de acordo com a residência dos utentes operacionalizada em “própria/família e institucionalizado”.

Quadro 9 – Médias obtidas nas várias escalas de avaliação pelos grupos dos utentes que residem em casa própria/família e os institucionalizados

Escalas de Avaliação	Residência	N	Média	DP	t	P
Escala de Morse Score na admissão	Própria/família	40	38,00	20,38	-1,83	0,074
	Institucionalizado	11	50,91	22,23		
Escala de Morse Score na alta	Própria/família	40	21,50	21,87	-0,97	0,336
	Institucionalizado	11	28,64	20,38		
Medida de Independência Funcional na admissão	Própria/família	40	106,85	18,40	2,30	0,039
	Institucionalizado	11	87,36	26,36		
Medida de Independência Funcional na alta	Própria/família	40	105,70	18,93	2,45	0,03
	Institucionalizado	11	84,73	26,65		
MIF Sub-Escala Cognitiva na admissão	Própria/família	40	31,48	3,54	1,76	0,085
	Institucionalizado	11	29,27	4,17		
MIF Sub-Escala Cognitiva na alta	Própria/família	40	30,93	3,82	2,22	0,031
	Institucionalizado	11	27,91	4,59		
Mini Mental State Examination pontuação na admissão	Própria/família	40	25,45	3,83	3,26	0,002
	Institucionalizado	11	20,82	5,31		
Mini Mental State Examination pontuação na alta	Própria/família	40	24,03	4,79	3,42	0,001
	Institucionalizado	11	18,00	6,48		

Da análise dos resultados obtidos no teste *t* para amostras independentes, podemos verificar que a diferença entre as médias obtidas para o score na Escala de Morse não é significativa na admissão ($t = -1,83$; $p = 0,074$), com os idosos que residem em casa própria ou de familiares com média inferior ($38,00 \pm 20,38$) aos institucionalizados ($50,91 \pm 22,23$), nem no momento da alta ($t = -0,97$; $p = 0,336$) mantendo-se os idosos que residem em casa própria ou de familiares com média inferior ($21,50 \pm 21,87$) aos institucionalizados ($28,64 \pm 20,38$).

Relativamente à diferença de médias para a pontuação na Medida de Independência Funcional elas são significativas quer na admissão ($t = 2,30$; $p = 0,039$), com os idosos que residem em casa própria ou de familiares com média superior ($106,85 \pm 18,40$) aos institucionalizados ($87,36 \pm 26,36$), quer na alta ($t = 2,45$; $p = 0,03$) mantendo-se a média dos que residem em casa própria ou de familiares superior ($105,70 \pm 18,93$) aos institucionalizados ($84,73 \pm 26,65$).

Para a pontuação na sub-escala Cognitiva da MIF verificou-se que a diferença de médias não era significativa na admissão ($t = 1,76$; $p = 0,085$), com os idosos que residem em casa própria ou de familiares com média superior ($31,48 \pm 3,54$) aos institucionalizados ($29,27 \pm 4,17$), o mesmo não se verificando na alta com diferença significativa ($t = 2,22$; $p = 0,031$) com média dos que residem em casa própria ou de familiares superior ($30,93 \pm 3,82$) aos institucionalizados ($27,91 \pm 4,59$).

As diferenças de médias para a pontuação na Mini Mental State Examination são significativas tanto na admissão ($t = 3,26$; $p = 0,002$), com os idosos que residem em casa própria ou de familiares com média superior ($25,45 \pm 3,83$) aos institucionalizados ($20,82 \pm 5,31$), como na alta ($t = 3,42$; $p = 0,001$) mantendo-se a média dos que residem em casa própria ou de familiares superior ($24,03 \pm 4,79$) aos institucionalizados ($18,00 \pm 6,48$).

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente estudo pretendeu-se avaliar o declínio funcional cognitivo e o risco de quedas em idosos internados no serviço de medicina interna. Foram avaliados 51 idosos dos quais 53% eram mulheres e com uma média de idades de 75,53 anos, maioritariamente casados/união de fato e a residir em 74,8% dos casos em casa própria ou com familiares. Procedeu-se à avaliação no dia da admissão e no dia da alta, usando

os mesmos instrumentos no sentido de perceber a variação das pontuações e assim inferir do impacto da hospitalização nas dimensões estudadas.

Relativamente à avaliação do risco de queda, os scores obtidos na admissão são significativamente mais elevados do que os obtidos no momento da alta, tanto para a totalidade da amostra como para ambos os sexos. A variação observada permite perceber a diminuição do risco de queda para a maior parte dos indivíduos. Tal facto pode ser explicado pela configuração da escala de Morse e tipo de itens avaliados (por exemplo a medicação ser administrada por via endovenosa) os quais são pouco sensíveis aos aspetos da funcionalidade cognitiva. Um estudo realizado com doentes idosos em reabilitação (Kwan, Kaplan, Hudson-McKinney, Redman-Bentley, & Rosario, 2012) conclui que as escalas de avaliação do risco de queda revelam-se por vezes insuficientes para uma avaliação efetiva do risco quer seja porque foram desenvolvidas para settings específicos e não possuem sensibilidade para outros, quer seja porque não valorizam significativamente a componente funcional da aptidão física e cognitiva.

Verificamos, ainda, que o score obtido na Escala de Morse na admissão se correlaciona positivamente tanto com a idade como com o número de dias de internamento, permitindo perceber que os indivíduos mais velhos e os que estiveram mais dias internados apresentavam maior risco de queda no primeiro dia de internamento o que vai de encontro à literatura consultada (Asmus-Szepesi et al., 2011; Buurman, Hoogerduijn, et al., 2011; Graf, 2006). No entanto na alta só se verificou correlação com o número de dias de internamento. Também para a variável sociodemográfica residência não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre as médias obtidas pelos idosos que residem em casa própria ou com familiares e os que residem em instituições.

Relativamente à avaliação da independência funcional, verificou-se que os idosos internados apresentaram diferenças nas médias de pontuação total entre a admissão e a alta com um decréscimo estatisticamente significativo para homens e mulheres. Os mesmos resultados foram encontrados em vários estudos realizados com populações semelhantes (Buurman, van Munster, Korevaar, de Haan, & de Rooij, 2011; Glennly & Stolee, 2009). Foram encontradas correlações negativas entre o score da MIF e a idade e o número de dias de internamento tanto na admissão como na alta o que é coerente com a literatura consultada. Relativamente à residência, verificou-se que tanto na admissão como na alta se encontraram diferenças significativas com os idosos que

residem em casa própria ou com familiares com médias de pontuação mais elevadas que os que residem em instituições embora ambos os grupos apresentem decréscimo do primeiro momento para o segundo. Este resultado é compatível com as conclusões do estudo de Paúl (Paúl, 1997) que identificou a perda da capacidade funcional como a principal razão encontrada na decisão de institucionalização de indivíduos idosos.

Extraíu-se da medida de independência funcional a subescala cognitiva no sentido de verificar se nesta subescala também se evidenciavam diferenças entre os dois momentos de avaliação. A análise dos resultados permite perceber que também para a subescala cognitiva da MIF se apurou diferença estatisticamente significativa no sentido do decréscimo da pontuação média da admissão para a alta bem como correlação negativa para ambos os momentos com a idade e o número de dias de internamento. Identificaram-se também diferenças significativas entre os idosos que residem em casa própria ou com familiares, com médias de pontuação mais elevadas, e os que residem em instituições embora ambos os grupos apresentem decréscimo do primeiro momento para o segundo. Resultados idênticos foram encontrados na literatura consultada (Forrest et al., 2012).

Os resultados obtidos tanto para a MIF total como para a subescala cognitiva indiciam a ocorrência de declínio da capacidade funcional e da performance cognitiva. Tal facto está diretamente relacionado com o risco de queda como afirmam Forrest e colaboradores (Forrest et al., 2012) que encontraram associação entre o aumento de 1 ponto na MIF total ou em qualquer uma das suas subescalas (motora ou cognitiva) e a redução do risco de queda entre 0,955% e 0,925%. Num outro estudo demonstrou-se que os pacientes que com bons scores na mobilidade e resolução de problemas avaliados pela MIF apresentavam menor risco de queda (Gilewski, Roberts, Hirata, & Riggs, 2007).

Estes resultados não são compatíveis com os resultados do nosso estudo onde a capacidade funcional avaliada pela MIF total e pela subescala cognitiva diminuiu e o risco de queda avaliado pela escala de Morse também diminuiu. Reafirmamos que eventualmente a escala de Morse não seja o instrumento mais sensível ao impacto das alterações da capacidade funcional total e cognitiva no risco de queda.

Na avaliação cognitiva através do MMSE, também realizada nos dois momentos de avaliação, obtiveram-se valores que permitem perceber variação estatisticamente significativa, no sentido da diminuição da pontuação média, da admissão para a alta. Analisando os resultados com base no ponto de corte 24 verificou-se que no momento

da alta os indivíduos se situavam abaixo do limite indiciando uma progressão no sentido do déficit funcional cognitivo. Observou-se correlação negativa entre os resultados de ambas as avaliações (admissão e alta) e a idade e o número de dias de internamento permitindo perceber que, na amostra estudada, quer no momento da admissão como na alta os indivíduos mais velhos e os que permaneceram mais tempo internados apresentam menores pontuações no MMSE. Encontramos na literatura consultada resultados compatíveis com os apurados (Cornette et al., 2006; Siqueira et al., 2004).

Também os participantes que residiam em instituições obtiveram pontuações mais baixas nos dois momentos de avaliação do que os que residiam em casa própria ou com familiares, o que confirma que, também no nosso estudo, à semelhança de outros (Paúl, 1997), parece evidente que o déficit cognitivo, mesmo que ligeiro, é uma das causas de institucionalização dos idosos.

CONCLUSÃO

Neste estudo, mais precisamente aquando da recolha e tratamento dos dados, deparámo-nos com obstáculos resultantes da escassez de tempo uma vez que o parecer favorável concedido pela Comissão de Ética do CHTMAD, EPE foi emitido apenas após reunião e consequente análise do estudo em questão, posteriormente assinado pelo Presidente do Conselho de Administração, gerando um tempo de espera considerável.

Por outro lado, a especificidade da amostra constituiu outra limitação extremamente relevante. Sendo esta composta por idosos internados no serviço de medicina do CHTMAD, EPE, com 65 ou mais anos, fora do seu ambiente familiar, emocionalmente fragilizados e a vivenciar o estado da doença aguda, a recolha de dados só se tornou possível após conversa informal e aceitação do consentimento informado. No período de recolha de dados, aquando da aplicação do questionário, foi também vivenciada pelo investigador a relação de proximidade/intimidade e cumplicidade.

De um modo geral, foi-nos possível concluir que a existência de Programas de Enfermagem de Reabilitação poderia ajudar a minimizar e, em alguns casos, evitar fatores de risco associados ao declínio funcional cognitivo durante a hospitalização. Por outro lado, é fundamental o controlo de todas as alterações funcionais manifestadas pelos idosos em ambiente hospitalar e implementar ações que o exercitem cognitivamente.

Assim, após realização deste estudo, consideramos pertinente o aprofundamento de estudos/pesquisas em torno desta problemática, visto tratar-se de um tema atual, de interesse geral e até ao momento pouco explorado. Sugerimos nova aplicação do estudo em populações mais alargadas e com controlo de outras variáveis, nomeadamente força muscular, equilíbrio e marcha.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrell, B., & Dehlin, O. (2000). Mini mental state examination in geriatric stroke patients. Validity, differences between subgroups of patients, and relationships to somatic and mental variables. *Aging (Milano)*, 12(6), 439-444.
- Almeida, R. A. R., Abreu, C. d. C. F., & Mendes, A. M. d. O. C. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência, III Série(nº2)*, 163-172.
- Anpalahan, M., & Gibson, S. J. (2008). Geriatric syndromes as predictors of adverse outcomes of hospitalization. *Intern Med J*, 38(1), 16-23.
- Asmus-Szepesi, K. J., de Vreede, P. L., Nieboer, A. P., van Wijngaarden, J. D., Bakker, T. J., Steyerberg, E. W., & Mackenbach, J. P. (2011). Evaluation design of a reactivation care program to prevent functional loss in hospitalised elderly: a cohort study including a randomised controlled trial. *BMC Geriatr*, 11, 36.
- Burns, A., Lawlor, B., & Craig, S. (2002). Rating scales in old age psychiatry. *Br J Psychiatry*, 180, 161-167.
- Buurman, B. M., Hoogerduijn, J. G., de Haan, R. J., Abu-Hanna, A., Lagaay, A. M., Verhaar, H. J., de Rooij, S. E. (2011). Geriatric conditions in acutely hospitalized older patients: prevalence and one-year survival and functional decline. *PLoS One*, 6(11), e26951.
- Buurman, B. M., van Munster, B. C., Korevaar, J. C., de Haan, R. J., & de Rooij, S. E. (2011). Variability in measuring (instrumental) activities of daily living functioning and functional decline in hospitalized older medical patients: a systematic review. *J Clin Epidemiol*, 64(6), 619-627.
- Cancela, D. M. G. (2007). O Processo de Envelhecimento. Retrieved from www.psicologia.com.pt website:
- Cornette, P., Swine, C., Malhomme, B., Gillet, J. B., Meert, P., & D'Hoore, W. (2006). Early evaluation of the risk of functional decline following hospitalization of older patients: development of a predictive tool. *Eur J Public Health*, 16(2), 203-208.

- Creditor, M. C. (1993). Hazards of hospitalization of the elderly. *Ann Intern Med*, *118*(3), 219-223.
- Cunha, F. C. M., Cintra, M. T. G., Cunha, L. C. M., Couto, É. d. A. B., & Giacomini, K. C. (2009). Fatores que predisõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *12*(3), 475-487.
- de León-Arcila, R., Milián-Suazo, F., Camacho-Calderón, N., Arévalo-Cedano, R. E., & Escartín-Chávez, M. (2009). [Risk factors for cognitive and functional impairment in the elderly]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, *47*(3), 277-284.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, *12*(3), 189-198.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento* (1ª ed., pp. 200). Lisboa: Climepsi.
- Forrest, G., Huss, S., Patel, V., Jeffries, J., Myers, D., Barber, C., & Kosier, M. (2012). Falls on an inpatient rehabilitation unit: risk assessment and prevention. *Rehabil Nurs*, *37*(2), 56-61.
- Fortin, M.-F. (2003). *O processo de investigação - da concepção à realização* (3ª ed., pp. 388). Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F., & Ducharme, F. (2003). Os estudos de tipo correlacional. In M.-F. Fortin (Ed.), *O Processo de Investigação - da concepção à realização* (3 ed.). Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F., Grenier, R., & Nadeau, M. (2003). Métodos de Recolha de Dados. In M.-F. Fortin (Ed.), *O Processo de Investigação - da concepção à realização* (3 ed.). Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F., Prud'homme-Brisson, D., & Coutu-Wakulczyk, G. (2003). Noções de Ética em Investigação. In M.-F. Fortin (Ed.), *O Processo de Investigação - da concepção à realização* (3 ed.). Loures: Lusociência.
- Gilewski, M. J., Roberts, P., Hirata, J., & Riggs, R. V. (2007). Discriminating high fall risk on an inpatient rehabilitation unit. *Rehabilitation Nursing*, *32*, 234-240.
- Glenny, C., & Stolee, P. (2009). Comparing the functional independence measure and the interRAI/MDS for use in the functional assessment of older adults: a review of the literature. *BMC Geriatr*, *9*, 52.
- Gomes, J. A., & Santos, F. H. (2006). *Reabilitação neuropsicológica - da teoria à prática* (pp. 293). São Paulo: Artes Médicas.

- Gonçalves, C., & Carrilho, M. J. (2007). Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual. *Revista de Estudos Demográficos*, 40, 17.
- Graf, C. (2006). Functional decline in hospitalized older adults. *Am J Nurs*, 106(1), 58-67, quiz 67-58.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, A., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini-Mental State Examination (MMSE) (Vol. 1, 9): *Revista Portuguesa de Neurologia*.
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (4ª ed., pp. 840). Loures: Losodidacta.
- Hsueh, I. P., Lin, J. H., Jeng, J. S., & Hsieh, C. L. (2002). Comparison of the psychometric characteristics of the functional independence measure, 5 item Barthel index, and 10 item Barthel index in patients with stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 73(2), 188-190.
- INE. (2002). *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*.
- INE. (2011). *Anuário Estatístico de Portugal 2010*. Retrieved from http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=107965716&DESTAQUESmodo=2.
- Inouye, S. K., Acampora, D., Miller, R. L., Fulmer, T., Hurst, L. D., & Cooney, L. M. (1993). The Yale Geriatric Care Program: a model of care to prevent functional decline in hospitalized elderly patients. *J Am Geriatr Soc*, 41(12), 1345-1352.
- Kawasaki, K., & Diogo, M. (2005). Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. *Acta Fisiatrica*, 12(2), 55-60.
- Ketele, J.-M., & Rogiers, X. (1993). *Metodologia de recolha de dados - Fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos* (pp. 258). Lisboa: Instituto Piaget.
- Kwan, F., Kaplan, S., Hudson-McKinney, M., Redman-Bentley, D., & Rosario, E. R. (2012). Comparison of fallers and nonfallers at an inpatient rehabilitation facility: a retrospective review. *Rehabil Nurs*, 37(1), 30-36.
- MacNeill, S. E., & Lichtenberg, P. A. (1997). Home alone: the role of cognition in return to independent living. *Arch Phys Med Rehabil*, 78(7), 755-758.
- Martinez, L., & Ferreira, A. (2007). *Análise de dados com SPSS. Primeiros passos*. Lisboa: Escolar Editora.
- Morse, J. (1997). *Prevention patients falls*. California: Sage publications.

- Nagano, K. (2002). Appropriate outcome measures for evaluating change in activities of living of Elderly residents. (Vol. 42, pp. 76-87): Nippon Koshu Eisei Zasshi.
- Nunes, B. (2005). A Demência em Números. In A. C. Caldas & A. Mendonça (Eds.), *A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal (edições técnicas, 1da ed., pp. 272)*. Lisboa-Porto-Coimbra: LIDEL.
- Nunes, B. (2008). Memória - Funcionamento, perturbações e treino (pp. 340). Lisboa - Porto: Lidel.
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Regulamento n.º 125/2011 C.F.R. § 35 (2011).
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS (4 ed.)*. Lisboa: Sílabo.
- Polit, F. D., & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem (pp. 391)*. Porto Alegre: Artes Médicas Editora.
- Rami, L., Bosch, B., Valls-Pedret, C., Caprile, C., Sánchez-Valle Díaz, R., & Molinuevo, J. L. (2009). [Discriminatory validity and association of the mini-mental test (MMSE) and the memory alteration test (M@T) with a neuropsychological battery in patients with amnesic mild cognitive impairment and Alzheimer's disease]. *Rev Neurol*, 49(4), 169-174.
- Rebelatto, J. R., & Morelli, J. G. S. (2004). *Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso*. São Paulo: Manole.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *metodologia de investigação em psicologia e saúde (pp. 170)*. Porto: Legis Editora.
- Sales, M. V. d. C., Silva, T. J. A. d., Gil Jr., L. A., & Filho, W. J. (2010). Efeitos adversos da internação hospitalar para o idoso. *Geriatrics & Gerontology*, 4(4), 238-246.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental (pp. 360)*. Lisboa - Porto: Lidel - Edições Técnicas, lda.
- Shepard, R. J. (1997). *Envelhecimento, Actividade física e saúde (pp. 485)*. São Paulo: Phorte.

- Siqueira, A. B., Cordeiro, R. C., Perracini, M. R., & Ramos, L. R. (2004). [Functional impact of hospitalization among elderly patients]. *Rev Saude Publica*, 38(5), 687-694.
- Spar, J., & La Rue, A. (2005). Guia prático Climepsi de psiquiatria geriátrica (pp. 288). Lisboa: Climepsi editores.
- Umpherd, D. A. (2010). Reabilitação Neurológica (5ª ed., pp. 1143). São Paulo: Elsevier.
- WHO. (2007). WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age: World Health Organization.

APÊNDICE A
QUESTIONÁRIO APLICADO AOS IDOSOS

Declínio funcional cognitivo e risco de queda em doentes idosos internados.

CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente trabalho de investigação tem como principal objectivo avaliar a aptidão cognitiva, a composição corporal e o medo de cair em idosos institucionalizados.

Para que o objectivo do estudo possa ser alcançado **a sua colaboração é fundamental.**

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações serão recolhidas através de um questionário e de instrumentos de avaliação não invasivos. Estas informações são confidenciais, não serão reveladas a terceiros, nem publicadas individualmente.

A sua participação neste estudo é voluntária podendo retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

Depois de ouvir as explicações acima referidas, declaro que aceito participar nesta investigação.

Assinatura: _____ Data: _____

(assinatura conforme BI/CD)

Data da avaliação: ___/___/___ Código: _____

1 – DADOS BIOGRÁFICOS

1.1 – Data de nascimento: ___/___/___ idade _____

1.2 – Sexo: 1 Feminino 2 Masculino

1.3 – Estado civil: 1 Solteiro(a) 2 Casado(a)/União de facto
3 Divorciado(a) / Separado(a) 4 Viúvo(a)

1.4 – Residência: 1 própria/família 2 institucionalizado

2 – ESCALA DE MORSE

		PONTOS	SCORE
1. História de Quedas nos últimos três meses	Não	0	
	Sim	25	
2. Diagnóstico Secundário	Não	0	
	Sim	15	
3. Ajuda na mobilização			
Acamado/Repouso leito		0	
Bengala/Andarilho/Canadiana		15	
Aparelho/Equipamento		30	
4. Terapia endovenosa	Não	0	
	Sim	20	
5. Marcha			
Normal/Acamado/Cadeira de rodas		0	
Lenta		10	
Alterada/cambaleante		20	
6. Estado Mental			
Orientado		0	
Desorientado/Confuso		15	
		TOTAL	
NÍVEL DE RISCO	SCORE		
BAIXO	0 - 24		
MÉDIO	25 - 50		
ALTO	>50		

2.1 – Score _____ 2.2 – Classificação _____

5 – MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27 _ 24 _ 21 _ 18 _ 15 _

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota:_____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota:_____

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

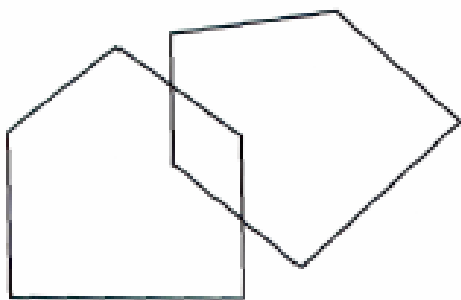
Frase:

Nota:_____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Nota:_____



Cópia:

Nota:_____

TOTAL (Máximo 30 pontos):_____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27