

Independência Funcional e Cognição em utentes de uma Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas

João Pedro Correia Fernandes

Dissertação de Mestrado apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico
de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Orientado por: Professora Doutora Maria José Almendra Rodrigues Gomes

Bragança, julho 2024



Fernandes, J.P.C. (2023). Independência Funcional e Cognição em utentes de uma Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas (ERPI).

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Bragança, 2024

Agradecimentos

Gostaria de expressar a minha sincera gratidão a todas as pessoas que tornaram possível a conclusão deste trabalho.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha orientadora, Prof.^a Maria José Gomes, cuja sabedoria e crítica foram essenciais, bem como a sua disponibilidade e atenção ao longo destes meses.

Agradeço também ao meu grupo de amigos, Bárbara, João Luís e Joana, por todo o apoio e encorajamento, que foram fundamentais durante esta etapa, partilhando os seus conhecimentos e sugestões de melhoria.

Não posso esquecer de agradecer à minha mãe, Ângela Fernandes, que infelizmente não se encontra fisicamente presente, que sempre incutiu em mim a vontade de estudar, aperfeiçoar conhecimentos e demais valores, que foram e estão a ser fulcrais no meu processo evolutivo enquanto profissional e pessoa.

A todas estas pessoas, o meu obrigado.

Resumo

Enquadramento: Uma preocupação relacionada com o aumento da esperança de vida, é que a prevalência de doenças crónicas se traduza no declínio da capacidade cognitiva e independência da pessoa idosa, manifestando-se através do aumento da procura de serviços de saúde especializados.

Objetivos: Avaliar o nível de independência funcional, estado de equilíbrio e o estado mental de utentes residentes numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas; Identificar as variáveis sociodemográficas, que interferem no nível de independência funcional, equilíbrio e estado mental de utentes residentes numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas; Identificar que variáveis clínicas influenciam o nível de independência funcional, equilíbrio e estado mental de utentes residentes numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas.

Métodos: Foi realizado um estudo descritivo, transversal correlacional, com uma amostra de 66 utentes residentes numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas de um Estabelecimento Integrado no Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM. O instrumento de recolha de dados incluiu um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica *ad hoc*, o Índice de *Barthel*, o Teste de Avaliação da Mobilidade e Equilíbrio Estático e Dinâmico (POMA I) e o *Mini Mental State Examination* (MMSE).

Resultados: O perfil sociodemográfico dos participantes indica que um pouco mais de metade são homens, sendo que mais de metade da amostra tem dificuldades na sua mobilidade (54,0%), entre as quais prevalecem o desequilíbrio na marcha, a dor de joelhos e a dificuldade em andar por dor nos membros inferiores; Pouco mais de metade dos idosos (54,5%) não revelava défice cognitivo. As variáveis sociodemográficas em estudo não interferiram no equilíbrio dinâmico e estático, bem como no total da POMA ($p > 0,05$).

Conclusão: Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, assumem um papel relevante na população em estudo, através de planos de cuidados especializados que maximizem a funcionalidade do idoso, capacitando-o para uma maior autonomia e independência no autocuidado, potenciando, a sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Estado Funcional; Cognição; Idoso; Instituição de Longa Permanência para Idosos.

Abstract

Background: A concern related to increased life expectancy is that the prevalence of chronic diseases translates into a decline in the cognitive capacity and independence of the elderly, resulting in increased demand for specialized health services.

Objectives: To assess the level of functional independence, state of balance and mental state of users residing in a Residential Facility for the Elderly; To identify the sociodemographic variables that interfere with the level of functional independence, balance and mental state of users residing in a Residential Facility for the Elderly; To identify which clinical variables influence the level of functional independence, balance and mental state of users residing in a Residential Facility for the Elderly.

Methods: A descriptive, cross-sectional correlational study was carried out with a sample of 66 users living in a Residential Structure for the Elderly of an Integrated Establishment of the Social Security Institute of Madeira, IP-RAM. The data collection instrument included an ad hoc sociodemographic and clinical characterization questionnaire, the Barthel Index, the Static and Dynamic Mobility and Balance Assessment Test (POMA I) and the Mini Mental State Examination (MMSE).

Results: The sociodemographic profile of the participants indicates that just over half are men, and more than half of the sample has mobility difficulties (54.0%), among which gait imbalance, knee pain and difficulty walking due to pain in the lower limbs prevail; just over half of the elderly (54.5%) had no cognitive impairment. The sociodemographic variables under study did not interfere with dynamic and static balance, nor with the total POMA ($p>0.05$).

Conclusion: Specialized Rehabilitation Nurses play an important role in the population under study, through specialized care plans that maximize the functionality of the elderly, enabling them to have greater autonomy and independence in self-care, thus enhancing their quality of life.

Keywords: Functional Status; Cognition; Elderly; Long Stay Institution for the Elderly.

Abreviaturas, Acrónimos e Siglas

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVD - Atividades de Vida Diária

BBS – *Berg Balance Scale*

BDS – *Blessed Dementia Scale*

BM - Banco Mundial

CE - Comissão Europeia

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DGI – *Dynamic Gait Index*

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ERPI - Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas

et al. - e outros autores

FAB – *Fullerton Advanced Balance Scale*

FRT – *Functional Reach Test*

INE - Instituto Nacional de Estatística

IP-RAM - Instituto de Desenvolvimento Regional da Região Autónoma da Madeira

MMSE - *Mini Mental State Examination*

MTSSS - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

OLST – *One-Legged Stance Test*

ONU - Organização das Nações Unidas

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

POMA I - Teste de Avaliação da Mobilidade e Equilíbrio Estático e Dinâmico

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

RGPD – Regulamento Geral de Proteção de dados

TUG - Timed Up and Go

Índice

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
1. ENVELHECIMENTO	5
1.1. Institucionalização dos idosos	7
1.2. Independência funcional e cognição em utentes de uma estrutura residencial para pessoas idosas	9
1.3. Cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa idosa utente de uma estrutura residencial: do cuidar ao estado de arte	11
CAPÍTULO II - ESTUDO EMPÍRICO	14
1. MATERIAIS E MÉTODOS	15
1.1. Tipo de estudo	16
1.2. População, amostra e contexto	17
1.3. Instrumento de recolha de dados	18
1.4. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas	21
1.5. Procedimentos de análise dos dados	22
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	25
2.1. Análise descritiva	25
2.2. Análise inferencial	29
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	36
CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	50
ANEXO I: INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	51
ANEXO II: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA	62
ANEXO III: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO/ PARECER DO ESTUDO POR PARTE DO INSTITUTO DE SEGURANÇA SOCIAL DA MADEIRA, IP-RAM	64

Índice de Figuras

Figura 1. Representação esquemática da relação entre as variáveis independentes vs. dependentes	17
Figura 2. Histogramas da normalidade	23

Índice de Tabelas

Tabela 1. Estatísticas e consistência interna do Índice de Barthel	19
Tabela 2. Estatísticas e consistência interna do Teste de Tinetti (POMA I).....	20
Tabela 3. Estatísticas e consistência interna do Mini Mental State Examination (MMSE)	21
Tabela 4. Teste de normalidade de Shapiro-Wilk	22
Tabela 5. Caracterização sociodemográfica dos idosos	26
Tabela 6. Caracterização clínica dos idosos	27
Tabela 7. Estatísticas relativas ao nível de independência, mobilidade e equilíbrio estático e dinâmico e estado mental	28
Tabela 8. Nível de dependência	29
Tabela 9. Estado mental	29
Tabela 10. Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis entre as variáveis sociodemográficas e o nível de dependência	30
Tabela 11. Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis entre as variáveis clínicas e o nível de dependência	31
Tabela 12. Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis entre as variáveis sociodemográficas e o equilíbrio	32
Tabela 13. Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis entre as variáveis clínicas e o equilíbrio	33
Tabela 14. Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis entre as variáveis sociodemográficas e o estado mental	34
Tabela 15. Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis entre as variáveis clínicas e o estado mental.....	35

INTRODUÇÃO

Diversas organizações internacionais, nomeadamente a Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização das Nações Unidas (ONU), Banco Mundial (BM), Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e Comissão Europeia (CE)) têm vindo a demonstrar a magnitude do envelhecimento populacional e a constatar que este é particularmente notório nos países mais desenvolvidos. O Instituto Nacional de Estatística (INE, 2022), por sua vez, analisou a questão em Portugal e prevê que o fenómeno do envelhecimento populacional, que já é muito significativo, continuará a agravar-se nos próximos 30 a 40 anos e caracterizar-se-á, principalmente, pelo (i) decréscimo da taxa de mortalidade juvenil; (ii) dilatação da esperança média de vida; e (iii) mais doenças transmissíveis do que doenças crónicas. Portugal é, assim, considerado como o país da União Europeia a ocupar o terceiro maior índice de envelhecimento da população residente (PORDATA, 2021).

Embora o processo de envelhecimento seja inevitável, os estudos epidemiológicos indicam claramente que as doenças e as incapacidades funcionais, que estão frequentemente associadas ao envelhecimento, não são inevitáveis (Lopes et al., 2021). Porém, o alargamento da esperança média de vida não é sinónimo de um aumento dos anos vividos com boa saúde. Na perspetiva da epidemiologia do ciclo de vida, o envelhecimento é em grande parte determinado pelos estilos de vida que se adotam ao longo da vida. Para além dos fatores individuais, os fatores indiretos, como os fatores organizacionais, comunitários e políticos que apoiam o comportamento individual, também contribuem para esses estilos de vida, e o ambiente social tem um papel predominante (Lopes et al., 2021).

A multimorbilidade, por sua vez, está muitas vezes associada ao desenvolvimento de limitações funcionais, que podem resultar na dependência para o autocuidado e na necessidade de algum grau de suplementação ou substituição através dos serviços de saúde e assistência social (Lopes et al., 2021).

De acordo com as Nações Unidas, cerca de 46% da população mundial na faixa etária ≥ 60 anos sofre de alguma incapacidade e 250 milhões de pessoas nessa faixa etária têm problemas funcionais moderados a graves (Birtha et al., 2017). Por sua vez, a evidência empírica indica que os anos vividos que as pessoas vivem com dependência têm aumentado exponencialmente (Kingston et al., 2018). Relativamente a Portugal, um estudo desenvolvido no âmbito dos cuidados de saúde primários verificou que 72,7% da população adulta portuguesa apresenta

multimorbilidade (duas ou mais doenças crónicas), sendo que essa percentagem aumenta com o avançar da idade (Prazeres & Santiago, 2015). Noutro estudo (Quinaz et al., 2019), baseado no Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico, a prevalência de multimorbilidade na população portuguesa foi de 38,3%. Um estudo realizado com idosos de uma Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas (ERPI) em Portugal, mostrou que 68,2% apresentavam multimorbilidade (Fonseca, 2021).

Uma preocupação comum com o aumento do tempo de vida é que níveis mais elevados da doença se traduzam num declínio da capacidade cognitiva e independência, com um aumento da procura de serviços de saúde e de assistência social (Palese et al., 2020). A independência funcional é o resultado de vários recursos biológicos, psicológicos e sociais, bem como de características ambientais e da simbiose entre a pessoa e o ambiente em que vive e que podem gerar comportamentos adaptativos quando o apoio e a estimulação são apropriados. Por outro lado, tem sido documentado um aumento da dependência funcional em contextos das ERPI em que não existe congruência entre a capacidade dos residentes e as exigências do ambiente (Palese et al., 2020).

Neste pressuposto, o interesse em estudar a temática da independência funcional e cognição em utentes de uma ERPI surge da constatação de que o envelhecimento populacional tem trazido novos desafios. Considerando as elevadas taxas de institucionalização, as ERPI devem proporcionar boa qualidade de vida aos seus residentes.

Neste sentido, faz-se referência a Medeiros et al. (2020), cujo estudo revelou que os idosos residentes em ERPI, em comparação com os residentes na comunidade, têm um estado de saúde mais débil, um nível de dependência mais elevado, maior probabilidade de quedas, menor prática de atividade física, menos capacidade de decisão e atividades de lazer. Todavia, também registaram melhor qualidade de vida de homens idosos institucionalizados em comparação com os idosos não institucionalizados nos domínios físico e psicológico, o que foi atribuído à equipa profissional multidisciplinar que oferece apoio e estímulo aos idosos institucionalizados. Consubstanciados nestes pressupostos, formulou-se a seguinte questão de investigação: Qual a associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas, e o nível de independência funcional, estado de equilíbrio e estado mental de utentes residentes em ERPI?

No que concerne à organização, o presente trabalho divide-se em dois grandes capítulos. O primeiro diz respeito ao enquadramento teórico, contemplando três subcapítulos,

nomeadamente a institucionalização dos idosos, a independência funcional e cognição em utentes de uma ERPI, e ainda cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa idosa de numa ERPI. O segundo capítulo diz respeito ao estudo empírico da presente investigação, onde se inclui a apresentação/análise dos resultados obtidos, a discussão dos mesmos, e ainda as conclusões obtidas, as limitações do mesmo e uma sugestão de melhoria contínua na presente área de investigação.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. ENVELHECIMENTO

O envelhecimento populacional transformou-se num facto real em progressivo crescimento a nível mundial e nacional, evidenciada pela rápida transição demográfica. Devido à diminuição das taxas de fecundidade, em Portugal há uma mudança na estrutura etária populacional, traduzindo-se num aumento de população adulta e idosa e um decréscimo da proporção de crianças e jovens (INE, 2022).

Esse cenário exige a reestruturação de serviços públicos específicos, o que implica o desenvolvimento políticas públicas sociais que suportem de forma eficiente os cuidados relacionados com as crónicas e a promoção do envelhecimento saudável.

O envelhecimento é caracterizado por processo fisiopatológico, gradual e irreversível, ao qual está associado a prevalência de doenças neurodegenerativas, cardiovasculares, metabólicas, músculo-esqueléticas e doenças do sistema imunitário (Cortes-Canteli & Iadecola, 2020). Este processo caracteriza-se ainda pela sua componente de complexidade e individualidade, ocorrendo na esfera biológica, psicológica e social (Dziechciaż & Filip, 2014). O envelhecimento biológico é caracterizado por alterações progressivas do metabolismo e das propriedades físico-químicas das células, que conduzem a uma diminuição da autorregulação, da regeneração e a alterações estruturais e funcionais dos tecidos e órgãos. As alterações biológicas que ocorrem com a idade no corpo humano afetam o humor, a atitude em relação ao ambiente, a condição física e a atividade social, que acrescem às alterações supremencionadas, culminando numa situação de perda progressiva de funcionalidade (Berry et al., 2016).

Apesar da perda funcionalidade inerente ao processo de envelhecimento, a evidência científica sugere que as pessoas idosas devem ser consideradas como indivíduos ativos que têm potencial de adaptação, que lhes permite usufruir de qualidade nos anos futuros (Aarújo et al., 2015, pp. 179-180; Jeon & Han, 2019, p. 69).

Na população idosa, o objetivo dos cuidados visa permitir o envelhecimento bem-sucedido, preferencialmente em contexto domiciliário, evitando a incapacidade e a perda de capacidades (Escourrou et al., 2022). O mundo está a envelhecer e esta mudança demográfica requer responsabilização social, mais conhecimentos e perícia em gerontologia. As mudanças fisiológicas, sociais e económicas que normalmente afetam a pessoa idosa e que contribuem

frequentemente para o aumento da sua dependência tornam-nos vulneráveis na satisfação dos seus direitos humanos.

À medida que as pessoas envelhecem, deparam-se com transições que afetam todas as áreas das suas vidas. A reforma significa frequentemente mudanças nas relações, bem como no estatuto económico. A viuvez e a perda de familiares e amigos próximos podem induzir sentimentos intensos de pesar que os podem afetar, caso não haja intervenções qualificadas e sensíveis (Jacinto, 2020). As mudanças físicas limitam a sua mobilidade, enquanto a incapacidade cognitiva impede a sua capacidade funcional geral. Tais mudanças têm frequentemente impacto nas relações, uma vez que os papéis tradicionais são alterados. Consequentemente, a alteração das estruturas familiares significa que as pessoas idosas são frequentemente deixadas com apoios limitados. Uma repercussão crítica destas mudanças de vida, que é frequentemente negligenciada, é o impacto que elas têm nos direitos humanos da pessoa idosa, o que exige mais responsabilização social e cuidados geriátricos de qualidade (Jacinto, 2020).

Em todo o mundo, segundo a OMS (2019), os sistemas de saúde estão a lutar para responder à grande diversidade dos problemas físicos e mentais que atingem as pessoas idosas e para promover trajetórias positivas de envelhecimento saudável desde cedo. De acordo com a mesma entidade, devem ser envolvidos não só os profissionais de saúde, mas todos os setores da sociedade, pois quando as pessoas mais idosas vivenciam uma diminuição significativa das suas capacidades, mais necessitam de ajuda na realização das suas atividades de vida diária (OMS, 2015).

Deste modo, a OMS (2015) propõe um conjunto de recomendações/estratégias que permitem identificar condições específicas, que permitam dotar a pessoa idosa de competências e ferramentas de que necessitam para gerir as suas condições de saúde, prevenir complicações, maximizar a sua funcionalidade e manter a qualidade de vida.

1.1. Institucionalização dos idosos

O envelhecimento resulta em fragilidades e incapacidade física e mental, fazendo com que muitos idosos requeiram cuidados mais extensos do que os membros da família podem prestar. Além disso, a estrutura familiar tradicional e a socialização mudaram, com mais mulheres a trabalharem devido à urbanização e à industrialização. Por estas razões, os cuidados domiciliários para as pessoas idosas estão a decrescer, levando a um aumento da procura de ERPI (Gil, 2020; Sun et al., 2021).

A maioria dos idosos preferiria envelhecer no seu domicílio, no entanto, as evidências da literatura documentam que são várias as razões que levam à institucionalização, como, por exemplo, o número reduzido de membros da família, a ausência de condições físicas, financeiras e psicológicas para a prestação de cuidados domiciliários, acrescendo ainda o desejo de os idosos não sobrecarregarem os seus familiares, problemas de relacionamento com os mesmos, a viuvez, múltiplas doenças e síndromes demenciais (Oh et al., 2019).

A institucionalização é multifatorial, destacando-se questões relacionadas com a (re)configuração familiar que, por vezes, não tem capacidade para cuidar delas a tempo inteiro, sobretudo quando a pessoa idosa apresenta, para além de uma idade avançada, um maior estado de fragilidade, isolamento, existência de multimorbilidades e, conseqüentemente, maior perda de funcionalidade.

As políticas públicas para o envelhecimento, que têm sido adotadas, são claramente insuficientes para manter as pessoas idosas na sua família, apresentando a institucionalização como uma alternativa à família (Almeida et al., 2020; Sun et al., 2021).

As ERPI representam uma resposta social quando a pessoa idosa ou dependente não reúne condições pessoais e familiares que garantam a sua permanência no domicílio com qualidade de vida. Possuem equipamento para o “alojamento de idosos, de forma temporária ou permanente, em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia ou cuja situação social, familiar e económica não lhes permita permanecer no seu meio habitual de vida” (Direção-Geral da Segurança Social, 2022).

A Portaria n.º 67/2012, de 21 de março (MTSSS, 2012), no seu Artigo 3.º (p. 1324), refere que são objetivos da ERPI:

- a) Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; b) Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; c) Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar; d) Potenciar a integração social.

A transição do ambiente domiciliar para uma ERPI acarreta, por vezes, efeitos negativos e traumáticos não só para os idosos, mas também para os seus familiares ou pessoas significativas. Esta premissa exige a implementação de cuidados de transição, que podem ser definidos como a integração de um conjunto de ações destinadas a garantir a coordenação e a continuidade dos cuidados à medida que uma pessoa efetua uma transição dentro ou entre contextos de cuidados de saúde ou profissionais de saúde (Groenvynck et al., 2021). Uma transição de cuidados comum vivida pelos idosos é a mudança de casa para uma ERPI, esta transição pode ser dividida em três fases: a primeira fase é a fase de pré-transição, na qual se discute a possível mudança para uma ERPI, se toma a decisão de transição e se escolhe a ERPI; a segunda fase corresponde ao meio da transição, ou seja, ao tempo em lista de espera, que termina no dia da mudança do idoso; a terceira fase é a fase de pós-transição, que se centra no ajustamento e aceitação da nova situação de vida (Groenvynck et al., 2021).

O estudo de Sun et al. (2021) revela que o processo de transição de pessoas idosas recentemente admitidas numa ERPI se processou da seguinte forma: desorganização, reorganização, construção de relações e estabilização. Sullivan & Williams (2017), com base no seu estudo, mencionam que o processo de transição da pessoa idosa do domicílio para uma ERPI inclui a fase sobrecarregada, a fase de ajustamento e a fase inicial de aceitação. Conforme os mesmos autores, a experiência vivida por cada idoso é influenciada por valores culturais e pelo contexto social o que levou a que, nos últimos anos, as ERPI se tornassem mais sensíveis às necessidades holísticas dos seus residentes.

Desta forma, a dependência e a incapacidade requerem a necessidade de cuidados que conduzem à institucionalização, o que para a grande maioria da população idosa, é considerada como “o último recurso e raramente é encarada como projeto de vida” (Mimoso, 2020, p. 24).

1.2. Independência funcional e cognição em utentes de uma estrutura residencial para pessoas idosas

A capacidade funcional é um termo geral que se refere a várias funções físicas e mentais necessárias para as pessoas idosas levarem a sua vida quotidiana. No entanto, pouco se sabe sobre os fatores que podem diminuir o nível de capacidade funcional, pelo que é necessário um maior conhecimento para apoiar uma vida independente (Aguiar et al., 2019). No entanto, a dependência para o autocuidado surge quando a capacidade funcional de uma pessoa diminui ao ponto de necessitar de apoio para realizar as atividades da vida diária e/ou as atividades instrumentais da vida diária devido à dependência física ou psicossocial (Aguiar et al., 2019).

Aproximadamente, um quarto dos adultos com mais de 65 anos refere pelo menos uma limitação relacionada com a independência funcional, que restringe a autossuficiência nesta população, sendo impactantes em termos da qualidade de vida (Falck et al., 2022). Face à longevidade enquanto característica da população mundial, é estimável que a proporção de adultos mais velhos na maioria dos países aumentará para cerca de 2 mil milhões de pessoas até 2050 (Falck et al., 2022). Assim, é emergente a afetação de recursos para a prevenção das limitações da independência funcional e promoção do envelhecimento saudável das populações.

As limitações relacionadas com a independência funcional ameaçam a capacidade de os idosos viverem de forma autossuficiente devido a: 1) dificuldades de desempenho em domínios como as atividades instrumentais da vida diária, 2) dificuldades nas atividades funcionais da vida diária, 3) limitações na mobilidade e outras atividades físicas gerais, 4) dificuldades cognitivas. Prevê-se que o número de idosos com limitações da independência funcional aumente mais de 300% até 2049. As consequências a longo prazo destas limitações incluem eventos adversos para a saúde, tais como quedas, declínios na função física e cognitiva, transição para instalações de cuidados de agudos e de longa duração com recursos intensivos e aumento do risco de mortalidade (Falck et al., 2022).

No estudo desenvolvido por Lopes et al. (2021), compararam-se os perfis de funcionalidade e cognição de idosos institucionalizados e não institucionalizados, tendo sido avaliado o efeito de fatores sociodemográficos na funcionalidade e cognição. Os resultados deste estudo, sugerem que as mulheres, os idosos que não frequentaram a escola e os que vivem em ERPI têm maior probabilidade de défices cognitivos e problemas funcionais mais elevados, do que

os homens, os que frequentaram a escola e Centros de Dia, independentemente da idade. A probabilidade de um idoso ter um déficit cognitivo moderado ou grave aumenta com a idade. Face a estes resultados, os mesmos autores consideram ser necessário promover a literacia em saúde à população ao longo da vida, bem como um reforço das respostas sociais e sanitárias que possam permitir aos idosos ter mais capacidade funcional e cognitiva, bem como a promoção da qualidade de vida, quer para os que se encontram no domicílio quer para os institucionalizados.

Como referido anteriormente, embora o processo de envelhecimento seja inevitável, os estudos epidemiológicos mostram que as doenças e a incapacidade funcional estão frequentemente associadas ao envelhecimento e não são inevitáveis. No entanto, tem-se verificado que o aumento da esperança média de vida não é diretamente proporcional ao aumento dos anos vividos com boa saúde (Kingston et al., 2018).

Assim, o fenómeno do envelhecimento demográfico exige a adoção de estratégias direcionadas para a promoção do envelhecimento ativo e saudável e no aumento dos cuidados a longo prazo (Petronilho et al., 2017).

Face ao exposto, é possível referir que o aumento longevidade e por consequência o envelhecimento das sociedades, tornou-se uma realidade a nível mundial, devido à redução das taxas de mortalidade e das doenças infecciosas, bem como a uma evolução significativa dos cuidados de saúde. No entanto, muitas pessoas idosas apresentam condições de dependência que, a dada altura, irão exigir cuidados diferenciados, passíveis de serem desempenhados por profissionais devidamente habilitados, nomeadamente dentro de uma ERPI.

As situações de dependência supramencionadas, podem ser despoletados pela prevalência de síndromes demenciais, que na atualidade encontram-se numa fase exponencial, uma vez que não são uma consequência inevitável do envelhecimento, contudo o estilo de vida adotado pode aumentar ou diminuir o seu risco.

A demência é uma desordem progressiva que afeta a memória, outras capacidades cognitivas e comportamentais e é o maior desafio global do século XXI (OMS, 2015). A diminuição das funções cognitivas com o envelhecimento é semelhante a outras características da saúde, tais como as funções sensoriais e as músculo-esqueléticas. As funções cognitivas começam a declinar numa idade relativamente jovem e diferentes funções diminuem a ritmos também eles diferentes. A incapacidade cognitiva pode estar relacionada com o processo normal de

envelhecimento ou devido a condições de doença despoletadas por alterações neuroanatómicas, bioquímicas ou eletrofisiológicas no cérebro (OMS, 2017).

A cognição assume-se como um fator fundamental para que os idosos interajam de forma autónoma num ambiente dinâmico. Neste sentido, o estudo desenvolvido Gamage et al., (2019), revelou que fatores tais como o nível de atividade física, as habilitações académicas, as visitas dos membros da família e o envolvimento em atividades de lazer foram os preditores de uma capacidade cognitiva mais elevada.

De acordo com a OMS (2017), o planeamento e a adoção de medidas de prevenção/intervenção no que se refere à capacidade cognitiva da pessoa idosa requerem a identificação de elementos específicos que possam estar subjacentes ao declínio cognitivo.

1.3. Cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa idosa utente de uma estrutura residencial: do cuidar ao estado de arte

Atualmente, a incapacidade funcional dos idosos assume-se como um obstáculo a ser transposto, assim este capítulo incide sobre o cuidar da pessoa idosa a residir em ERPI, tendo em conta as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), integralmente correlacionadas aos conceitos de “Pessoa” e “cuidados especializados em enfermagem”. Como preconiza a Ordem dos Enfermeiros (OE), no seu Regulamento nº 392/2019, de 3 de maio, as competências específicas do EEER são:

- a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Artigo 4.º, p. 13566).

Assim, compete ao EEER a identificação das

necessidades de intervenção especializada (...) em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade (ANEXO I, p. 13566).

Neste sentido, as capacidades e competências do EEER, permitem planejar e implementar programas de reabilitação para residente em ERPI, com o objetivo de maximizar a sua capacidade funcional, capacitando-a de forma que esta possa garantir a máxima independência para a concretização das suas atividades de vida diária.

É possível estabelecer relação entre responsabilidade e o autocuidado, assim o conceito de autocuidado tem sido comumente associado a níveis de autonomia, independência e responsabilização pessoal. A definição de autocuidado compreende a realização de atividades de livre iniciativa que visam a preservação da vida, da saúde e do bem-estar pessoal (Orem, 2001), designadamente a promoção ou recuperação da saúde. Trata-se, portanto, de um fenómeno complexo e multidimensional (Petronilho, 2012).

A responsabilidade pelo autocuidado, implica a atividade e compromisso no desempenho de todas as atividades de vida diária, incluindo a participação nos processos de saúde. Os idosos com este perfil controlam a gestão do seu próprio regime de tratamento, compreendem os pressupostos das terapêuticas sugeridas e querem tomar decisões informadas sobre terapêuticas alternativas (Imaginário et al., 2018).

Nesta linha de pensamento, a teoria de Orem (2001) pode assumir-se como uma base para o EEER poder planejar programas de intervenção que ajudem a pessoa idosa residente numa ERPI a realizar o autocuidado (Queirós et al., 2014). Neste sentido, o papel do EEER deve ser ativo e dinâmico, focado na capacitação da pessoa idosa e na dependência para o autocuidado, com recurso a estratégias promotoras de *empowerment* e autogestão que objetivem um maior grau de autonomia e qualidade de vida da pessoa idosa residente em ERPI.

O EEER tem a capacidade de intervir junto da pessoa idosa, através de programas de reabilitação, para otimizar o máximo possível a sua capacidade funcional, prevenir complicações, empoderar os idosos para alcançarem o seu potencial, bem como maximizar a sua qualidade de vida. O desenvolvimento dessas intervenções tem-se revelado crucial na intervenção em idosos. O foco das intervenções, de acordo com o Regulamento n.º 125/2011, de 18 de fevereiro, visa:

Promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais da pessoa;

Prevenir complicações e evitar incapacidades;

Proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por

doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades (Regulamento n.º 125/2011, de 18 de fevereiro, p. 8658)

Sabe-se que a promoção do autocuidado na pessoa ao longo do ciclo de vida é o foco de atenção do EEER. Ao longo deste contínuo, cabe-lhe estar atento às necessidades da pessoa, por forma a maximizar as suas capacidades, promovendo a sua independência, minimizando as adversidades, sejam elas físicas, psicológicas, sociais ou outras (Santos, 2016).

CAPÍTULO II - ESTUDO EMPÍRICO

1. MATERIAIS E MÉTODOS

Tendo por base a revisão da literatura efetuada, neste capítulo procede-se à descrição dos procedimentos metodológicos para a investigação, designadamente a questão de investigação, os objetivos, o tipo de estudo, a população, a amostra, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos formais e éticos, bem como os procedimentos estatísticos.

A necessidade de cuidados holísticos assume-se como uma premissa para obter, uma maior consciencialização sobre a importância do papel do EEER no que diz respeito à intervenção em contexto das ERPI. A realização deste trabalho assume-se como uma forma de aprofundar os conhecimentos e adquirir novas competências, o que permitirá integrar o papel do EEER na realidade da prestação efetiva de cuidados aos utentes residentes em ERPI. Para garantir a eficácia e a pertinência da sua intervenção, EEER deve basear-se numa prática baseada na melhor evidência científica disponível.

Consubstanciando-se esta investigação em tais pressupostos, formulou-se a seguinte questão de investigação:

- Qual a associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas, e o nível de independência funcional, estado de equilíbrio e estado mental de utentes residentes em ERPI?

A questão supracitada materializa-se nos seguintes objetivos:

- Avaliar o nível de independência funcional, estado de equilíbrio e estado mental de utentes residentes numa ERPI;
- Identificar as variáveis sociodemográficas que interferem no nível de independência funcional, equilíbrio e estado mental de utentes residentes numa ERPI;
- Identificar que variáveis clínicas influenciam o nível de independência funcional, equilíbrio e estado mental de utentes residentes numa ERPI.

1.1. Tipo de estudo

Definiu-se um estudo descritivo correlacional, e transversal, com abordagem quantitativa. A investigação descritiva e a investigação correlacional são dois tipos de estudos de que auxiliam os investigadores a tomar decisões ponderadas nos seus respetivos domínios (Vilelas, 2020, pp. 214-216). A investigação descritiva é definida como um método de investigação que envolve a observação do comportamento para descrever os atributos de forma objetiva e sistemática. Procura compreender fenómenos ou grupos em profundidade (Vilelas, 2020, p. 214). A investigação correlacional, é um método que descreve e prevê a forma como as variáveis estão naturalmente relacionadas no mundo real, sem que o investigador tente alterá-las ou atribuir-lhes uma relação de causalidade (Coutinho, 2021). O principal objetivo da investigação descritiva é criar um retrato da situação atual, enquanto a investigação correlacional ajuda a comparar duas ou mais variáveis (Coutinho, 2021). Este estudo é, também, transversal, pois os dados foram recolhidos num só momento, numa amostra representativa da população de idosos residentes numa ERPI de um Estabelecimento Integrado no Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM. A população de idosos residentes na ERPI em causa, à data da recolha de dados, perfazia um total de 197 idosos.

Partindo-se das questões de investigação e dos objetivos, na figura seguinte apresenta-se as possíveis relações entre as variáveis independentes (variáveis sociodemográficas e clínicas) e as variáveis dependentes (independência funcional, risco de queda, equilíbrio dinâmico e capacidade cognitiva).

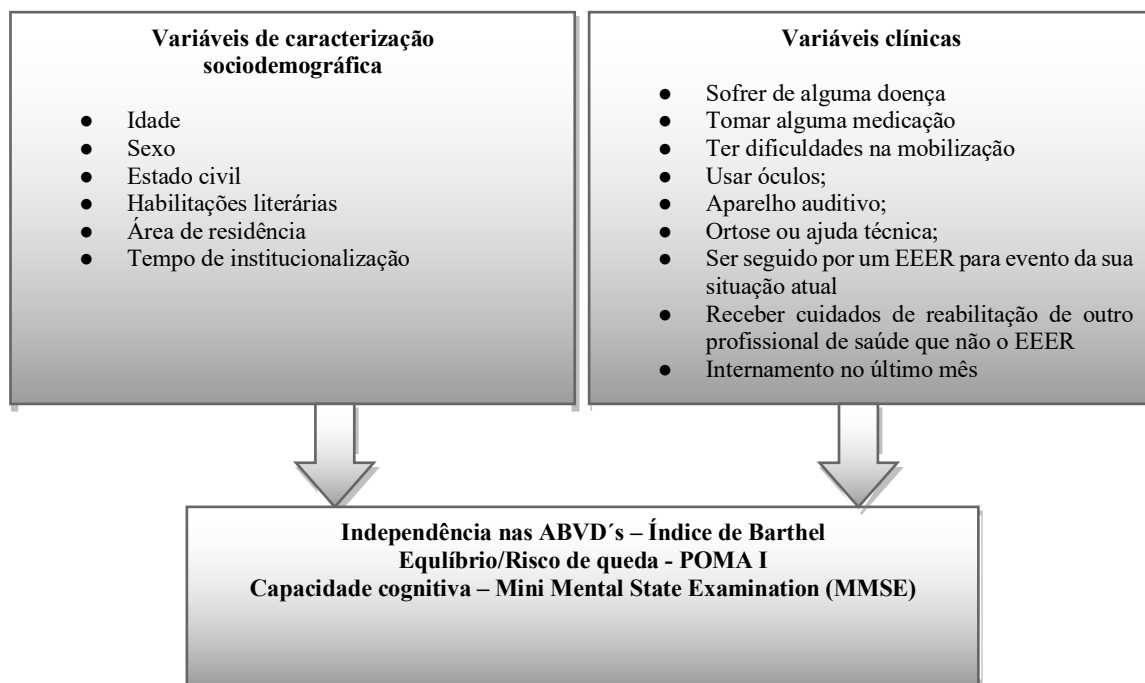


Figura 1. Representação esquemática da relação entre as variáveis independentes vs. dependentes

1.2. População, amostra e contexto

A população do estudo contemplava 197 idosos residentes numa ERPI de um Estabelecimento Integrado no Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM, a partir da qual se selecionou a amostra, tendo em conta os seguintes critérios de inclusão: idosos com idade ≥ 65 anos; que aceitaram participar no estudo; que deambulavam e faziam levantar autonomamente. Como critérios de exclusão: idosos com idade < 65 anos; acamados, cujas famílias não deram autorização para participar no estudo e que andassem em cadeiras de rodas. Assim, a amostra estudada é constituída por 66 idosos residentes numa ERPI de um Estabelecimento Integrado no Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM, seguindo-se uma amostragem de tipo não probabilístico por conveniência. A amostragem por conveniência é um método de amostragem não probabilístico em que os dados são recolhidos num grupo de pessoas facilmente acessível e disponível. Os indivíduos da amostra são selecionados por serem mais facilmente acessíveis ao investigador. A amostragem não probabilística significa que os investigadores escolhem a amostra em vez de a selecionarem aleatoriamente, pelo que nem todos os membros da população têm a mesma hipótese de participar no estudo (Coutinho, 2021; Marôco, 2021).

1.3. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados é constituído por um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica *ad hoc* (cf. Anexo I); recorreu-se ao Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Wade & Colin, 1988), versão de Sequeira (2010); utilizou-se o Teste de Avaliação da Mobilidade e Equilíbrio Estático e Dinâmico (POMA I), desenvolvido por Tinetti (1986) e validado para a população portuguesa por Petiz (2002), e ao *Mini Mental State Examination* (MMSE) de Folstein et al. (1975), com adaptação para a população portuguesa de Guerreiro et al. (1994).

Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Wade & Colin, 1988), versão de Sequeira (2010): avalia o nível de independência para a realização de 10 atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965, cit. por Araújo et al., 2007). A pontuação mínima de zero (0) corresponde a máxima dependência para todas as AVD avaliadas, e a máxima, de 100, equivale a independência total para as mesmas AVD avaliadas (Araújo et al., 2007). Por outras palavras, quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência. No contexto clínico, o Índice de Barthel permite recolher informação tendo por base a pontuação total e parciais para cada atividade que é avaliada, ou seja, dando a conhecer as incapacidades específicas da pessoa e, assim, proceder-se à adequação dos cuidados às necessidades (Araújo et al., 2007).

Os resultados da tabela 1 expressam o estudo da consistência interna, para este estudo, do Índice de Barthel. Os índices médios apresentam-se, na sua totalidade, acima do ponto médio. Relativamente aos coeficientes de correlação, todos os itens apresentam correlações acima de 0.20 (valor de referência) (Pestana & Gameiro, 2014). A análise dos coeficientes alfa de Cronbach, por item, indica que oscilam entre 0,890 e 0,904, sendo o alfa global de 0,912, considerado com boa consistência interna, sugestivo de muito boa consistência interna.

Tabela 1. Estatísticas e consistência interna do Índice de Barthel

N.º Item	Média	r item/ total	r ²	α sem item
1.	77,15	,679	,549	,898
2.	73,08	,691	,708	,893
3.	73,31	,704	,705	,892
4.	72,85	,755	,626	,890
5.	72,00	,512	,414	,904
6.	68,69	,763	,686	,889
7.	67,54	,759	,632	,889
8.	73,46	,750	,577	,889
9.	75,15	,567	,457	,907
10.	77,85	,594	,399	,899

Coeficiente alpha Cronbach global: ,912

Teste de Tinetti (POMA I): para a avaliação do equilíbrio utilizou-se a versão portuguesa da Performance-Oriented Mobility Assessment (POMA I), desenvolvido por Tinetti (1986) e validado para a população portuguesa por Petiz (2002). Este teste, também designado por Avaliação da Mobilidade Orientada para o Desempenho (POMA), avalia a percepção do equilíbrio e da estabilidade de uma pessoa durante as atividades da vida diária e o seu medo de cair. O teste é composto por duas secções curtas, uma das quais examina as capacidades de equilíbrio estático numa cadeira e depois de pé, e a outra a marcha. Tem melhor validade de teste-reteste, discriminativa e preditiva relativamente ao risco de queda do que outros testes, incluindo o teste *Timed Up and Go* (TUG), o teste unipodal e o teste de alcance funcional (Petiz, 2002). O mesmo divide-se em duas partes que perfazem 28 pontos, traduzindo que quanto mais alto o valor, melhor o equilíbrio. A primeira parte avalia o equilíbrio estático, com 9 itens, entre os quais dois são pontuados de 0 a 1 e sete de 0 a 2, possibilitando um máximo de 16 pontos. A segunda parte avalia o equilíbrio dinâmico e compreende 10 itens, entre os quais oito são pontuados de 0 a 1 e dois de 0 a 2, num total de 12 pontos. Petiz (2002) alcançou uma elevada homogeneidade de conteúdo ($\alpha=0,97$) e fiabilidade após teste-reteste (r de Pearson=0,96).

A análise da consistência interna do POMA I para o presente estudo revelou índices médios acima do ponto médio. Quanto aos coeficientes de correlação constata-se todos os itens apresentam correlações acima de 0.20 (valor de referência) (Pestana & Gameiro, 2014). Os coeficientes alfa de Cronbach, por item, oscilam entre 0,921 e 0,929, sendo o alfa global de 0,929, sugestivo de boa consistência interna (cf. tabela 2).

Tabela 2. Estatísticas e consistência interna do Teste de Tinetti (POMA I)

N.º Item	Média	r item/ total	α sem item
1.	17,23	,512	,927
2.	17,77	,742	,922
3.	17,61	,713	,923
4.	17,63	,748	,922
5.	17,64	,756	,921
6.	18,38	,536	,926
7.	18,05	,793	,921
8.	18,73	,715	,923
9.	17,69	,829	,920
10.	18,31	,538	,926
11.	18,44	,568	,926
12.	18,33	,487	,927
13.	18,45	,513	,927
14.	18,36	,514	,927
15.	18,20	,431	,928
16.	18,25	,397	,929
17.	17,88	,740	,922
18.	17,86	,674	,925
19.	18,33	,396	,929

Coefficiente alfa de Cronbach global: ,929

Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein et al. (1975), com adaptação para a população portuguesa de Guerreiro et al. (1994): permitiu avaliar o estado mental dos idosos, sendo este instrumento muito utilizado para avaliar rapidamente as habilidades cognitivas da pessoa em avaliação. O MMSE é constituído por 7 categorias, que avaliam: as “funções” cognitivas específicas: orientação no tempo (5 pontos), orientação do local (5 pontos), registo de 3 palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O mínimo e o máximo variaram entre zero e 30 pontos, cujo resultado final, caso seja < 24 pontos sugere demência, leve entre 23-21, moderada entre 20-11, e severa inferior a 10 (Lobo et al., 1999).

Iniciou-se o estudo da escala MMSE com a apresentação das médias, as correlações entre cada item e o valor global da escala, bem como os coeficientes alfa de Cronbach. Registou-se que os valores de alfa variam entre 0,872 e 0,905 o que é indicativo de boa consistência interna. Obteve-se um Alfa de Cronbach global de 0,890, sugestivo de boa consistência interna. Os coeficientes de correlação do item total corrigido apontam para uma boa estabilidade registando-se o menor ($r=0,243$), com uma variação de 41,4%. Quanto aos índices médios e

respetivos desvio padrão dos diversos itens, observou-se que se encontram bem centrados, situando-se acima da média esperada (cf. tabela 3).

Tabela 3. Estatísticas e consistência interna do Mini-Mental State Examination (MMSE)

N.º Item	Média	r item/ total	r ²	α sem item
11	6,81	,738	,702	,877
13	6,97	,694	,623	,881
14	6,75	,820	,775	,872
15	6,85	,736	,617	,878
16	6,73	,491	,688	,894
17	6,81	,692	,724	,881
18	6,71	,575	,562	,889
19	6,69	,687	,695	,882
110	6,78	,669	,703	,883
MMS5d	6,63	,243	,414	,905
Coefficiente alfa de Cronbach global: ,890				

1.4. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas

O protocolo de pesquisa teve parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Bragança, com registo n.º 117/2022, emitido a 23 de setembro de 2022 (cf. Anexo 2). Parecer favorável da Diretora do Estabelecimento Integrado do Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM, com número de registo 135951, com registo em ata do Conselho Diretivo a 10/8/2022 (cf. Anexo 3). Foram dadas todas as informações imprescindíveis aos participantes, entregue o termo de consentimento livre e esclarecido, no qual se garantia que a recolha de dados seguia a política de proteção de dados da *EuSurvey*, a confidencialidade dos dados, tendo em conta que o investigador assumiu como sua obrigação e dever do sigilo profissional, bem como lhes foi explicado que os dados serão imediatamente destruídos após a defesa pública da dissertação. Em nenhum lugar figuram os nomes dos participantes. Este estudo dá comprometimento ao estipulado no Regulamento Geral da Proteção de Dados (RGPD), garantindo a segurança, o anonimato e a confidencialidade dos dados facultados pelos participantes em todas as fases do processo. A recolha de dados ocorreu entre 15 de fevereiro a 30 de abril de 2023, com a colaboração dos enfermeiros afetos à ERPI.

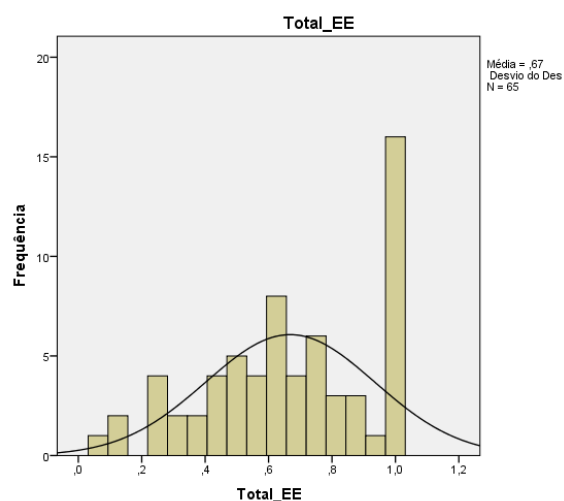
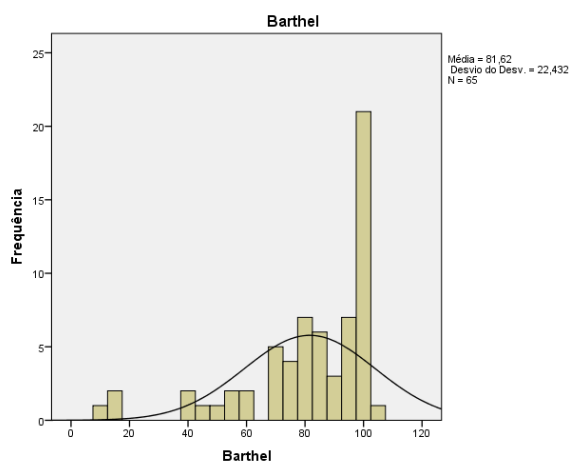
1.5. Procedimentos de análise dos dados

Para a análise de dados recorreu-se à estatística descritiva e a estatística inferencial, com suporte no programa estatístico IBM - *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS)®, versão 26.0 para Windows.

Para a estatística descritiva, foram calculadas as frequências absolutas (n) e relativas (%), medidas de tendência central: média (\bar{x}), medidas de dispersão: desvio padrão (Dp) (Marôco, 2021). No que consiste à análise inferencial, foi aplicada a estatística não paramétrica, na medida em que as condições para o uso dos testes paramétricos não eram compatíveis, como demonstrado pelo teste da normalidade Shapiro-Wilk, cujos resultados indicam que as distribuições de dados alusivos às variáveis dependentes não se encontravam na normalidade ($p < 0,05$) (tabela 4). Assim, e tendo em conta a análise dos gráficos (histogramas da normalidade), registou-se a inexistência de uma distribuição normal ou próximo do normal, levando à utilização de testes não paramétricos.

Tabela 4. Teste de Normalidade de Shapiro-WILK

	Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	p
Total Índice de Barthel	,809	65	,000
Total Equilíbrio sentado	,928	65	,001
Total Equilíbrio dinâmico - Marcha	,923	65	,001
Total POMA I	,935	65	,002
Total MMSE	,902	65	,000



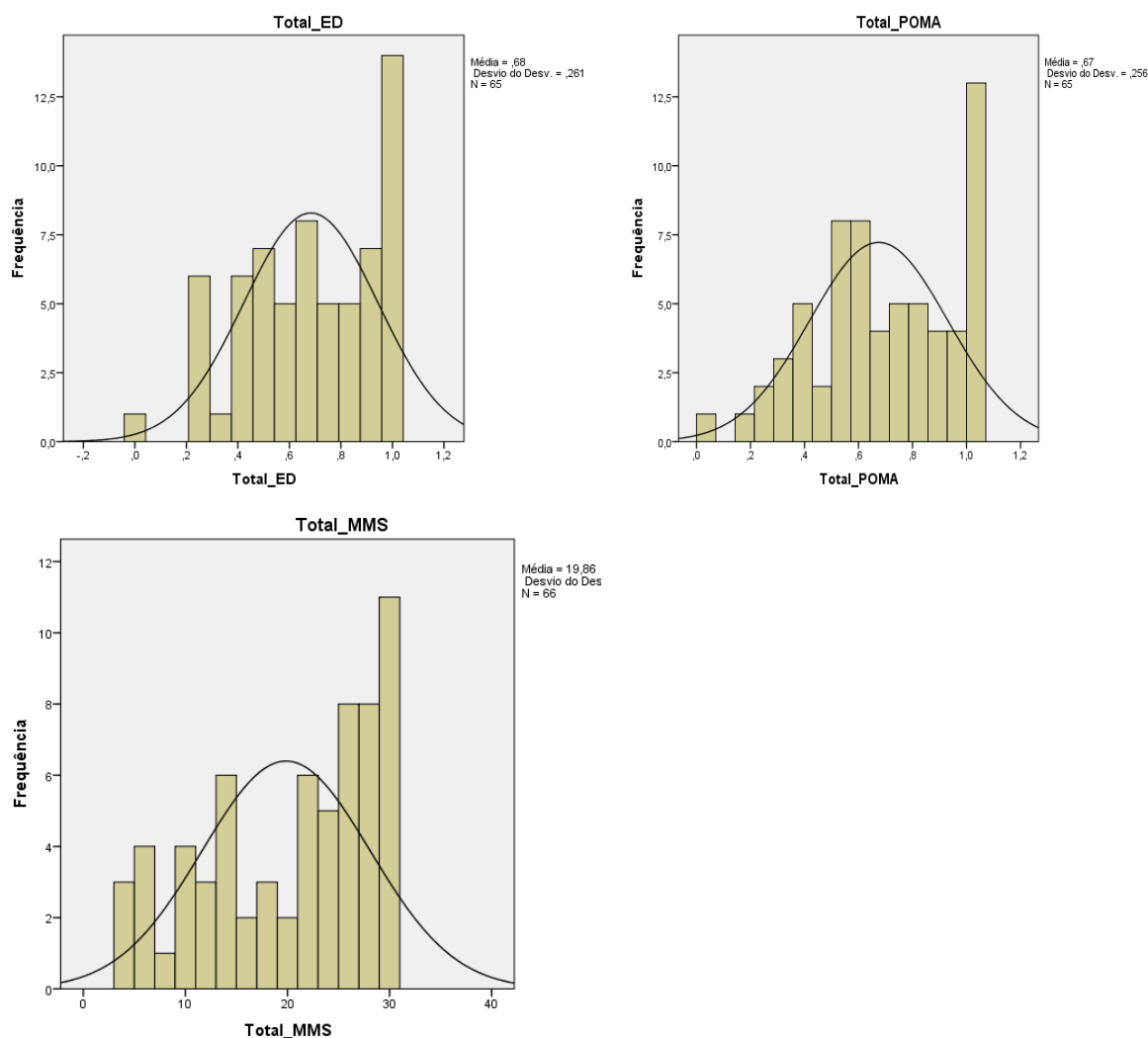


Figura 2. Histogramas da normalidade

Face ao exposto, na análise inferencial aplicaram os seguintes testes não paramétricos:

- O teste U de Mann-Whitney: permite comparar diferenças entre duas amostras independentes em caso em que a variável dependente é ordinal ou contínua, mas com distribuição anormal. Trata-se de um teste alternativo ao teste t independente, ainda que nem sempre se aplique tal regra (Marôco, 2021);
- O teste de Kruskal-Wallis: baseia-se em classificações, podendo ser aplicado para delimitar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre três ou mais grupos de uma variável independente numa variável dependente contínua ou ordinal. Este teste não paramétrico, por norma, é aplicado como alternativa ao teste ANOVA (Marôco, 2021).

Seguidamente, apresentam-se os resultados em tabelas. Omitiu-se a fonte, o local e a data dado que os dados foram obtidos pelo próprio investigador em estudo de natureza transversal.

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo analisam-se e interpretam-se os resultados obtidos, começando-se pela análise descritiva, seguindo-se a análise inferencial.

2.1. Análise descritiva

A análise descritiva inicia com a caracterização sociodemográfica dos idosos residentes na ERPI em estudo, bem como a sua caracterização de contexto clínico. Ressalva-se que a variável “profissão exercida” não foi trabalhada estatisticamente devido à heterogeneidade de respostas possíveis, bem como acresce referir que em algumas variáveis sociodemográficas alguns idosos não deram resposta.

Caracterização sociodemográfica

Numa amostra de 66 idosos residentes numa ERPI, 54,5% são homens, com idade compreendida entre 65 e os 101 anos, com uma média de idades de $76,66 \pm 11,83$ anos, prevalecendo os idosos na faixa etária dos 71-85 anos (48,8%), os solteiros (41,0%), os que possuem o 1.º ciclo do ensino básico (52,0%), residentes em meio urbano (65,1%) e com tempo de institucionalização inferior a 5 anos (60,6%), com um mínimo e um máximo a oscilarem entre 5 meses e 12 anos, correspondendo-lhe uma média de tempo de institucionalização de $4,15 \pm 3,09$ anos (cf. tabela 5).

Tabela 5. Caracterização sociodemográfica dos idosos

Idosos	N=66 (100,0%)			
Idade	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
	76,66	11,83	65	101
	(N)	%		
65-70 anos	20	30,2		
71-85 anos	32	48,8		
>85 anos	14	21,0		
Gênero				
Masculino	36	54,5		
Feminino	30	45,5		
Estado civil				
Solteiro	27	41,0		
Divorciado/Separado	8	12,0		
Casado/União	10	15,0		
Viúvo	21	32,0		
Habilitações literárias				
Analfabeto	19	29,0		
1º ciclo do ensino básico	34	52,0		
2º ciclo do ensino básico	4	6,0		
3º ciclo do ensino básico	3	5,0		
Ensino secundário	3	5,0		
Licenciatura	2	3,0		
Zona de residência				
	(N)	%		
Urbano	43	65,1		
Rural	23	34,9		
Tempo de institucionalização				
	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
	4,15	3,09	,5	12,0
	(N)	%		
<5 anos	40	60,6		
≥5 anos	26	39,4		

Caracterização clínica

Maioritariamente, os idosos sofrem de alguma doença (93,9%), sobressaindo a hipertensão arterial (29,6%), diabetes *mellitus* (27,8%) e a patologia cardiovascular (22,2%). Prevaecem os idosos que tomam medicação (89,4%), com a maioria a tomar anti hipertensores diuréticos (48,1%), outros medicamentos (33,3%), psicofármacos e antidiabéticos/insulina, ambos com 27,8%, seguindo-se os anticoagulantes (22,2%) e os anti-inflamatórios/analgésicos (20,4%). Cerca de mais de metade da amostra apresenta dificuldades na mobilidade (54,0%), entre as quais prevaecem o desequilíbrio na marcha (25,0%), gonalgias (22,0%) e a dificuldade em deambular por dor nos membros inferiores (14,0%). Verificou-se ainda que 48,5% dos idosos usa óculos e apenas um idoso usa aparelho auditivo. A maioria não utiliza alguma ortose ou ajuda técnica (62,0%) e entre os 38,0% que a usam, prevalece o uso da bengala (16,7%). Nenhum idoso é seguido por EEER para o evento da sua situação atual, com 41,0% a relatarem

que recebem cuidados de Reabilitação de outro profissional de saúde, nomeadamente o fisioterapeuta. A grande maioria dos idosos não esteve internada no último mês (95,5%), em relação à data da recolha de dados (cf. tabela 6).

Tabela 6. Caracterização clínica dos idosos

Idosos	N=66 (100,0%)	
	(N)	%
Sofrer de alguma doença		
Sim	62	93,9
Não	4	6,1
Tipo de doenças		
Diabetes	15	27,8
Patologia cardiovascular	12	22,2
Hipertensão arterial	16	29,6
Doenças hematológicas	2	3,7
Patologia respiratória	1	1,9
Demências	5	9,3
Patologias osteoarticular	7	13,0
Patologia psiquiátrica	8	14,8
Doenças genito-urinárias	2	3,7
Doenças gastrointestinais	1	1,9
Outras	5	9,3
Tomar alguma medicação		
Sim	59	89,4
Não	7	10,6
Tipo de medicação		
Anti-hipertensores diuréticos	26	48,1
Anticoagulantes	12	22,2
Psicofármacos	15	27,8
Inibidor da bomba de protões	6	11,1
Anti-inflamatórios/analgésicos	11	20,4
Antidiabéticos/insulina	15	27,8
Digitálicos	5	9,3
Outros	18	33,3
Dificuldades na mobilidade		
Sim	36	54,0
Não	30	46,0
Tipo de dificuldades de mobilidade		
Deformação do membro inferior	6	16,0
Descer e subir escadas	1	3,0
Desequilíbrio na marcha	9	25,0
Dificuldade em andar por dor nas pernas	5	14,0
Dor de joelhos	8	22,0
Dor na anca	1	3,0
Hemiparesia à direita	1	3,0
Hemiparesia alta	1	3,0
Iniciar a marcha	1	3,0
Pés edemaciados	1	3,0
Tremores dos membros superiores e inferiores	2	5,0
Usar óculos		
Sim	32	48,5
Não	34	51,5

Usar aparelho auditivo		
Sim	1	1,5
Não	65	98,5
Utilizar alguma ortose ou ajuda técnica		
Sim	25	38,0
Não	41	62,0
Tipo de ortose ou ajuda técnica		
Andarilho	6	9,1
Bengala	11	16,7
Cadeira de rodas	1	1,5
Canadianas	2	3,0
Ortótese nos membros inferiores	5	7,6
Ser seguido por EEER para o evento da sua situação atual		
Sim	0	00
Não	66	100,0
Receber cuidados de Reabilitação de outro profissional de saúde que não o EEER		
Sim – Fisioterapeuta	27	41,0
Não	39	59,0
Ter internado no último mês		
Sim	3	4,5
Não	63	95,5

Estatísticas relativas ao nível de independência, mobilidade e equilíbrio estático e dinâmico e estado mental

No total da amostra registou-se uma média de $81,62 \pm 22,43$ pontos para o total da Escala de Barthel, com um mínimo e um máximo a oscilarem entre 10 e 100. Quanto ao equilíbrio estático, obteve-se uma média de $11,4 \pm 1,7$ com um mínimo e um máximo a variarem entre 1 e 16; A média de equilíbrio dinâmico foi de $6,9 \pm 1,9$, oscilando entre um mínimo de 1 e um máximo de 12. Relativamente à POMA I, obteve-se uma média de $17,23 \pm 5,50$, com uma variação de 0,0 e 18. No que concerne ao score total do estado mental, alcançou-se a média de $19,86 \pm 8,2$, com um mínimo e um máximo a oscilarem entre 4 e 30 (cf. tabela 7).

Tabela 7. Estatísticas relativas ao nível de independência, mobilidade e equilíbrio estático e dinâmico e estado mental

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Nível de Independência Barthel	81,62	22,43	10	100
Equilíbrio estático	11,4	1,7	1	16
Equilíbrio dinâmico	6,9	1,9	1	12
Total POMA I	17,23	,25	,0	18
Estado mental Total MMSE	19,86	8,2	4	30

Da análise efetuada, verificou-se que 84,8% dos idosos apresenta dependência ligeira, 10,7% dependência moderada, e apenas 4,5% com dependência total (cf. tabela 8).

Tabela 8. Nível de dependência

Idosos	N=66 (100,0%)	
	(N)	%
Nível de dependência		
Dependência total	3	4,5
Dependência moderada	7	10,7
Dependência ligeira	56	84,8

Um pouco mais de metade dos idosos (54,5%) não revelam défice cognitivo, tendo-se registado que 45,5% apresentam défice cognitivo (cf. tabela 9).

Tabela 9. Estado mental

Idosos	N=66 (100,0%)	
	(N)	%
Estado cognitivo		
Com défice cognitivo	30	45,5
Sem défice cognitivo	36	54,5

2.2. Análise inferencial

Seguem-se os resultados obtidos na análise inferencial, como forma de dar resposta à questão de investigação.

Relação entre o nível de dependência e as variáveis sociodemográficas

Constatou-se que nenhuma das variáveis sociodemográficas em estudo, tem associação estatisticamente significativa com o nível de dependência dos idosos ($p > 0,05$). Contudo, analisando-se os valores de ordenação média, os idosos com um nível de independência mais elevado são os do sexo masculino, na faixa etária dos 65-70 anos, os divorciados/separados e os que têm mais tempo de institucionalização (cf. tabela 10).

Tabela 10. Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis entre as variáveis sociodemográficas e o nível de dependência

Variáveis		Nível de dependência	Teste
		Ordenação média	
Sexo	Masculino	<u>34,87</u>	U de Mann-Whitney
	Feminino	28,41	
	(p)	0,158	
Idade	65-70 anos	<u>33,45</u>	Kruskal-Wallis
	71-85 anos	31,73	
	>85 anos	23,39	
	(p)	0,311	
Estado civil	Solteiro	34,83	Kruskal-Wallis
	Divorciado/Separado	<u>39,44</u>	
	Casado/União	31,78	
	Viúvo	28,96	
	(p)	0,474	
Tempo de institucionalização	<5 anos	29,68	U de Mann-Whitney
	≥5 anos	<u>34,20</u>	
	(p)	0,325	

Relação entre o nível de dependência e as variáveis clínicas

Verificou-se que apenas existe diferenças estatisticamente entre possuir dificuldades de mobilidade e o nível de dependência dos idosos ($p=0,008$), sendo os idosos mais dependentes os que revelam dificuldades de mobilidade. Registou-se que os mais independentes são os que não possuem dificuldades de mobilidade, não tomam medicação, não possuem alguma doença, não usam óculos, não usam alguma ortótese ou ajuda técnica, os que não recebem cuidados de Reabilitação de outro profissional (fisioterapeuta) e que estiveram internados no último mês, até à data (cf. tabela 11).

Tabela 11. Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis entre as variáveis clínicas e o nível de dependência

Variáveis	Nível de dependência	Ordenação média	Teste
Sofrer de alguma doença	Sim	32,01	Mann-Whitney
	Não	<u>48,13</u>	
	(p)	0,092	
Tomar alguma medicação	Sim	30,16	Mann-Whitney
	Não	<u>47,33</u>	
	(p)	0,097	
Possuir dificuldades de mobilidade	Sim	26,61	Mann-Whitney
	Não	<u>38,73</u>	
	(p)	0,008	
Usar óculos	Sim	31,06	Mann-Whitney
	Não	<u>34,88</u>	
	(p)	0,407	
Utilizar alguma ortótese ou ajuda técnica	Sim	30,04	Mann-Whitney
	Não	<u>34,85</u>	
	(p)	0,309	
Receber cuidados de Reabilitação de outro profissional (fisioterapeuta)	Sim	31,94	Mann-Whitney
	Não	<u>33,75</u>	
	(p)	0,699	
Estar internado no último mês	Sim	39,00	Mann-Whitney
	Não	32,40	
	(p)	0,720	

Relação entre a mobilidade, equilíbrio estático e dinâmico e as variáveis sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas em estudo não têm associação estatisticamente significativa com o equilíbrio dinâmico e estático, bem como no total da POMA ($p > 0,05$). Todavia, pelos valores de ordenação média, apurou-se que os homens, os utentes divorciados/separados e com tempo de institucionalização igual ou superior aos 5 anos apresentam valores mais altos o que indicam melhor equilíbrio. Os idosos com 65-70 anos de idade revelaram mais equilíbrio estático, enquanto os que se situam na faixa etária dos 71-85 anos pontuaram mais no equilíbrio dinâmico e no total da POMA (cf. tabela 12).

Tabela 12. Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis entre as variáveis sociodemográficas e o equilíbrio

Variáveis	Equilíbrio estático	Equilíbrio Dinâmico	POMA total	Teste
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	
Sexo				
Masculino	<u>32,50</u>	<u>33,96</u>	<u>33,10</u>	Mann-Whitney
Feminino	31,38	29,55	30,63	
(p)	0,807	0,339	0,592	
Idade				
65-70 anos	<u>35,20</u>	29,30	33,30	Kruskal-Wallis
71-85 anos	36,30	<u>36,35</u>	<u>36,50</u>	
>85 anos	24,54	24,14	23,75	
(p)	0,366	0,361	0,323	
Estado civil				
Solteiro	30,83	32,60	31,70	Kruskal-Wallis
Divorciado/Separado	<u>35,25</u>	<u>36,31</u>	<u>36,00</u>	
Casado/União	34,83	33,72	34,11	
Viúvo	32,15	30,89	31,52	
(p)	0,920	0,899	0,926	
Tempo de institucionalização				
<5 anos	29,15	29,11	29,03	Mann-Whitney
≥5 anos	<u>34,98</u>	<u>35,04</u>	<u>35,16</u>	
(p)	0,208	0,200	0,187	

Relação entre o equilíbrio e as variáveis clínicas

As variáveis clínicas que têm significado estatístico com o equilíbrio (equilíbrio estático, equilíbrio dinâmico e total da POMA) são possuir dificuldades de mobilidade e utilizar alguma ortótese ou ajuda técnica ($p < 0,05$). É de referir que os idosos que não sofrem de alguma doença, que não tomam medicação, não usam óculos, que recebem cuidados de Reabilitação de outro profissional (fisioterapeuta) e que não estiveram internados no último mês são os que alcançaram melhor pontuação (equilíbrio estático, equilíbrio dinâmico e total da POMA), indicando que são estes os participantes com melhor equilíbrio (cf. tabela 13).

Tabela 13. Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis entre as variáveis clínicas e o equilíbrio

Variáveis	Nível de dependência	Equilíbrio estático	Equilíbrio dinâmico	POMA total	Teste
		Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	
Sofrer de alguma doença	Sim	32,41	32,67	32,48	Mann-Whitney
	Não	<u>42,00</u>	<u>38,00</u>	<u>40,88</u>	
	(p)	0,321	0,582	0,387	
Tomar alguma medicação	Sim	30,70	30,84	30,76	Mann-Whitney
	Não	<u>36,83</u>	<u>34,17</u>	<u>35,67</u>	
	(p)	0,557	0,750	0,639	
Possuir dificuldades de mobilidade	Sim	21,11	22,51	21,46	Mann-Whitney
	Não	<u>45,61</u>	<u>43,86</u>	<u>45,18</u>	
	(p)	0,000	0,000	0,000	
Usar óculos	Sim	29,06	29,00	28,83	Mann-Whitney
	Não	<u>36,82</u>	<u>36,88</u>	<u>37,05</u>	
	(p)	0,095	0,090	0,078	
Utilizar alguma ortótese ou ajuda técnica	Sim	21,96	22,96	22,28	Mann-Whitney
	Não	<u>39,90</u>	<u>39,28</u>	<u>39,70</u>	
	(p)	0,000	0,001	0,000	
Receber cuidados de Reabilitação de outro profissional (fisioterapeuta)	Sim	<u>57,50</u>	<u>53,25</u>	<u>54,75</u>	Mann-Whitney
	Não	32,22	32,36	32,31	
	(p)	0,060	0,121	0,097	
Estar internado no último mês	Sim	28,39	30,26	29,39	Mann-Whitney
	Não	<u>36,28</u>	<u>34,95</u>	<u>35,57</u>	
	(p)	0,094	0,320	0,192	

Relação entre o estado mental e as variáveis sociodemográficas

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre variáveis sociodemográficas e o estado mental. Pela análise dos valores de ordenação média, constata-se que os homens, os idosos com idades compreendidas entre os 71-85 anos, divorciados/separados e com menor tempo de institucionalização são os que apresentam melhor estado mental (cf. tabela 14).

Tabela 14. Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis entre as variáveis sociodemográficas e o estado mental

Variáveis	Estado cognitivo	Teste
	Ordenação média	
Sexo	Masculino	<u>32,83</u>
	Feminino	<u>32,07</u>
	(p)	0,871
Idade	65-70 anos	29,45
	71-85 anos	<u>32,61</u>
	>85 anos	29,21
	(p)	0,905
	Estado civil	
Solteiro	31,74	
Divorciado/Separado	<u>45,06</u>	
Casado/União	37,94	
Viúvo	28,76	
(p)	0,148	
Tempo de institucionalização	<5 anos	<u>33,66</u>
	≥5 anos	29,63
	(p)	0,390

Relação entre o estado mental e as variáveis clínicas

As variáveis clínicas não apresentaram associação estatisticamente significativa no estado mental dos idosos. Porém, a análise dos valores de ordenação média indica que os idosos que não sofrem de alguma doença, que tomam medicação, que possuem dificuldades de mobilidade, que não usam óculos, que utilizam alguma ortótese ou ajuda técnica, que recebem cuidados de Reabilitação de um fisioterapeuta e que estiveram internados no último mês apresentaram melhor estado mental (cf. tabela 15).

Tabela 15. Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis entre as variáveis clínicas e o estado mental

Variáveis	Estado cognitivo	Teste
Sofrer de alguma doença		
Sim	33,02	Mann-Whitney
Não	<u>41,00</u>	
(p)	0,419	
Tomar alguma medicação		
Sim	<u>31,74</u>	Mann-Whitney
Não	26,83	
(p)	0,670	
Possuir dificuldades de mobilidade		
Sim	<u>35,16</u>	Mann-Whitney
Não	31,94	
(p)	0,496	
Usar óculos		
Sim	31,64	Mann-Whitney
Não	<u>33,85</u>	
(p)	0,646	
Utilizar alguma ortótese ou ajuda técnica		
Sim	<u>47,00</u>	Mann-Whitney
Não	32,56	
(p)	0,287	
Receber cuidados de Reabilitação de outro profissional (fisioterapeuta)		
Sim	<u>36,28</u>	Mann-Whitney
Não	30,67	
(p)	0,238	
Estar internado no último mês		
Sim	<u>63,00</u>	Mann-Whitney
Não	32,02	
(p)	0,098	

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo teve como principal objetivo determinar o nível de independência funcional, estado de equilíbrio e estado mental de uma amostra de 66 utentes residentes de uma ERPI de um Estabelecimento Integrado no Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM, cujo perfil sociodemográfico indica que um pouco mais de metade são homens, com idade compreendida entre 65 e os 101 anos, com uma média de idades de $76,66 \pm 11,83$ anos, prevalecendo os idosos na faixa etária dos 71-85 anos, os solteiros, os que possuem o 1.º ciclo do ensino básico, residentes em meio urbano e com tempo de institucionalização inferior a 5 anos (60,6%), com um mínimo e um máximo a oscilarem entre 5 meses e 12 anos, correspondendo-lhe uma média de tempo de institucionalização de $4,15 \pm 3,09$ anos. Este perfil difere em alguns dados do encontrado por Fermento et al. (2019), com uma amostra de 103 idosos portugueses, dos quais a maioria era do género feminino, viúvos, com idade a variar entre 65 e 100 anos, sendo a idade média $83,17 \pm 6,70$ anos, com a maioria (68%) institucionalizada, com tempo de institucionalização a variar entre 1 mês e 30 anos, sendo a média $3,7 \pm 5,3$ anos. No estudo de Paula et al. (2020) com uma amostra de 48 idosos brasileiros institucionalizados, a média de idade era de $76,5 (\pm 10,2)$ anos, sendo que 72,9% eram mulheres, com predomínio de solteiros, idosos com baixa escolaridade e o tempo de institucionalização, na maioria dos casos, variou entre um e cinco anos (60,4%). Costa (2022) avaliou o nível de independência nas atividades básicas de vida diária de idosos institucionalizados, numa amostra de 53 idosos residentes em ERPI do Concelho de Ponte de Lima, sendo maioritariamente uma amostra constituída por mulheres (74%), com idade compreendida entre os 85-94 anos. Rodrigues et al. (2019), numa amostra de 135 idosos residentes em ERPI do norte de Portugal, a maioria era do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 65 e os 99 anos (idade média de 83,2 anos). Relativamente ao tempo de institucionalização, o mínimo e o máximo oscilavam entre meio ano e 30 anos, com uma média de 4,5 anos. Quanto ao estado civil, prevaleciam os idosos viúvos.

Estes dados sociodemográficos são idênticos a estudos anteriores na população portuguesa, sendo a maioria das amostras do sexo feminino, o que se deve à maior longevidade das mulheres em detrimento dos homens (Goes et al., 2020). Em termos de escolaridade, um número significativo de idosos portugueses não frequentou a escola nem sabe ler/escrever ou possui apenas o 1.º ciclo do ensino básico, fator que, por um lado, se deve às dificuldades em frequentar

a escola quando estavam em idade escolar e, por outro, pode estar relacionado com o tipo de instituições onde a amostra foi recolhida.

No que diz respeito à situação de saúde dos idosos participantes no presente estudo, maioritariamente, sofrem de alguma doença, sobressaindo a hipertensão arterial, a diabetes e a patologia cardiovascular, corroborando o estudo de Fermento et al. (2019), onde a grande maioria sofria de alguma doença. As patologias que predominaram foram as doenças dos sistemas músculo-esquelético, cardiovascular e neurológico. De igual modo, no estudo de Paula et al. (2020), os resultados também indicam uma grande prevalência de idosos que tomavam medicação. Na amostra estudada, a maioria dos idosos tomavam anti-hipertensores diuréticos, sobressaindo os psicofármacos e antidiabéticos/insulina, os anticoagulantes e os anti-inflamatórios/analgésicos. Um pouco mais de metade da amostra tem dificuldades na sua mobilidade (54,0%), entre as quais prevalecem o desequilíbrio na marcha, a dor de joelhos e a dificuldade em andar por dor nos membros inferiores. Verificou-se que 48,5% usam óculos, sendo que 38,0% utilizam alguma ortose ou ajuda técnica, particularmente o uso da bengala (16,7%). Nenhum idoso é seguido por EEER para o evento da sua situação atual, com 41,0% a relatarem que recebem cuidados de Reabilitação de um fisioterapeuta. Maioritariamente, os idosos não estiveram internados no último mês, em relação à data da recolha de dados. Rodrigues et al. (2019) verificaram uma prevalência de idosos a sofrer de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, secundadas pelas doenças do aparelho cardiovascular e as doenças mentais.

No presente estudo, a maioria dos idosos apresentava dependência ligeira (84,8%), seguindo-se os com dependência moderada (10,7%) e com apenas 4,5% a terem dependência total. Resultados obtidos por Costa (2022) diferem parcialmente dos encontrados neste estudo, pois a autora constatou que 20,7% idosos são independentes para a realização das atividades de vida diária, com uma percentagem 5,8% correspondente a idosos ligeiramente dependentes, 32,0% moderadamente dependentes e 41,5% severamente dependentes. A autora não registou qualquer idoso com dependência total, enquanto no presente estudo, ainda que em percentagem reduzida, 3 idosos eram dependentes totais para a realização as atividades de vida diária. Assim pode concluir-se que o nível de independência dos idosos com maior percentagem corresponde à dependência ligeira, contrariamente aos da amostra de Costa (2022) onde prevaleceu a dependência severa necessitando de alguma ajuda. A população geriátrica constitui um grupo mais vulnerável aos quadros clínicos associados a algum grau de dependência que, por vezes,

antecipa a institucionalização do idoso. A imobilidade crónica ocorre quando a capacidade de compensar os efeitos cumulativos dos défices se esgota e a vida quotidiana normal torna-se um desafio, pode ter consequências graves e constituir uma das principais causas de morbilidade e mortalidade na população idosa, uma vez que existe um risco crescente de osteoporose e, conseqüentemente, de fraturas ósseas. A nível mundial, as dificuldades de mobilidade são consideradas uma das principais causas de morte prematura entre adultos mais velhos (Babine et al., 2018; Ali et al., 2022; Wróblewska et al., 2023). A independência funcional é um indicador de saúde na população de idosos e necessita de ser avaliada regularmente pelas equipas de saúde, para que, assim, se possa monitorizar perdas, planear o tratamento e programas de reabilitação adaptados às necessidades de cada idoso (Sá & Santos, 2019). A finalidade desta avaliação assume-se como uma ferramenta fundamental do cuidado aos idosos, na medida em que dilata o conceito de avaliação entre o estado de saúde e doença, possibilitando uma maior especificidade nos cuidados prestados. Esta avaliação assume particular relevância em pessoas com idade mais avançada, que têm doenças crónicas, o que lhes permite realizar as suas atividades de vida diária e de autocuidado de forma mais independentes (Ribeiro et al., 2018).

Analisando-se os resultados do *Mini-Mental State Examination*, verificou-se que um pouco mais de metade dos idosos (54,5%) não revelam défice cognitivo, mas 45,5% apresentavam-no, o que não está em consonância com o estudo de García-Alonso & Fonseca (2021), com uma amostra constituída por 89 idosos portugueses institucionalizados em ERPI, com uma média de idades de 86,6 anos, sendo a maioria do sexo feminino, 45,3% apresentavam deterioração cognitiva, com quase metade da amostra a apresentar um défice moderado a grave (50%). Todavia, os autores alertam para o facto de não se poder concluir que esta percentagem de idosos tivesse um diagnóstico de demência, uma vez que a *Blessed Dementia Scale* (BDS) apenas avalia a deterioração cognitiva e de personalidade. Uma revisão sistemática da literatura refere que mais de dois terços dos idosos residentes em ERPI têm demência (Toot et al., 2017; Wróblewska et al., 2023). Um estudo concluiu que de 33% a 50% das pessoas com demência em países de elevado rendimento estão institucionalizadas (Prince et al., 2013). Uma conclusão consistente em vários estudos, referida numa meta-análise é que uma menor cognição está relacionada com um maior risco de institucionalização e incapacidade funcional (Toot et al., 2017).

A este propósito, importa referir que os idosos residentes em ERPI enfrentam muitos problemas que podem influenciar a sua qualidade de vida, por exemplo, défices cognitivos, mentais,

nutricionais e físicos. O aumento da esperança de vida está associado a uma maior vulnerabilidade e incapacidade relacionadas com a idade (Silva et al., 2020). Embora se espere uma maior suscetibilidade do idoso a problemas físicos e cognitivos, podem ser implementadas estratégias para reduzir o impacto desses problemas de saúde no seu estado funcional, autonomia e independência. O aumento da prevalência de doenças crônicas, tais como os sintomas depressivos, os problemas de saúde mental, a polimedicação e a presença de síndromes geriátricas (por exemplo, dependência nas atividades de vida diária, quedas recorrentes e incontinência urinária) estão fortemente associados ao aumento da taxa de institucionalização (Silva et al., 2020). Como tal, a preocupação com o bem-estar holístico dos idosos ajuda-os a viver com dignidade.

O processo de envelhecimento combina diferentes fatores que determinam a sua evolução mais ou menos acelerada, como a hereditariedade, o ambiente, o contexto social e os estilos de vida individuais. É marcado por alterações biológicas, físicas, cognitivas, psicológicas e sociais e também gera enormes implicações para a pessoa, especialmente as consequências relacionadas com a capacidade funcional e com a qualidade de vida (Fonseca & Medeiros, 2019). Na amostra em estudo, nenhuma das variáveis sociodemográficas interferiu estatisticamente no nível de dependência dos idosos ($p > 0,05$). Porém, apurou-se que os idosos com um nível de independência mais elevado são os do sexo masculino, na faixa etária dos 65-70 anos, os divorciados/separados e os que têm mais tempo de institucionalização. Verificou-se que, entre as variáveis clínicas estudadas, apenas existe diferenças estatisticamente entre possuir dificuldades de mobilidade e o nível de dependência dos idosos ($p = 0,008$), sendo os idosos mais dependentes os que revelam dificuldades de mobilidade. A manifestação de incapacidade, no estudo de Rodrigues et al. (2019), foi mais notória nos idosos com incapacidade a nível da mobilidade, a nível visual, auditivo e a nível da fala. A imobilidade é uma das principais causas de morbidade e mortalidade nos idosos, uma vez que o envelhecimento resulta numa redução da reserva fisiológica. O envelhecimento é a principal condição que leva à imobilidade que ocorre devido à atrofia músculo-esquelética, a força muscular diminui, em movimento mais lentificados. Embora uma explicação para esta diminuição do desempenho muscular seja a perda de massa muscular, dados recentes sugerem que uma contribuição significativa pode advir de alterações nas propriedades das fibras musculares. A velocidade máxima de encurtamento e a força específica das fibras musculares do músculo vasto lateral foram inferiores em indivíduos idosos do que em jovens (Ali et al., 2023).

As variáveis sociodemográficas em estudo não interferiram no equilíbrio dinâmico e estático, bem como no total da POMA ($p>0,05$). Todavia, apurou-se que os homens, os utentes divorciados/separados e com tempo de institucionalização igual ou superior aos 5 anos apresentam valores mais altos o que indicam melhor o equilíbrio. Os idosos com 65-70 anos de idade revelaram mais equilíbrio estático, enquanto os que se situam na faixa etária dos 71-85 anos pontuaram mais no equilíbrio dinâmico e no total da POMA. Contudo, registaram-se variáveis clínicas que interferiram estatisticamente no equilíbrio (equilíbrio estático, equilíbrio dinâmico e total da POMA), sendo estas possuir dificuldades de mobilidade e utilizar alguma ortótese ou ajuda técnica ($p<0,05$). É importante fazer-se uma avaliação sistemática do equilíbrio dinâmico e estático nos idosos para a prevenção de quedas, que se configura como um importante problema de saúde pública. Testes adequados podem ajudar a detetar os idosos em risco de queda. A este propósito faz-se referência ao estudo de Borowicz et al. (2016) que determinou qual o teste de equilíbrio para idosos que gera resultados mais fiáveis em termos de avaliação do risco de queda, com base no número de quedas nos últimos 12 meses. Foram investigados 153 idosos residentes em ERPI (31 homens, 122 mulheres, com idades entre $76,67\pm 8,3$ anos; mediana 76,5, variação 65-94). Todos os participantes foram avaliados com os seguintes instrumentos: Escala de Barthel, Mini-Mental State Examination, Timed Up and Go test (TUG), Dynamic Gait Index (DGI), Performance-Oriented Mobility Assessment (POMA) Berg Balance Scale (BBS) e One-Legged Stance Test (OLST). Foram detetadas diferenças estatisticamente significativas entre os idosos com episódio de quedas e os que não apresentavam esta situação nas pontuações do TUG, POMA, BBS e OLST. O número de quedas correlacionou-se positivamente com os resultados do TUG, POMA e OLST. Assim, os autores verificaram que o TUG e o POMA foram os testes de rastreio mais úteis para o equilíbrio e a incapacidade de marcha em idosos residentes em ERPI. Aconselham a que se realizem dois ou mais testes para uma avaliação mais precisa do risco de queda. As perturbações do equilíbrio aumentam o risco de queda, que pode resultar em numerosas complicações físicas, psicológicas, sociais e económicas. Entre as complicações psicológicas da queda, o medo de cair é de particular importância, porque pode restringir as atividades físicas (devido à diminuição da autoconfiança e da autoeficácia), aumentar os cuidados e diminuir a função motora, bem como a independência do idoso (Moulodi et al., 2020). Os mesmos autores salientam que os investigadores têm procurado encontrar instrumentos de avaliação adequados e sensíveis para prever, estimar e avaliar o equilíbrio funcional e a mobilidade, bem como as

quedas e o medo de cair nesta população. Para atingir este objetivo, foram, como já referido, desenvolvidos diferentes testes/ferramentas, que têm as suas próprias vantagens (por exemplo, TUG, DGI), bem como para a avaliação do equilíbrio (por exemplo, BBS, Fullerton Advanced Balance Scale (FAB), Step Test) nos idosos. No entanto, Tinetti (1986) desenvolveu o POMA para avaliar tanto a marcha como o equilíbrio nos idosos. Este instrumento tem a melhor validade preditiva para o risco de queda em idosos, em comparação com os testes TUG e FRT (*Functional Reach Test*). O POMA é fácil de aplicar e fornece informações úteis sobre a capacidade dos idosos para avaliar a mobilidade. O teste POMA pode ser aplicado em menos de 5 minutos e é mais viável do que muitos outros ensaios clínicos, como o BBS (Moulodi et al., 2020).

No presente estudo não foram obtidas diferenças estatisticamente significativas entre variáveis sociodemográficas e o estado mental. Todavia, constatou-se que os homens, os idosos com idades compreendidas entre os 71-85 anos, divorciados/separados e com menor tempo de institucionalização são os que apresentam melhor estado mental. De igual modo, variáveis clínicas não apresentaram relevância estatisticamente significativa na amostra de idosos no estado mental dos idosos. Porém, os idosos que não sofrem de alguma doença, que tomam medicação, que possuem dificuldades de mobilidade, que não usam óculos, que utilizam alguma ortótese ou ajuda técnica, que recebem cuidados de Reabilitação de um fisioterapeuta e que estiveram internados no último mês apresentaram melhor estado mental. No estudo de Caçador et al. (2021), numa amostra de 214 idosos institucionalizados, 69,6% apresentavam dependência funcional ligeira e 39,3% apresentavam défice cognitivo ligeiro. O risco de défice cognitivo aumentou a dependência funcional.

CONCLUSÃO

O envelhecimento é um fenómeno global que tem um impacto significativo nos sistemas de saúde e na sociedade em geral. O aumento da esperança de vida, o declínio da fertilidade, as taxas de mortalidade e a redução do crescimento populacional são fatores-chave que resultam num número crescente de adultos mais velhos, que conduzem a um aumento da proporção de adultos com mais de 65 anos de idade. Na Europa, prevê-se que atinjam 35% em 2050. Em Portugal, o cenário é semelhante.

Como os idosos são suscetíveis a perdas físicas, fisiológicas, psicossociais e cognitivas, é de esperar que as suas avaliações de saúde reflitam essas perdas, tornando-se mais negativas do que quando eram mais jovens. Existem algumas evidências que mostram que a deterioração da saúde física e mental e o desempenho funcional estão relacionados com o declínio da autoavaliação da saúde.

Este estudo teve como principal objetivo determinar o nível de independência funcional, estado de equilíbrio e estado mental de uma amostra de utentes residentes de uma ERPI de um Estabelecimento Integrado no Instituto Nacional de Segurança Social da Madeira, IP-RAM, tendo-se registado uma média de $81,62 \pm 22,43$ pontos para o total do nível de dependência. A maioria dos idosos apresentava dependência ligeira, seguindo-se os com dependência moderada e com reduzida percentagem os que apresentavam dependência total. Quanto ao equilíbrio estático, obteve-se uma média de $11,4 \pm 1,7$ e uma média de equilíbrio dinâmico a rondar os $6,9 \pm 1,9$ com um total da POMA I de $17,23 \pm 5,50$. Obteve-se um score total do estado mental de $19,86 \pm 8,2$, com um pouco mais de metade dos idosos sem défice cognitivo, mas com uma percentagem expressiva dos que manifestaram défice cognitivo. Concluiu-se que variáveis clínicas como a dificuldades de mobilidade, utilização de ortótese ou ajuda técnica ($p < 0,05$), interferiram estatisticamente no equilíbrio.

A implementação do presente estudo foi alvo de limitações indeclináveis, nomeadamente, o processo de transição de gestão da ERPI supramencionada, que conduziu à saída frequente de diversos utentes para outros lares, condicionando assim o tamanho da amostra e os possíveis resultados daí advindos.

O envelhecimento é um processo complexo que altera a morfologia e as funções do organismo, reduzindo a capacidade funcional que está fortemente associada a um maior risco de quedas,

aumento de hospitalizações e mortalidade na população idosa. Para além do processo de envelhecimento, um dos fatores que afeta a capacidade funcional é o sedentarismo. Nesse sentido, as evidências científicas relatam que a capacidade funcional e o exercício físico estão positivamente relacionados e poderiam ser responsáveis por adiar o processo degenerativo decorrente do envelhecimento. Devido à importância da realização de exercício físico adaptado para a manutenção de aspetos relevantes da capacidade funcional, a sua prática deve ser direcionada tanto para idosos da comunidade como para os residentes em ERPI. A literatura tem demonstrado que o exercício físico é útil na prevenção e tratamento da fragilidade em idosos institucionalizados, pois estes apresentam maiores perdas na capacidade funcional e maior mortalidade.

Neste sentido, o EEER assume um papel relevante nos cuidados prestados a idosos institucionalizados, como os que constituíram a amostra deste estudo, com recurso a programas específicos e adaptados a cada idoso, de acordo com as suas necessidades e singularidades, a fim de maximizar a capacidade funcional do idoso, empoderando-o para uma maior autonomia e independência no autocuidado, promovendo, deste modo, a sua qualidade de vida.

Os programas devem ser personalizados atendendo às características de cada idoso, de forma a traduzir-se em ganhos significativos para a sua saúde, melhorar o equilíbrio e o desempenho da cognição.

Face às conclusões deste estudo, sugere-se o desenvolvimento de um programa de enfermagem de reabilitação cujas intervenções objetivem a melhoria da cognição e independência funcional de pessoas idosas residentes em ERPI, utilizando instrumentos de avaliação para o efeito, permitindo não só mensurar resultados como também prestar cuidados holísticos tendo em conta a individualidade de cada idoso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, V., Santos, B., Gomes, D. & Tavares, T. (2019). *Assessment of the functional capacity and quality of life of Brazilian elderly people living in a community*. Rev. Enferm. Ref. 2019, 4, 59–66. Disponível online: https://tr.esenfc.pt/tr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=3119&id_revista=24&id_edicao=179
- Ali, A.S., Mohamed, H.M., & Ellatif, M.A.B.A. (2022). *Daily living Activities among Institutionalized Older Adults with Chronic Immobility*. *Egyptian Journal of Health Care*; Vol. 13, 310, 404-419. 21608/EJHC.2022.252381
- Ali, H., Beltran, H., Lindsey, N.J., & Pecht, M. (2023). *Assessment of the calendar aging of lithium-ion batteries for a longterm—Space missions*. *Front. Energy Res.*; 11:1108269. doi: 10.3389/fenrg.2023.1108269
- Almeida, G.S.N., Carvalho, C.M., & Marmeleira, J.F.F. (2020). *Functional capacity in the elderly initially and after the third month of institutionalization*. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, Vol. 5,3, 19151927. Disponível online: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/29723/1/Functional%20capacity%20in%20the%20elderly%20initially%20and%20after%20the%20third%20month%20of%20institutionalization.pdf>.
- Araújo, F., Ribeiro, J.I.P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). *Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; Vol. 25, 2, 59-66. URI: <http://hdl.handle.net/10362/95522>
- Araújo, K. S.de. (2015). *Capacidade funcional de idosos institucionalizados*. Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, Paraíba, Brasil. URI: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/7566>
- Babine, R. L., Hyrkäs, K. E., Mckenzie, C. G., & Wierman, H. R. (2018). *Mobilizing older adults: A multi-site, exploratory and observational study on patients enrolled in the Hospital Elder Life Program (HELP)*. *Geriatric Nursing*. doi:10.1016/j.gerinurse.2018.10.00
- Berry, A.S., Shah, V.D., Baker, S.L., Vogel, J.W., O'Neil, J.P., Janabi, M., Schwimmer, H.D., Shawn, M.M., & Jagust, W.J. (2016). *Aging affects dopaminergic neural mechanisms of cognitive flexibility*. *The Journal of Neuroscience*, 36(50), 12559-12569. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0626-16.2016>
- Birtha, M., & Holm, K. (2017). *COFACE families Europe - WHO CARES? Study on the challenges and needs of family carers in Europe*. Disponível em http://www.cofaceeu.org/wp-content/uploads/2017/11/COFACE-Families-Europe_StudyFamily-Carers.pdf.
- Borowicz A, Zasadzka E, Gaczkowska A, Gawłowska O, Pawlaczyk M. *Assessing gait and balance impairment in elderly residents of nursing homes*. *J Phys Ther Sci*. 2016 Sep;28(9):2486-2490. doi: 10.1589/jpts.28.2486.

- Caçador, C., Teixeira-Lemos, E., Oliveira, J., Pinheiro, J., Mascarenhas-Melo, F., & Ramos, F. (2021). *The Relationship between Nutritional Status and Functional Capacity: A Contribution Study in Institutionalised Portuguese Older Adults. International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3789. doi:10.3390/ijerph18073789
- Cortes-Canteli, M., & Iadecola, C. (2020). *Alzheimer's Disease and Vascular Aging. Journal of the American College of Cardiology*, 75(8), 942–951. doi:10.1016/j.jacc.2019.10.062
- Costa, D.A.A (2022). *Avaliação do Nível de Independência nas Atividades Básicas da Vida Diária de Idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Ponte de Lima*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/11615/1/PG_35175.pdf
- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. Almedina
- Direção-Geral da Segurança Social (2022). *Proteção Social – Pessoas Idosas*. Disponível em: https://www.seg-social.pt/documents/10152/113014/Guia_protecao_social_pessoas_idosas.pdf/d5c582d0-595b-47e9-a650-21bf6035230e
- Dziechciaż, M., & Filip, R. (2014). *Biological psychological and social determinants of old age: bio-psycho-social aspects of human aging. Ann Agric Environ Med.*; 21(4):835-8. doi: 10.5604/12321966.1129943.
- Escourrou, E., Laurent, S., Leroux, J., Oustric, S., & Gardette V. (2022). *The shift from old age to very old age: an analysis of the perception of aging among older people. BMC Prim Care*; 23(1):3. doi: 10.1186/s12875-021-01616-4.
- Falck, R.S., Percival, A.G., Tai, D. *et al. International depiction of the cost of functional independence limitations among older adults living in the community: a systematic review and cost-of-impairment study. BMC Geriatr* 22, 815 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03466-w>
- Fermento, C., Martins, R., & Campos, S. (2019). *Investimento pessoal e independência funcional: estudo dos níveis e dos determinantes num grupo de idosos. Servir*, 60(1-2), 75–83. <https://doi.org/10.48492/servir021-2.24496>
- Folstein, M., Folstein, M., & McHugh, P. (1975). *Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Fonseca, A. M. (2021). Ageing in Place. Envelhecimento em Casa e na Comunidade. Modelos e estratégias centradas na autonomia, participação social e promoção do bem-estar das pessoas idosas. In Fundação Calouste Gulberkian (Fundação Calouste Gulbenkian - Faculdade de Educação e Psicologia / Universidade Católica Portuguesa). <https://doi.org/10.4324/9780429243097-4>
- Fonseca, A., & Medeiros, S. (2019). Instrumentos de avaliação da funcionalidade em idosos validados para a população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*; 20(3), 711-725. doi:10.15309/19psd200313

- Gamage, M.W.K., Hewage, C. & Pathirana, K.D. (2019). *Associated factors for cognition of physically independent elderly people living in residential care facilities for the aged in Sri Lanka*. *BMC Psychiatry* **19**, 10 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-2003-5>
- García-Alonso, J., & Fonseca, C. (Eds.). (2021). *Gerontechnology III. Lecture Notes in Bioengineering*. doi:10.1007/978-3-030-72567-9
- Gil, A. P. (2020). *Estruturas residenciais para pessoas idosas: Relação entre qualidade dos cuidados e qualidade do emprego*. *Cidades*, (40), 67-87. <https://doi.org/10.15847/cct.jun2020.040.doss-edit05>
- Goes, M., Lopes, M.J., Oliveira, H., Fonseca, C., Marôco, J.: A nursing care intervention model for elderly people to ascertain general profiles of functionality and self care needs. *Sci. Rep.* 10(1) (2020)
- Groenvynck, L., de Boer, B., Hamers, J. P. H., van Achterberg, T., van Rossum, E., & Verbeek, H. (2021). Toward a Partnership in the Transition from Home to a Nursing Home: The TRANSCIT Model. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(2), 351–356. doi:10.1016/j.jamda.2020.09.041
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination. *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9. <https://www.scienceopen.com/document?vid=97d4329c-9dba-49fe-9df1-db1215f3d4c5>
- Imaginário, C., Rocha, M., Machado, P., Antunes, C., & Martins, T. (2018). *Self-care profiles of the elderly institutionalized in Elderly Care Centres*. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 78, 89–95. doi:10.1016/j.archger.2018.05.012
- Instituto Nacional de Estatística (2022). *Censos 2021 – Resultados Provisórios – INE*. <https://crpg.pt/populacao-com-incapacidades-censos-2021/>
- Jacinto, L.A.O. de (2020). *Atividade Física, Depressão e Qualidade de Vida em Pessoas Idosas do Estado do Amazonas, Brasil*. (Dissertação de Mestrado). Universidade da Madeira. <https://digituma.uma.pt/bitstream/10400.13/2787/1/MestradoLuizJacinto.pdf>
- Jeon, B.J., & Han, H.S. (2019). Study on the successful aging of baby-boom generation: Application of Rowe & Kahn's theory. *Jour. of KoCon.a.*;19:69–83. doi: 10.5392/JKCA.2019.19.10.069.
- Kingston, A., Robinson, L., Booth, H., Knapp, M. & Jagger, C. (2018). *Projections of multi-morbidity in the older population in England to 2035: Estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) model*. *Age Ageing* 2018, 47, 374–380.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J.L., de la Cámara, C., Ventura, T., Morales Asín, F., Fernando Pascual, L., Montañés, J.A., & Aznar, S. (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica [Revalidation and standardization of the cognition mini-exam (first Spanish version of the Mini-Mental Status Examination) in the general geriatric population]. *Med Clin (Barc.)*;112(20):767-74. PMID: 10422057.

- Lopes, M.J., Pinho, L.G.d., Fonseca, C., Goes, M., Oliveira, H., Garcia-Alonso, J. & Afonso, A. (2021). *Functioning and Cognition of Portuguese Older Adults Attending in Residential Homes and Day Centers: A Comparative Study*. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 7030. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137030>.
- Marôco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics v18–v27*. 8th. Lisboa, Portugal: Pêro Pinheiro.
- Medeiros, M.M.D., Carletti, T.M., Magno, M.B. *et al.* Does the institutionalization influence elderly's quality of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr* 20, 44 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1452-0>
- Mimoso., S,A.C. (2020). *Cuidados de saúde e bem-estar prestados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa. Acedido em https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/19802/1/Trabalho%20de%20Projecto%20Final_S%C3%B3nia%20Mimoso_n%C2%BA%20214710.pdf
- Moulodi B, Azad A, Taghizadeh G, Roohi-Azizi M, Mohammadi P. Reliability and Validity of Persian Version of Performance-oriented Mobility Assessment (POMA) in Community-dwelling Iranian Older Adults: Psychometric Properties. *Iranian Rehabilitation Journal* 2020; 18 (1) :39-48
URL: <http://irj.uswr.ac.ir/article-1-1058-en.html>
- Oh, A., Patel, K., Boscardin, W.J., Max, W., Stephens, C., Ritchie, C.S., & Smith, A.K. (2019). Social Support and Patterns of Institutionalization Among Older Adults: A Longitudinal Study. *J Am Geriatr Soc.*; 67(12):2622-2627. doi: 10.1111/jgs.16184.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6^aed). Mosby, St. Louis
- Palese, A., Bressan, V., Hayter, M., & Watson, R. (2020). Enhancing independent eating among older adults with dementia: a scoping review of the state of the conceptual and research literature. *BMC Nursing*, 19(1). doi:10.1186/s12912-020-00425-
- Paula JGF, Gonçalves LHT, Nogueira LMV, Delage PEGA. Correlation between functional independence and risk of falls in older adults at three long-term care facilities. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e3601. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018054103601>
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (6^a ed.) Lisboa: Edições Silabo, Lda.
- Petiz, E.M. (2002). *A actividade física, equilíbrio e quedas. Um estudo em idosos institucionalizados*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Petronilho, F. (2012). *O autocuidado como conceito central da enfermagem: da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)*. FORMASAU, Formação e Saúde, Lda. URI: <https://hdl.handle.net/1822/32323>

- Petronilho, F., Pereira, C., Magalhães, A. I., Carvalho, D., Oliveira, J., Vieira, P., & Machado, M. (2017). *Evolution of self-care dependent individuals admitted to the National Network for Integrated Continuous Care*. Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n.º 14, 39-48. URI: <https://hdl.handle.net/1822/53844>
- PORDATA (2021). *Evolução de Portugal nas últimas 6 décadas*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/portugal>
- Portaria nº 67/2012 de 21 de março. Diário da República nº 58/2012 – I Série. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Lisboa
- Prazeres, F., & Santiago, L. (2015). *Prevalence of multimorbidity in the adult population attending primary care in Portugal: a cross-sectional study*. *BMJ Open*;5(9):e009287. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009287.
- Prince, M., Prina, M., Guerchet, M. (2013). *World Alzheimer Report 2013: Journey of Caring an Analysis of Long-Term Care for Dementia*. London
- Queirós, J.P.P., Vidinha, T.S.S., & Filho, A.J.AL. (2014). *Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem*. *Revista de Enfermagem Referência*; Série IV - n.º 3 - nov./dez. 2014, 157-164. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>
- Quinaz Romana, G., Kislaya, I., Salvador, M.R., Gonçalves, S. C., Nunes, B. & Dias, C. (2019). *Multimorbilidade em Portugal: Dados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico [Multimorbidity in Portugal: Results from The First National Health Examination Survey]*. *Acta Med Port*. 2019 Feb 1;32(1):30-37. Portuguese. doi: 10.20344/amp.11227.
- Regulamento n.º 125/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompeticenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf
- Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros.
- Ribeiro, D.K.M.N., Lenardt, M.H., Lourenço, T.M., Betiolli, S.E., Seima, M.D., & Guimarães, C.A. (2018). *The use of the functional independence measure in elderly*. *Rev Gaucha Enferm.*;38(4):e66496. Portuguese, English. doi: 10.1590/1983-1447.2017.04.66496.
- Rodrigues, V., Costa, C., Carvalho, A., Vidal, M., Caiado, M., Antunes, C., Almeida, A., & Almeida, C. (2019). *Solidão no Idoso Institucionalizado com Dependência Funcional*. *Motricidade*, 15(4), 36–40. <https://doi.org/10.6063/motricidade.20137>
- Sá, G.G.M., & Santos, A.M.R.D. (2019). *Functional independence of elderly patients who fell: a follow-up study*. *Rev Bras Enferm.*;72(6):1715-1722. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0845.
- Santos, R.C.G. (2016). *A pessoa com insuficiência respiratória em contexto de internamento*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32559/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado_Roberto%20Santos.pdf

- Sequeira, C. (2010). *Cuidar De Idosos Com Dependência Física E Mental*. Lisboa: Lideleições técnicas, Ida.
- Silva e Farias, I. P., Montenegro, L. de A. S., Wanderley, R. L., de Pontes, J. C. X., Pereira, A. C., de Almeida, L. de F. D., & Cavalcanti, Y. W. (2020). *Physical and psychological states interfere with health-related quality of life of institutionalized elderly: a cross-sectional study*. *BMC Geriatrics*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01791-6>
- Sullivan G.J., Williams C. (2017). *Older adult transitions into long-term care: a metasynthesis*. *J Gerontol Nurs*. 2017;43(3):41–9.
- Sun, C., Ding, Y., Cui, Y. et al. *The adaptation of older adults' transition to residential care facilities and cultural factors: a meta-synthesis*. *BMC Geriatr* **21**, 64 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01987-w>
- Toot, S., Swinson, T., Devine, M., Challis, D., Orrell, M.: Causes of nursing home placement for older people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Int. Psychogeriatrics* 29(2), 195–208 (2017). https://www.cambridge.org/core/product/identifler/S10416102_16001654/type/journal_article
- Vilelas, J. (2020). *Investigação O Processo de Construção do Conhecimento*. (3ª Edição Revista e Aumentada). Lisboa: Edições Sílabo.
- World Health Organization (2019). WHO Clinical Consortium on Healthy Ageing 2019. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240009752>
- World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report* (No. WHO/HIS/SDS/2015.6). World Health Organization.
- World Health Organization. Draft global action plan on the public health response to dementia. Seventeenth world health assembly; 2017.
- Wróblewska, Z., Chmielewski, J.P., Florek-Łuszczki, M., Nowak-Starz, G., Wojciechowska, M., & Wróblewska, I.M. (2023). Assessment of functional capacity of the elderly. *Ann Agric Environ Med.*; 30(1):156-163. doi: 10.26444/aaem/161775.

ANEXOS

ANEXO I: INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

CONSENTIMENTO INFORMADO AO PARTICIPANTE

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro(a) Senhor(a),

Estamos a realizar um estudo Independência Funcional e Cognição em utentes de uma Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas (ERPI)

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido respostas esclarecedoras;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;
- Declaro ter-se sido garantido que não haverá prejuízos dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado(a) autorizo a participação neste estudo:

Sim Não

Assinatura:

Título: Independência Funcional e Cognição em utentes de uma Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas (ERPI)

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Parte I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. Idade: _____ anos

2. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino

3. Estado civil:

1. Solteiro(a) 2. Divorciado(a)/Separado(a) 3. Casado(a)/União de facto
 4. Viúvo(a)

4. Habilitações literárias:

1. Não sabe ler nem escrever

2. 1.º Ciclo do ensino básico

3. 2.º Ciclo do ensino básico

4. 3.º Ciclo do ensino básico

5. Ensino secundário

6. Licenciatura

7. Mestrado

8. Doutoramento

9. Outra. Qual? _____

5. Profissão: _____

6. Área de residência:

1. Urbano 2. Rural

7. Tempo de Institucionalização:

_____ (anos)

Parte II – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

1. Sofre de alguma doença?

1. Sim 2. Não

1.1. Se respondeu sim, indique qual(is)? _____

2. Toma alguma medicação?

1. Sim 2. Não

2.1. Se respondeu sim, indique qual(is)? _____

3. Tem dificuldades na sua mobilidade?

1. Sim 2. Não

3.1. Se respondeu sim, indique qual(is)? _____

4. Usa óculos?

1. Sim 2. Não

5. Usa aparelho auditivo?

1. Sim 2. Não

6. Utiliza alguma ortótese ou ajuda técnica?

1. Sim 2. Não

6.1. Se respondeu sim, especifique:

7. É seguido por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação para o evento da sua situação atual?

1. Sim 2. Não

7.1. Se respondeu sim, diga o número de sessões semanais com o Enfermeiro(a) de Reabilitação: _____

8. Recebe Cuidados de Reabilitação de outro profissional de saúde que não o Enfermeiro(a) de Reabilitação?

1. Sim 2. Não

8.1. Qual? _____

9. Esteve internado(a) no último mês?

1. Sim 2. Não

9.1. Se sim, qual o motivo? _____

PARTE III - ÍNDICE DE BARTHEL
(AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA NAS ABVD'S)
(Mahoney e Barthel,1965; Sequeira, 2007)

Nesta secção, por favor, coloque o valor da pontuação que melhor corresponda à sua situação.

		Pontuação
1. Higiene Pessoal	0 = Necessita de ajuda no cuidado pessoal	
	5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	
2. Evacuar	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)	
	5 = Acidentes Ocasionais (uma vez por semana)	
	10 = Contigente	
3. Urinar	0 = Incontinente ou algaliado	
	5 = Acidentes ocasionais (máximo uma vez em 24 horas)	
	10 = Contigente (por mais de 7 dias)	
4. Ir à casa de banho (uso do sanitário)	0 = Dependente	
	5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho	
	10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	
5. Alimentar-se	0 = Incapaz	
	5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.	
	10 = Independente (a comida é providenciada)	
6. Transferências (cadeira/cama)	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se	
	5 = Grande ajuda (uma ou das pessoas) física, consegue sentar-se	
	10 = Pequena ajuda (verbal ou física)	
	15 = Independente (não necessita de qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	

7. Mobilidade (deambulação)	0 = Imobilizado	
	5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, tec)	
	10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)	
	15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar de marcha, ex.: bengala)	
8. Vestir-se	0 = Dependente	
	5 = Necessita de ajuda mas faz cerca de metade sem ajuda	
	10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	
9. Escadas	0 = Incapaz	
	5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão	
	10 = Independente (subir/descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos auxiliares ex.: bengala)	
10. Banho	0 = Dependente	
	5 = Independente (lava-se no chuveiro/banho de emersão/usa esponja em todo o corpo sem ajuda)	
SCORE		

Dependência total <20; Grave 20-35; Moderada 40-55; Ligeira 60-89;

Parte IV - Escala de Risco de Quedas - POMA I
Avaliação da Mobilidade e Equilíbrio Estático e Dinâmico
Teste de Tinetti - 1986

EQUILIBRIO ESTÁTICO

Cadeira: 1.

Equilíbrio sentado

- 0 – Inclina-se ou desliza da cadeira
- 1 – Inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira
- 2- Estável, seguro.

2. Levantar-se.

- 0- Incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio.
- 1- Capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à primeira tentativa.
- 2- Capaz na 1ª tentativa sem usar os braços

3. Equilíbrio Imediato (primeiros 5 segundos)

- 0- Instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se)
- 1- Estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se
- 2- Estável sem qualquer tipo de ajudas.

4. Equilíbrio em pé com os pés paralelos

- 0- Instável
- 1- Estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados >10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio.
- 2- Pés próximos e sem ajudas

5. Pequenos desequilíbrios na mesma posição (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)

- 0- Começa a cair.
- 1- Vacilante, agarra-se, mas estabiliza.
- 2- Estável

6. Fechar os olhos na mesma posição

- 0- Instável
- 1- Estável

7. Volta de 360° (2 vezes)

- 0- Instável (agarra-se, vacila).
- 1- Estável, mas dá passos descontínuos.
- 2- Estável e passos contínuos.

8. Apoio unipodal (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)

- 0 – Não consegue ou tenta agarrar-se a qualquer objecto
- 1- Aguenta 5 segundos de forma estável

9. Sentar-se

- 0- Pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância.
- 1- Usa os braços ou movimento não harmonioso.
- 2- Seguro, movimento harmonioso.

Pontuação: _____ / 16

2. EQUILÍBRIO DINÂMICO – MARCHA

Instruções: O idoso faz um percurso de 3 metros, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.

10. Início da Marcha (imediatamente após o sinal de partida)

- 0- Hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar.
- 1- Sem hesitação

11. Largura do passo (pé direito)

- 0- Não ultrapassa à frente do pé de apoio
- 1- Ultrapassa o pé esquerdo em apoio

12. Altura do passo (pé direito)

- 0- O pé direito não perde completamente o contacto com o solo.
- 1- O pé direito eleva-se completamente do solo

13. Largura do passo (pé esquerdo)

- 0- Não ultrapassa à frente do pé de apoio
- 1- Ultrapassa o pé direito em apoio

14. Altura do passo (pé esquerdo)

- 0- O pé esquerdo não perde completamente o contacto com o solo.
- 1- O pé esquerdo eleva-se completamente do solo

15. Simetria do passo

- 0- Comprimento do passo aparentemente assimétrico
- 1- Comprimento do passo aparentemente simétrico

16. Continuidade do passo

- 0- Pára ou dá passos descontínuos
- 1- Passos contínuos

17. Percurso de 3 metros (previamente marcado)

- 0- Desvia-se da linha marcada
- 1- Desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha
- 2- Sem desvios ou sem ajudas

18. Estabilidade do tronco

- 0- Nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha
- 1- Sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha
- 2- Sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha.

19. Base de sustentação durante a marcha

- 0- Calcanhares muito afastados.
- 1- Calcanhares próximos, quase se tocam.

Pontuação: ____ / 12

Pontuação total: ____ / 28

Indicadores de risco de quedas:

- ≤18 Alto
- 19-23 Moderado
- ≥24 Baixo

PARTE V - 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: _____

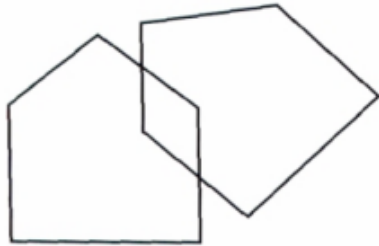
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

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.



Cópia:

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

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

**ANEXO II: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO
POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**

Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Bragança

PARECER N.º 117/2022

Sobre o processo:	Título do assunto:	Estudo sobre "INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E COGNIÇÃO EM UTENTES DE UMA ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS IDOSAS (ERPI)". ESSa.
	Número:	408821

A - Questões com eventuais implicações éticas.

B – Conclusões

I Face ao exposto a Comissão de Ética do IPB decide emitir, Parecer:

- Deferido
- Indeferido
- Condicional

Aprovado em reunião do dia 23/09/2022 , por unanimidade.

A Presidente da Comissão de Ética do IPB

Assinado por: **Teresa Isaltina Gomes Correia**

Num. de Identificação: B105920982

Data: 2022.09.23 17:10:56 +0100



**ANEXO III: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO/ PARECER DO ESTUDO
POR PARTE DO INSTITUTO DE SEGURANÇA SOCIAL DA
MADEIRA, IP-RAM**

Exma. Sr.^a Dr.^a Presidente, do
Conselho Diretivo do Instituto
de Segurança Social da Madeira, IP-RAM
Micaela Cristina Fonseca de Freitas

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de um instrumento de colheita de dados, no âmbito da tese de mestrado em Enfermagem de Reabilitação intitulada “Independência Funcional e Cognição em utentes de uma Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas (ERPI)”

João Pedro Correia Fernandes, estudante do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior De Saúde – IPB, vêm por este meio solicitar a V. Ex.^a autorização para a realização de um estudo de investigação intitulado “Independência Funcional e Cognição em utentes de uma Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas (ERPI)”.

O referido estudo encontra-se inserido na Dissertação/Trabalho de projeto II, do referido Mestrado e conta com a orientação da Professora Doutora Maria José Gomes.

Com a sua realização pretende-se avaliar a independência funcional e a cognição em residentes de uma ERPI.

O interesse por estudar a temática da independência funcional e cognição em utentes de uma ERPI surge da constatação de que o envelhecimento populacional tem trazido novos desafios. Em todo o mundo, não sendo Portugal exceção, registam-se taxas elevadas de população envelhecida. Se em 2019, por volta de 22% da população portuguesa possuía idade ≥ 65 anos (INE, 2019), até 2065 está previsto que este valor se eleve para os 37% e que nas próximas décadas surja uma inversão da pirâmide demográfica, com o número de idosos a ultrapassar a população mais jovem (INE, 2020). Considerando as elevadas taxas de institucionalização, os lares/ERPI devem proporcionar boa qualidade de vida aos seus residentes. Neste sentido, de Medeiros et al. (2020), com base na sua revisão sistemática da literatura, constaram que os idosos residentes em ERPI's, em comparação com os residentes na comunidade, têm um estado de saúde mais fraco, um nível de dependência mais elevado, um risco mais elevado de quedas, menor prática de atividade física, menor capacidade de decisão e menores atividades de lazer. Todavia, também registram melhor qualidade de vida de homens idosos institucionalizados em comparação com os idosos não institucionalizados nos domínios físico e psicológico, o que foi atribuído à equipa profissional multidisciplinar que oferece apoio e estímulo aos idosos institucionalizados.

Consubstanciados nestes pressupostos, formulou-se a seguinte questão de investigação: “Qual a independência funcional e a cognição em residentes de uma ERPI?”

Assim, a finalidade deste estudo é a promoção da implementação de estratégias face aos dados apurados, aquilo que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação podem fazer para promover a vivência de um envelhecimento mais saudável.

Pretende-se que a população da presente investigação seja constituída por Idosos de ERPI, nomeadamente do Estabelecimento *Lar da Bela Vista*, uma vez que o estudo visa avaliar a independência funcional e a cognição em residentes de uma ERPI.

Para a realização deste estudo de investigação, será implementado a todos os residentes um questionário sociodemográfico e clínico elaborado ad hoc , Índice de Barthel (avaliação do nível de independência nas ABVD'S) (Mahoney e Barthel,1965; Sequeira, 2007), Escala de Risco de Quedas - POMA I - Avaliação da Mobilidade e Equilíbrio Estático e Dinâmico - Teste de Tinetti – 1986, Mini Mental State Examination (MMSE).

Os dados serão recolhidos através de respostas por escrito ao questionário de autopreenchimento. O questionário é isento de qualquer identificação. A informação recolhida terá apenas fins académicos, por isso os questionários depois de codificados serão introduzidos numa base de dados e destruídos após a sua análise.

Acrescento a minha disponibilidade para esclarecer eventuais dúvidas.

Agradeço antecipadamente a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

João Pedro Correia Fernandes



Assinado por: João Pedro
Correia Fernandes
Identificação: 8114402289
Data: 2022-07-30 às 11:33:58

Exmo. Senhor
João Pedro Correia Fernandes
Caminho Municipal Tíclara, Ed. Plaza III, Bl. B, 1.º P
9125-170 Caniço

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência
135951

Data:
2022-08-10

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de um instrumento de colheita de dados no âmbito da tese de mestrado em Enfermagem de Reabilitação intitulada "Independência Funcional e Cognição em utentes de uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI)"

Em resposta ao Vosso ofício, com registo de entrada no ISSM, IP-RAM n.º 130315 de 2022/08/01, a solicitar autorização para aplicação de um instrumento de colheita de dados no âmbito da tese de mestrado em Enfermagem de Reabilitação intitulada "Independência Funcional e Cognição em utentes de uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), nomeadamente no Estabelecimento Bela Vista, Estabelecimento Integrado no Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM, informa-se que o mesmo foi autorizado.

Deverá ser contactada a Diretora do Estabelecimento Bela Vista para as diligências que se mostrem necessárias.

Com os melhores cumprimentos,

Pe'l' A Presidente do Conselho Diretivo



(Micaela Fonseca de Freitas)

AR