

Universidade Católica Portuguesa

Funcionalidade e vulnerabilidade em pessoas idosas

Implicações para os Cuidados de Enfermagem

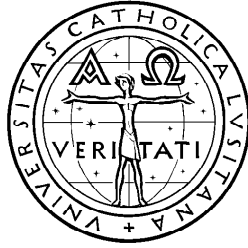
Tese para obtenção do grau de doutor em Enfermagem,

Especialização em Enfermagem Avançada

Armando Manuel Gonçalves de Almeida

Instituto de Ciências da Saúde

Fevereiro, 2017



Universidade Católica Portuguesa

Funcionalidade e vulnerabilidade em pessoas idosas

Implicações para os Cuidados de Enfermagem

Functionality and vulnerability in the elderly

Implications for Nursing Care

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem, na Especialidade em Enfermagem Avançada

Por Armando Manuel Gonçalves de Almeida

Sob a orientação do Prof. Doutora Margarida Vieira

Instituto de Ciências da Saúde

Fevereiro, 2017

Resumo

Introdução: A política de não institucionalização de pessoas idosas dependentes, iniciada na década de 70, deu origem à criação dos Centros de Dia, equipamentos sociais dispensados de fornecer serviços de saúde, contrariando a melhor evidência que aconselha o envolvimento interdisciplinar.

Objetivos: Traçar o perfil relativo à funcionalidade dos idosos que frequentam os Centros de Dia da cidade do Porto e identificar as transições que carecem de respostas profissionais potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem

Métodos: A investigação seguiu um desenho misto. Um estudo de caso múltiplo que caracterizou a vulnerabilidade individual associada ao processo de transição para o Centro de Dia; um estudo observacional, analítico, transversal, com uma amostra representativa da população dos Centros de Dia da cidade do Porto, que determinou a dimensão dos défices de funcionalidade e explorou as relações entre os fenómenos sensíveis aos cuidados de Enfermagem; por último, um estudo observacional, analítico, longitudinal, com uma amostra de 55 pessoas, onde se caracterizou a evolução da funcionalidade ao longo de dois anos de permanência no Centro de Dia.

Resultados: As pessoas recorrem ao suporte social após um progressivo período de declínio funcional ou um evento crítico gerador de dependência. A incapacidade para satisfazer autonomamente os requisitos de autocuidado e a indisponibilidade para tomar conta, por parte dos familiares, suportam a decisão de ingressar no Centro. O início não é isento de emoções negativas mas o suporte social percecionado ajuda a pessoa a adaptar-se à condição de dependente. Na população dos Centros de Dia da cidade do Porto, o estudo de fenómenos como o desempenho cognitivo, sono, dor, acuidade visual, *status* nutricional, autocuidado, equilíbrio corporal, confiança para realizar as atividades, exercício físico, gestão do regime medicamentoso, morbilidade, utilização dos recursos de saúde e autoperceção de saúde, demonstrou que estão altamente afetados, influenciando negativamente a funcionalidade. A avaliação do perfil funcional ao longo do tempo comprovou o progressivo declínio em quase todas as áreas em estudo.

Conclusões: Existem áreas da funcionalidade sensíveis aos Cuidados de Enfermagem que podem ser trabalhadas nos Centros de Dia. É necessário repensar a necessidade de desenvolver respostas integradas centradas na promoção, manutenção e reabilitação da saúde em contexto de Centro de Dia, para atingir o almejado Envelhecimento Saudável preconizado pela Organização Mundial da Saúde.

Palavras-Chave: Funcionalidade; Envelhecimento; Centro de Dia; Vulnerabilidade; Enfermagem.

Abstract

Introduction: The policy of non-institutionalization of dependent elderly people, started in the 70's, gave rise to the creation of Day Centers, social facilities that are exempt from providing health services to support aging, contrary to the best evidence that advises interdisciplinary involvement.

Objective: To trace the profile related to the functionality of the elderly attending the Day Centers of the city of Porto and identify the transitions that require professional responses potentially sensitive to nursing care.

Methods: The research followed a mixed design. First a multiple case study that characterized the individual vulnerability associated with the transition process to the Day Center; this was followed by an observational, analytical, cross-sectional study with a representative sample of the population of the Day Centers of the city of Porto, which determined the extent of functional deficits and explored the relationships between the phenomena sensitive to Nursing care; finally, an observational, analytical, longitudinal study with a sample of 55 people, characterizing the evolution of the functionality over two years of permanence in the Day Center.

Results: People resort to social support after a progressive period of functional decline or a critical event that generates dependency. The inability to meet the self-care requirements independently and the unavailability to take care of the relatives, support the decision to join the Center. The beginning is not free of negative emotions but perceived social support helps the person to adapt to the dependent condition. The study of phenomena such as cognitive performance, sleep, pain, visual acuity, nutritional status, self-care, body balance, confidence to perform activities, physical exercise, management of the drug regimen, morbidity, use of health resources and self-perception of health, have shown that they are highly affected, negatively influencing the functionality. The evaluation of the functional profile over time proved the progressive decline in almost all the study areas.

Conclusions: There are areas of Nursing Care-sensitive functionality that can be worked out in Day Care Centers. It is necessary to rethink the need to develop integrated responses focused on health promotion, maintenance and rehabilitation in the context of a Day Center to achieve the desired Ageing and Health advocated by the World Health Organization.

Keywords: Functionality; Ageing; Day Center; Vulnerability; Nursing

Agradecimentos

Às pessoas dos Centros de Dia pelo seu carinho, apoio, disponibilidade e pelo que nos ensinaram....

Às instituições que nos receberam e que lutam com poucos recursos para melhorar o que muito querem oferecer...

Aos estudantes que colaboraram connosco e nos ajudaram nesta travessia, com particular destaque para a Dilsa, a Isabela e a Helena.

Às enfermeiras Mónica e Catarina que se envolveram no projeto e o transportaram para as suas vidas...

À Tânia Costa por toda a ajuda e pelas horas de discussão de Enfermagem...

À professora Beatriz Araújo pela amizade e pelos desabafos...

Às professoras Constança Festas e Clara Braga pelas condições proporcionadas para a realização do estudo...

Às pessoas que com a sua visão da Enfermagem marcaram o nosso percurso de investigação: Prof. Manuel Lopes e Prof. Margarida Vieira

E sobretudo...

À Mónica, pela paciência, pelas horas intermináveis de ausência, pela capacidade de assumir as responsabilidades mutuas e por, nas escuras encruzilhadas, estar lá para me ajudar a encontrar o caminho...

À Sofia por ter esperado carinhosamente pelo pai e pela frase tantas vezes proferida - "quando acabares o doutoramento vamos...".

Abreviaturas, siglas e acrónimos

- ABVD - Atividades básicas de vida diária
- ACES - Agrupamento de Centros de Saúde
- AIVD - Atividades instrumentais de vida diária
- AVC - Acidente vascular cerebral
- AVD - Atividades de vida diária
- CEC - Centro de Enfermagem da Católica
- CID - Classificação internacional de doenças
- CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
- DCL - Défice cognitivo ligeiro
- dp - Desvio-padrão
- ERPI - Estrutura Residencial Para Idosos
- ICIDH - Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
- IMC - Índice de massa corporal
- IPSS - Instituição Privada de Solidariedade Social
- MEEM - Mini Exame do Estado Mental
- MIMA - Mais Independência, Mais Autonomia
- n - Tamanho da amostra
- Nº - Número
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- p - Significância estatística
- PAII - Programa de Apoio Integrado a Idosos
- RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
- RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- SAD - Serviço de Apoio Domiciliário
- SASU - Serviço de atendimento suplementar urgente
- ScAD - Intensidade da Atividade Doméstica
- ScD - Intensidade da Atividade Desportiva
- ScTL - Intensidade da Atividade de Tempos Livres
- SNS - Sistema Nacional de Saúde
- SPSS - Statistical Package for Social Sciences
- TDAE - Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem
- UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
- USF - Unidade de Saúde Familiar
- WHODAS 2.0 - World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0

Índice de figuras

Figura 1- Interações entre os componentes da CIF.....	32
Figura 2- Modelo de Saúde Pública para um Envelhecimento Saudável	33
Figura 3- Modelo teórico orientador do estudo	64
Figura 4- Desenho do estudo	80
Figura 5- Fluxograma da seleção da amostra.....	86
Figura 6- Esquema representativo do Estudo de Caso Múltiplo.....	93
Figura 7- Fatores que antecedem a perda de autonomia.....	99
Figura 8- Necessidade de ingressar num Centro de Dia.....	107
Figura 9- Fatores que interferem no processo de transição	118
Figura 10- Esquema explicativo da transição da pessoa idosa para o Centro de Dia ..	120
Figura 11- Esquema para análise dos dados	121

Índice de quadros

Quadro 1- Motivos que justificam a institucionalização da pessoa idosa	51
Quadro 2- Pontos de corte do Mini Exame do Estado Mental	88
Quadro 3- Pontos de corte do Índice de Barthel.....	89
Quadro 4- Pontos de corte para o Índice de Lawton	89
Quadro 5- Pontos de corte do Questionário de Baecke Modificado para Idosos	90
Quadro 6- Pontos de corte para o Índice de Tinetti.....	90
Quadro 7- Status nutricional segundo a OMS.....	90
Quadro 8- Caraterização das variáveis em estudo.....	91
Quadro 9- Caraterização das variáveis acrescentadas na Fase II.....	92

Índice de tabelas

Tabela 1- Evolução das variáveis sociodemográficas ao longo de três avaliações	87
Tabela 2- Distribuição da amostra segundo a faixa etária e as variáveis sociodemográficas.....	84
Tabela 3- Relação entre o desempenho cognitivo e a gestão do regime medicamentoso.....	123
Tabela 4- Relação entre o desempenho cognitivo e a utilização dos recursos de saúde	124
Tabela 5- Desempenho cognitivo segundo a média de pontuação do MEEM	124
Tabela 6- Distribuição do status cognitivo ao longo das três avaliações	124
Tabela 7- Distribuição da amostra pelas pontuações parciais do Índice de Lawton.....	125
Tabela 8- Relação entre as AIVD e a acuidade visual	126
Tabela 9- Relação entre as AIVD e a gestão do regime medicamentoso.....	127
Tabela 10- Relação entre as AIVD e a morbilidade	128
Tabela 11- Relação entre as AIVD e a utilização dos recursos	128
Tabela 12- Variação das AIVD ao longo das três avaliações.....	129
Tabela 13- Distribuição da amostra pelas pontuações parciais do Índice de Barthel	130
Tabela 14- Relação entre as ABVD e a acuidade visual	132
Tabela 15- Relação entre as ABVD e a gestão do regime medicamentoso	133
Tabela 16- Relação entre as ABVD e a morbilidade	134
Tabela 17- Relação entre as ABVD e a utilização dos recursos de saúde	134
Tabela 18- Variação das ABVD ao longo das três avaliações	135
Tabela 19- Relação entre o equilíbrio corporal e a acuidade visual	137
Tabela 20- Relação entre o equilíbrio e a gestão do regime medicamentoso.....	137
Tabela 21- Relação entre o equilíbrio corporal e a utilização de recursos	138
Tabela 22- Evolução do equilíbrio corporal ao longo dos anos	139
Tabela 23- Utilização de dispositivos auxiliares da marcha	139
Tabela 24- Relação entre o medo de cair e a gestão do regime medicamentoso.....	141
Tabela 25- Relação entre o medo de cair e a morbilidade	142
Tabela 26- Relação entre o medo de cair e a utilização dos recursos	142
Tabela 27- Evolução do medo de cair ao longo dos anos	143
Tabela 28- Distribuição da variável Atividade Física em função da Acuidade Visual	145
Tabela 29- Relação entre a intensidade da atividade física e a gestão do regime medicamentoso .	146
Tabela 30- Relação entre a atividade física e a utilização dos recursos de saúde	146

Tabela 31- Valores de Intensidade da Atividade Física ao longo de três avaliações ...	147
Tabela 32- Relação entre a incidência de quedas e a urgência hospitalar	151
Tabela 33- Relação entre a incidência de quedas e a utilização dos recursos de saúde	151
Tabela 34- Distribuição do número de quedas (entre Março e Setembro) ao longo dos anos	152
Tabela 35- Distribuição dos indivíduos que caíram ao longo das três avaliações	152
Tabela 36- Relação entre a intensidade da dor e a utilização dos recursos de saúde.....	154
Tabela 37- Distribuição da variável dor ao longo das 3 avaliações.....	155
Tabela 38- Distribuição da intensidade da dor ao longo das três avaliações	155
Tabela 39- Relação entre a acuidade visual ao longe e a utilização dos recursos de saúde	158
Tabela 40- Distribuição da acuidade visual ao longe ao longo das três avaliações.....	158
Tabela 41- Distribuição da amostra consoante a utilização de prótese ocular	158
Tabela 42- Uso de prótese dentária em função do número de dentes	161
Tabela 43- Variação do IMC ao longo das três avaliações	161
Tabela 44- Evolução da dentição ao longo de três avaliações	162
Tabela 45- Variação relativa ao uso de prótese dentária ao longo das três avaliações	162
Tabela 46- Distribuição da variável sonolência diurna ao longo de três avaliações.....	165
Tabela 47- Variáveis que caracterizam a gestão do regime medicamentoso	166
Tabela 48- Regime medicamentoso. Conhecimento versus Autonomia	166
Tabela 49- Gestão do regime medicamentoso ao longo de três avaliações.....	170
Tabela 50- Evolução do conhecimento demonstrado face ao regime medicamentoso	170
Tabela 51- Evolução da distribuição da responsabilidade pela gestão dos medicamentos, ao longo de dois anos.....	170
Tabela 52- Distribuição do consumo de fármacos ao longo de tempo	171
Tabela 53- Distribuição dos fármacos por grupos farmacológicos nas três avaliações.....	172
Tabela 54- Distribuição do número de fármacos, por grupo terapêutico, ao longo de dois anos ...	173
Tabela 55- Calculo da correlação de Pearson entre os diversos indicadores de morbidade	174
Tabela 56- Medidas de tendência central em três avaliações da variável recurso à urgência hospitalar ...	175
Tabela 57- Medidas de tendência central em três avaliações da variável internamento hospitalar.....	175
Tabela 58- Distribuição da amostra em função da preparação do regime medicamentoso	178
Tabela 59- Distribuição da amostra em função da utilização do Médico de família ...	178
Tabela 60- Distribuição da amostra em função da utilização do Enfermeiro de família	179
Tabela 61- Distribuição da amostra em função da percepção sobre a necessidade de cuidados.....	181
Tabela 62- Distribuição da amostra em função da autopercepção sobre a saúde	181
Tabela 63- Evolução, ao longo de três avaliações, da autopercepção sobre a saúde dos últimos 5 anos.	181

Índice de gráficos

Gráfico 1- Distribuição relativa ao risco de queda	136
Gráfico 2- Distribuição em função da intensidade da atividade física	143
Gráfico 3- Tipo de lesão após as quedas	149
Gráfico 4- Distribuição da amostra segundo o valor mais elevado de dor referenciado	153
Gráfico 5- Distribuição da amostra segundo a acuidade visual ao longe	156
Gráfico 6- Distribuição da amostra segundo a acuidade visual ao perto	156
Gráfico 7- Distribuição dos valores de IMC	159
Gráfico 8- Distribuição da amostra em função do número de dentes	160
Gráfico 9- Sonolência diurna e autopercepção sobre a saúde	164
Gráfico 10- Evolução da sonolência diurna	165
Gráfico 11- Distribuição em função da gestão do regime medicamentoso	166
Gráfico 12- Distribuição dos fármacos por grupo farmacológico	168
Gráfico 13- Recurso utilizado em caso de doença	176
Gráfico 14- Dificuldades para recorrer ao Centro de Saúde	176
Gráfico 15- Razões para não conhecer o Enfermeiro de família	177
Gráfico 16- Autopercepção sobre a saúde	180

Índice

Introdução	21
Parte I - ENVELHECER NOS CENTROS DE DIA. UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM	19
Capítulo 1 - Funcionalidade e envelhecimento.....	31
1.1- Funcionalidade e incapacidade em saúde	31
1.2- Funcionalidade e envelhecimento suscetível aos Cuidados de Enfermagem	33
1.3- Avaliação multidimensional da pessoa idosa.....	43
1.4- Promoção do Envelhecimento Saudável.....	45
Capítulo 2 - Centros de Dia para Pessoas Idosas	47
2.1- Apoio Social e envelhecimento	47
2.2- Os Centros de Dia	49
2.3- Do Centro de Dia à institucionalização permanente	51
Capítulo 3 - Vulnerabilidade, Enfermagem e Envelhecimento.....	53
3.1- Vulnerabilidade e Envelhecimento	53
3.2- Teorias de Enfermagem e Vulnerabilidade	56
3.3- Um Modelo de Enfermagem para compreender o Envelhecimento nos Centros de Dia	63
Capítulo 4 - Justificação do estudo	65
4.1- Questões de partida	65
4.2- Evidência produzida em contexto de Centro de Dia.....	67
4.3- Finalidade e objetivos do estudo	68
Parte II - FUNCIONALIDADE E VULNERABILIDADE EM CONTEXTO DE CENTRO DE DIA	31
Capítulo 5 - Metodologia	79
5.1- Desenho do estudo	79
5.2- População, plano amostral e amostra	82
5.3- Instrumento de recolha de dados	87
5.4- Procedimentos de colheita e análise dos dados	92
5.5- Procedimentos éticos.....	95
Capítulo 6 - Resultados do estudo	97
6.1- Vulnerabilidade associada à transição para um Centro de Dia (Fase I).....	97
6.1.1- Perda de autonomia.....	98
6.1.1.1- Dependência no autocuidado	98

6.1.1.2- Incapacidade para tomar conta	102
6.1.1.3- Decisão de ingressar no centro	104
6.1.2- Aceitar a dependência.....	107
6.1.2.1- Impacto negativo da mudança de ambiente	108
6.1.2.2- Impacto positivo da mudança de ambiente	110
6.1.2.3- Respostas humanas aos processos de vida e doença	112
6.1.2.4- Indicadores de resposta à transição	115
6.1.3- Viver o Centro de Dia	118
6.1.3.1- Novas rotinas pessoais	118
6.1.3.2- Nova rede social	119
6.1.3.3- Dependência do Centro de Dia	119
6.2- Avaliação e Evolução da Funcionalidade nos Centros de Dia (Fase II e III).....	120
6.2.1- <i>Desempenho</i> cognitivo	121
6.2.2- Atividades Instrumentais de Vida Diária	124
6.2.3- Atividades Básicas de Vida Diária	129
6.2.4- Equilíbrio corporal	135
6.2.5- Medo de cair	140
6.2.6- Exercício e atividade física.....	143
6.2.7- Queda acidental	148
6.2.8- Domínio sensorial: Dor	152
6.2.9- Domínio sensorial: Acuidade visual.....	155
6.2.10- <i>Status</i> nutricional	159
6.2.11- Sonolência diurna.....	163
6.2.12- Gestão do regime medicamentoso	165
6.2.13- Morbilidade	173
6.2.14- Utilização dos serviços de saúde.....	175
6.2.15- Autopercepção sobre a saúde.....	179
6.3- Síntese final do estudo	182
Capítulo 7 - Discussão de resultados	183
Conclusões.....	203
Bibliografia	205
Anexos	217

Introdução

A reconstrução mundial, após a Segunda Grande Guerra, trouxe melhorias significativas na salubridade ambiental e nas condições de vida que, conjugadas com a evolução dos cuidados de saúde, contribuíram para a redução da mortalidade infantil e para o aumento da longevidade.

Em Portugal, fruto de décadas de estagnação ditatorial, esses fenómenos surgem apenas com a transição para a democracia, na década de 70, observando-se um crescimento progressivo do Índice de Longevidade - desde 1974 (30,5) até 2016 (48,8) (1), bem como um decréscimo acentuado da Taxa de Mortalidade Infantil - dos 37.9 em 1974, para os 3.2 em 2016 (2).

A problemática do envelhecimento demográfico surge apenas nas últimas décadas e resulta, essencialmente, da drástica redução nos indicadores de natalidade; o país apresenta a pior Taxa de Fecundidade Geral (34.3) da Europa a 28 (3), o que põe em causa a renovação das gerações.

O cenário prevalecerá nos próximos anos, sendo expectável que em 2060 o Índice de Envelhecimento possa atingir os 307 idosos por cada 100 jovens (era de 143.9 em 2015) (4), tendo em conta que a população com mais de 65 anos é a que mais cresce, registando em 2015, 2 122 996 residentes (5), constituindo já 20,5% da população total (6), o que aponta para uma transição demográfica sem precedentes na história.

Viver mais não significa viver com qualidade de vida (7). Apesar da esperança de vida em Portugal estar nos 81.3 anos (78 para os homens e 84.4 para as mulheres) (8) e da esperança de vida aos 65 anos ser das mais elevadas da Europa – 20.2 (18.1 para os homens e 21.9 para as mulheres) (9), na realidade o país ocupa os últimos lugares no que diz respeito a anos de vida saudável após essa idade (6.9 para os homens e 5.6 para as mulheres) (10), sendo inclusive a nação europeia onde as mulheres têm como expectativa viver um maior número de anos de vida não saudável (16,3 anos) (10), o que pressupõe uma elevada percentagem de pessoas com limitações funcionais/incapacidades associadas ao envelhecimento/ doença, com repercussões no consumo de recursos sociais e de cuidados de saúde (11) (12) (13) (14).

Mantendo as políticas atuais acredita-se que se está a acrescentar anos à vida à custa do aumento da morbilidade (11) e não vida aos anos, como defende atualmente a Organização Mundial de Saúde (OMS) (7).

O aumento da incapacidade funcional e da complexificação da gestão da morbilidade trouxe um novo desafio para a sociedade em geral e para as famílias em particular, num país onde se mantem uma forte ideologia de cuidar “*familiarista*” mas onde os apoios do estado são diminutos (15).

As transformações sociodemográficas, económicas e políticas das últimas décadas, conduziram a uma gradual transformação na dinâmica e estrutura familiar: ascensão do número de divórcios e de famílias monoparentais; aumento da mobilidade geográfica das famílias e diminuição da proximidade física dos seus elementos; integração da mulher no mercado de trabalho, deixando de ter disponibilidade para ancorar sobre si os cuidados básicos aos elementos mais vulneráveis do agregado; aumento de famílias monoparentais de pessoas viúvas (16) (17) (18) (19).

A tradicional família extensa deu progressivamente lugar à contemporânea família nuclear (15), observando-se um aumento da verticalidade dos agregados, coexistindo mais gerações, com menos pessoas a coabitarem - a dimensão média dos agregados domésticos privados reduziu de 3.3 indivíduos, em 1983, para 2.5 em 2016 (20). É muito comum existirem pessoas idosas a viverem sós ou na companhia do cônjuge, da mesma idade; no caso português, cerca de 12% da população residente e de 60% da população idosa, vive só (400 964 indivíduos) ou em companhia exclusiva de pessoas da mesma idade (804 577); desde o início do século XXI, registou-se um aumento de 28%, tendo passado de 942 594, em 2001, para 1 205 541 indivíduos em 2011 (21).

Enfrenta-se assim um paradoxo... o aumento da longevidade é acompanhado por perda de capacidade e aumento de morbilidade que, muitas das vezes, não pode ser compensada com um aumento do suporte familiar; nessas situações, ocorre uma transferência do suporte social para a esfera pública do estado (18) (19) (22).

No caso português, o sistema nacional de proteção à dependência é do tipo assistencialista e caracteriza-se pela “*separação dos sistemas social e de saúde, pela insuficiência de recursos económicos e pela cobertura limitada à satisfação das necessidades das pessoas em situação de dependência*” (22), atribuindo à família a incumbência de suprir as vulnerabilidades dos seus membros mais idosos (22).

A edificação de um sistema de proteção à dependência dirigido, essencialmente, à população carenciada, fez com que a intervenção face ao envelhecimento e à perda de funcionalidade da pessoa idosa se centralizasse na Segurança Social, graças aos acordos de cooperação estabelecidos com as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), amplamente distribuídas pelo país (22), através de diferentes equipamentos sociais que prestam serviços destinados a manter a pessoa idosa em contexto domiciliário, no caso, os Centros de Dia e os Serviços de Apoio Domiciliário (SAD).

Embora a evidência atual (Nível de Evidência A) recomende a existência de equipas multidisciplinares (com profissionais das áreas social e saúde), que englobem programas de avaliação e tratamento geriátrico contínuos, para atenuar a perda de funcionalidade e assegurar um envelhecimento saudável (7) (13) (23) (24), na realidade, a maioria destes equipamentos sociais não dispõe de financiamento que lhes permita proporcionar o acompanhamento de saúde que os seus utentes necessitam.

Na ausência de cuidados de saúde de proximidade, a articulação com o Sistema Nacional de Saúde (SNS) faz-se normalmente, por programação e de forma estanque, sendo escassa a partilha de informação e não havendo continuidade de processos de trabalho, normalização de competências dos trabalhadores ou de resultados a atingir (22), comprometendo a continuidade dos cuidados.

Esta fragmentação e descontinuidade deixa a pessoa muito vulnerável, podendo exacerbar-se ainda mais o declínio funcional, a morbilidade e a dependência, culminando, num curto espaço de tempo, em institucionalização permanente (14) (25) (26), fator cuja finalidade destes serviços é protelar. Realça-se ainda, que durante esse período (espaço temporal que antecede a institucionalização), ocorrem situações de consumo exacerbado de recursos de saúde (internamento hospitalar, recurso ao serviço de urgência, polimedicação, entre outros) que aumentam exponencialmente os encargos financeiros do estado (14), obrigando a repensar nas respostas ao nível dos cuidados de saúde primários.

Nessa ótica, a OMS lançou, em 2002, o conceito de Envelhecimento Ativo (27), reafirmando a importância da manutenção das capacidades e da autonomia, como centrais a um envelhecimento saudável (7).

A promoção do autocuidado ressurgiu como medida terapêutica para controlar os determinantes que modelam a funcionalidade da pessoa e para contrariar o peso

crecente que a doença crónica vinha a ter nas despesas com a saúde, obrigando a reformas nos sistemas de apoio aos cidadãos (28) (29).

Em 2006 foi criada em Portugal a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), destinada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrassem em situação de dependência (30).

A Enfermagem, fruto do seu desenvolvimento disciplinar, tem contribuído para essa mudança e a Ordem dos Enfermeiros portuguesa assumiu, em 2001, que no domínio do autocuidado e da readaptação funcional, a sociedade podia exigir respostas dos enfermeiros e avaliar a qualidade dos seus cuidados em função dos ganhos em saúde produzidos (31).

Em 2010 o mesmo órgão regulador definiu como área prioritária para se investigar a reorganização das respostas em saúde, num quadro de orientação para a comunidade e para o domicílio do cliente (32). Assim, a ausência de cuidados de saúde em equipamentos sociais que prestam cuidados a pessoas com perda de funcionalidade, fornecendo serviços de substituição ao autocuidado, são contextos que potencialmente poderão ser alvo de estudo, para que no futuro se possam fornecer cuidados integrados e eficientes.

A distância paradoxal entre a evidência científica e a realidade contextual vivenciada nestas instituições, relativamente à promoção e manutenção da funcionalidade das pessoas idosas, constitui-se como a problemática em estudo.

Atendendo à experiência profissional, de vários anos, do investigador principal, com pessoas idosas que frequentam Centros de Dia, foi escolhido esse equipamento social como contexto para desenvolver a investigação.

Silva refere que os enfermeiros tomam *“por objeto de estudo as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos do desenvolvimento ou por eventos significativos da vida que exigem adaptação”* (33). Pode-se inferir que a transição de uma pessoa idosa para um Centro de Dia se enquadra nesse paradigma, sendo por isso pertinente estudá-la e documentá-la para que à luz do conhecimento existente, adquira significado, gerando informação útil para a tomada de decisão clínica e política.

Na realidade, comparando o conhecimento científico existente relativo à avaliação e promoção da funcionalidade das pessoas idosas, com a resposta de cariz social que é proporcionada nos Centros de Dia, sobressaem a falta de soluções integradas, nomeadamente, a ausência do contributo da Enfermagem.

A bibliografia é escassa em termos de estudos realizados por enfermeiros com pessoas que frequentam os Centros de Dia, mas existe evidência da sua utilidade terapêutica em vários domínios da funcionalidade da pessoa idosa, capazes de reduzir o risco de institucionalização precoce, quando estes se mantêm em contexto domiciliar.

A verdade é que apesar dos esforços para evitar ou adiar a institucionalização (objetivo primordial dos Centros de Dia), o preciso momento em que esta se torna inevitável ainda é incerto (14); contudo, é possível identificar as diversas condicionantes que antecedem o fenómeno: atributos pessoais, nomeadamente o sexo (maioritariamente as mulheres) e a idade (os mais idosos); socioeconómicos, donde se destacam o baixo nível de escolaridade e o baixo estrato socioeconómico; clínicos, sobressaindo como principais fatores a perda de capacidade intrínseca^a, capacidade funcional^b e a existência de síndromes geriátricas^c (relevância para os fenómenos da polimedicação e das quedas); e de suporte, com relevância para o apoio familiar (14) (25).

Conhecer essa realidade nas pessoas que recorrem aos Centros de Dia, permitirá identificar as razões que as conduziram até lá e preparar respostas para os domínios da funcionalidade potencialmente modificáveis, de forma a promover o envelhecimento com mais saúde e bem-estar.

Nessa lógica, conhecer e compreender os problemas/ necessidades que afetam o trajeto da funcionalidade, segundo um paradigma disciplinar, poderão contribuir para que, no futuro, se desenvolvam respostas integradas, centradas na promoção, manutenção e reabilitação da saúde, assegurando o progresso do Sistema de Saúde e da Segurança Social.

Pretende-se assim, traçar o perfil relativo à funcionalidade dos idosos que frequentam os Centros de Dia da cidade do Porto e identificar as transições que carecem de respostas profissionais potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem. Para tal, realizou-se um estudo exploratório misto, no âmbito do Curso de Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa.

^a Capacidade intrínseca - o conjunto de todas as capacidades físicas e mentais a que um indivíduo pode recorrer (7)

^b Capacidade funcional - atributos relacionados com a saúde que permitem agir em função das decisões individuais. É constituída pela capacidade intrínseca, características ambientais relevantes e as interações entre o indivíduo e essas características (7)

^c Síndromes geriátricas - Estados de saúde complexos associados ao envelhecimento e que não se enquadram em categorias de doenças discretas; são muitas vezes uma consequência de múltiplos fatores subjacentes e disfunção em múltiplos sistemas de órgãos

O presente relatório está estruturado em duas partes e sete capítulos.

A parte I reflete toda a contextualização teórica do trabalho e comporta os primeiros quatro capítulos .

O capítulo 1 centra-se na pessoa idosa e nos determinantes que influenciam a sua capacidade intrínseca e funcional; nesse sentido, definem-se os conceitos de funcionalidade, incapacidade e saúde e exploram-se os domínios da funcionalidade associados ao envelhecimento, potencialmente sensíveis a uma atuação autónoma da Enfermagem, salvaguardando a melhor evidência relativa à sua avaliação.

O capítulo 2 descreve o contexto social onde as pessoas envelhecem e a contribuição que os Centros de Dia dão para a manutenção de uma política social de não institucionalização da dependência; explora-se ainda a incapacidade de assegurar uma atuação integrada e de acordo com as necessidades demonstradas, que transformam estes equipamentos em locais transitórios entre o início da dependência e a admissão numa Estrutura Residencial Para Idosos (ERPI).

No capítulo 3 aborda-se o conceito de vulnerabilidade e a sua relação com o envelhecimento e a Enfermagem. Descrevem-se ainda-se a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado e a Teoria das Transições, para que, junto com o Modelo de Saúde Pública para o Envelhecimento Saudável, da OMS, orientem a análise da informação e a construção do conhecimento científico.

O capítulo 4 apresenta os argumentos que justificam a realização do estudo, desde a pergunta de partida, à definição do problema, da finalidade e dos objetivos a atingir.

A parte II descreve o estudo realizado e divide-se em três capítulos.

No capítulo 5 relatam-se as decisões metodológicas que orientaram a realização do estudo exploratório misto. Após a apresentação do desenho do estudo, justifica-se a divisão do percurso em três fases: (i) Fase I, que comporta a realização de um estudo de caso múltiplo, para perceber a vulnerabilidade individual das pessoas ao longo do processo de transição pelo Centro de Dia; (ii) Fase II, relativa a um estudo observacional, analítico, transversal, com uma amostra de 329 pessoas, dos Centros de Dia da cidade do Porto, com o intuito de conhecer a prevalência e a relação entre os fenómenos sensíveis aos cuidados de Enfermagem; (iii) Fase III, referente a um estudo observacional, analítico, longitudinal, acompanhando o trajeto funcional de 55 pessoas, de três Centros de Dia, ao longo de dois anos, para conhecer a evolução da

funcionalidade, relativamente às variáveis em estudo. Apresentam-se ainda as considerações éticas assumidas durante o percurso.

O capítulo 6 explana a análise dos resultados relativa às três fases do estudo de investigação, revelando as relações existentes entre as variáveis em estudo que afetam a funcionalidade e induzem vulnerabilidade na pessoa idosa, potencialmente sensíveis a uma resposta integrada com a participação de enfermeiros.

No capítulo 7 discutem-se os resultados à luz da evidência disponível e da experiência dos investigadores.

Por último, surgem as conclusões, que sintetizam as principais ideias e limitações do estudo e orientam para os caminhos futuros da investigação e a bibliografia, segundo as normas de referenciação de Vancouver.

Referências bibliográficas

1. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Indicadores de envelhecimento. PORDATA. [Online] 2017.
2. —. Taxa bruta de mortalidade e taxa de mortalidade infantil - Portugal. PORDATA. [Online] 2017.
3. —. Taxa de fecundidade geral na Europa. PORDATA. [Online] 2016.
4. Instituto Nacional de Estatística. Projeções de população residente 2012-2060. INE, 1014.
5. Fundação Francisco Manuel dos Santos. População Residente. [Online] PORDATA, 2016.
6. —. População residente: total e por grandes grupos etários - Europa. PORDATA. [Online] 2016.
7. Organização Mundial da Saúde. World report on Ageing and Health. Genebra: OMS, 2015. p. 247.
8. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Esperança de vida à nascença: total e por sexo - Europa. PORDATA. [Online] 2014.
9. —. Anos de vida saudável aos 65 anos: por sexo - Europa. PORDATA. [Online] 2014.
10. —. Esperança de vida aos 65 anos da população do sexo feminino: total e por anos de vida saudável e não saudável - Europa. PORDATA. [Online] 2014.
11. Direção Geral da Saúde. Circular Normativa 13/DGCG - Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Ministério da Saúde, 2004.
12. Lopes, Escoval, Pereira et al.. Avaliação da funcionalidade e necessidades de cuidados dos idosos. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2013, Vol. 21.
13. Colón-Emeric, Whitson, Pavon et al.. Functional Decline in Older Adults. American Family Physician. 2013, Vol. 88 (6), p.388-394.
14. Naslund, Sauter, Gutman et al.. Increased Health Service Utilization Costs in the Year Prior to Institutionalization: Findings from the Canadian Study of Health and Aging. Canadian Geriatrics Journal. 2014, Vol. 17 (2), p. 45-52.
15. Sousa, Patrão & Vicente. Famílias e envelhecimento: o último estágio do ciclo de vida. [autor do livro] Paúl & Ribeiro. Manual de Gerontologia. Lisboa: Lidel, 2012.
16. Petronilho. Preparação do regresso a casa. FORMASAU, 2007.

17. Araújo. Cuidar da família com um idoso dependente: formação em enfermagem. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2010. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.
18. Carvalho. Envelhecimento e cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social. Lisboa: Coisas de ler, 2012.
19. Martins. "Agora esta é a minha casa": estudo sobre o processo de transição para um lar de idosos. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2013. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia.
20. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Agregados domésticos unipessoais de indivíduos com 65 ou mais anos em % do total de agregados. PORDATA. [Online] 2016.
21. Instituto Nacional de Estatística. Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos. Instituto Nacional de Estatística. Statistics Portugal. [Online] Fevereiro de 2012.
22. Martín & Brandão. Políticas para a Terceira Idade. [autor do livro] Paúl e Ribeiro. Manual de Gerontologia. Lisboa: Lidel, 2012.
23. Organização Mundial da Saúde. Health of the elderly. Genebra: OMS, 1989.
24. Grossi & Guilamelon. Intersetorialidade na política de saúde do idoso. Revista Virtual Textos & Contextos. 2006, Nº. 6.
25. Gaugler, Duval, Anderson et al.. Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. BMC Geriatrics. 2007, Vol. 19(7), p.13.
26. Kuzuya, Izawa, Enoki et al.. Day-care service use is a risk factor for long-term care placement in community-dwelling dependent elderly. Geriatrics & Gerontology International. 2012, Vol. 12(2), p. 322–329.
27. Organização Mundial da Saúde. Active ageing. A policy framework. Genebra: OMS, 2002.
28. Canada. The Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy. Department of Health, 2005.
29. Department of Health. Supporting people with long term conditions to self care. A guide to developing local strategies and good practice. London: National Health Service, 2006.
30. Portugal. Decreto-Lei nº. 101/206. Diário da Republica 109 Série I-A, 06 de 06 de 2006.
31. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012.
32. Conselho de Enfermagem. Áreas Prioritárias para a Investigação em Enfermagem - Relatório Bienal. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.
33. Silva. Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. Revista Servir. 2007, Vol. 55, p.11-20.

PARTE I

**ENVELHECER NOS CENTROS DE DIA. UM DESAFIO PARA A
ENFERMAGEM**

Capítulo 1 - Funcionalidade e envelhecimento

Neste capítulo discute-se o envelhecimento segundo uma perspectiva de desenvolvimento humano, observando-se a saúde, como um *continuum* entre a funcionalidade e a disfuncionalidade. Para o ilustrar, recorre-se à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, para identificar potenciais problemas e necessidades sensíveis à intervenção dos enfermeiros. Posteriormente, faz-se uma abordagem à avaliação multidimensional da pessoa idosa, fundamental para o delineamento de estratégias geradoras de ganhos em saúde e qualidade de vida. Termina-se com uma visão evolutiva, enunciando um conjunto de medidas facilitadoras do Envelhecimento Saudável.

1.1- Funcionalidade e incapacidade em saúde

O conceito de incapacidade está associado à presença de défices, limitação de atividades ou restrições na participação individual ou social (34); durante muito tempo, foi conceptualizado, em separado, por dois grandes modelos:

a) O modelo médico, que a considerava como um problema associado ao sujeito portador de doença, trauma ou outra questão de saúde, carente de avaliação e tratamento por parte de profissionais de saúde (34). Neste paradigma, a saúde terminava com o início da incapacidade (35) e os resultados esperados focalizavam-se na cura, adaptação ou mudança comportamental dos indivíduos; assim, a ausência de incapacidade estava dependente das políticas de saúde adotadas (34).

b) O modelo social, que a interpretava como um conjunto complexo de condições decorrentes, essencialmente, do ambiente social onde o indivíduo estava inserido. Neste caso, a abordagem passava por um conjunto de respostas sociais e sua a integração plena na sociedade seria o resultado esperado, sendo encarada como uma responsabilidade coletiva e, por isso, uma questão política. (34).

No fim do milénio, o aumento da longevidade e da doença crónica, acompanhados pela pressão social resultante do envelhecimento demográfico, obrigaram a mudanças de paradigma; a ênfase dada ao tratamento da doença aguda foi-se alterando em função das exigências crescentes associadas à doença crónica; o foco nos cuidados hospitalares estendeu-se ao fornecimento de cuidados de continuidade, em contexto comunitário (35).

A incapacidade passou a ser encarada como uma dimensão da saúde e uma experiência humana universal; a emergência de respostas integradas veio com a evidência crescente de que a redução na incidência e gravidade da incapacidade podem surgir com o aumento da capacidade funcional e da melhoria do desempenho, através da modificação das características do ambiente social e físico (35); nesse sentido, a integração dos dois paradigmas emerge como a melhor solução (23) (27).

Em resposta, a OMS fez evoluir, em 2001, a partir da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH), a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que passou a fornecer um modelo integrador focalizado na condição de saúde (Figura 1), influenciada pelo contexto ambiental e pelas características pessoais dos indivíduos (34), aproximando-se do conceito de saúde que defende - *“um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”* (36).

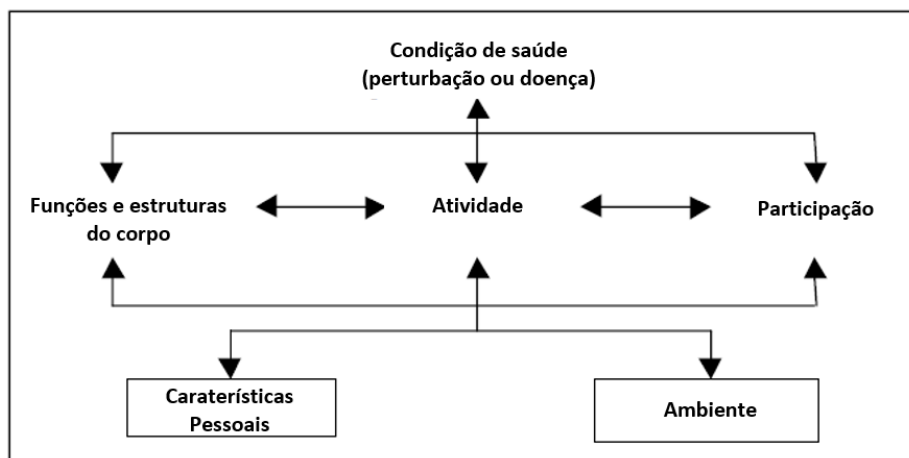


Figura 1- Interações entre os componentes da CIF (adaptado de OMS, 2004)

A funcionalidade resulta da complexa relação entre a situação individual de saúde de uma pessoa, representada pelas funções e estruturas corporais (existência ou

não de défices), atividade (execução de uma tarefa ou ação) e participação (envolvimento numa situação da vida real), as características pessoais e o contexto onde ela se insere (fatores ambientais) (34), sendo distinta do conceito de patologia (35); duas pessoas com a mesma doença, no mesmo estágio, apresentam níveis de funcionalidade muito distintos (35) (7) e requerem cuidados diferentes.

1.2- Funcionalidade e envelhecimento suscetível aos Cuidados de Enfermagem

O Ser Humano tem dois trajetos distintos em termos de funcionalidade durante o seu ciclo de vida; na primeira fase observa-se um aumento gradual da capacidade intrínseca e da capacidade funcional, seguida de um declínio progressivo (7) (12) (37) (38).

A perda de funcionalidade ocorre normalmente em três períodos distintos (Figura 2): no primeiro, a capacidade funcional mantém-se elevada; no segundo, verifica-se um declínio funcional progressivo; e no terceiro, observa-se uma perda significativa (7). Assim, a perda de funcionalidade pode ocorrer naturalmente, sem a presença de um evento causal claro, de forma progressiva e episódica (13) (39), mas também pode resultar de um evento crítico (doença aguda, acidente), sem que se verifique o trajeto funcional descrito (7) (39).

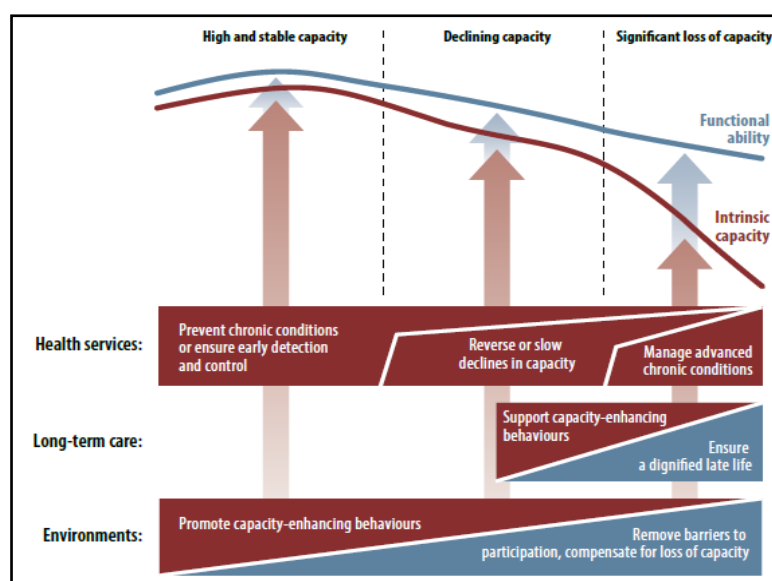


Figura 2- Modelo de Saúde Pública para um Envelhecimento Saudável (OMS, 2015, p.33)

A senescência caracteriza-se por uma acumulação gradual, ao longo da vida, de danos moleculares e celulares que resultam em comprometimento progressivo e generalizado em muitas funções corporais, maior vulnerabilidade a desafios ambientais e risco crescente de doença e morte, sendo acompanhada por uma ampla gama de mudanças psicossociais (7 p. 52).

Respeitando a classificação de primeiro nível da CIF, descrevem-se de seguida algumas das principais alterações, na pessoa idosa, potencialmente sensíveis aos cuidados de Enfermagem.

Funções mentais

A massa cerebral diminui com a idade devido à morte neuronal, à atrofia da massa dos neurônios e à perda de matéria branca, afetando áreas do córtex cerebral responsáveis pela coordenação mental e controlo cognitivo (40). Funcionalmente destaca-se o declínio da performance ao nível da velocidade de processamento da informação, capacidade de dividir ou alternar a atenção e memória de trabalho (7) (40), que têm repercussões, especialmente nos domínios da memória episódica e inteligência fluida (40), dificultando a aprendizagem e a concretização de atividades que envolvam manipulação ativa, reorganização, integração ou antecipação de vários itens de memória (7). A evolução para situações de declínio cognitivo ligeiro (DCL) é muito variável entre indivíduos e depende de fatores como o *status* socioeconómico, estilo de vida, presença de doença crónica e uso de medicação, estando, por isso, ao alcance de uma intervenção externa, a sua mitigação (7).

As pessoas idosas são particularmente vulneráveis a processos demenciais - a prevalência aumenta de 1% aos 65 anos, para 30% aos 85 anos de idade, duplicando entre os 60 e os 95 anos, em cada cinco anos (11), sendo o fenómeno apontado como uma das principais causas de institucionalização (14) (25) (41) (42) (43). O diagnóstico precoce (44) e a manutenção da saúde cognitiva, ambos sensíveis aos cuidados de Enfermagem, podem ser fundamentais para atrasar o desenvolvimento de quadros demenciais, de dependência e/ ou de incapacidade face ao autocuidado (45).

Funções do sono

À medida que as pessoas envelhecem, os seus ritmos circadianos tornam-se mais ténues, dessincronizados e perdem amplitude; como consequência pode ocorrer um aumento da frequência dos despertares noturnos, acompanhado do agravamento da sonolência diurna (46). A estes fatores, soma-se o efeito cumulativo das co morbididades, resultando em distúrbios do sono que interferem com o funcionamento diurno dos indivíduos, aumentando o consumo de fármacos inapropriados (46) (47), com potencial para desencadear eventos críticos geradores de dependência (por exemplo, quedas acidentais ou reações adversas da medicação); pode ainda contribuir para o abandono da prestação de cuidados domiciliares por parte da família (47), influenciando por isso a autonomia e independência.

A diferença entre alterações decorrentes da senescência e patologia do sono pode e deve ser avaliada, atendendo que a maioria dos distúrbios é clinicamente tratável com medidas não-farmacológicas (48), ou também denominadas medidas de higiene do sono, que podem ser implementadas por enfermeiros gerando ganhos visíveis em saúde (49).

Funções sensoriais e dor

Ao nível da visão a perda de elasticidade do cristalino resulta em presbiopia, diminuindo a capacidade para focar objetos ao perto; a opacidade do cristalino dá origem a cataratas, que aumentam a sensibilidade à luz e provocam visão turva; o aumento da pressão intraocular conduz ao glaucoma que dificulta a visão periférica e a degeneração macular, afeta a visão central, dificultando o reconhecimento de rostos, condução e leitura, podendo as cores parecerem menos vibrantes e as linhas retas distorcidas ou onduladas (50).

Estas alterações têm grande influência direta no desempenho de tarefas, pois afetam a mobilidade (7) (50), as atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (51) (50) (52), a interação social (7) (50) (52), a qualidade de vida (51), a estimulação cognitiva (40) (53), aumentando a depressão (51); promovem ainda o medo de cair (50), sendo um importante fator de risco para a ocorrência de quedas (7) (50) (54) e para a institucionalização permanente (50).

A correção de alguns destes problemas com a aplicação de óculos ou renovação dos mesmos pode melhorar a capacidade funcional (51). Os enfermeiros poderão atuar

promovendo a consciencialização face aos défices e a adesão a dispositivos corretivos da acuidade visual, diminuindo, dessa forma, o declínio funcional (55); o encaminhamento e *follow up* também poderão ser operacionalizados (56).

A dor, habitualmente muito presente no dia-a-dia da pessoa idosa, surge como fator *major* para a diminuição da qualidade de vida (57) (58) (59); está normalmente associada a aumento do consumo de fármacos, diminuição da qualidade do sono (59) e redução da mobilidade e da funcionalidade (57) (58); há investigadores que consideram que as pessoas com dor desenvolvem um conjunto de limitações associadas à idade muito mais cedo (57), podendo a Enfermagem assumir um papel de relevo no seu tratamento (60).

Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino

A ingestão nutricional pode estar afetada por diversos fatores próprios do processo de senescência (7); a perda de peças dentárias dificulta a mastigação dos alimentos, levando a uma ingestão seletiva que nem sempre favorece as necessidades fisiológicas; a falta de higiene oral (por descuido ou incapacidade) conduz a distúrbios que dificultam a ingestão de alimentos; alterações na produção das secreções gástricas podem levar à deficiente absorção de ferro e vitamina B12 (7); a diminuição da percepção sensorial do paladar e olfato diminui o prazer associado à ingestão de alimentos, tendo influência no apetite; a redução da capacidade para adquirir/ preparar as refeições restringe a autonomia face à dieta (7) (61); a presença de múltiplas doenças interfere diretamente com o processo (62) e indiretamente através do efeito da polimedicação; alterações psicossociais, como a depressão, a solidão, o isolamento social e a perda de capacidade financeira têm, também, impacto (7) (14). Todas estas questões podem exacerbar o processo de sarcopenia^d, tornando a pessoa menos ativa e mais lentificada, aumentando ainda mais o declínio funcional (63) (64).

Embora o excesso de peso seja apontado, em alguns estudos, como fator de proteção para a pessoa idosa (diminui a osteoporose, reduzindo o risco de fratura; denota a existência de apoio social) (65), a malnutrição por excesso, também exacerba o declínio funcional associado ao envelhecimento, principalmente se associada a sarcopenia, aumentando a vulnerabilidade e a incapacidade (sem diminuir a esperança

^d Perda progressiva da massa muscular, com redução da força, da potência e resistência muscular, com maior predominância nos membros inferiores (63)

de vida (66)); está ainda associada a multimorbilidade^e que causa incapacidade como a diabetes, doenças cardiovasculares e osteoarticulares (65).

Sintetizando, a malnutrição é um fator preponderante para a perda de funcionalidade e consequente institucionalização (63) (64). O enfermeiro está habilitado para diagnosticar o problema e contribuir, em equipa, para a solução seja ela por excesso (67) ou por defeito (68). Nesse sentido, a vigilância e manutenção da higiene oral pode ser preponderante, sendo uma competência bem desenvolvida pelos enfermeiros (69).

A nível do colon a diminuição do peristaltismo pode conduzir a situações de obstipação (70); existem outros fatores, principalmente nos indivíduos mais velhos, que podem contribuir para o problema, como a mastigação ineficaz dos alimentos, redução da secreção de ácido gástrico, consumo de líquidos e fibra insuficientes, reduzida atividade física e consumo de medicamentos (70) (71).

A incontinência fecal aumenta com a idade e com a existência de co morbidades (72) e resulta, normalmente, de fatores como a diminuição da elasticidade retal, do tónus do esfíncter anal externo em relação ao volume da massa fecal e da diminuição das pressões de repouso e compressão no esfíncter anal interno (71); está associada a deficiência cognitiva e dependência nas atividades de vida diária (AVD) (72).

A incontinência fecal e a obstipação comprometem a qualidade de vida e a funcionalidade da pessoa idosa e podem ser diagnosticados e trabalhados pelos enfermeiros (73) (74)

Funções geniturinárias

A incontinência urinária aumenta com a idade (75) (76) e é uma das incapacidades mais comuns e negligenciadas das pessoas idosas (7); é um problema subdiagnosticado na comunidade (75) (76) e está associado a aumento da dependência (7) e do risco de queda (76). Tem um impacto profundo na qualidade de vida da pessoa idosa e do seu prestador de cuidados (7), sendo simultaneamente um fardo económico substancial (76); associa-se a aumento do isolamento social e da solidão (76), sendo um determinante central para a institucionalização da pessoa idosa (75) (76). Uma adequada gestão da

^e Multimorbilidade – coexistência de várias doenças crónicas no mesmo indivíduo.

incontinência, facilitando o autocontrole, pode ser executado pelos enfermeiros, gerando ganhos em saúde (75) (77).

Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento

O envelhecimento é acompanhado por desnervação e perda ou atrofia de fibras musculares, desgaste das cartilagens e aumento da rigidez articular que se traduzem na diminuição da força e resistência (7) (78), bem como da flexibilidade e capacidade de equilíbrio^f (que requer a integração dos sistemas, auditivo, visual, vestibular e proprioceptivo, com o sistema motor que controla os músculos) (79). Todos estes fenómenos repercutem-se ao nível da velocidade da marcha (80), conduzem progressivamente a situações de dependência funcional (7) e aumentam o risco de queda, bem como o medo de cair (7).

Mobilidade, Autocuidados e Vida doméstica

A OMS define a capacidade funcional como o nível de bem-estar com que os indivíduos pensam, sentem, atuam ou se comportam em função do meio ambiente onde estão inseridos e a sua avaliação comporta a avaliação das capacidades do indivíduo para realizar as várias atividades básicas de vida diária, as atividades instrumentais de vida diária e a mobilidade (7) (27).

A evidência demonstra que a idade avançada (superior a 75 anos), o declínio da capacidade motora (conjugação entre sarcopenia e perda de equilíbrio corporal), juntamente com o declínio cognitivo, são os principais fatores de instalação da dependência nas ABVD e AIVD, bem como de institucionalização da pessoa idosa (25) (81) (82).

A mobilidade é a capacidade para mover e controlar o corpo, de forma independente, durante as tarefas do dia-a-dia (83). Ela decresce com a idade, essencialmente, por declínio da capacidade motora, mas é influenciada por fatores como a existência de multimorbilidade, dor, desnutrição, existência de transtornos sensoriais, psicológicos e cognitivos (83). O decréscimo na mobilidade e/ou o

^f Capacidade de equilíbrio - permite manter ou recuperar rapidamente uma posição (quando afetada), independentemente de o indivíduo estar em movimento (equilíbrio estático) ou parado (equilíbrio dinâmico)

sedentarismo, traz consequências graves a nível dos sistemas orgânicos, conduzindo a situações de incapacidade funcional (7) (83), sendo um fator preditor para a institucionalização da pessoa idosa (82).

As AIVD permitem a adaptação às exigências do contexto onde o indivíduo vive e possibilitam a manutenção da vida, com independência, na comunidade (por exemplo, usar o dinheiro, os transportes, cozinhar) (84). Têm uma relação direta com o estado cognitivo (84 p. 53) e a dependência inicia-se, normalmente, com a instalação de um quadro compatível com DCL, manifestado pela perda progressiva da capacidade de interação pessoal e de concretização de tarefas complexas como cozinhar e gerir o dinheiro (85) (86), com preservação das ABVD (86). Existem ainda outros fatores como a depressão (86), a redução da acuidade visual (52), o número de co morbididades (86) e a diminuição da força nos membros superiores (78) que exercem a sua influência. Assim, a dependência inicia-se, normalmente, pelo declínio nas AIVD, sendo fator preponderante para a institucionalização, quando o indivíduo vive só e não tem acesso a serviços de substituição de apoio no domicílio (25) (82).

As ABVD asseguram as tarefas necessárias à sobrevivência (como por exemplo, alimentar-se, vestir-se, lavar-se) e, caso não haja nenhum evento crítico causal que afete o normal desenvolvimento humano (por exemplo, um acidente vascular cerebral), a disfuncionalidade surge após a instalação de dependência para realizar as AIVD (7) e relaciona-se frequentemente com o agravamento de processos de sarcopenia (78), revelando um estado avançado de disfuncionalidade (25) (87), vulgarmente associado à tomada de decisão de institucionalizar a pessoa idosa (25) (87).

Relativamente à capacidade funcional, a Enfermagem continua a ser uma profissão central, tendo como propósito disciplinar a promoção de autocuidado (88). Nesse sentido a bibliografia é vasta em descrever estudos que comprovam o efeito das terapêuticas de Enfermagem em gerar ganhos relativos à funcionalidade da pessoa idosa.

Cuidar da Própria Saúde

A CIF considera, dentro dos comportamentos de autocuidado, o Cuidar da Própria Saúde, donde se destacam a manutenção da forma física e a manutenção da própria saúde (34).

Para a pessoa idosa, a prática de atividade física regular e o combate ao sedentarismo promove o aumento da capacidade intrínseca (por exemplo, diminui a perda de massa muscular e óssea; aumenta a capacidade cognitiva) e a prevenção do desenvolvimento ou agravamento de doenças (por exemplo, melhora a pressão arterial, a tolerância à glicose e a sensibilidade à insulina), repercutindo-se num aumento da longevidade e da capacidade funcional (7).

A promoção de exercício físico moderado e regular é apontado como fundamental para a promoção de um envelhecimento saudável, pois atrasa o declínio funcional, os efeitos negativos da doença crónica, melhora a saúde mental e promove a interação social, ajuda as pessoas a manterem-se independentes e reduz o risco de queda (27) (89), diminuindo, dessa forma, a vulnerabilidade à institucionalização; assim, devem ser proporcionados programas de reabilitação física à população idosa (27), passíveis de serem implementados por enfermeiros. Nesse sentido, uma correta monitorização da atividade física e do equilíbrio corporal poderão ser fundamentais para avaliar a vulnerabilidade funcional.

A manutenção da própria saúde, nestas idades, está muitas vezes dependente de comportamentos de adesão ao regime terapêutico, donde se destaca, a capacidade de gestão do regime medicamentoso prescrito. Com o envelhecimento, alteram-se os processos de farmacocinética e farmacodinâmica, tornando as pessoas idosas suscetíveis aos efeitos tóxicos e adversos das drogas (90), principalmente nas situações de polimedicação (91).

Na Europa, estima-se que as reações adversas associadas ao consumo de vários fármacos por pessoas idosas atinjam valores de 20% na comunidade, 66% em contexto hospitalar e 40% em regime de institucionalização (92), sendo por si só, um fator que contribui para essa transição (25). Simultaneamente, a polimedicação, a complexificação do regime e a perda de funcionalidade dificultam a gestão (por exemplo, a aquisição dos fármacos) e diminuem a adesão (91) (93), principalmente em populações com baixo suporte social, tornando-as potencialmente sensíveis aos cuidados de Enfermagem (93) e vulneráveis à institucionalização (25).

Relacionamentos familiares

O suporte familiar é um dos principais determinantes para a qualidade de vida das pessoas idosas. A saúde e o bem-estar nestas idades estão assim dependentes da

satisfação pessoal relativa ao suporte familiar percebido (94), que pressupõe a transformação das relações familiares (passagem do poder intergeracional mantendo a autonomia do membro mais velho), resolução e/ou aceitação de conflitos (aceitação do passado e vivência do presente e futuro) e criação de significado e legado (reconhecimento do contributo da pessoa idosa para a vida familiar) (15).

No entanto, a evolução das últimas décadas, na dinâmica e estrutura das famílias, conjugada com uma maior exigência e complexificação das necessidades funcionais e de doença, resultantes do aumento da longevidade e da morbilidade, trouxe novos desafios às famílias que, após um período de reintegração familiar da pessoa idosa dependente, acabam por não ter recursos para desempenhar o papel e transferem essa responsabilidade para o estado ou para as instituições privadas de solidariedade social (18).

Educação e Vida económica

A condição económica e o nível de educação emergem como fatores influenciadores da trajetória da funcionalidade (7).

As pessoas idosas que auferem de baixos rendimentos ou que não têm autonomia para gerir os seus bens, têm menor acesso a serviços, a uma alimentação saudável e a condições de habitação que favoreçam o envelhecimento saudável, estando mais vulneráveis aos efeitos negativos das doenças e menos capacitados para prevenir a disfuncionalidade (7) (27).

A baixa escolaridade e iliteracia estão, de igual modo, associadas a maior incapacidade funcional, maior morbilidade e menor capacidade de adaptação às necessidades decorrentes do envelhecimento (7) (27).

Risco de queda

A queda surge como a principal causa de lesão acidental, em Portugal, com uma frequência de 76% entre os 65-74 anos e de 90% no grupo etário com mais de 75 anos (95) resultando, nas situações mais graves, em fraturas da anca, lesões traumáticas do cérebro e ferimentos dos membros superiores.

As pessoas mais velhas são hospitalizadas por lesões relacionadas com queda, cinco vezes mais do que por lesões de qualquer outro tipo (96), estimando-se que o

tempo médio de internamento aumente exponencialmente com a idade sendo, em média, de onze dias, nas pessoas com mais de 75 anos (95).

Adicionalmente, as quedas podem também resultar em síndrome pós-queda, que inclui dependência, perda de autonomia, confusão, imobilização e depressão (97). É ainda de realçar que as pessoas com mais de 80 anos têm uma taxa de mortalidade devido a queda seis vezes mais alta do que entre os 65 e os 79 anos, não só por caírem mais vezes, como também por serem mais frágeis (98), estimando-se que, por ano, ocorram cerca de 40 000 mortes de pessoas idosas, devido a queda, na União Europeia (96). Apesar de ser um grave problema de saúde pública, é um fenómeno multidimensional, sensível também aos cuidados de Enfermagem; a evidência demonstra que é possível reduzir as lesões em 38%, através de métodos custos/ eficazes, melhorando a qualidade de vida e reduzindo os gastos dos serviços de saúde (96) (97).

Multimorbilidade

A multimorbilidade é muito comum na população idosa; alguns estudos referem uma prevalência entre 55 e 98% (99), estando associada ao aumento da incapacidade, degradação da qualidade de vida e aumento do consumo de cuidados de saúde (99). Uma intervenção individualizada, centrada em fatores de risco como a depressão e o declínio funcional, poderá aumentar a adesão ao regime terapêutico e produzir ganhos em saúde (100), estando ao alcance dos cuidados de Enfermagem.

Perceção sobre a qualidade de vida

A perceção sobre a qualidade de vida e mais especificamente sobre a saúde é considerada um dos principais indicadores de adaptação ao envelhecimento (27); os idosos que percecionam a sua saúde como má apresentam-se mais vulneráveis e envolvem-se menos em atividades de autocuidado (47), pelo que a sua monitorização pode ser importante para a manutenção da funcionalidade, bem como um indicador importante para a prestação de cuidados de Enfermagem (101).

Utilização de recursos de saúde

Uma utilização racional dos recursos de saúde é importante para prevenir o aparecimento de novas doenças, adaptar continuamente a terapêutica às necessidades

do indivíduo, reduzir os custos relacionados com a agudização de problemas, bem como para manter a saúde e o bem-estar (7) (102). Contudo, a existência de barreiras, por parte dos serviços de saúde (7) (11) – deficiência de cuidados domiciliares; cuidados centrados na doença e não na funcionalidade; presença de barreiras arquitetônicas nas instituições de saúde; custo elevado dos cuidados – por vezes afasta a população de idosos de usufruírem de uma vigilância contínua de saúde (102).

Existem, no entanto, fatores individuais que conduzem ao abandono dos cuidados de vigilância nesta faixa etária, considerando-se como principais fatores de risco a existência de déficit cognitivo e/ou de incapacidade física e/ou funcional (102) que, associados a um suporte social deficitário, os afasta do acesso aos cuidados de saúde primários, acabando por recorrer aos serviços de urgência em situações de elevado estado de degradação (103), o que pode justificar o aumento dos custos de saúde, no último ano, antes da institucionalização (14). A presença de cuidados de Enfermagem de proximidade pode, por isso, diminuir estas discrepâncias.

É, no entanto, fundamental conhecer como os idosos utilizam os recursos de saúde (102) e a relação que mantêm com os profissionais da área, para perceber se encontram respostas de suporte em serviços de proximidade e de apoio ao domicílio que promovam a funcionalidade, otimizando os recursos (7) (11).

1.3- Avaliação multidimensional da pessoa idosa

Avaliar as reais necessidades da pessoa idosa é fundamental. A avaliação deve ser multidimensional para abarcar os determinantes que tornam os indivíduos mais suscetíveis ao desenvolvimento atípico de doenças, agravamento de patologias pré-existentes, aparecimento de iatrogenias, síndromes geriátricas, hospitalização e institucionalização (7).

Concetualmente pode ser definida como um processo multidisciplinar de diagnóstico interdisciplinar focado na determinação da capacidade intrínseca e funcional de uma pessoa, potencialmente mais vulnerável, para desenvolver um plano coordenado e integrado de acompanhamento continuado, visando a promoção, preservação e reabilitação da funcionalidade (37) (104).

Mundialmente, para a sua concretização, são utilizados inúmeros instrumentos de mensuração que se podem classificar em três grandes grupos distintos mas complementares (105):

1- Medidas de diagnóstico de incapacidade - centram-se na capacidade intrínseca e medem as suas limitações; no entanto, uma limitação nem sempre tem correspondência com incapacidade funcional.

2- Medidas de autorrelato - permitem aceder à perspetiva do indivíduo sobre a sua capacidade; são, no entanto, muito influenciadas pela presença de dor e nem sempre esclarecem a diferença entre o não poder, não querer ou não conseguir fazer uma tarefa.

3- Medidas de avaliação da performance - avaliam o desempenho físico do indivíduo e usam-se para prever o retorno bem-sucedido à função ou para prevenir lesões futuras, sendo a sua validade relativizada pela incapacidade que têm de controlar todos os fatores que influenciam a funcionalidade.

A diversidade de instrumentos/ metodologias complicam, no entanto, o processo de comparabilidade dos dados, dificultando a evolução para uma prática generalizada baseada em evidência^g (7). Nesse sentido, a OMS propõe o recurso à CIF, pois fornece uma linguagem padronizada e um modelo para a descrição da saúde e estados relacionados com a saúde, podendo ser usada como base científica interdisciplinar para facilitar a comparação de dados a nível mundial (34).

Nos últimos anos têm-se multiplicado estudos, de análise dos instrumentos de avaliação em uso, para identificar e quantificar os conceitos contidos nessas medidas e utilizá-los para efeitos de comparabilidade, tendo por referência a CIF, (106) (107) (108).

Simultaneamente, a OMS disponibiliza diversas metodologias para facilitar a implementação da CIF nos contextos reais, dando ênfase à avaliação e valorização da funcionalidade (109):

a) uma *Checklist* que funciona como um resumo mínimo de dados da CIF e que permite traçar o perfil funcional de um indivíduo (109) (110).

^g Prática Baseada em Evidência - Utilização da melhor evidência científica para direcionar a tomada de decisão clínica

b) o *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)*, desenhado para medir a (in)capacidade relativa a seis domínios – cognição, mobilidade, atividades básicas de vida, interação social, atividades instrumentais de vida diária e participação em sociedade (109) (111); estando validado para a realidade portuguesa (112).

c) *Core Sets*, que reúnem conjuntos de itens de informação necessários para caracterizar estados específicos de saúde (109); em Portugal, o *Elderly Nursing Core Set* é um exemplo dessa metodologia (12) (113).

A evidência revela que uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, seguida de atuação multidisciplinar integrada, é capaz, em contexto hospitalar, de reduzir a probabilidade de morte e incapacidade nos doze meses subsequentes (104). Na comunidade, apesar do potencial ser elevado, o custo da sua implementação obriga a restrições, sendo desejável direcionar o investimento público para aqueles que estão em maior risco de desenvolver eventos adversos (114). Assim, acreditando que a determinação do estado funcional de uma população facilita o desenvolvimento de políticas, otimizando a eficiência em saúde (7) (37) (113), será expectável que se invista gradualmente na monitorização do perfil epidemiológico da funcionalidade das pessoas idosas (37) (113), para identificar os grupos mais vulneráveis.

1.4- Promoção do Envelhecimento Saudável

À medida que a funcionalidade diminui, aumenta a procura e o consumo de recursos sociais e de cuidados de saúde (7) (12) (13) (14), fatores que poderão contribuir para o agravamento dos problemas de sustentabilidade do Estado, tendo em conta que o grupo das pessoas idosas com 80 ou mais anos é atualmente o que apresenta maior evolução em termos de taxa de crescimento mundial (61) e nacional, projetando-se para Portugal um aumento progressivo até 2060 (115).

É, por isso, necessário desenvolver políticas que tenham por foco a promoção, preservação e reabilitação da funcionalidade da pessoa idosa, mantendo-a capaz de assumir o autocuidado de forma responsável e saudável. Nesse sentido, a OMS define,

no seu Modelo de Saúde Pública para um Envelhecimento Saudável (Figura 2), que o ponto-chave é assegurar a capacidade funcional da pessoa idosa, quer dando suporte à construção e manutenção da capacidade intrínseca, como criando condições para que, os que se encontram diminuídos possam concretizar as tarefas de autocuidado que são importantes para eles (7).

Envelhecimento Saudável é definido pela OMS como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada (7) e para que seja possível evoluir para uma Década de Envelhecimento Saudável, foram definidos cinco objetivos estratégicos até 2020 (7):

1- Estabelecer compromissos com os diversos países para o desenvolvimento de políticas nacionais estruturantes que promovam o Envelhecimento Saudável;

2- Reestruturar os sistemas de saúde para que forneçam cuidados acessíveis aos idosos, centrados na promoção da funcionalidade, de forma integrada e com profissionais devidamente capacitados;

3- Desenvolver ambientes promotores do Envelhecimento Saudável, com envolvimento interdisciplinar centrado na promoção da autonomia da pessoa idosa;

4- Melhorar a rede de prestação de cuidados de longa duração bem como a capacidade de intervenção dos profissionais e cuidadores envolvidos;

5- Melhorar a forma de avaliar as necessidades, monitorizar a evolução da funcionalidade e aumentar a produção científica relativa ao processo de envelhecimento.

Capítulo 2 - Centros de Dia para Pessoas Idosas

Neste capítulo discute-se a evolução de alguns serviços sociais direcionados ao envelhecimento, em Portugal, para depois aprofundar o papel dos Centros de Dia como resposta às necessidades das pessoas idosas e dos seus familiares cuidadores.

Partindo da intenção inicial de protelar a institucionalização dos mais vulneráveis, surgem dúvidas quando se confronta o propósito com a evidência, uma vez que a melhor resposta para a preservação da funcionalidade é a integração dos serviços sociais com os de saúde, algo que os Centros de Dia não conseguem fornecer. Nestas circunstâncias, estes equipamentos sociais podem estar a funcionar como contextos provisórios entre o início do declínio funcional e a institucionalização permanente, estando desprovidos de grande parte do seu potencial terapêutico.

2.1- Apoio Social e envelhecimento

No contexto português, o modelo social foi o primeiro a responder às necessidades dos cidadãos. O aumento da procura de respostas pela/ para a população idosa, durante a década de 70, evidenciou as fragilidades de um sistema até então suportado somente por estruturas de alojamento coletivo (asilos) que, para além de serem financeiramente incomportáveis, não se adequavam às necessidades (18) (116) pois albergavam simultaneamente indigentes, pessoas idosas, pessoas com doença mental, entre outros (18).

A necessidade de aumentar a oferta de apoio social para a população idosa e seus familiares, bem como, de diminuir os encargos com a institucionalização, deu início a uma política nacional de não institucionalização da dependência (18) (117), subsidiada pela Teoria da Atividade, que levou à criação de soluções de caráter social, promotoras do envelhecimento ativo (118).

Os serviços de proteção social expandiram-se na comunidade e emergiram diversas respostas sociais em serviços e equipamentos, com o intuito de manter a pessoa idosa no seu domicílio, como foi o caso dos Centros de Convívio, Centros de Dia e Serviços de Apoio

Domiciliário (18) (117) - os dois últimos com um crescimento exponencial desde o ano 2000 (33% e 68%, respetivamente) (119).

A vitalidade do modelo social, nos últimos 40 anos, não disfarçou, no entanto, as fragilidades decorrentes da ausência de um modelo integrado único de cuidados à população idosa, ainda que se tenham registado experiências e progressos nesse sentido, como por exemplo, o programa de apoio integrado a idosos (PAII), iniciado em 1994 (18) (101).

Na realidade, a evidência demonstrava ganhos parcelares ao não integrar os dois modelos. Um estudo sueco, por exemplo, comparou as vivências entre idosos que frequentavam Centros de Dia de caráter social e de reabilitação, verificando que apesar de ambos terem pessoas idosas com elevados níveis de incapacidade, os que se encontravam no centro de reabilitação estavam muito focados na recuperação das suas incapacidades e nos diagnósticos médicos subjacentes, demonstrando poucas competências de interação social, enquanto os que estavam nos Centros de Dia sociais valorizavam muito as atividades de interação que tinham (que lhes permitia sair do isolamento social experienciado após o desenvolvimento das incapacidades), em vez de se focarem na reabilitação (120).

Inevitavelmente, a criação de respostas integradas para trabalhar a perda de funcionalidade surge em 2006, com a criação da RNCCI, que tem por missão prestar cuidados de saúde e apoio social a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência (30).

Os serviços da RNCCI têm por foco a promoção da autonomia e a melhoria da funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (30), criando condições para o desenvolvimento de equipas interdisciplinares de cuidados gerontológicos.

Contudo, uma década após a sua criação, apesar de proporcionar um conjunto de serviços muito direcionados à população idosa, a sua utilização por parte das pessoas dependentes no autocuidado é ainda residual, como demonstra o estudo de base populacional realizado pela Universidade Católica Portuguesa, onde 92.7% dos idosos institucionalizados tiveram por destino estruturas residenciais para Idosos e apenas 3.7% as unidades da RNCCI (39).

A vulnerabilidade ocorre quando a pessoa idosa se torna dependente de outros para satisfazer as necessidades de autocuidado e isso acontece muito antes de ser institucionalizada; segundo Parente, em média, a dependência começa cerca de 6.3 anos antes de ser tomada a decisão (39). Nesse período intermédio, na ausência ou limitação do tradicional sistema familiar de suporte e perante a incapacidade da RNCCI em assegurar esses cuidados, os indivíduos/ familiares procuram ajuda na rede comunitária de apoio social de proximidade, disponibilizada pela Segurança Social, donde se destacam, os Centros de Dia.

2.2- Os Centros de Dia

Os Centros de Dia para Pessoas Idosas, doravante denominados apenas por Centros de Dia, são equipamentos de caráter social que asseguram a permanência diurna das pessoas idosas e têm por funções satisfazer as Atividades de Vida Diária (AVD), dar apoio psicossocial e fomentar as relações sociais (121).

Com o envelhecimento progressivo da população portuguesa e o aumento das situações de dependência, sem acesso à institucionalização, os Centros de Dia foram diversificando os seus serviços (para além do desenvolvimento de atividades socioculturais) no sentido de substituírem os idosos/ familiares em áreas básicas como a higiene pessoal, fornecimento de refeições, limpeza da casa, tratamento da roupa, mobilidade e fornecimento de medicamentos (122), adaptando-se às novas necessidades evidenciadas decorrentes do aumento da longevidade.

Analisando os diversos recursos de apoio social disponíveis, é o que está mais direcionado para pessoas, com perda de funcionalidade, poucos recursos económicos e reduzido suporte familiar (critérios utilizados na matriz decisória para admissibilidade) (121), dispondo de uma rede de equipamentos que asseguram uma ampla cobertura de proximidade a nível nacional (123).

Regulados em 1976, pelo primeiro governo constitucional (124), têm como objetivo primordial manter em regime domiciliar os idosos que, por perda de funcionalidade, carecem de apoio, contribuindo para diminuir a despesa do estado com a institucionalização (124), como se pode ler:

“No entanto, os condicionalismos de toda a ordem provocados pela reforma, pelos baixos recursos financeiros consequentes, pelo somatório de problemas de saúde que podem surgir numa idade avançada, obrigaram os serviços a encontrarem formas de respostas tendentes a manter o idoso no domicílio” (117) (125)

Para funcionar, necessitam de um Diretor Técnico (preferencialmente da área social), de um Animador Cultural (função que pode ser exercida pelo Diretor Técnico em centros com menos de trinta indivíduos), de Ajudantes de Ação Direta, Cozinheiros e Motorista (121) (126).

Apesar do primeiro Manual da Qualidade para os Centros de Dia pressupor a necessidade de existirem profissionais da saúde para assegurarem algumas das necessidades evidenciadas (por exemplo, gestão do regime medicamentoso; cuidados de reabilitação) (121), na revisão do documento realizada em 2014 esse critério foi substituído por – *“os colaboradores que prestam cuidados de saúde têm de ter formação específica para o desempenho das suas funções”* (122), deixando cair a recomendação clara de multidisciplinaridade.

A ausência de cuidados de saúde focados na manutenção da independência e promoção da autonomia, num momento de transição onde os défices de autocuidado parecem ser tão evidentes e progressivos, permitem olhar para estes serviços como locais transitórios entre a dependência nas AIVD, que impede a permanência autónoma no domicílio (25) e a exacerbação da perda de funcionalidade e morbilidade, manifestada normalmente pela dependência nas ABVD, que dificulta a continuidade no Centro de Dia, obrigando à institucionalização (25) (26) ou ao regresso a casa com o apoio de um Serviço de Apoio Domiciliário (18) (116).

O próprio Modelo de Avaliação da Qualidade (122) contempla apenas a recolha de itens de informação direcionados a áreas da funcionalidade que caracterizam algumas atividades da pessoa idosa (34) para as quais as instituições são capazes de fornecer serviços de apoio e substituição (essencialmente ao nível da mobilidade, autocuidado e vida doméstica) (122) (126), ao invés de caracterizar os problemas que estiveram na base da dependência e atuar para aumentar ou preservar a funcionalidade (7) (11) (23).

2.3- Do Centro de Dia à institucionalização permanente

Para as pessoas idosas que frequentam os Centros de Dia a possibilidade de transitarem para uma ERPI, num curto espaço de tempo, parece constituir-se como uma manifesta vulnerabilidade (26).

A evidência revela que a maioria deseja manter-se, até ao fim da vida, nas suas casas, junto dos seus familiares (41) (101), estando patente a existência de situações onde o défice de autonomia e de autodeterminação da pessoa idosa, estão na base da decisão de esta ingressar numa ERPI (87) (127). A tomada de decisão de institucionalizar resulta de uma ponderação entre as necessidades, do indivíduo e dos seus familiares, e os recursos disponíveis (pessoais e de suporte social).

Objetivamente, o momento em que se torna inevitável a decisão de institucionalizar ainda é incerto, contudo, apesar de multifatorial, são conhecidos os fenómenos principais que configuram um quadro de vulnerabilidade, precipitando o processo (Quadro 1).

Quadro 1- Motivos que justificam a institucionalização da pessoa idosa

	Relacionados com a pessoa idosa	Relacionados com o apoio social
Razões de 1º Nível	Declínio cognitivo (25) (41) (42) (43) Dependência funcional (ABVD) (25) (41) (42) (43) (87) (128) Estado de saúde (multimorbilidade/ instabilidade) (25) (41) (42) (87) (128) Hospitalização anterior (25) (42)	Ausência de prestador de cuidados (42) (43) (128) Sobrecarga do prestador de cuidados (25) (42) (43) (129) Relação conflituosa (entre familiares) (42) (128)
Razões de 2º Nível	Idade avançada (25) (42) (43) (128) Baixa escolaridade (25) (87) Parcos recursos financeiros (25) (128) Viver só (25) (42) (43) (128) Ser solteiro ou viúvo (41) (43) (87) (128) Dependência nas AIVD sem apoio social (25)	Usufruir de serviços de suporte social (25) (26) Não ter filhos (25) (41) Custo financeiro de cuidar no domicílio (42) Falta de condições habitacionais (42) (128) Falta de serviços sociais de suporte (42) (128)

No quadro 1, observam-se alguns fenómenos potencialmente sensíveis aos cuidados de Enfermagem, justificando a importância da sua ação direcionada a populações com estas características.

As razões de primeiro nível justificam, por si só, o motivo da transição, enquanto as de segundo nível emergem como complementares, contribuindo para sustentar ou precipitar a decisão.

Uma resposta integrada, que englobe a participação dos enfermeiros, terá obrigatoriamente de ter em conta o controlo destes determinantes, de forma a promover a funcionalidade e contribuir para o desenvolvimento de ambientes promotores do envelhecimento saudável (7).

Capítulo 3 - Vulnerabilidade, Enfermagem e Envelhecimento

Neste capítulo explora-se o conceito de vulnerabilidade e a sua relação com o envelhecimento e a Enfermagem. O défice de autocuidado está implicitamente ligado ao aumento da vulnerabilidade e a Teoria de Orem (88) ajuda a compreender o papel dos enfermeiros face ao fenómeno. Simultaneamente, as implicações da instalação de um quadro de dependência obrigam a pessoa a mudar para se adaptar à nova realidade e o sucesso desse processo pode ser operacionalizado com a ajuda da Teoria das Transições (130). A conjugação destas teorias com o Modelo de Saúde Pública para o Envelhecimento Saudável da OMS (7), permite a construção de uma visão paradigmática que enformará toda a investigação.

3.1- Vulnerabilidade e Envelhecimento

Nos capítulos anteriores, por diversas vezes, foi utilizado o conceito de Vulnerabilidade. A palavra deriva do termo latino “Vulna”, que significa ferida. Segundo o dicionário é a qualidade ou estado de estar exposto à possibilidade de ser atacado ou prejudicado, física ou emocionalmente (131).

Analisando o conceito, Barchifontaine refere que é um estado, individual ou coletivo, que emerge quando, por diversos motivos, a capacidade de autodeterminação está diminuída, repercutindo-se no aumento da dificuldade para proteger os próprios interesses (132), embora na saúde apareça muitas vezes associada a um aumento da suscetibilidade a problemas ou dano (133).

Resulta de um juízo pessoal ou social acerca do controlo que um indivíduo ou grupo têm sobre a sua vida ou sobre uma experiência de vida, ou seja, quanto menos controlo existir, maiores vão ser os sentimentos de insegurança, incerteza e solidão, logo, maior será a vulnerabilidade (134).

O conceito engloba duas dimensões: a individual - que recai sobre o conjunto de sentimentos de um indivíduo acerca da experiência vivida, independentemente das

condicionantes contextuais que o afetam; e a coletiva - normalmente denominada por “população vulnerável”, que agrega em si um conjunto de particularidades de risco que torna o grupo mais suscetível à agressão (135).

Spiers (136) faz essa distinção definindo-os como conceitos de risco e experiência (136). A perspectiva de risco define a vulnerabilidade com base em características demográficas, sendo atribuível a determinados indivíduos ou grupos uma maior probabilidade relativa de problemas de saúde ou sociais, muito vulgarmente associada a défices que aumentam a dependência e que convidam a sociedade a agir (134) (136); por seu lado a perspectiva da experiência, resulta da perceção individual da pessoa relativa à existência de condicionantes que afetam a sua integridade pessoal (134) (136); tal como afirma Vieira (137 p. 24) *“é a forma como a experiência é vivida por cada um, com todas as influências internas e externas, que lhe dá significado”* e que se reflete no corpo que experiencia a dor, na perda de identidade perante a invisibilidade diante dos outros ou da própria existência, quando a morte se torna próxima.

Ayres e colaboradores operacionalizam a vulnerabilidade em saúde em três dimensões (138), extrapoladas, neste caso, para a situação do envelhecimento e dos Centros de Dia:

a) Vulnerabilidade pessoal - que advém do comportamento individual e que pode facilitar ou dificultar a manutenção do autocuidado e o estado de saúde; como foi referido anteriormente, as pessoas que frequentam os Centros de Dia têm, normalmente, diferentes níveis de dependência que as leva a procurar ajuda funcional para satisfazer as necessidades de autocuidado. A resposta emocional aos défices e as estratégias de *coping* adotadas, por vezes, não facilitam o processo; por exemplo, a adoção preferencial de rotinas, outrora observada como estratégia adaptativa normal, pode indicar a perda de recursos pessoais para fazer face ao declínio funcional, revelando uma vulnerabilidade psicológica que pode induzir a restrição comportamental, procurando atividades menos complexas e mais previsíveis (139). Fenómenos como o declínio cognitivo ou a perda de mobilidade são particularmente lesivos para a manutenção da capacidade funcional facilitando o desenvolvimento de fenómenos como a depressão geriátrica, sentimentos de impotência e perda do sentido da vida, que diminuem a resiliência individual, concorrendo para aumentar a vulnerabilidade da pessoa idosa.

b) Vulnerabilidade social - relativa às estruturas de suporte do indivíduo e que sustenta ou condiciona a resposta individual (*status* económico, educação, recursos de saúde, cultura, ideologia e relações de género). Como já foi referido, a população que frequenta os Centros de Dia subsidiados pela Segurança Social apresenta, normalmente, baixos níveis de escolaridade e dispõe de poucos recursos económicos, fatores que prejudicam a adaptação aos défices. Simultaneamente, a retaguarda familiar é escassa. A família é vista, nestes casos, como fator preponderante para a resiliência da pessoa dependente e a sua ausência, desinteresse ou falta de preparação para assegurar as necessidades de autocuidado são, normalmente, geradores de grande vulnerabilidade. A restrição da autonomia é, por exemplo, um fenómeno comum nas pessoas idosas com défice cognitivo; por exemplo, deixam de poder gerir o dinheiro da reforma ficando, por vezes, sem quaisquer quantias para administrar, o que os deixa totalmente limitados socialmente.

c) Vulnerabilidade programática - que engloba o conjunto de políticas públicas adotadas, bem como o acesso e qualidade dos serviços disponibilizados para solucionar ou prevenir os problemas; segundo a OMS, apesar do envelhecimento populacional ser uma realidade atual, a generalidade dos países ainda não têm como prioridade, criar políticas de saúde para fazer face aos desafios da transição demográfica, profissionais de saúde com formação em geriatria e gerontologia, bem como programas de cuidado e apoio para os cuidadores de pessoas idosas (7 p. 4). Em Portugal coexistem duas realidades que podem trazer dificuldades ao desenvolvimento do envelhecimento saudável: (i) O financiamento das instituições de suporte social comunitárias, ainda não contempla o fornecimento de cuidados multidisciplinares integrados que satisfaçam a globalidade das necessidades de cuidados das pessoas idosas, estando muito vocacionados para procederem à substituição funcional em vez de promoverem o autocuidado; (ii) Os serviços de saúde ainda não estão preparados para fornecer cuidados especializados em geriatria, prevalecendo, ainda hoje, uma filosofia curativa e institucionalizada, que obriga as pessoas a deslocarem-se aos serviços de saúde.

3.2- Teorias de Enfermagem e Vulnerabilidade

As diferentes teorias de Enfermagem foram-se desenvolvendo, modelando o papel dos enfermeiros para responder às necessidades de pessoas e grupos, em função da resposta humana afetada, abordando o conceito de vulnerabilidade ao longo dos processos de vida e de doença de forma particular (140).

A própria definição da profissão de enfermagem, defendida desde a década de 70, dá particular destaque à atuação dos enfermeiros no sentido de potenciar as capacidades e mitigar as vulnerabilidades em saúde, como se pode ler:

“Nursing is the protection, promotion, and optimization of health and abilities, prevention of illness and injury, facilitation of healing, alleviation of suffering through the diagnosis and treatment of human response, and advocacy in the care of individuals, families, groups, communities, and populations”. (141)

De igual modo, a disciplina de Enfermagem acompanha esta visão paradigmática e Silva (33), abordando a definição de Enfermagem Avançada, refere que a disciplina tem por objeto de estudo as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos de desenvolvimento ou por eventos que requeiram adaptação.

Sintetizando, quer a profissão como a disciplina de Enfermagem dispõem de argumentos para estudar e intervir face às vulnerabilidades evidenciadas pela população de idosos que frequenta os Centros de Dia. Nessa perspetiva o envelhecimento deve ser encarado como um desafio e não como um problema, para ser trabalhado como uma transição inerente ao desenvolvimento normal do ser humano, desenraizando-o da visão patológica de velhice. Assim, a aposta na promoção do autocuidado, facilitando a vivência de transições saudáveis associadas à doença ou aos processos de vida (envelhecer), para a consecução salutar dos projetos individuais de saúde (31), é um dos objetivos a perseguir.

Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

A procura de suporte social, em particular, nos Centros de Dia, resulta de uma degradação gradual da capacidade funcional associada ao processo de envelhecimento que conduz a um aumento progressivo da dependência no autocuidado. Assim,

compreender esse conceito é fundamental para que seja possível a prescrição de cuidados de Enfermagem.

O autocuidado é uma característica intrínseca ao ser humano que lhe permite sobreviver, desenvolver e adaptar-se. Resulta da complexa capacidade em compreender os fatores a controlar para regular o funcionamento e o desenvolvimento pessoal em sociedade, através da aprendizagem contínua e espontânea (142). Assim, tendo em conta a definição de funcionalidade, poderá dizer-se que, para o ser humano, o maior desafio do envelhecimento é, sem dúvida, a manutenção do autocuidado (7).

O conceito tem interpretações diferentes entre disciplinas ou áreas de estudo. Para os médicos, por exemplo, está associado à capacidade para cumprir prescrições (gerir sintomas, seguir os tratamentos), enquanto para os enfermeiros significa estabelecer uma parceria com a pessoa para aumentar a sua capacidade funcional, promover estratégias de *coping* e os ganhos em saúde (143). Existem, no entanto, pontos comuns: o autocuidado depende do contexto e da cultura; implica ter capacidade para agir e decidir; varia em função do conhecimento disponível, capacidade, motivação, *locus* de controlo, autoeficácia e dos valores; define os cuidados de saúde controlados pelo indivíduo (143).

Dorothea Orem foi a primeira investigadora a desenvolver o conceito, definindo-o como “o cuidado pessoal diário requerido pelo indivíduo para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento” (88 p. 20); para Orem, o autocuidado é um conceito central à disciplina de Enfermagem.

Na sua Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem (TDAE), composta por três teorias distintas^h, a investigadora revela que o ser humano necessita de satisfazer os requisitos de autocuidadoⁱ que podem ser de três tipos (88):

- Requisitos Universais - são comuns ao ser humano e asseguram a integridade estrutural ou funcional ao longo da vida; por exemplo, a ingestão de alimentos, a higiene, o sono e o repouso...

^h A TDAE decompõe-se na Teoria do Autocuidado (descreve porquê e como o ser humano cuida de si); na Teoria do Déficit de Autocuidado (descreve por que é que as pessoas necessitam, por vezes, de ser ajudadas pela Enfermagem); na Teoria dos Sistemas de Enfermagem (define as condições e as estratégias terapêuticas a adotar pelos enfermeiros para suprir as necessidades de autocuidado das pessoas).

ⁱ Requisitos de autocuidado - objetivos a atingir através dos diversos comportamentos aprendidos ao longo da vida e realizados pelo próprio ou por terceiros.

- Requisitos de desenvolvimento - associados aos processos de vida e desenvolvimento humano, característicos das diferentes fases do ciclo vital; por exemplo, reformar-se, tornar-se avô, ficar viúvo...

- Requisitos de desvio de saúde - surgem na doença/incapacidade, para as pessoas se adaptarem, controlarem ou aprenderem a viver com os efeitos limitantes do estado patológico; permitem identificar as necessidades individuais vivenciadas durante o processo de doença.

Ao longo da vida, as pessoas vão dando resposta à Exigência Terapêutica de Autocuidado^j, sozinhas ou acompanhadas (88). A perda de funcionalidade, bem como o aumento da morbidade, associados ao envelhecimento, trazem desafios que frequentemente põem em causa a satisfação autónoma dos requisitos de saúde.

Quando as exigências são superiores à capacidade de resposta do indivíduo surge o Défice de Autocuidado, tornando as pessoas vulneráveis, pois passam a depender de terceiros, denominados de Agentes de Autocuidado Terapêutico^k (88).

É aqui que a Enfermagem é chamada a intervir, podendo a resposta terapêutica surgir de três formas, tal como está descrito na Teoria dos Sistemas de Enfermagem: compensar totalmente o autocuidado (Sistema Totalmente Compensatório), assistir o indivíduo apenas nas áreas em que está dependente (Sistema Parcialmente Compensatório) ou fornecer apoio e instrução ajudando a pessoa a reconstruir o autocuidado (Sistema de Apoio-Educativo) (88).

Segundo a investigadora, no cuidado à pessoa dependente, os enfermeiros utilizam diversas metodologias (88), que estão perfeitamente enquadradas com as necessidades de cuidados da população idosa: (i) Substituem-na nas ações de autocuidado que está incapaz de realizar; (ii) Fornecem-lhe apoio físico e psicológico; (iii) Orientam-na quando não está capaz de decidir; (iv) Favorecem a manutenção de ambientes que estimulem as suas capacidades; (v) Fornecem-lhe conhecimento útil para a tomada de decisão.

^j Exigência Terapêutica de Autocuidado - ações necessárias para satisfazer os diversos requisitos de autocuidado

^k Agentes de Autocuidado Terapêutico – indivíduos que assumem a responsabilidade de satisfazer a necessidade terapêutica de autocuidado de quem está dependente ou de acompanhar/ gerir o exercício de autocuidado de uma pessoa.

São portanto ações destinadas à aquisição de competências para a autonomia e autodeterminação (144), fatores preponderantes ao desenvolvimento de um envelhecimento saudável (7).

Teoria das Transições

O envelhecimento demográfico trouxe um novo desafio aos sistemas de saúde e social, que mantêm alguma resistência em evoluir de paradigmas centrados no papel profissional, para o empoderamento dos cidadãos e valorização da sua funcionalidade (7).

Esta necessidade de mudança é encarada por Meleis como uma oportunidade para os enfermeiros redesenharem as suas terapêuticas e proporcionarem cuidados de longa duração direcionados às necessidades emergentes, sendo também um dos propósitos para se estudar o conceito de transição (145 p. 3), considerado como central à disciplina de Enfermagem (146) (147).

A necessidade de mudar pode ser encarada como uma ameaça, causando instabilidade e vulnerabilidade no ser humano, mas deve ser vista pelos enfermeiros como uma oportunidade, pois as pessoas ficam mais recetivas à sua influência terapêutica (148).

Este é um princípio básico da Teoria das Transições, desenvolvida por Meleis e colaboradores (148), que se divide em quatro dimensões distintas (148):

1-A Natureza das Transições, que engloba os vários tipos de transição, a forma como se manifestam e se relacionam entre si, bem como as propriedades que cada uma evidencia;

2-O Processo de Transição, que retrata os relacionamentos entre a pessoa e o ambiente, explorando as condições pessoais, comunitárias e sociais que facilitam ou prejudicam a mudança;

3-Os Padrões de Resposta, identificados no comportamento das pessoas em transição e que permitem monitorizar a validade do processo e medir a eficácia do resultado final.

4-As Terapêuticas de Enfermagem, que procuram ajudar os enfermeiros a obter ganhos em saúde nas pessoas que estão em transição.

Natureza das Transições

O envelhecimento normalmente está associado a múltiplos acontecimentos como a reforma, a viuvez, a perda de conviventes significativos, a institucionalização, a doença crónica e o declínio funcional que requerem adaptação (149).

A consciencialização, por parte do indivíduo, de que necessita de mudar para se adaptar à nova realidade - por exemplo, quando já não consegue assegurar as atividades instrumentais de vida diária, como usar o dinheiro, fazer compras, gerir o regime de medicamentos, entre outros), envolve-o num processo de procura de novas estratégias, relacionamentos e papéis com vista a uma futura adaptação (149).

A transição pode ser vista como uma passagem entre dois períodos de tempo relativamente estáveis. Nesse intervalo, a pessoa experimenta mudanças profundas na forma como compreende a realidade e experiencia períodos de perda e alienação relativos à vida anterior (130).

As transições associadas ao envelhecimento relacionam-se, essencialmente, com a necessidade de adaptação ao processo de senescência (desenvolvimentais), ao agravamento e complexificação da doença (de saúde e doença) ou ao aparecimento de eventos específicos de vida (situacionais) (149), podendo ser vividas de forma sequencial ou em simultâneo, uma vez que não são discretas ou mutuamente excluíveis (148). Em comum, exigem que o indivíduo adquira novo conhecimento, capacidades, relacionamentos e estratégias de *coping*, para avançar para uma nova fase, dentro de um determinado contexto, alterando a definição do “*self*” (146) (149).

Processo de Transição

Durante as transições, as pessoas desenvolvem processos cognitivos, comportamentais e interpessoais, que são influenciados por fatores intrínsecos (os significados, as crenças, o estatuto socioeconómico, o conhecimento e a preparação) e extrínsecos (as condições que a comunidade e/ou a sociedade proporcionam) (148) (150).

Associados às transições relacionadas com o envelhecimento, foram identificados sete processos distintos que condicionam a evolução no sentido da salubridade ou da vulnerabilidade (149).

1- Redefinição de significados – há uma procura de novos significados para a vida, pois alguns dos anteriores já não se aplicam às situações emergentes. É um

processo complexo e moroso e a resistência à mudança pode indicar um trajeto não saudável – por exemplo, não usar um dispositivo auxiliar de marcha porque, para o indivíduo, tal está associado a deficiência.

2- Modificação das expectativas – o início da transição, frequentemente, associa-se à existência de expectativas demasiado elevadas face à realidade. A não reformulação dessas expectativas por parte dos indivíduos e seus conviventes significativos pode conduzir a transições não saudáveis.

3- Restruturação das rotinas – o ser humano necessita de rotinas para manter um nível elevado de organização e controlo; reestruturar as rotinas em função das novas situações de vida são, por isso, processos saudáveis de viver a mudança – por exemplo, a utilização de dispositivos de ajuda para gerir o regime medicamentoso, fora de casa).

4- Desenvolvimento de novo conhecimento e capacidades – novas necessidades de autocuidado, decorrentes da nova situação de vida, implicam processos de aquisição de conhecimento e desenvolvimento de competências. Nas situações não salutaras, há uma resistência em abdicar do conhecimento e capacidades adquiridas no passado, que já não são mais uteis face à nova realidade – por exemplo, persistir nas recomendações anteriores e desatualizadas de um médico, que no passado foi significativo para o indivíduo.

5- Continuidade – embora o processo implique alterações em alguns aspetos da vida da pessoa idosa, a mudança deve estar contida apenas ao que influencia a transição; apostar na continuidade do que não influencia o processo, preservando comportamentos, relacionamentos e ambientes, ajuda a enfrentar o problema – por exemplo, manter a rotina de ir ao café diariamente, mesmo que necessite de uma cadeira de rodas para o fazer);

6- Explorar novas opções – apesar do envelhecimento estar associado normalmente a declínio e perda, nas transições saudáveis a pessoa idosa deve estar receptiva à possibilidade de ter ganhos, nomeadamente, a oportunidade de procurar e decidir novos caminhos e opções. A limitação dessas opções, pelo próprio ou por terceiros, limita o número de soluções passíveis de serem experimentadas – por exemplo, a contratualização de serviços de substituição do autocuidado que não têm por princípio a reabilitação.

7- Oportunidades de crescimento pessoal – nas transições saudáveis as oportunidades de crescimento pessoal são encaradas de uma forma que possibilita o desenvolvimento e a atualização pessoal, direcionando o indivíduo para o desenvolvimento de novas identidades, relacionamentos e capacidades – por exemplo, a existência de serviços diários, personalizados e diversificados, de estimulação física, motora e emocional.

Padrões de resposta

A enfermagem preocupa-se com o processo como os seres humanos vivem as transições, procurando promover a sua saúde e sensação de bem-estar (130).

A identificação de indicadores de processo para monitorizar a resposta dos indivíduos ao longo do tempo, permite diagnosticar se as pessoas idosas estão a viver as transições de forma saudável ou a mover-se em direção à vulnerabilidade (130) (149).

Segundo a Teoria das Transições (148) são diversos os indicadores que permitem essa monitorização: (i) **sentir-se envolvido**, que se caracteriza por uma auto responsabilização relativamente à mudança e envolvimento nas atividades proporcionadas para o efeito; (ii) **interação**, observado como um comportamento fundamental para o ser humano aprender e evoluir e que condiciona todas as respostas à transição; (iii) **sentir-se situado**, reformulando significados e perceções, por forma a romper com o passado, ficando disponível para enfrentar os novos desafios; (iv) **desenvolver confiança**, que se manifesta através de um comportamento proactivo direccionado ao desenvolvimento de estratégias para lidar com os problemas e utilização dos recursos; (v) **estratégias de coping**, aprendendo a controlar as emoções e a direccionar respostas efetivas para contornar os obstáculos, à medida que adquire conhecimento cumulativo da situação e sentido de sabedoria resultante da experiência.

Explorando, mais especificamente o envelhecimento, Schumacher, Jones e Meleis (149) enumeram outros cinco indicadores: (i) **controlo sintomático**, que exprime a forma individualizada como cada um reage aos sintomas do declínio funcional; (ii) **estado funcional**, que evidencia se o indivíduo consegue atingir todo o potencial ou se se adequa a níveis subótimos de funcionalidade; (iii) **sensação de pertencer a uma rede interpessoal significativa**, que permite visualizar se o indivíduo se esforça por manter ou reconstruir uma rede social capaz de assegurar um envelhecimento saudável (7); (iv) **sensação de autocontrolo**, centrada na percepção de autonomia, autodeterminação e

capacidade de agir do indivíduo e (v) **sensação de integridade**, que implica crescimento pessoal e modificação do *Self*, aceitando novos significados e percepções, demonstrando que o indivíduo não está ligado ao passado, mas sim disponível para enfrentar novos desafios.

Terapêuticas de Enfermagem

Os objetivos das terapêuticas de enfermagem são facilitar o desenvolvimento de transições saudáveis, diminuir as que agravam a vulnerabilidade e suportar a obtenção de indicadores de processo positivos (130) (149).

Para Schumacher, Jones e Meleis (149) existem cinco terapêuticas distintas que têm particular relevância nas transições experienciadas pelas pessoas idosas: (i) Avaliação de necessidades – Encarada como a base de todas as terapêuticas, deve ser realizada de forma continuada ao longo das transições; (ii) Terapia da reminiscência – estabelece a ponte entre o passado e o presente e ajuda a reformular significados, permitindo estabelecer alguma continuidade na vida das pessoas em transição; (iii) Suplementação do papel – fornece o apoio necessário para o indivíduo/ prestador de cuidados reverem os conhecimentos e capacidades de forma contínua, em função das novas exigências da situação real; (iv) Criação de ambientes saudáveis – desenvolver ambientes dinâmicos e flexíveis para se adaptarem continuamente às necessidades dos indivíduos; (v) Mobilizar recursos – fornecer os recursos pessoais e ambientais que acompanhem as diferentes necessidades ao longo das transições.

3.3- Um Modelo de Enfermagem para compreender o Envelhecimento nos Centros de Dia

A estrutura conceptual criada para analisar o potencial contributo da Enfermagem, para promover o envelhecimento saudável em contexto de Centro de Dia, toma por base o Modelo de Saúde Pública para o Envelhecimento Saudável, da OMS (7) (figura 2), a TDAE de Orem (88) e a Teoria das Transições, de Afaf Meleis (148) (149).

Atendendo aos critérios de admissibilidade, já enunciados, é expectável que, no momento da admissão, a maioria das pessoas se encontre na fase de declínio funcional (fase intermédia) e que, por perda de capacidade intrínseca e funcional, não esteja mais

capaz de satisfazer algum dos requisitos de autocuidado de que necessita para manter o seu bem-estar, recorrendo, por isso, ao Centro de Dia (figura 3).

No momento da admissão é crucial realizar uma avaliação multidimensional a partir da qual se definirão as regras do relacionamento com o Enfermeiro, através da árvore de decisão terapêutica deixada por Orem (Teoria dos Sistemas de Enfermagem) (88).

O tratamento será definido tendo em conta os influenciadores intrínsecos e extrínsecos identificados no indivíduo e será monitorizado através de indicadores de processo baseados na Teoria das Transições (148) (149).

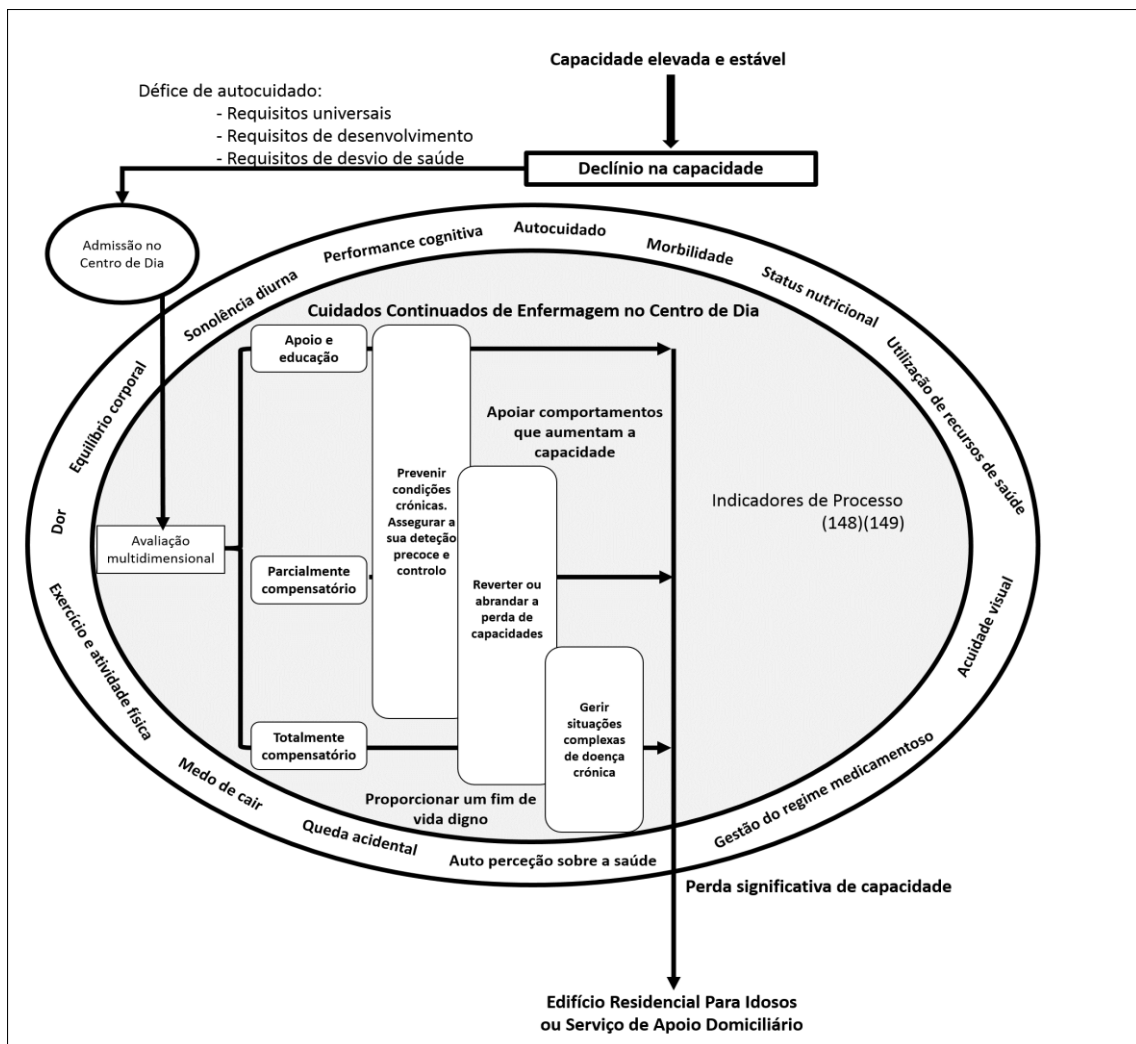


Figura 3- Modelo teórico orientador do estudo

Os cuidados no Centro de Dia terão por objetivo apoiar os comportamentos que aumentem a capacidade ou, em caso de já não ser viável, assegurar que a pessoa tenha um fim de vida digno (7).

Capítulo 4 - Justificação do estudo

Neste capítulo descrevem-se os argumentos que justificam a realização do estudo, desde o problema inicial, que conduz a uma revisão bibliográfica em torno da evidência científica produzida nos Centros de Dia, até à identificação do problema de investigação, à definição da finalidade e dos objetivos a atingir.

4.1- Questões de partida

Sintetizando os pontos anteriores, envelhecer com saúde implica um intrincado conjunto de decisões pessoais que visam a adaptação e que interagem com o ambiente em que o indivíduo vive (37) (7).

A incapacidade para mudar em função das novas exigências conduz, progressivamente, a um aumento da dependência de outros para assegurar as necessidades pessoais; esta perda de controlo sobre o autocuidado deixa a pessoa idosa muito vulnerável à tomada de decisão dos seus cuidadores e quando a família não existe, não quer ou não está capaz de exercer esse papel, o cuidado é transferido para a rede formal de apoio, situação muito comum nos centros urbanos (118).

Na cidade do Porto, por exemplo, o envelhecimento demográfico atinge proporções preocupantes (151). Entre as dez cidades mais populosas do país, é a segunda com a maior percentagem de idosos e é aquela que tem o maior índice de envelhecimento, contabilizando 213.7 idosos por cada 100 pessoas jovens (152).

Nos últimos 13 anos, a população residente diminuiu 15.9% enquanto a população idosa cresceu 11.46%, situando-se agora nos 26.2% (5). Este fenómeno demográfico é explicado maioritariamente pela transição migratória dos jovens para os concelhos limítrofes à cidade (abandonaram os bairros sociais e as ilhas¹, à procura de melhores condições), ficando apenas as pessoas idosas; assim, observa-se uma grande

¹ Estrutura habitacional operária, formada por um aglomerado de habitações de pequenas dimensões, normalmente constituídas por sala, quarto e cozinha, que partilham um corredor de acesso à rua (existe apenas uma porta de acesso ao exterior) e uma casa de banho externa (uma para 5 habitações).

percentagem de famílias nucleares (153) de casais idosos ou pessoas viúvas a viverem sós (na sua maioria mulheres), dependentes de pensões sociais baixas e do complemento solidário para idosos (151), numa fase da vida em que as necessidades de apoio são crescentes.

Em Portugal, são as IPSS que asseguram a maioria da rede formal de apoio, graças a acordos de cooperação com a Segurança Social (22), uma vez que a RNCCI é ainda insuficiente para dar resposta às necessidades funcionais de uma população idosa, cada vez mais numerosa.

Face a esta realidade, os equipamentos sociais de proximidade, como os Centros de Dia, tiveram um crescimento exponencial nas últimas décadas, existindo atualmente, na cidade do Porto, quarenta e dois equipamentos registados na Segurança Social, com capacidade para 2096 utentes, dando suporte diário a cerca de 1553 pessoas (123).

Apesar do conhecimento atual (nível de evidência A) recomendar a existência de programas de avaliação e tratamento geriátrico conduzidos por equipas interdisciplinares, para atenuar a perda de funcionalidade e assegurar o bem-estar dos indivíduos (7) (11) (13) (23), na realidade continuam a prevalecer na comunidade as respostas sociais não integradas, como é o caso dos Centros de Dia.

Face aos números e à evidência de que nos Centros de Dia persiste um paradigma que encara a falta de apoio social como o problema major, em detrimento do diagnóstico e intervenção precoces, centrados na reabilitação e promoção da saúde das pessoas idosas com perda de funcionalidade, infere-se que a permanência no centro pode potenciar o aumento da vulnerabilidade individual (exacerbação da perda de funcionalidade; aumento da morbilidade; desenvolvimento de síndromes geriátricas) e, à semelhança de outras realidades, estar associada, num curto espaço de tempo, ao ingresso numa ERPI (26).

Foi com base nestas premissas que surgiram as dúvidas iniciais:

- a) Existe evidência científica disponível para descrever o estado funcional e as necessidades de cuidados das pessoas idosas que frequentam os centros de dia?
- b) É possível conhecer quais as necessidades, potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem, desta população?

4.2- Evidência produzida em contexto de Centro de Dia

Para responder às questões efetuou-se, em março de 2014, uma pesquisa bibliográfica; utilizando as palavras-chave Centro de Dia, selecionaram-se estudos que utilizassem como população, pessoas idosas de Centros de Dia, de Portugal; a pesquisa foi realizada no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e em entidades nacionais de referência (como a Segurança Social; Direção Geral da Saúde).

Foram selecionados quarenta e dois documentos.

Os resultados centraram-se, essencialmente, na validação de conceitos/instrumentos de mensuração ou na concretização de pequenos estudos experimentais, exploratórios ou descritivos, focalizados em fenómenos isolados relativos ao envelhecimento, que dão corpo essencialmente a dissertações de mestrado ou monografias de licenciatura, afetos às mais variadas áreas do saber e utilizando pequenas amostras de utentes.

Embora alguns documentos tivessem abordado a valorização atribuída aos cuidados de enfermagem e/ou de saúde (154), executados nos Centros de Dia, eram poucos os estudos produzidos por investigadores enfermeiros (155) (156), sendo escasso o conhecimento disponível para poder trabalhar as respostas humanas sensíveis aos cuidados de Enfermagem, dessa população.

Relativamente à funcionalidade, não se encontraram estudos longitudinais centrados na evolução da saúde das pessoas, após a incursão nas instituições, nem estudos de prevalência alargados capazes de caracterizar o perfil epidemiológico da funcionalidade dos indivíduos que frequentam este tipo de equipamentos sociais. Assim, perante a escassa evidência encontrada, emergiram novas dúvidas:

a) Se os Centros de Dia têm como objetivo protelar a institucionalização, não deveriam proporcionar cuidados integrados que contribuíssem para a recuperação e/ou preservação da funcionalidade, retardando ao máximo o seu declínio e protelando assim a institucionalização?

b) Nessa lógica e reconhecendo o papel dos enfermeiros nesse domínio, quais seriam os fenómenos potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem, por forma a diminuir essa vulnerabilidade?

4.3- Finalidade e objetivos do estudo

A distância paradoxal entre a evidência científica e a realidade contextual vivenciada nestas instituições, relativamente à promoção e manutenção da funcionalidade das pessoas idosas, constitui-se como a problemática em estudo.

Perspetiva-se que uma correta avaliação da funcionalidade e vulnerabilidade permitirá desenvolver ações dirigidas às necessidades reais dos indivíduos (7) (11) (12) e centrar a intervenção nos domínios da adaptação à transição, dando ênfase à prevenção de problemas e reabilitação da pessoa idosa, através de uma ação multidisciplinar e integrada, apostada em melhorar ou manter a funcionalidade (7) (11) (157).

Analisando as várias disciplinas e os respetivos focos de atenção, é a Enfermagem que toma por *“objeto de estudo as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos do desenvolvimento ou por eventos significativos da vida que exigem adaptação”* (33) e a quem compete promover o Autocuidado como conceito central (88) logo, perspetiva-se que os Enfermeiros sejam os profissionais melhor preparados para corresponder a essas necessidades.

Uma vez que a evidência produzida em contexto de Centro de Dia é quase inexistente para propor alternativas, torna-se necessário recolher dados sobre a saúde, a perda de funcionalidade e a vulnerabilidade individual destas pessoas que, processados à luz do conhecimento existente, ganharão significado, gerando informação útil para a tomada de decisão clínica e política (113).

Nessa ótica, este estudo tem por finalidade, traçar o perfil relativo à funcionalidade dos idosos que frequentam os Centros de Dia da cidade do Porto e identificar as transições que carecem de respostas profissionais potencialmente sensíveis aos Cuidados de Enfermagem.

Acreditando que essa realidade tem múltiplas dimensões e carece de ser interpretada de diversos ângulos, projeta-se um estudo exploratório misto que tem como objetivos:

- 1) Caracterizar a vulnerabilidade da pessoa idosa durante o processo de transição para a dependência no autocuidado, em contexto de Centro de Dia;
- 2) Caracterizar os domínios da funcionalidade, potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem, envolvidos no processo de transição;

3) Caraterizar a evolução da funcionalidade, numa amostra de pessoas idosas que usufruem dos serviços do Centro de Dia.

Acredita-se que, com a sua concretização, será dado o primeiro passo para que seja possível prescrever terapêuticas de enfermagem baseadas em evidência, conducentes à manutenção da funcionalidade e à promoção do autocuidado da pessoa idosa, nestas instituições, ajudando-as a gerir com mestria as dificuldades inerentes ao aumento da longevidade (resultado esperado).

Referências bibliográficas – Parte I

7. Organização Mundial da Saúde. World report on Ageing and Health. Genebra: OMS, 2015. p. 247.
11. Direção Geral da Saúde. Circular Normativa 13/DGCG - Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Ministério da Saúde, 2004.
12. Lopes, Escoval, Pereira et al.. Avaliação da funcionalidade e necessidades de cuidados dos idosos. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2013, Vol. 21.
13. Colón-Emeric, Whitson, Pavon et al.. Functional Decline in Older Adults. American Family Physician. 2013, Vol. 88 (6), p.388-394.
14. Naslund, Sauter, Gutman et al.. Increased Health Service Utilization Costs in the Year Prior to Institutionalization: Findings from the Canadian Study of Health and Aging. Canadian Geriatrics Journal. 2014, Vol. 17 (2), p. 45-52.
15. Sousa, Patrão & Vicente. Famílias e envelhecimento: o último estágio do ciclo de vida. [autor do livro] Paúl & Ribeiro. Manual de Gerontologia. Lisboa: Lidel, 2012.
18. Carvalho. Envelhecimento e cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social. Lisboa: Coisas de ler, 2012.
23. Organização Mundial da Saúde. Health of the elderly. Genebra: OMS, 1989.
25. Gaugler, Duval, Anderson et al.. Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. BMC Geriatrics. 2007, Vol. 19(7), p. 13.
26. Kuzuya, Izawa, Enoki et al.. Day-care service use is a risk factor for long-term care placement in community-dwelling dependent elderly. Geriatrics & Gerontology International. 2012, Vol. 12(2), p.322–329.
27. Organização Mundial da Saúde. Active ageing. A policy framework. Genebra: OMS, 2002.
28. Canada. The Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy. Department of Health, 2005.
30. Portugal. Decreto-Lei nº. 101/206. Diário da Republica 109 Série I-A, 06 de 06 de 2006.
31. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012.
33. Silva. Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. Revista Servir, 2007, Vol. 55, p.11-20.

34. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Genebra: OMS, 2004.
35. Organização Mundial da Saúde. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF. Genebra: OMS, 2002.
36. —. Constituição da Organização Mundial da Saúde. New York: OMS, 1946.
37. Rodrigues. Avaliação comunitária de uma população de idosos. Da funcionalidade à utilização dos serviços. Coimbra: Mar da Palavra - Edições Lda, 2009.
38. Cohen-Mansfield, Shmotkin, Blumstein et al.. The Old, Old-Old, and the Oldest Old: Continuation or Distinct Categories? An Examination of the Relationship between Age and Changes in Health, Function, and Wellbeing. *International Journal of Aging & Human Development*. 2013, Vol. 77(1), p. 37-57.
39. Parente. Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho do Porto. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2013. Tese de Doutoramento em Enfermagem.
40. Verhaeghen. Cognitive processes and ageing. [autor do livro] Ian Stuart-Hamilton. *An introduction to Gerontology*. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.
41. Lini, Portella & Doring. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2016, Vol. 19(6), p. 1004-1014.
42. Cunha. Famílias clássicas do concelho do Porto com parentes institucionalizados: das causas da institucionalização aos requisitos relevantes para o cuidado no domicílio. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2012. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Avançada.
43. Pinto. Por que vão os idosos para lares? Determinantes no internamento de pessoas maiores de 65 anos em Instituições de longa permanência. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2013. Dissertação de Mestrado em Sociedade, Risco e Saúde.
44. Passos, Sequeira & Fernandes. Nursing focuses in older people with mental disorders. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV, 2014, Vol. 2, p. 81-91.
45. Apóstolo, Cardoso, Marta, et al. Efeito da estimulação cognitiva em Idosos. *Revista Referência*. III série, 2011, Vol. 5, P. 193-201
46. Neikrug & Ancoli-Israel. Sleep Disorders in the Older Adult – A Mini-Review. *Gerontology*. 2010, Vol. 56(2), p. 181-189.
47. Cramm, Twisk & Nieboer. Self-management abilities and frailty are important for healthy aging among community-dwelling older people; a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*. 2014, Vol. 14 (28).
48. Geib, Cataldo Neto, Wainberg et al.. Sono e envelhecimento. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2003, Vol. 25(3), p. 453-465.
49. Alparslan, Ozkaraman & Sönmez. The effect of relaxation exercises on quality of sleep among the elderly. *Holistic Nursing Practice*. 2014, Vol. 21 (8).
50. Reed-Jonesa, Solis, Lawson et al.. Vision and falls: A multidisciplinary review of the contributions of visual impairment to falls among older adults. *Maturitas*. 2013, Vol. 75, p. 22–28.
51. Evans & Rowlands. Correctable visual impairment in older people: a major unmet need. *Ophthalmic and Physiological Optics*. 2004, Vol. 24, p. 161-180.

52. Borges & Cintra. Relação entre acuidade visual e atividades instrumentais de vida diária em idosos em seguimento ambulatorial. *Revista Brasileira de Oftalmologia*. 2010, Vol. 69 (3), p. 146-151.
53. Whitson, Cousins, Burchett et al.. The Combined Effect of Visual Impairment and Cognitive Impairment on Disability in Older People. *Journal of American Geriatrics Society*. 2007, Vol. 55 (6), p. 885-891.
54. Ivers, Cumming, Mitchell et al.. Visual impairment and falls in older adults: the Blue Mountains Eye Study. *Journal of the American Geriatric Society*. 1998, Vol. 46(1), p. 58-64.
55. Morse, Rosenthal, Yatzkan et al.. Impact of a Vision Intervention on the Functional Status of Nursing Home Residents. *Journal of Visual Impairment & Blindness*. 2005, Vol. 99(2), p. 96-108.
56. Watkinson. Visual impairment in older people. *Nursing Older People*. 2009, Vol. 21(8), p. 30-36.
57. Covinsky, Lindquist, Dunlop et al.. Pain, functional limitations, and aging. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009, Vol. 57(9), p. 1556-1561.
58. Andrews, Cenzer, Yelin et al.. Pain as a Risk Factor for Disability or Death. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2013, Vol. 61(4), p. 583-589.
59. Schuler, Njoo, Hestermann et al.. Acute and Chronic Pain in Geriatrics: Clinical Characteristics of Pain and the Influence of Cognition. *Pain Medicine*. 2004, Vol. 5(3), p. 253-262.
60. Plooi, Scherder & Eggermont. Physical inactivity in aging and dementia: a review of its relationship. *Journal of Clinical Nursing*. 2012, Vol. 21(21-22), p. 3002-3008.
61. Organização Mundial da Saúde. *World Population Ageing 2009*. Genebra: OMS, 2009.
62. Busetto, Romanato, Zambon et al.. The effects of weight changes after middle age on the rate of disability in an elderly population sample. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009, Vol. 57 (6), p. 1015-1021.
63. Cruz-Jentoft, Baeyens, Bauer et al.. Sarcopenia: European Consensus on Definition and Diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing*. 2010, Vol. 39(4), p. 412-423.
64. Silva, Junior, Pinheiro et al.. Sarcopenia Associada ao Envelhecimento: Aspectos Etiológicos e Opções Terapêuticas. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2006, Vol. 46 (6).
65. Monteverde. Excess weight and disability among the elderly in Argentina. *Salud Colectiva*. 2015, Vol. 11(4), p. 509-521.
66. Lakdawaiia, Goldman & Shang. The health and cost consequences of obesity among the future elderly. *Health Affairs*. 2004, Vol. 24. Suppl 2, p. W5R30-41.
67. Flood & Newman. Obesity in older adults: synthesis of findings and recommendations for clinical practice. *Journal of Gerontological Nursing*. 2007, Vol. 33(12), p. 19-35.
68. Institute. Nursing interventions to minimise undernutrition in older patients in hospital. *Nursing Standard*. 2008, Vol. 22(41), p. 35-40.
69. Saarela, Soini, Hiltunen et al.. Dentition status, malnutrition and mortality among older service housing residents. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2014, Vol. 18(1), p. 34-38.
70. Gallegos-Orozco, Foxx-Orenstein, Sterler et al.. Chronic Constipation in the Elderly. *American Journal of Gastroenterology*. 2012, Vol. 107, p. 18-25.

71. Grassi, Petraccia, Mennuni et al.. Changes, functional disorders, and diseases in the gastrointestinal tract of elderly. *Nutricion Hospitalaria*. 2011, Vol. 26(4), p. 659-668.
72. Abrams, Paul, Cardozo et al.. *Incontinence*. Paris: ICUD-EAU, 2013.
73. Gillibrand. Management of faecal incontinence in the elderly: current policy and practice. *British Journal of Community Nursing*. 2016, Vol. 21(11), p. 554-556.
74. Annells & Koch. Faecal impaction: older people's experiences and nursing practice. *British Journal of Community Nursing*. 2002, Vol. 7(3), p. 118-126.
75. Rogalski. A Graduate Nursing Curriculum for the Evaluation and Management of Urinary Incontinence. *Educational Gerontology*. 2005, Vol. 31(2), p. 139-159.
76. Farage, Miller, Berardesca et al.. Psychosocial and societal burden of incontinence in the aged population: a review. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2008, Vol. 277(4), p. 285-290.
77. Ouslander, Griffiths, McConnell et al.. Functional incidental training: a randomized, controlled, crossover trial in Veterans Affairs nursing homes. *Journal of the American Geriatric Society*. 2005, Vol. 53(7), p. 1091-1100.
78. Hairi, Cumming, Naganathan et al.. Loss of Muscle Strength, Mass (Sarcopenia), and Quality (Specific Force) and Its Relationship with Functional Limitation and Physical Disability: The Concord Health and Ageing in Men Project. *Journal of the American Geriatric Society*. 2010, Vol. 58, p. 2055-2062.
79. Ribeiro. Estudo do equilíbrio estático e dinâmico em indivíduos idosos. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Desporto, 2009. Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto.
80. Studenski, Perera, Patel et al.. Gait speed and survival in older adults. *JAMA*. 2011, Vol. 305(1), p. 50-58.
81. Sheppard, Sawyer, Ritchie et al.. Life-space mobility predicts nursing home admission over 6 years. *Journal of Aging & Health*. 2013, Vol. 25(6), p. 907-920.
82. Van Rensbergen & Nawrot. Medical conditions of nursing home admission. *BMC Geriatrics*. 2010, Vol. 10(46).
83. Ordem dos Enfermeiros. Guia orientador de boa prática. Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2013.
84. Sequeira. Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: LIDEL, Edições Técnicas, Lda, 2010. p. 360.
85. Sobral. Comunicação e realização de atividades instrumentais de vida diária em idosos com comprometimento cognitivo leve. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2015. Dissertação de Mestrado em Saúde da Comunicação Humana.
86. Gold. An examination of instrumental activities of daily living assessment in older adults and mild cognitive impairment. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 2012, Vol. 34 (1), p. 11-34.
87. Neves. "Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos" Estudo tipo série de casos. Covilhã: Universidade da Beira Interior; Ciências da Saúde, 2012. Dissertação de Mestrado em Gerontologia.
88. Orem. *Nursing Concepts of Practice*. St Louis: Mosby, 2001.

89. Organização Mundial da Saúde. Global recommendations on physical activity for health. Genebra: OMS, 2010.
90. Shi & Klotz. Age-related changes in pharmacokinetics. *Current Drug Metabolism*. 2011, Vol. 12(7), p. 601-610.
91. Santos e Almeida. Polimedicação no idoso. *Revista Referência*. 2010, III série, Vol. 2, p. 149-162.
92. O'Connor, Gallagher & O'Mahony. Inappropriate Prescribing: Criteria, Detection and Prevention. *Drugs & Aging*. 2012, Vol. 29(6), p. 437-452.
93. Henriques. Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2011. Tese de doutoramento.
94. Andrade & Martins. Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*. 2011, Vol. 40, p. 185-199.
95. Direção-Geral da Saúde. Prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas. DGS, 2008.
96. EUNESE. Ficha de factos: Prevenção de Quedas nos Idosos. EUNESE, 2007.
97. Organização Mundial da Saúde. Global Report on Falls Prevention in Older Age. Genebra: OMS, 2007.
98. Sethi et al.. Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done. WHO Regional Office for Europe, 2006.
99. Melis, Marengoni, Angleman et al.. Incidence and Predictors of Multimorbidity in the Elderly: A Population-Based Longitudinal Study. *PLoS ONE*. 2014, Vol. 9(7), p. e103120.
100. Smith, Wallace, O'Dowd et al.. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Systematic Review*. 2016, Vol. 14(3).
101. Caramelo. Qualidade de vida da pessoa idosa nos lares e centros de dia do distrito de Vila Real. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2014. Tese de Doutoramento em Enfermagem.
102. Thorpe, Thorpe, Kennelty et al.. Patterns of perceived barriers to medical care in older adults: a latent class analysis. *BMC Health Services Research*. 2011, Vol. 11(181).
103. Almeida. Indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem em idosos com 80 anos ou mais. [autor do livro] Zutin & Serva. *Gerontologia. Olhares diversos sobre o envelhecimento*. São Paulo: UNIMAR, 2015.
104. Ellis. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011, Vol. 7.
105. Reiman & Manske. The assessment of function: How is it measured? A clinical perspective. *Journal of Manual and Manipulative Therapy*. 2011, Vol. 19, p. 91-99.
106. Scheuringer, Grill, Boldt et al.. Systematic review of measures and their concepts used in published studies focusing on rehabilitation in the acute hospital and in early post-acute rehabilitation facilities. *Disability and Rehabilitation*. 2005, p. 419-429.
107. Siquenique. Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa: análise crítica da literatura e proposta de protocolo. 2015. Dissertação de Mestrado em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas.

108. Eckert & Lange. Comparison of physical activity questionnaires for the elderly with the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) – an analysis of content. BMC Public Health. 2015, Vol. 15 (249).
109. Organização Mundial da Saúde. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organization. [Online] 2017.
110. —. ICF CHECKLIST Version 2.1a, Clinician Form. World Health Organization. [Online] 2003. <http://www.who.int/classifications/icf/icfchecklist.pdf?ua=1>.
111. —. Measuring Health and Disability. Manual for WHO Disability Assessment Schedule. WHODAS 2.0. World Health Organization. [Online] 2010.
112. Ribeiro. Adaptação e Validação do WHODAS 2.0 para a População Portuguesa. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2010. Dissertação de Mestrado em Gerontologia.
113. Pereira, Fonseca, Escoval et al.. Contributo para a classificação da funcionalidade na população com mais de 65 anos, segundo a classificação internacional de funcionalidade. Rev Portuguesa Saúde Pública. 2011, Vol. 19(1), p. 52-62.
114. Romero-Ortuno. Frailty in Primary Care. Interdisciplinary Topics in Gerontology and Geriatrics. 2015, Vol. 41, p. 85-94.
115. Instituto Nacional de Estatística. Projeções de população em Portugal 2008-2060. Portal do Instituto Nacional de Estatística. [Online] 2009.
116. Quaresma. Cuidados Familiares às Pessoas Muito Idosas. Lisboa: Direcção-Geral da Acção Social. Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação, 1996. p. 86.
117. Veloso. As Universidades da Terceira Idade em Portugal: Um contributo par a análise da sua emergência. Revista Portuguesa de pedagogia. 2007, Vols. 41-3, pp. 263-284.
118. Doll, Gomes, Hollerweger et al.. Atividade, desengajamento, modernização: teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento. Estudo Interdisciplinar do Envelhecimento. 2007, Vol. 12, p. 7-33.
119. GEP/MSESS. Carta Social. Rede de serviços e equipamentos. Relatório de 2014. Lisboa, 2014.
120. Svide´n, Tham & Borell. Elderly participants of social and rehabilitative day centers. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2004, Vol. 18 (4), p. 402-409.
121. Segurança Social. Centro de Dia - Manual de Processos-Chave. Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais. Segurança Social. [Online] 2010.
122. —. Manual de processos chave. Centros de dia. 2ª edição. [Online] 2014.
123. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Carta Social. Carta Social. [Online] 2016.
124. Portugal. LEI ORGÂNICA DO I GOVERNO CONSTITUCIONAL. Diário da Republica, 1976. Vol. nº: 213/76 Série I 1º Suplemento.
125. Cadete. Centros de Dia em Portugal. 1978. Palestra proferida nos Recolhimentos da Capital, integrada no Programa de Educação em Exercício. (125)
126. Bonfim & Saraiva. Centro de dia (Condições de localização, instalação e funcionamento). Lisboa: Direcção-Geral da Acção Social, 1996.
127. Lourenço. “Institucionalização do idoso e identidade”. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre, 2014. Dissertação de Mestrado.

128. Rocha. Famílias clássicas do concelho de Lisboa com parentes institucionalizados: das causas da institucionalização aos requisitos para o cuidado no domicílio. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2012. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Avançada.
129. Gaugler, Mittelman, Hepburn et al.. Predictors of change in caregiver burden and depressive symptoms following nursing home admission. *Psychology And Aging*. 2009, Vol. 24(2), p. 385-396.
130. Meleis & Trangenstein. Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. [autor do livro] Afaf Meleis. *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010, p. 641.
131. Oxford University. *English Oxford Living Dictionaries*. [Online] Oxford University, 2017. <https://en.oxforddictionaries.com/>.
132. Barchifontaine. Vulnerabilidade e dignidade humana. *O Mundo da Saúde*. 2006, Vol. 3(30), p. 434-440.
133. Nichiata, Bertolozzi, Takahashi et al.. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela Enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Setembro-Outubro de 2008, Vol. 16(5).
134. Heaslip & Ryden. *Understanding Vulnerability: A Nursing and Healthcare Approach*. Wiley-Blackwell, 2013. p. 232.
135. Chesnay & Anderson. *Caring for the Vulnerable. Perspectives in Nursing Theory, Practice, and Research*. 3ª edição. Jones & Bartlett Learning, 2012. p. 590.
136. Spiers. New perspectives on vulnerability using emic and etic approaches. *Journal of Advanced Nursing*. 2000, Vol. 31(3), p. 715-721.
137. Vieira. *A Vulnerabilidade e o Respeito no Cuidado ao Outro*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2003. Tese de Doutoramento.
138. Ayres, França Júnior, Calazans et al.. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. [autor do livro] Czeresnia e Freitas. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 117-140.
139. Bergua, Bouisson, Dartigues et al.. Restriction in instrumental activities of daily living in older persons: association with preferences for routines and psychological vulnerability. *International Journal of Aging and Human Development*. 2013, Vol. 77(4), p. 309-329.
140. Erci. *Nursing Theories Applied to Vulnerable Populations: Examples from Turkey*. [autor do livro] Mary de Chesnay e Barbara A. Anderson. *Caring for the Vulnerable. Perspectives in Nursing Theory, Practice, and Research*. Jones & Bartlett Learning, 2012.
141. ANA (American Nurses Association). *What is Nursing?* [Online] ANA, 2016. <http://www.nursingworld.org/EspeciallyForYou/What-is-Nursing>.
142. Söderhamn. Self-care activity as a structure: A phenomenological approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2000, Vol. 7(4), p. 183-189.
143. Gantz. Self-care: Perspectives from six disciplines. *Holistic Nursing Practice*. 1990, Vol. 4(2), p. 1-12.
144. Queirós, Vidinha & Filho. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. Nov./dez de 2014, Série IV, Vol. 3, p. 157-164.

145. Meleis. Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company, 2010.
146. —. Theoretical Nursing. Development and progress. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. p. 813.
147. Schumacher & Meleis. Transitions: a central concept in nursing. [autor do livro] Afaf Meleis. Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company, 2010, p. 641.
148. Meleis, Sawyer, Im et al.. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. [autor do livro] Afaf Meleis. Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company, 2010, p. 641.
149. Schumacher, Jones & Meleis. Helping elderly persons in transition: a framework for research and practice. [autor do livro] Afaf Meleis. Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company, 2010, p. 641.
150. Almeida. A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência - Estudo exploratório no contexto domiciliar. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2009. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Avançada.
151. Azevedo & Batista. Porto Solidário – Diagnóstico Social do Porto. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2009.
152. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Índice de envelhecimento por municípios. Pordata [Online] 2014.
153. Caniço, Bairrada, Rodríguez et al.. Novos Tipos de Família: plano de cuidados. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010. p. 57.
154. Gaidão. Envelhecimento Activo e Autonomia: um desafio às Instituições Particulares de Solidariedade Social com resposta social em Centro de Dia – um estudo de caso. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 2012.
155. Fernandes, Cardoso & Felizardo. Independência Funcional de Idosos Institucionalizados em Lar e Centro-de-Dia: Um Estudo de Caso. Leiria: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2010.
156. Dias. Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e psiquiátrica num Centro de Dia do Concelho de Oeiras. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. 2011. Dissertação de Mestrado.
157. Franciulli, Ricci, Lemos et al.. A modalidade de assistência Centro-Dia Geriátrico: efeitos funcionais em seis meses de acompanhamento multiprofissional. Ciência & Saúde Coletiva, 2007, Vol. 12, p. 373-380.

PARTE II

**FUNCIONALIDADE E VULNERABILIDADE EM CONTEXTO
DE CENTRO DE DIA**

Capítulo 5 - Metodologia

Neste capítulo e no seguimento dos anteriores, expõem-se as opções metodológicas e sua fundamentação para o desenvolvimento da pesquisa. Assim, após apresentação do desenho do estudo e a justificação das suas particularidades, abordam-se as diferentes fases do mesmo. Em cada fase são apresentados: o tipo de estudo realizado; a delimitação e caracterização da amostra, bem como, a opção do plano amostral; os instrumentos de recolha de dados; os procedimentos de tratamento e análise dos dados; e as considerações formais e éticas.

5.1- Desenho do estudo

No capítulo anterior demonstrou-se que a evidência científica produzida é escassa para explicar: (i) a vulnerabilidade das pessoas idosas que frequentam os Centros de Dia; (ii) os domínios da capacidade intrínseca e funcional, potencialmente sensíveis aos Cuidados de Enfermagem, que estão em maior risco de declinar, agravando a dependência e o risco de institucionalização, dessas pessoas; (iii) o seu trajeto funcional, enquanto utilizadoras regulares do serviço, não sendo claro quais as necessidades não cobertas que poderiam ser alvo dos cuidados de Enfermagem.

Para poder traçar o perfil epidemiológico da vulnerabilidade e da funcionalidade, respeitando estes três aspetos, projetou-se um estudo estruturado em três fases interligadas e inter-relacionadas. Ao optar por um desenho misto pretendeu-se retratar o fenómeno em estudo de uma forma mais completa, integrando diferentes perspetivas (Figura 4). Nesse sentido, a utilização simultânea de metodologias quantitativas e qualitativas, bem como a complementaridade na análise, permitirá confirmar a convergência dos dados, em alguns casos, revelar aspetos diferentes do mesmo fenómeno, noutros, podendo até, evidenciar contradições de resultados. Desta forma, será possível desenvolver uma visão mais crítica, completa e holística do problema em estudo (158).

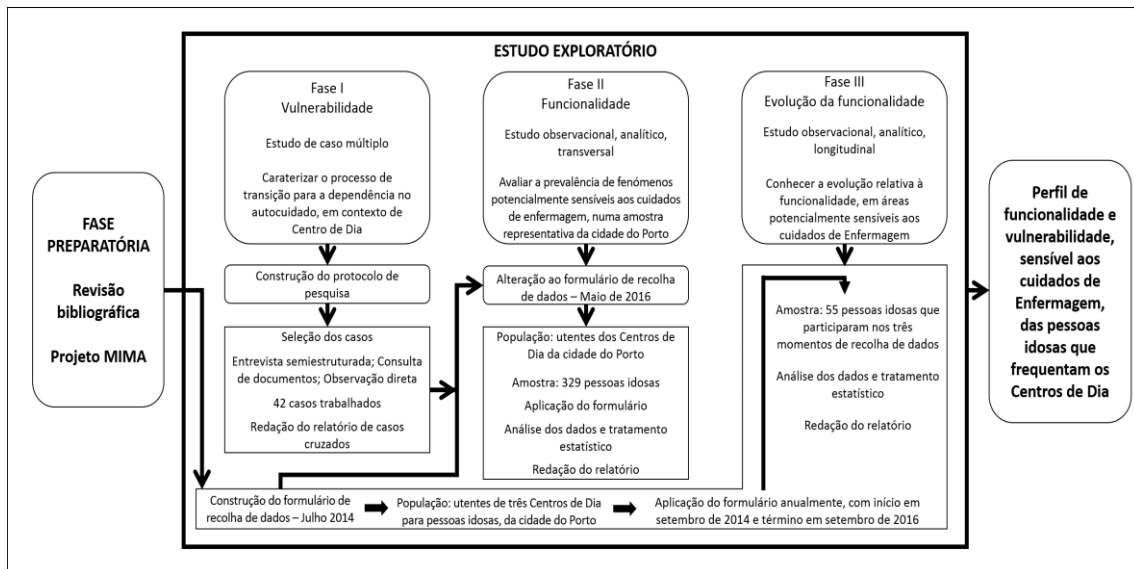


Figura 4- Desenho do estudo

O estudo desenvolveu-se em três fases que seguidamente se apresentam. Em cada fase são aduzidos: o tipo de estudo realizado; a delimitação da população, o método de amostragem e a caracterização da amostra; os instrumentos de recolha de dados; os procedimentos de tratamento e análise estatística.

FASE III - Estudo Observacional, Analítico, Longitudinal

Para facilitar a compreensão do estudo apresenta-se, em primeiro lugar, a Fase III; apesar de ter sido a última etapa em termos de análise de dados (devido ao seu caráter longitudinal), foi a primeira em termos de estruturação do instrumento e procedimento de recolha de dados.

O propósito desta última fase foi traçar o perfil longitudinal da funcionalidade da pessoa idosa, enquanto recetora de cuidados do Centro de Dia.

Após a revisão bibliográfica (ponto 1.2), construiu-se um instrumento de recolha de dados capaz de retratar os diversos domínios que aumentam a vulnerabilidade à institucionalização permanente, potencialmente sensíveis à intervenção dos enfermeiros.

O instrumento foi testado em diversos Centros de Dia no âmbito do projeto Mais Independência, Mais Autonomia (MIMA)^m, do Centro de Enfermagem da Católica (CEC)ⁿ.

^m MIMA - Projeto de intervenção comunitária inserido no programa de apoio às Comunidades, desenvolvido pelo Centro de Enfermagem da Católica, que tem como população alvo, as pessoas idosas que frequentam Centros de Dia.

ⁿ CEC – Unidade de extensão do Instituto de Ciências da Saúde que tem como missão servir a pessoa no seu projeto de saúde com uma prática baseada na evidência científica e orientada pela solidariedade.

Em três desses Centros, pertencentes à cidade do Porto e situados em freguesias distintas - duas pertencentes à área de influência do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Porto Oriental, outro na área do ACES Porto Ocidental, as pessoas idosas foram submetidas voluntariamente a um rastreio de saúde anual, executado por Enfermeiros e estudantes de Enfermagem. A análise desses dados, ao fim de dois anos (três avaliações entre setembro de 2014 e setembro de 2016), permitiu realizar um estudo observacional, analítico, de caráter longitudinal.

FASE I - Estudo de Caso Múltiplo

Para poder traçar o perfil da vulnerabilidade, potencialmente sensível aos cuidados de Enfermagem, decidiu-se que seria importante caracterizar o processo de transição para os Centros de Dia, à luz de conhecimento disciplinar.

A realização do estudo teve por base três premissas iniciais, que resultam da escassa bibliografia existente sobre a funcionalidade e vulnerabilidade das pessoas que frequentam os Centros de Dia, pois não foi possível encontrar estudos capazes de: (i) retratar o estado de vulnerabilidade da pessoa idosa, durante o processo de transição para o Centro de Dia, segundo um paradigma de Enfermagem; (ii) definir as necessidades ou problemas, potencialmente sensíveis às terapêuticas da Enfermagem, durante o processo de transição; e (iii) documentar o estado de vulnerabilidade dos indivíduos, após o processo de transição.

Uma vez que pouco era conhecido acerca do assunto, optou-se por realizar um Estudo de Caso que, segundo Yin, é o método mais indicado para investigar fenómenos contemporâneos dentro do contexto de vida real, quando os limites entre fenómeno e contexto não estão bem definidos (159). Este método pressupõe a existência prévia de um conjunto de preposições teóricas que orientem a recolha de dados (159). Tendo em conta que se pretende estudar uma transição potencialmente sensível aos cuidados de enfermagem que tem como conceito central o défice de autocuidado, optou-se por adotar o modelo teórico construído (ponto 3.3), que conjuga a Teoria das Transições de Afaf Meleis (148) (149), com a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem (88) e o Modelo de Saúde Pública para o Envelhecimento Saudável, da OMS (7), como referencial.

Dado pretender-se estudar, essencialmente, a vulnerabilidade individual durante o processo de transição, foi escolhida como unidade primária de análise (caso) a pessoa idosa que frequenta o Centro de Dia.

Optou-se por um Estudo de Caso Múltiplo que teve como perguntas de investigação:

- 1) Porque foi tomada a decisão de ingresso num Centro de Dia?
- 2) Como foi vivida a transição?
- 3) O que mudou com a permanência na instituição?

Realizaram-se três experiências piloto durante o ano de 2015.

FASE II - Estudo Observacional, Analítico, Transversal

Na Fase II, pretendeu-se saber qual a prevalência dos fenómenos em estudo, numa amostra representativa da população de idosos que frequentam os Centros de Dia da cidade do Porto; para isso utilizou-se o instrumento de recolha de dados da Fase III, melhorado com algumas questões emergentes dos resultados provisórios do estudo da Fase I e avançou-se para um estudo observacional, analítico, transversal, de base populacional, que decorreu entre julho e dezembro de 2016.

5.2- População, plano amostral e amostra

A concretização de três processos de investigação distintos exigiu diferentes escolhas relativas à população e ao plano amostral.

FASE I

Para a escolha dos casos adotaram-se três critérios:

- 1) Pessoas com 60 ou mais anos, utentes de Centros de Dia da cidade do Porto, onde se desenvolve o projeto MIMA, do CEC;
- 2) Pessoas com capacidade de interação verbal;
- 3) Conviventes significativos de utentes sem capacidade de interação verbal.

A escolha dos casos foi intencional e teve como propósito:

- 1- Reunir casos típicos ou representativos do fenómeno em estudo (160) – indivíduos com participação ativa nas atividades do centro;
- 2- Obter casos negativos ou não conformes ao estudo (160) – indivíduos sem participação ativa nas atividades do centro;
- 3- Escolha de casos excepcionais ou discrepantes (160) – por exemplo, utentes sem capacidade de interação verbal. No entanto, apesar de inicialmente estar programada esta possibilidade, não se concretizou devido à dificuldade em obter disponibilidade por parte dos membros da família prestadores de cuidados. Assim, optou-se por não englobar casos que cumprissem com o critério 3.

No final foram englobados quarenta e dois casos, ajuizados como relevantes para o quadro referencial e para as questões de pesquisa.

FASE II

Elegeu-se como população alvo do estudo as pessoas com 60 ou mais anos de idade, que frequentavam os quarenta e dois Centros de Dia da cidade do Porto, subsidiados pela Segurança Social; assim, com base nos registos da Carta Social, a trinta de março de 2016, foi calculada uma população de aproximadamente 1535 utentes.

Considerando um nível de confiança de 95% e um erro amostral de 5%, estimou-se que seria necessário recolher um total de 308 entrevistas, para obter uma amostra representativa da cidade do Porto.

Dado que não existiam dados estatísticos fidedignos sobre esta população, a opção recaiu pelo método de amostragem por conglomerados de uma única etapa; de seguida realizou-se uma aleatorização simples das unidades primárias (Centros de Dia), alvo da recolha de dados.

Depois de ordenada a lista das instituições, com base no processo de aleatorização, foram enviados os pedidos para a realização do estudo às instituições sociais (Anexo 1). A recolha de dados decorreu tendo por base a lista de ordenação das instituições, de acordo com as autorizações recolhidas.

A amostra foi recolhida a partir de treze centros de dia, distribuídos pelas seis freguesias da cidade do porto, que davam apoio a 599 pessoas (equivalente a 73,9% da capacidade de resposta desses equipamentos).

Durante os dias em que ocorreu a recolha de dados, cento e setenta e duas pessoas idosas não se encontravam nas instituições, onze recusaram participar e oitenta e sete foram excluídas por não serem capazes de responder ao formulário de recolha de dados. A amostra ficou assim com 329 indivíduos com 60 ou mais anos de idade.

A idade variou entre os 60 e os 95, a média foi de 79.69±8.2 (valores sobreponíveis aos da Fase III – 79,69±7.7) e a moda situou-se nos 84 anos. A recodificação da variável por grupos etários revela que a faixa etária mais prevalente é a dos 75 aos 84 anos de idade (44.1%), seguida pelos mais idosos (85 a 95 anos – 31.3%) e em último, os mais jovens (60 a 74 anos – 24.6%). Para melhor compreensão, efetuou-se a distribuição das variáveis sociodemográficas pelas diferentes faixas etárias (Tabela 1).

Tabela 1-Distribuição da amostra segundo a faixa etária e as variáveis sociodemográficas

		Faixa etária						Total	%
		[60-74]		[75-84]		[85-100]			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo	Masculino	29	8.8	30	9.1	17	5.2	76	23.1
	Feminino	52	15.8	115	35.0	86	26.1	253	76.9
Estado civil	Solteiro	13	4.0	10	3.0	8	2.4	31	9.4
	Casado	23	7.0	30	9.1	13	4.0	66	20.1
	Viúvo	30	9.1	97	29.5	81	24.6	208	63.2
	Divorciado	15	4.6	8	2.4	1	0.3	24	7.3
Escolaridade	Analfabeto	6	1.8	26	7.9	21	6.4	53	16.1
	1º Ciclo incompleto	8	2.4	33	10.0	26	7.9	67	20.4
	Completo 1º ciclo	54	16.4	71	21.6	46	14.0	171	52.0
	Ensino básico completo	7	2.1	6	1.8	7	2.1	20	6.1
	Ensino secundário	4	1.2	4	1.2	3	0.9	11	3.3
	Curso superior	2	0.6	5	1.5	0	0.0	7	2.1
Coabitação	Vive só	36	10.9	63	19.1	39	11.9	138	41.9
	Cônjuge	21	6.4	28	8.5	8	2.4	57	17.3
	Filhos/Noras	15	4.6	42	12.8	46	14.0	103	31.3
	Outros familiares	9	2.7	11	3.3	10	3.0	30	9.1
	Outros	0	0.0	1	0.3	0	0.0	1	0.3
Principal prestador de cuidados	Não tem	18	5.5	14	4.3	10	3.0	42	12.8
	Cônjuge	16	4.9	12	3.6	2	0.6	30	9.1
	Filhos/noras	22	6.7	79	24.0	61	18.5	162	49.2
	Outros familiares	11	3.3	11	3.3	10	3.0	32	9.7
	Centro de dia	5	1.5	15	4.6	7	2.1	27	8.2
	Outros	9	2.7	14	4.3	13	4.0	36	10.9
Quem gere a pensão	O próprio	43	13.1	69	21.0	29	8.8	141	42.9
	Familiares	34	10.3	67	20.4	64	19.5	165	50.1
	Instituição	4	1.2	9	2.7	10	3.0	23	7.0

O sexo feminino (76.9%) prevalece e, ao longo das três faixas etárias, há uma progressiva diminuição, estatisticamente significativa ($\chi^2= 10.354$, $p=0.006$), na percentagem de indivíduos do sexo masculino.

O estado de viuvez é altamente prevalente (63,2%) e associa-se significativamente ao aumento da idade ($\chi^2=43.961$, $p<0.001$). Simultaneamente, constata-se uma tendência progressiva para o aumento da percentagem de indivíduos solteiros e divorciados nas faixas etárias mais jovens.

A prevalência de indivíduos analfabetos (16.1%) ou que não completaram qualquer grau de ensino (20.4%) é elevada; a maioria completou apenas o primeiro ciclo (52%). Observa-se uma correlação negativa, estatisticamente significativa ($Rho=-0.194$; $p<0,001$), entre o aumento da idade e a diminuição da escolaridade.

Analisando o aglomerado familiar, constata-se que 41.9% dos indivíduos mora sozinho, enquanto 30.1% coabita apenas com outra pessoa (17.3% dos quais é o cônjuge da mesma faixa etária); a coabitação com os filhos adquire também uma percentagem importante (31.3%), observando-se uma forte correlação positiva, estatisticamente significativa, entre a variável idade e o número de pessoas do aglomerado familiar ($R_p=0.484$; $p=0.039$), ou seja, quanto maior é a idade, maior é o número de pessoas no aglomerado familiar.

As filhas/ noras emergem, em todas as faixas etárias, como os principais membros da família prestadores de cuidados (49.2%); à medida que a idade avança, diminui o número de pessoas que dizem não ter qualquer prestador de cuidados ou que esse papel é ocupado pelo cônjuge ($\chi^2=38.290$; $p<0.001$). Nas situações de dependência, em que o apoio da família é insuficiente ou inexistente, as cuidadoras do Centro de Dia são chamadas a esse papel, fator que pode explicar o aumento da proporção ao longo das três faixas etárias.

A incapacidade para gerir a pensão de reforma encontra-se associada ao aumento da idade ($\chi^2=14.112$, $p=0.007$); apenas 42.9% é autónomo na gestão das finanças, estando essa tarefa atribuída à família em 50.1% dos casos. O Centro de Dia surge como gestor (7%), principalmente nas faixas etárias mais envelhecidas.

FASE III

Definiu-se como população, os utentes inscritos nos três Centros de Dia selecionados em setembro de 2014.

Os critérios de elegibilidade para admissão no estudo foram:

- 1- Ter idade igual ou superior a 60 anos (em setembro de 2014),
- 2- Estar inscrito na modalidade de Centro de Dia
- 3- Ter participado em todos os rastreios anuais de saúde (três ao todo, no quarto trimestre de 2014, 2015 e 2016).

Dos noventa e dois indivíduos avaliados em setembro de 2014, apenas cinquenta e cinco completaram os três momentos de avaliação (Figura 5), embora nem todos tivessem respondido integralmente aos parâmetros considerados na avaliação.

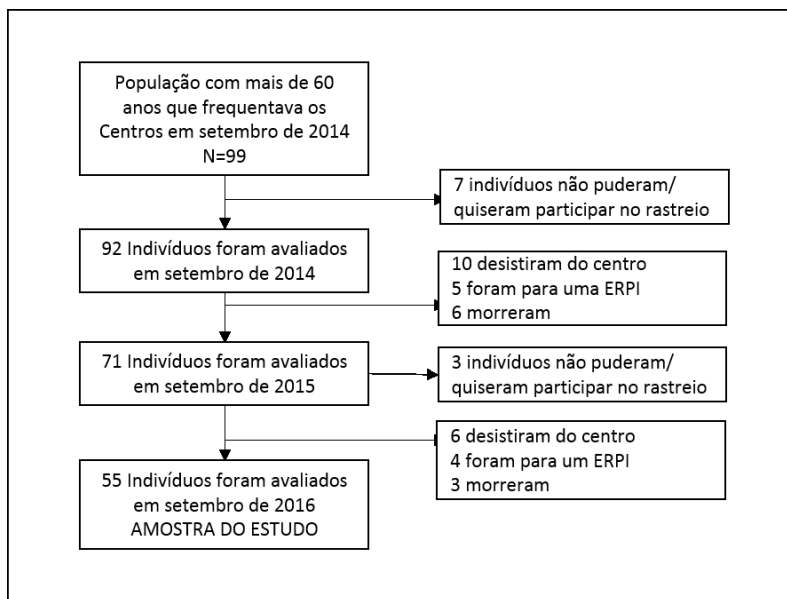


Figura 5- Fluxograma da seleção da amostra

A média de idade, na primeira avaliação, foi de 77.67 ± 7.8 , com variação de 60 a 93 anos, sendo quarenta e três do sexo feminino (78,2%) e doze do sexo masculino.

A amostra é pouco escolarizada, sendo composta por catorze pessoas (25,5%) sem qualquer nível de escolaridade, das quais nove são analfabetas; com o primeiro ciclo completo surgem trinta e cinco indivíduos (63,6%) e com o quinto ano (antigo nono ano) os restantes seis indivíduos (10,9%).

O número de pessoas viúvas, apesar de elevado no primeiro ano (56,4%), foi aumentando progressivamente até 2016, onde atingiu a percentagem de 69,1%; observa-se uma ligeira tendência de crescimento das pessoas que vivem acompanhadas por familiares em detrimento das que vivem sós ou apenas com o cônjuge da mesma idade, no entanto, continuam a ser minoritárias; simultaneamente, observa-se um

aumento progressivo da incapacidade para gerir a pensão de reforma, bem como a passagem gradual dessa responsabilidade para as instituições de apoio social (Tabela 2).

Tabela 2-Evolução das variáveis sociodemográficas ao longo de três avaliações

		2014 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)
Estado civil	Solteiro	5 (9.1%)	5 (9.1%)	5 (9.1%)
	Casado	18 (32.7%)	14 (25.5%)	11 (20.0%)
	Viúvo	31 (56.4%)	35 (63.6%)	38 (69.1%)
	Divorciado	1 (1.8%)	1 (1.8%)	1 (1.8%)
Coabitação	Vive Só	23 (41.8%)	21 (38.2%)	22 (40.0%)
	Vive com o cônjuge	12 (21.8%)	12 (21.8%)	9 (16.4%)
	Vive acompanhado	20 (36.4%)	22 (40.0%)	24 (43.6%)
Gestão da pensão	O próprio	27 (49.1%)	26 (47.3%)	20 (36.4%)
	Familiares	25 (45.5%)	22 (40.0%)	26 (47.3%)
	Centro de Dia	3 (5.5%)	7 (12.7%)	9 (16.4%)

5.3- Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada de forma distinta, de acordo com a metodologia usada em cada uma das Fases. Dado ter sido a primeira a iniciar-se, opta-se por apresentar em primeiro lugar a Fase III.

FASE III

A funcionalidade deve ser avaliada nas suas diversas dimensões, o que pressupõe a escolha de instrumentos capazes de a retratar. Não existem, no entanto, consensos sobre quais os instrumentos ideais para utilizar (7), pelo que se optou, após a revisão bibliográfica, pela junção de vários, definindo-se como critérios para a escolha:

- 1 – Ser capaz de retratar o fenómeno que se pretende estudar;
- 2 – Estar validado culturalmente em Portugal para ser utilizado com pessoas idosas;
- 3 – Ser amplamente utilizado e referenciado a nível internacional.

Foram identificadas catorze domínios da funcionalidade, donde se selecionaram quinze fenómenos potencialmente sensíveis aos cuidados de Enfermagem, sobre os quais se desenvolveu a investigação:

- 1) Desempenho cognitivo;
- 2) Sonolência diurna;

- 3) Dor;
- 4) Acuidade visual;
- 5) *Status* nutricional;
- 6) ABVD: higiene, controlo de esfíncteres e mobilidade;
- 7) AIVD;
- 8) Equilíbrio corporal;
- 9) Medo de cair
- 10) Exercício e atividade física;
- 11) Gestão do regime medicamentoso;
- 12) Queda accidental;
- 13) Morbilidade;
- 14) Utilização de recursos de saúde;
- 15) Autoperceção sobre a saúde.

O instrumento final englobou um formulário com perguntas fechadas e abertas de resposta simples (Anexo II), bem como um conjunto de testes, amplamente utilizados a nível nacional e internacional, validados para a língua portuguesa e para populações idosas: Mini Exame do Estado Mental, Índice de Barthel, Índice de Lawton, Questionário de Baecke Modificado para Idosos, Falls Efficacy Scale e Índice de Tinetti.

Mini Exame do Estado Mental (MEEM) – é provavelmente a escala mais conhecida e utilizada a nível mundial para avaliar o funcionamento cognitivo (84). Validado por Folstein e McHugh em 1975 (161), foi traduzido e validado por Guerreiro (162) e colaboradores, em 1994. É muito fácil e rápido de aplicar e permite avaliar a orientação temporal e espacial, a memória de curto prazo e a evocação, o cálculo, a coordenação dos movimentos, bem como as habilidades de linguagem e viso-espaciais. Uma vez que é um instrumento de resolução simples, muito influenciado pela escolaridade, utilizaram-se os pontos de corte propostos por Morgado e colaboradores (163) – Quadro 2.

Quadro 2- Pontos de corte do Mini Exame do Estado Mental

Escolaridade	Pontuação
0-2 anos	22
3-6 anos	24
Igual ou superior a 7 anos	27

Índice de Barthel – avalia a capacidade para realizar dez ABVD; Sequeira (164) validou o instrumento para a população portuguesa; apresenta boa consistência interna (Alpha Cronbach= 0.89); pode ainda ser decomposto em três fatores: mobilidade, higiene e controlo de esfínteres. A pontuação global da escala varia entre 0 e 100 pontos (Quadro 3) e é inversamente proporcional ao grau de dependência (quanto menor a pontuação, maior a dependência) (84).

Quadro 3- Pontos de corte do Índice de Barthel

Nível de dependência	Pontuação
Independente	90-100
Ligeiramente dependente	60-85
Moderadamente dependente	40-55
Severamente dependente	20-35
Totalmente dependente	<20

Índice de Lawton – instrumento unidimensional, amplamente utilizado a nível mundial, que avalia o nível de independência da pessoa idosa para realizar as AIVD; opta-se pela versão validada para a população portuguesa, por Sequeira (164), que apresenta boa consistência interna (Alpha Cronbach= 0.920). A pontuação global da escala varia entre 8 e 30 pontos (Quadro 4) e é diretamente proporcional ao grau de dependência.

Quadro 4-Pontos de corte para o Índice de Lawton

Nível de dependência	Pontuação
Independente	8
Moderadamente dependente, necessita de alguma ajuda	9-20
Severamente dependente, necessita de muita ajuda	21-30

Questionário de Baecke Modificado para Idosos – Adaptado para calcular a intensidade da atividade física do idoso por Voorrips (165), qualifica a atividade doméstica, desportiva e de tempos livres/ lazer realizada ao longo do último ano. Está validado para a população portuguesa por Azevedo (166), numa amostra de cinquenta e nove idosos; após comparação dos dados obtidos através de um acelerómetro e da aplicação do questionário, verificou-se uma correlação elevada ($r=0.702$) e estatisticamente significativa ($p<0.001$), atestando um bom coeficiente de validade. Para a análise da intensidade da atividade física utilizaram-se os pontos de corte propostos por Voorrips (165) (Quadro 5).

Quadro 5- Pontos de corte do Questionário de Baecke Modificado para Idosos

Nível de atividade física	Pontuação
Reduzida (sedentarismo)	0 – 9.40
Moderada	9.41 – 16.14
Elevada	16.15 ou mais

Falls Efficacy Scale – escala que avalia a confiança dos indivíduos para realizar dez atividades do dia-a-dia; foi validada para a população portuguesa por Melo (167). A consistência interna da escala foi calculada, tendo sido obtido um *Alpha Cronbach* de 0.880. A pontuação da escala varia entre 10 e 100 pontos. Quanto maior for a pontuação, maior a confiança para realizar essas atividades do dia-a-dia.

Índice de Tinetti – Instrumento que comporta duas escalas que avaliam o equilíbrio estático e o dinâmico; a junção destas permite efetuar uma estimativa para risco de queda. Foi validado para a população portuguesa por Petiz (168) e apresenta elevada homogeneidade de conteúdo ($\alpha=0,970$) e fiabilidade após teste re-teste (r de Pearson = 0,960). A pontuação global da escala varia entre 0 e 28 pontos (Quadro 6) e é inversamente proporcional ao risco de queda.

Quadro 6-Pontos de corte para o Índice de Tinetti

Risco de queda	Pontuação
Elevado	0-18
Moderado	19-24
Baixo	25-28

Índice de Massa Corporal (IMC) – É definido como o peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros (kg/m^2) e é utilizado como medida para classificar o *status* nutricional. Neste estudo adotou-se a classificação definida pela OMS (169) - Quadro 7.

Quadro 7- Status nutricional segundo a OMS

IMC	Status nutricional
< 18.5	Baixo peso
18.5–24.9	Peso normal
25.0–29.9	Excesso de peso
30.0–34.9	Obeso grau I
35.0–39.9	Obeso grau II
Igual ou superior a 40	Obeso grau III

A restante informação foi obtida através da aplicação de um formulário (Anexo 2). Para melhor compreensão, sistematizam-se os objetivos e as variáveis em estudo, bem como os instrumentos de mensuração utilizados (quadro 8).

Quadro 8-Caraterização das variáveis em estudo

Objetivo	Dimensão	Variáveis	Instrumentos	Questões
Caraterização da amostra	Sociodemográfica	Idade; sexo; estado civil; nível de escolaridade; coabitação; gestão das finanças	-----	1-6
Avaliar a funcionalidade das pessoas que frequentam os Centros de Dia da cidade do Porto	Desempenho cognitivo	Score do MEEM; Desempenho cognitivo	MEEM	7
	Sono e repouso	Sonolência diurna;		8
	Domínio sensorial e dor	Intensidade da dor; Acuidade visual ao longe; Prótese ocular	Escala Visual Analógica de Dor; Tabela de Snellen;	9-11
	Status nutricional	Índice de Massa Corporal; Dentição funcional; Uso de prótese dentária	IMC	12-14
	Capacidade funcional	Higiene; Controlo de esfínteres; Mobilidade; Score do Índice de Barthel; Dependência nas ABVD; Score do Índice de Lawton; Dependência nas AIVDS	Índice de Barthel; Índice de Lawton	15-21
	Equilíbrio corporal	Equilíbrio dinâmico; Equilíbrio estático; Risco de queda; Uso de dispositivo auxiliar de marcha; medo de cair	Índice de Tinetti Fall Efficacy Scale	22-26
	Exercício e atividade física	Intensidade da atividade doméstica; intensidade da atividade desportiva; Intensidade da atividade de tempos livres e de lazer; Score do Questionário de Baecke Modificado para Idosos	Questionário de Baecke Modificado para Idosos	27-30
	Gestão do regime medicamentoso prescrito	Dependência na gestão do regime medicamentoso; Tipo de fármacos; Número de fármacos; Conhecimento; Quem gere.	----	31-35
	Queda accidental	Número de quedas;	----	36
	Morbilidade	Número de idas à urgência hospitalar; Número de internamentos; número de dias internamento	----	37-40
	Utilização dos serviços de saúde	Enfermeiro de família; Médico de família; Onde recorre se doente	----	41-43
Autoperceção sobre a saúde	Perceção sobre os recursos; Perceção atual sobre a saúde; perceção sobre a evolução da saúde	----	44-46	

FASE I

O método para concretizar um estudo de caso múltiplo pressupõe a elaboração de um protocolo (Anexo 3).

A entrevista com as pessoas idosas selecionadas (casos) foi a principal fonte de dados; no entanto, utilizaram-se outras fontes, de forma a permitir a triangulação:

- Consulta de documentos fornecidos pelos próprios,
- Entrevistas com informadores-chave
- Observação do comportamento.

FASE II.

Na elaboração do instrumento de recolha de dados utilizaram-se algumas evidências emergentes durante o processo de investigação, provenientes quer de novos estudos consultados, como dos resultados provisórios do estudo da Fase I, para acrescentar algumas questões.

Com esse procedimento pretendeu-se, não só, explorar alguns assuntos não abordados nas fases anteriores, como averiguar a presença, através de uma abordagem positivista, de alguns fenómenos evidenciados na Fase I (quadro 9).

Quadro 9- Caracterização das variáveis acrescentadas na Fase II

Objetivo	Dimensão	Variáveis acrescentadas	Instrumentos acrescentados	Nº de questões acrescentadas
Caraterização da amostra	Sociodemográfica	Aglomerado familiar; Existência de prestador de cuidados	-----	2
	Domínio sensorial e dor	Localização da dor; Acuidade visual ao perto	Cartão de Jaeger	2
	Status nutricional	Problemas na cavidade oral		1
	Queda acidental	Local das quedas; Motivo; Onde se dirigiu; Existência de lesão	----	4
	Morbilidade	Número de dias de doença	----	1
	Utilização dos serviços de saúde	Dificuldades na utilização dos serviços de saúde da comunidade	----	1

O formulário final, utilizado na Fase II, encontra-se em anexo (Anexo 4).

5.4- Procedimentos de recolha e análise dos dados

Ao longo das diferentes fases, existiram processos diferentes para recolher e analisar os dados.

Na fase I e III o investigador reuniu com os responsáveis pelos três Centros de Dia selecionados, com o intuito de autorizarem a realização do estudo, que decorreu em paralelo com o projeto MIMA.

FASE I

As entrevistas foram realizadas no Centro de Dia, respeitando a disponibilidade dos participantes e cumprindo o protocolo.

Após a realização de cada entrevista, efetuaram-se notas de campo para servirem como *corpus* de análise.

Para trabalhar os dados usou-se o método de análise comparativa constante na perspetiva defendida por Strauss e Corbin (170). Assim, para cada caso identificaram-se diferentes categorias com base no tipo de codificação efetuada (aberta, axial e seletiva), enformadas pelo modelo teórico construído a partir da Teoria das Transições (148) (149), Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (88), Modelo de Saúde Pública para o Envelhecimento Saudável (7) e pela revisão bibliográfica prévia acerca da funcionalidade e vulnerabilidade da pessoa idosa.

A análise e o processamento da informação foram realizados com a ajuda do *software* de análise qualitativa NVivo11. A figura 6 representa o esquema orientador de todo o processo de investigação.

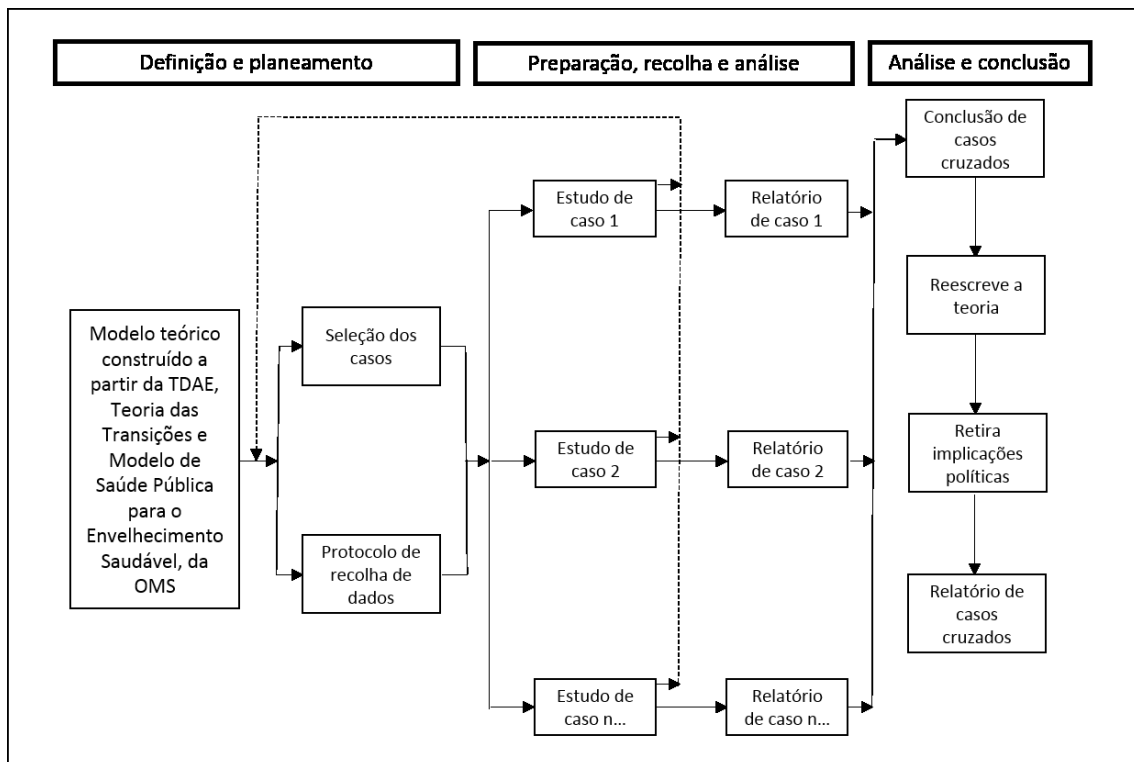


Figura 6- Esquema representativo do Estudo de Caso Múltiplo. Baseado em Yin (159)

FASE II

A recolha de dados foi operacionalizada por um conjunto de investigadores treinados que, nos diversos locais disponibilizados pelos Centros de Dia, organizaram diversos pontos de recolha, mediante as características da informação.

A cada um dos indivíduos foi atribuído um cartão com um código aleatório que o identificou nos diversos pontos de recolha de dados. Foi ainda fornecido um cartão de

registo pessoal, onde cada investigador registou alguns parâmetros avaliados (por exemplo: peso, altura, IMC), para que cada indivíduo tivesse acesso a esses dados.

Os dados foram transpostos, pelo investigador principal, do instrumento de recolha de dados para uma base de dados no *software* Microsoft Excel 2013 e posteriormente introduzidos no Software SPSS²⁴ para Windows (procedimento equivalente na Fase III).

Para a análise estatística caracterizaram-se os valores das variáveis em termos de tendência central e dispersão, verificando a normalidade através do teste de Kolmogorov-Smirnov (procedimento semelhante na Fase III).

Para análise inferencial, utilizou-se o teste T, o teste de Mann-Whitney, a Anova e o teste Kruskal-Wallis para testar associações entre amostras independentes; para a associação entre variáveis nominais e categóricas utilizou-se o Qui-quadrado e os coeficientes V de Cramer e Tau-b de Kendal; para testar as correlações entre variáveis, os testes de Pearson e de Spearman.

FASE III

Os rastreios de saúde foram realizados nas instalações dos Centros de Dia, durante os meses de setembro e outubro, de 2014, 2015 e 2016, no âmbito das atividades do CEC.

Na avaliação estiveram envolvidos Enfermeiros e estudantes de Enfermagem que tiveram formação e treino prévio, de forma a garantir a fiabilidade dos dados recolhidos.

A participação nos rastreios foi sempre voluntária e os participantes foram devidamente esclarecidos relativamente a todos os procedimentos.

Para análise inferencial dos dados, foi utilizado o teste T de pares para comparar os valores de variáveis com distribuição normal e o teste de Wilcoxon para as restantes; da mesma forma, recorreu-se a ANOVA de medidas repetidas, ao teste de Freedman e ao Cochran's Q test para comparar os vários momentos de avaliação, ao longo dos anos.

5.5- Procedimentos éticos

Tendo por base os princípios éticos universais a respeito da investigação com seres humanos, foi efetuado um pedido de autorização para a realização do estudo às pessoas idosas. É de realçar que os investigadores, enquanto enfermeiros, estão obrigados ao respeito das exigências éticas e deontológicas inerentes à profissão.

O pedido de consentimento informado teve subjacente a compreensão dos indivíduos relativa aos objetivos, virtudes e possíveis constrangimentos do estudo, seguido do ato intencional e voluntário por parte destes, de aceitar participar (consentimento livre). Dessa forma, assegurou-se que a decisão teve por princípios a autodeterminação e a liberdade de escolha, ficando claro que poderiam optar por participar ou não, sem qualquer prejuízo para os mesmos, assim como também, no decorrer do estudo, desistir em qualquer uma das fases ou recusar-se a responder a qualquer uma das questões.

Assegurou-se ainda a confidencialidade dos dados recolhidos, com vista a assegurar o anonimato, salvaguardando que a exposição pública dos resultados será efetuada sem exibição da identidade dos indivíduos e/ou das instituições envolvidas.

O modelo de consentimento escrito utilizado encontra-se em anexo (Anexo 5). No entanto, tendo em atenção que uma percentagem significativa da população idosa dos Centros de Dia não consegue ler e, por vezes, nem sequer assinar o seu nome, optou-se por incluir no estudo todos os indivíduos que deram verbalmente o seu livre consentimento, mas que se recusaram ou colocaram entraves em o fazer por escrito, tendo em atenção que a investigação em si, sendo de caráter observacional, não comporta quaisquer riscos para a integridade dos indivíduos (Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001). De realçar que esta opção também se encontra prevista no Código Penal, artigo 38.º - *“O consentimento pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido, e pode ser livremente revogado até à execução do facto.”*

Acrescenta-se ainda que, da recolha de dados realizada, não resultaram quaisquer encargos financeiros ou outros, para a instituição ou para as pessoas e esta não expôs os participantes a qualquer tipo de dano para a sua saúde.

Os dados recolhidos foram tratados com total precisão, centrada na veracidade dos mesmos, independentemente dos resultados aí revelados.

Capítulo 6 - Resultados do estudo

A representação dos resultados seguirá a sequência cronológica de obtenção de evidências ao longo do processo de investigação. Em primeiro lugar será apresentado o estudo de caso múltiplo (Fase I), seguido da Fase II (observacional, transversal) e III (observacional, longitudinal), respetivamente.

Para melhor compreensão, opta-se por descrever conjuntamente os resultados relativos às diversas dimensões da funcionalidade, da Fase II e III.

6.1- Vulnerabilidade associada à transição para um Centro de Dia (Fase I).

Para a apresentação dos resultados definem-se as três categorias centrais que explicam a transição. Dentro de cada uma destas, exploram-se categorias de menor grau de abstração que configuram o quadro de vulnerabilidade experienciado pelas pessoas idosas durante o processo de transição, bem como as relações que estabelecem entre si e com a categoria central. Serão ainda apresentados esquemas explicativos que ajudarão a clarificar o processo de transição.

A análise dos quarenta e dois casos, tendo como paradigma orientador o modelo teórico construído, permitiu identificar três categorias centrais que explicam o processo de transição para a dependência no autocuidado, em contexto de Centro de Dia:

➤ **Perda de autonomia** – Esta categoria ilustra o trajeto realizado pelos participantes e respetivos conviventes significativos, até ao momento da decisão de ingressar na instituição. É possível observar que a perda de funcionalidade, que obriga à procura de suporte social, resulta de uma junção de fatores causais que englobam: o processo de senescência; a evolução de doenças crónicas; a ocorrência de eventos críticos e a ausência ou incapacidade dos prestadores de cuidados para assumirem com mestria a resolução dos problemas.

➤ **Aceitar a dependência** – O processo de transição para um Centro de Dia pressupõe a aceitabilidade pessoal de um estado de dependência que obriga à exploração de ambientes, até então não equacionados, implicando, muitas das vezes, a reconstrução de uma rede de interação social. A inexistência de serviços integrados conduz à natural transferência da energia pessoal para a participação em atividades de grupo, descentrando o pensamento das incapacidades pessoais; dessa forma, a aceitação da dependência bem como dos serviços de substituição e suporte faz-se de forma passiva, não exigindo uma resposta pessoal como nos processos individualizados de reabilitação. Nesse sentido, o suporte social percebido facilita a vivência de um conjunto de emoções negativas e o estabelecimento de novas rotinas, estabilizando os indivíduos. Em todo o processo, apesar do aumento gradual das necessidades, a aceitação da dependência e as assimetrias relacionadas com o acesso aos serviços de saúde, podem resultar no afastamento dos indivíduos relativo aos cuidados de saúde primários.

➤ **Viver o Centro de Dia** – O processo de transição fica concluído quando a pessoa passa a viver as suas novas rotinas e amizades de uma forma natural o que, tendo em conta a falta de suporte social percebido pela maioria, acontece sem resistências. Assim, o centro assume, por vezes, uma importância vital na vida da pessoa idosa.

6.1.1- Perda de autonomia

A perda de autonomia acontece quando as pessoas não são mais capazes de assegurar autonomamente os requisitos de autocuidado, em contexto domiciliar, nem têm ninguém na família capaz de desempenhar o papel de agente de autocuidado. Perante essa situação é tomada a decisão de recorrer ao Centro de Dia para garantir o suporte social.

6.1.1.1- Dependência no autocuidado

A perda de funcionalidade, o agravamento da morbilidade e a existência de eventos críticos fraturantes limitam a capacidade para realizar o autocuidado (Figura 7). A deficiente satisfação dos requisitos de autocuidado obriga as pessoas idosas a procurarem suporte social.

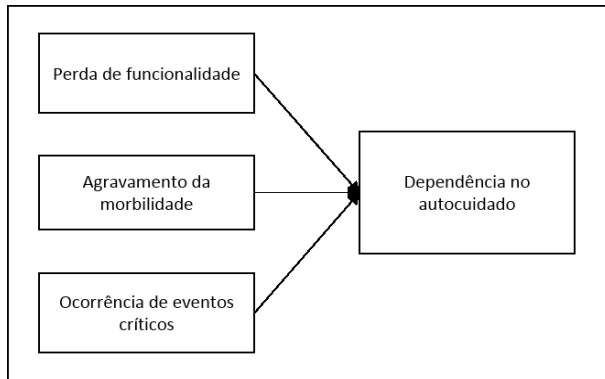


Figura 7- Fatores que antecedem a perda de autonomia

Perda de funcionalidade

O declínio cognitivo é, normalmente, um dos primeiros a emergir, manifestando-se através de alterações ao nível da memória, sem comportamentos sociais que o denunciem, tal como refere o caso – (P14) *“esqueço-me de tudo... Estou velha...”*. No entanto, à medida que se vai agravando, começa a comprometer o nível de *expertise*, relativamente ao desenvolvimento das atividades de vida diária (86), pondo em risco a segurança pessoal e de terceiros – (P3) *“um dia esqueci-me do tacho no fogão e queimei tudo...”*. Assim, a restrição face ao exercício do autocuidado pode surgir do próprio – (P28) *“até os medicamentos são eles que me dão porque eu esqueço-me de tomar...”* ou por parte dos conviventes significativos – (P17) *“Eu ando muito esquecida e elas não querem que eu faça nada em casa, nem me deixam sair à rua...”*.

A perda de massa muscular associada ao processo de senescência diminui a força muscular e influencia negativamente a mobilidade, diminuindo a capacidade para realizar o autocuidado (78) – (P12) *“as minhas pernas já não têm força para fazer a vida da casa e canso-me com muita facilidade”*. Longos períodos de inatividade poderão acelerar o processo, com graves repercussões ao nível da mobilidade, implicando a necessidade de suporte social – (P18) *“Depois eu fiquei doente e fui internada muito tempo... Quando vim para casa as minhas filhas puseram-me aqui... (...) Vim do hospital pior do que entrei... vim sem força nas pernas, com muitas ouras sempre que me punha em pé e muito fraca...”*.

No entanto, numa fase inicial, a perda funcional associada ao declínio da força manifesta-se, não ao nível do desempenho das necessidades básicas de autocuidado, mas na capacidade para deambular ou para permanecer de pé por longos períodos de tempo, o que limita a realização de atividades necessárias ao desenvolvimento de uma vida

autónoma em sociedade (78), como fazer as compras – (P24) *“que eu agora ando muito mal das minhas pernas e não consigo andar na rua sozinha”* – ou cozinhar – (P5) *“comecei a ter problemas nas pernas e tinha muita dificuldade em estar de pé muito tempo...”*

A perda de acuidade visual é muito limitante para o desempenho diário e impede a concretização de tarefas que antes eram realizadas de forma autónoma (52) – (P31) *“os olhos estão muito fracos... não vejo um palmo à frente do nariz... já nem os medicamentos tomava e fui internada por causa dos diabetes...”*; abdicam ainda de algumas atividades com que se identificam e que, muitas das vezes os identificam para a sociedade, tornando-se menos ativos – (P3) *“fazia umas coisinhas na minha oficina... bem, nos últimos tempos já não fazia tanto porque os meus olhos não andam nada bem... vejo muito mal”*.

A perda de força muscular – (P8) *“as minhas pernas já não são o que eram e desequilibro-me muitas vezes e caio em casa...”*; (P38) *“Vim para cá porque não me seguro em pé... ando sempre aos tombos... as pernas não me seguram e eu caio...”*, a diminuição da acuidade visual – (P24) *“em casa ando agarrada às paredes que eu agora também estou a ver muito mal... antes usava óculos mas eles partiram e sabe como é... não há dinheiro para comprar novos...”*, bem como a existência de alterações no sistema vestibular – (P25) *“Depois deu-me as ouras e comecei a cair... Uma vez estava com os pratos na mão e deixei cair tudo...”*, resulta muitas das vezes em perda da capacidade de equilíbrio (79), fator que pode ser fundamental para a instalação de um processo de dependência – *“ajudam-me no banho porque eu tenho muitas vertigens...”*. Esta incapacidade para controlar determinadas posturas corporais ou para andar coordenado e seguro face às exigências do dia-a-dia conduzem frequentemente a sentimentos de medo face à probabilidade de ocorrência de quedas (171), principalmente, se os indivíduos já passaram por essa experiência, com consequente diminuição intencional da mobilidade e aumento do sedentarismo – (P34) *“nos últimos tempos já me custava muito fazer a comida para mim... já não saía de casa porque caí duas vezes na rua...”*.

A diminuição da capacidade intrínseca (7), diminui ainda a capacidade para dar resposta às solicitações do dia-a-dia, surgindo o cansaço – P(40) *“e se um dia arrumasse a casa ficava muito cansada, sem poder mais...”* – e contribuindo para a redução da atividade – (P33) *“Também já estava muito cansada para cozinhar para mim...”*; (P6) *“já não podia fazer compras... cansava-me muito...”*.

Agravamento da morbidade

A coexistência de mais do que uma doença crónica aumenta o risco de declínio funcional e, nos diversos casos estudados, constata-se uma elevada prevalência do fenómeno com repercussões, no desempenho do autocuidado – (P11) *“As doenças não me deixam fazer nada e é o meu marido que tem de fazer tudo (Lupus Eritematoso Sistémico, cardiopatia isquémica; insuficiência venosa periférica; asma; obesidade)”* – no consumo de tempo, recursos de saúde e bem-estar dos participantes – (P32) *“agora é na barriga (cancro da bexiga)... ando para trás e para a frente... vou lá aos tratamentos... põem-me a algália, metem lá para dentro o químico e por lá fico como porco no espeto... vira para um lado, vira para o outro...”* – e seus conviventes significativos.

A presença de sequelas resultantes de episódios agudos de doença crónica, como no caso de um acidente vascular cerebral – (P1) *“depois do avc eu não podia ficar sozinha em casa”*, ou de um enfarte agudo do miocárdio – (P28) *“depois tive o enfarte e nunca mais fui a mesma... deixei de poder tratar da casa...”*, é observada como ponto de viragem entre a vida passada, com autonomia e independência e a vida atual de elevada dependência – (P37) *“Depois do AVC nunca mais fui a mesma...”*; (P22) *“desde que tive o AVC que é ela que cuida de mim... ela lava-me, veste-me, arranja-me, prepara-me o prato da comida...”*, sendo também o motivo elencado para o ingresso no Centro de Dia – (P1) *“Vim para o Centro depois de me ter dado o avc”*; (P27) *“Vim para cá porque não posso ficar sozinha... tenho problemas de coração”*.

Os tratamentos cirúrgicos que impliquem períodos de reabilitação longos e restrição de atividades, podem também comprometer o retomar da vida anterior – (P23) *“estive três meses internado com uma infeção no sítio da operação... depois puseram-me a andar com canadianas e mandaram-me para casa... mas eu não consigo andar...”*, exigindo o abandono de atividades, até então, normais de vida diária e a presença de suporte social – (P21) *“Enquanto pude trabalhar, lá me entretinha... sabe como é, uma mulher tem sempre o que fazer em casa... Mas desde que pus a prótese na anca que nunca mais pude fazer o que fazia...”*.

A ocorrência de episódios de doença mental, precedidos de internamento hospitalar prolongado, são também motivos elencados para a procura de suporte social – (P14) *“Fiquei muito doente da cabeça e estive internada no Magalhães Lemos...”*; (P19)

“Desde de que me divorciei que fiz muitas depressões... Cheguei a estar internada no Magalhães Lemos... Quando tive alta, a minha filha pôs-me aqui...”.

Ocorrência de eventos críticos

A queda accidental é talvez o evento crítico mais fraturante em termos de progressão para um estado de maior dependência, não só pelo medo que incute nos indivíduos, diminuindo a sua confiança para realizar as atividades (já abordado no ponto 1.1), como também pelo sentimento de impotência gerado nos familiares, por não estarem presentes nos momentos em que as quedas acontecem – P(10) *“Já caí em casa e ela não quer que eu caia e passe o dia todo no chão sem receber ajuda”*; assim, a ausência diurna de acompanhamento familiar e a existência repetida de quedas, conduz muitas das vezes, a decisões familiares que afetam a permanência autónoma das pessoas idosas em contexto domiciliário – P(38) *“estava sempre a dizer-me, um dia chego a casa e estás no meio do chão. Um dia foi mesmo... levantei-me do sofá para ir à retrete, caí sobre a mesa e rachei a cabeça... quando ela me viu desatou a gritar e fui para o hospital... depois disso trouxe-me para o Centro de Dia...”*.

A morte do cônjuge, principalmente do sexo feminino, é motivo para a procura de suporte social – (P9) *“Quando a minha mulher morreu o meu filho trouxe-me para aqui...”*, normalmente quando o cônjuge vivo dependia do outro para a concretização de diversas AIVD – (P36) *“Também não sei cozinhar... era a minha falecida que fazia essas coisas da casa e eu nunca me habituei...”*.

Outro evento crítico fraturante é a passagem por um processo longo de internamento hospitalar, que normalmente deixa as pessoas idosas muito debilitadas – P(18) *“Vim do hospital pior do que entrei... Vim sem força nas pernas, com muitas ouras sempre que me punha em pé e muito fraca... A comer era um “pisquinho”...”*, obrigando os familiares a procurar ajuda externa – (P18) *“Depois eu fiquei doente e fui internada muito tempo... Quando vim para casa as minhas filhas puseram-me aqui também...”*

6.1.1.2- Incapacidade para tomar conta

O membro da família prestador de cuidados, na maioria dos casos, não coabita com a pessoa idosa em transição para a situação de dependência. Para além disso, tem

normalmente uma vida profissional e familiar estruturada que não contempla nem a integração da pessoa dependente no seu sistema familiar, nem a disponibilidade de tempo suficiente para poder assegurar a satisfação dos requisitos de autocuidado da pessoa idosa. Gera-se assim um sentimento de preocupação constante que nos casos extremos poderá levar a situações de exaustão.

Preocupação do prestador de cuidados

A existência de quedas prévias, com ou sem consequências físicas visíveis, ou a perda evidente de equilíbrio, preocupam os familiares que temem pela integridade física da pessoa idosa – P(34) *“caí duas vezes na rua... uma parti o nariz e tive de ir para o hospital... o meu filho andava sempre preocupado...”*; a preocupação perante essa possibilidade é inversamente proporcional à disponibilidade de tempo do familiar para dar apoio de proximidade e/ ou assistir a pessoa idosa ao longo do dia – P(35) *“cheguei a cair na sala e estive a tarde toda no chão sem me conseguir levantar... quando a filha chegou fomos para o hospital e ela ainda ralhou comigo por eu ter tentado limpar as sanefas que estavam com teias de aranha... depois vim para cá... ela diz que é mais seguro porque tenho sempre gente comigo...”* e, nessa lógica de pensamento, emerge o medo de exposição social ao juízo de abandono – *“mas um dia caí nas escadas e foram os vizinhos que me ajudaram... a partir daí puseram-me aqui... o que é que vão pensar os vizinhos, disse ela (nora)...”*.

A preocupação também é evidente quando a pessoa idosa demonstra comportamentos de risco compatíveis com deterioração cognitiva – P(03) *“mas um dia esqueci-me do tacho no fogão e queimei tudo... o meu filho disse que era melhor assim...”* ou quando fica evidentemente debilitada devido a processos de doença que exigem acompanhamento de proximidade – P(14) *“Eu adoeci e o meu filho trouxe-me para aqui para eu ter cuidados durante o dia...”*.

Independentemente das razões, os membros da família prestadores de cuidados deixam transparecer regularmente essa preocupação – (P2) *“A minha filha fica mais tranquila por eu estar aqui...”*; (P13) *“Assim já não estou sozinha em casa para preocupar ainda mais a minha filha”*, facto que ajuda a convencer a pessoa idosa a ingressar no Centro de Dia – (P20) *“Assim, a minha filha para eu não estar sozinha trouxe-me para aqui. Disse-*

me - Experimenta... Se não gostares voltas para casa. Vou fazer o quê? Não quero que a minha filha ande preocupada comigo. Disse-lhe - Vai descansada que eu aqui fico bem”.

Exaustão do cuidador

A exposição continuada a situações de dependência no autocuidado tem potencial de causar dano no membro da família prestador de cuidados – P(30) *“É um indivíduo com síndrome demencial, desorientado no tempo e espaço e que está no Centro de Dia para descanso da cuidadora”* e a ajuda prestada pela instituição pode exercer um papel fundamental no equilíbrio familiar (116); essa situação, por vezes, também é reconhecida por parte da pessoa dependente – P(32) *“a mulher trabalha na pastelaria e tem os netos... anda muito cansada, coitada... não podia ficar a cuidar de mim...”*.

6.1.1.3- Decisão de ingressar no centro

É na relação de forças entre a incapacidade para assumir autonomamente os requisitos de autocuidado por parte da pessoa idosa e a ausência ou incapacidade de um membro da família prestador de cuidados em assumir com mestria esse papel, que normalmente surge a tomada de decisão de procurar suporte social num Centro de Dia.

No estudo identificaram-se vários fatores que, por vezes, em simultâneo, colaboram para esse fim como: a opinião do membro da família prestador de cuidados, dos serviços de saúde e da comunidade, a necessidade do cônjuge, o sentimento de dependência, viver sozinho, necessitar de vigilância de saúde ou não ter condições económicas de subsistência.

O membro da família prestador de cuidados

O membro da família prestador de cuidados é a pessoa que exerce maior influência na tomada de decisão (em 40.5% dos casos), nas situações em que a permanência do idoso em contexto domiciliar pode representar perigo para a sua própria integridade pessoal – (P1) *“A minha filha pôs-me aqui... tinha medo que eu caísse...”*; (P5) *“Vim para cá porque a minha nora não quer que eu fique sozinha em casa...”*.

Os serviços de saúde e a comunidade

Os serviços de saúde também exercem a sua influência quando não existe a figura do membro da família prestador de cuidados e é necessário encontrar soluções para dar resposta às situações de dependência – P(23) *“do hospital falaram com o centro que passou a ir buscar-me todos os dias a casa...”*; P(31) *“depois a doutora disse-me se queria vir para cá e eu nem pensei duas vezes...”*.

Simultaneamente, a comunidade também emerge como responsável uma vez que estas instituições servem as comunidades locais e as virtudes do serviço transmitem-se de pessoa para pessoa – (P34) *“um dia, falei com a dona X à janela e ela disse-me que havia aqui um centro muito bom... pedi ao meu filho e aqui estou eu...”*.

Acompanhar o cônjuge

Por vezes a decisão de ingressar no centro surge de forma indireta, quando a pessoa idosa passa a frequentar a instituição devido à necessidade de suporte social evidenciada pelo cônjuge – P(18) *“Vim para o centro para acompanhar a minha esposa que tinha Alzheimer”*. Contudo, se o cônjuge dependente abandona o centro (por morte ou transferência para uma estrutura residencial), por vezes o indivíduo mantém-se, dado já estar integrado na dinâmica da instituição – (P18) *“Depois ela piorou e foi para um lar e eu fiquei por cá”*.

Deixar de ser um fardo

Para os indivíduos que, no processo de transição para a dependência no autocuidado usufruíram do apoio de familiares, esta foi a principal causa elencada para a tomada de decisão pessoal de ingressar no Centro de Dia – (P34) *“O meu filho ajuda como pode mas eu não posso estar sempre a pedir-lhe... ele tem a vida dele”*. Assim, 30.9% dos quarenta e dois casos referiram este motivo como legítimo para não estarem no seu ambiente domiciliar durante o dia – (P35) *“eu agora mal me aguento em pé... já estorvo e dou mais trabalho do que ajudo... Em casa era sempre um grande fardo...”*.

Estar sozinha em casa

Para as pessoas que moram sozinhas e não contam com o apoio diário de familiares, a ida para o Centro de Dia foi uma opção viável, quer para fazer face às

dificuldades de autocuidado percebidas (23,8%) – (P7) *“Eu vim para cá porque não tinha quem cuidasse de mim em casa...”*; (P33) *“se não viesse para aqui quem me ajudava? A minha nora? Eu bem que podia estar a morrer que ela não me deitava a mão... o meu filho é um santo, mas ela...”*, como para passarem a usufruir do apoio social de outras pessoas, deixando de se sentir tão isoladas (26,2%) – (P34) *“para além disso não podia ficar em casa sozinha... estava a enlouquecer... precisava de falar com mais pessoas...”* ou para saírem de uma rotina sem objetivos (11,9%) – (P19) *“Eu passava o dia a ver televisão. Fazia uma sopinha e pouco mais... às vezes fazia um chá e comia umas bolachas... Já nem saía de casa, não tirava o pijama e já nem me arranjava...”*.

Vigilância médica

A escassez de serviços de saúde de proximidade que assegurem uma vigilância contínua, nos casos de doentes críticos ou muito debilitados, leva os prestadores de cuidados ou até as próprias pessoas idosas a procurarem os Centros de Dia para suporte – (P27) *“Vim para cá porque não posso ficar sozinha... tenho problemas de coração e volta e meia preciso de ir para o hospital”*.

Questões financeiras

Por último, a decisão de ingressar no centro pode estar na dificuldade económica da pessoa idosa em garantir o seu próprio sustento, acabando por usufruir dos serviços que de outra forma não teria acesso – (P33) *“Vim para o centro por questões económicas... Vivo sozinha e só tenho a reforma do meu falecido marido que é muito “pouquechinha”. Não dá para pagar as contas da casa, os medicamentos e a comida... Aqui sempre tenho as refeições”*.

Sintetizando, o estudo dos quarenta e dois casos permitiu compreender que a Perda de Autonomia na satisfação dos requisitos de autocuidado é a razão principal pela qual as pessoas idosas e os seus familiares procuram o suporte social nos Centros de Dia.

A consciencialização por parte dos indivíduos de que já não estão capazes de gerir de forma autónoma e satisfatória a sua vida em sociedade, bem como a consciencialização por parte dos familiares de que não são capazes de orientar com mestria as situações emergentes de dependência (progressiva ou episódica), levam-nos

a tomar a decisão de procurar suporte social fora do ambiente domiciliar/ familiar (Figura 8), despoletando o processo de transição.

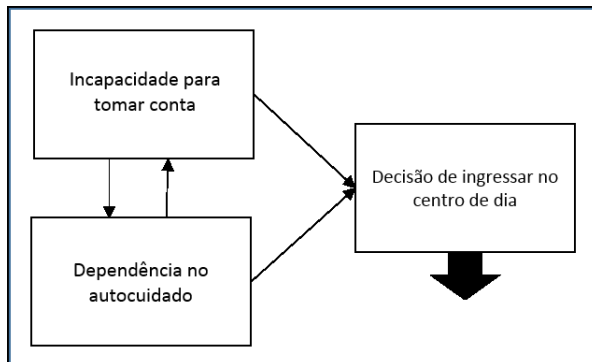


Figura 8- Necessidade de ingressar num Centro de Dia

A Perda de Autonomia dá assim início a uma mudança do tipo organizacional (172), que envolve pessoas que já se encontram a enfrentar processos de transição: de desenvolvimento, para se adaptarem à perda de funcionalidade associada à senescência; de saúde/ doença para enfrentarem o agravamento da morbidade e situacionais, como por exemplo a morte do cônjuge.

6.1.2- Aceitar a dependência

A transição para o Centro de Dia é acompanhada por um conjunto de emoções e acontecimentos que culminam numa reorganização da vida em função da aceitação de um estado de dependência. Nesse trajeto, a pessoa idosa vai negociando consigo, com os familiares e a instituição social, as fronteiras da sua autonomia, segurança e bem-estar.

A mudança é orientada em função de diversos fatores que têm impacto positivo ou negativo na vivência individual e pela ausência de respostas relativas a dimensões potencialmente sensíveis aos cuidados de Enfermagem.

Por último, é possível identificar um conjunto de indicadores que permitem monitorizar o desenvolvimento salutar da transição.

6.1.2.1- Impacto negativo da mudança de ambiente

A mudança para o Centro de Dia não foi percebida por muitos como a melhor opção, embora seja assumida como a única opção. Após o choque inicial relacionado com a integração no novo ambiente, surgem um conjunto de emoções negativas associadas a um sentimento de abandono por parte da família e de rutura com a vida anterior.

Mudar para uma casa de velhos

O impacto da mudança de ambiente constituiu-se como o primeiro obstáculo à transição – (P20) *“custou-me muito no início deixar o conforto da minha casa para vir para o meio dos velhos”*.

O confronto com o declínio cognitivo e a dependência funcional de outras pessoas idosas, fazem com que o recém-chegado se projete – P(34) *“no início não gostei, por causa das pessoas que perderam o juízo... (...) hoje é normal... espero nunca ficar como eles...”*, entrando em confronto com a sua autoimagem ainda pouco envelhecida – P(40) *“No início não gostei muito do ambiente... Cheguei a dizer ao meu filho - queres que eu vá para uma casa de velhos?”*.

A permanência diurna num ambiente estranho, com pessoas desconhecidas, sem ser capaz de tomar decisões, nem controlar os acontecimentos do contexto, em função dos gostos pessoais, causam desconforto e por vezes geram conflitualidade – P(39) *“se ficasse em casa estaria a ver televisão... aqui no centro não consigo... há sempre muito barulho e a televisão está sempre baixinha... depois gostam de programas que eu não vejo...”*.

A falta de identificação pessoal com o ambiente social envolvente, principalmente das pessoas mais escolarizadas, leva, por vezes, a situações de isolamento emocional – P(16) *“Ainda não me habituei a estar aqui no meio dos velhos. Há aqui pessoas muito mal-educadas e eu não quero nada com elas”*; P(38) *“as conversas da maioria deles não me interessam... alguns já perderam o juízo e só fazem asneiras... eu sempre gostei pouco de confusões...”*.

As atividades proporcionadas pelo centro, com vista à inclusão da maioria, são também difíceis de processar por parte de alguns, que as consideram pouco aliciantes, principalmente os mais autónomos – P(10) *“Não participo nas atividades do centro...”*

isso são coisas para velhos ou para maluquinhos... eu ainda tenho o meu juízo todo...”; P(32) “Não me interessam as macacadas todas que fazem aqui...”.

Por último, para os que viviam integrados numa família, é a desvinculação face à auto percepção de utilidade social, normalmente associada a um processo de luto relacionado com a perda do papel familiar desempenhado durante anos – P(5) *“eu vivo com o meu filho e era eu que tomava conta da casa, que eles os dois trabalham todo o dia, coitados. Mas depois comecei a ter problemas”*; P(28) *“Eu vivo com a minha filha, com meu genro e a minha netinha (...) era eu que tratava da casa e ficava com a minha neta... depois tive o enfarte e nunca mais fui a mesma...”.*

Gestão emocional da mudança

Um dos maiores obstáculos percecionados foi a gestão de emoções negativas. O ingresso no Centro de Dia quando é percecionado como a resposta possível à falta de apoio familiar, causa sentimentos de desamparo – P(33) *“se não viesse para aqui quem me ajudava? A minha nora? Eu bem que podia estar a morrer que ela não me deitava a mão...”*, que perante as situações de dependência os deixa muito vulneráveis – P(14) *“Estou velha... sou, como se costuma a dizer, roupa velha e os filhos puseram-me no roupeiro...”*, principalmente em contexto domiciliar.

Associados ou não, emergem sentimentos de solidão relacionados com a perda dos conviventes significativos com quem partilhavam a vida (173) – P(28) *“Aqui sinto falta do meu marido e da minha netinha... mas ela também já está uma mulher crescida... já não quer saber da avó...”* ou com a ausência dessas relações afetivas no ambiente social proporcionado pelo Centro de Dia – P(9) *“Eu sou surdo e dependia da minha mulher para tudo... agora não falo com praticamente ninguém...”.*

Outra emoção frequentemente observada é o sentimento de impotência, associado à perda de papéis sociais e familiares, normalmente exacerbado nas situações de passagem brusca para a situação de dependência (150) (causada por eventos críticos acidentais ou de doença) – P(32) *“agora sou como as crianças... preciso de ajuda para vestir, tomar banho, andar... se não me deitam a mão caio... já caí duas vezes no mês passado (pontuação na escala de Tinetti - 13)...”*, embora também presente nas situações de dependência de instalação progressiva – P(2) *“o meu marido morreu muito novo e eu criei o meu filho sozinho... Cheguei sempre para as encomendas, menos para*

a velhice...". A perda da autonomia financeira é também responsável pela existência destas emoções auto limitantes (7) – P(35) “é ela que tem o meu dinheiro... eu nem um tostão tenho comigo... se quiser ir a um café não posso...”.

Por último surge a angustia espiritual (174) que resulta de uma total ausência de objetivos de vida – P(32) *“olhe... estou para aqui (...) o que eu fui e o que eu sou... estou para aqui...”*, da dependência total de terceiros – P(37) *“Olhe, é isto... o mais mal foi ter-me dado o AVC... agora estou sem conserto... uma velha que só sabe estorvar...”*, restando apenas a existência, limitada à satisfação das necessidades básicas de vida – P(38) *“O que é que hei-de fazer aqui... vejo televisão, como e durmo...”*.

6.1.2.2- Impacto positivo da mudança de ambiente

Com a transição para o Centro de Dia, as pessoas sentiram-se mais seguras e apoiadas nas suas AVD (básicas e instrumentais), conheceram outras pessoas e passaram a interagir mais socialmente, voltando a sentir o conforto de pertencer a um grupo. Estes fatores facilitaram a aceitação da condição de dependência, uma vez que a condição individual e os objetivos pessoais passaram a ser relativizados pela obtenção de serviços de substituição e pelos objetivos sociais vivenciados no centro.

Suporte às Atividades Básicas de Vida Diária

Para os mais dependentes, a transição para o Centro de Dia facilitou o acesso à satisfação das ABVD, como tomar banho e realizar os cuidados de higiene – P(33) *“ajudam-me no banho porque eu tenho muitas vertigens...”*, vestir e despir – P(13) *“ajudam-me a vestir e despir, dão-me banho”*, utilizar o Wc – P(13) *“aqui tratam de mim, ajudam-me a ir à casa de banho, a trocar a fralda que eu não controlo as urinas...”* e alimentar-se – P(37) *“as pessoas de cá ajudam-me em tudo o que preciso... na casa de banho, partem-me a carne, levam-me a casa”*.

Suporte às Atividades Instrumentais de Vida Diária

Os serviços fornecidos de suporte às AIVD são dos mais elogiados, desde o transporte que é assegurado entre o domicílio e o centro – P(9) *“Elas ajudam-me a sair,*

trazem-me para cá e levam-me”, à limpeza do domicílio – P(23) *“para além disso ainda me arrumam a casa”*, tratamento das roupas – P(13) *“Também lavam a minha roupa o que é uma grande ajuda...”*, gestão do regime medicamentoso – P(12) *“dão-me a medicação e não tenho de me preocupar em lembrar da hora ou de ir comprar.”* e o mais apreciado de todos, o fornecimento das refeições – P(31) *“tenho a comida na mesa à horinha... e ainda levo a sopa para comer à noite...”*. O suporte às AIVD assume assim, um papel importante para evitar a necessidade de institucionalização permanente.

A segurança de estar em grupo

A possibilidade de se sentirem seguros na companhia de outras pessoas é, para alguns (os que vivem a dependência sozinhos), a maior conquista da transição para o centro – P(21) *“Elas vão-me buscar, levam-me e dão-me a medicação... assim não estou sozinha em casa...”*.

A possibilidade de usufruírem de alguém que assuma o papel de prestador de cuidados faz parte desse sentimento de segurança – P(29) *“Agora tenho quem trate de mim... só dou trabalho... de dia venho para cá e à noite volto para o meu quatinho...”*, bem como a reconstrução de uma rede de interação social – P(21) *“Aqui gosto de fazer ginástica e de conversar com os outros velhos... às vezes eles fazem muito barulho mas é melhor que estar em casa”*.

Envelhecimento ativo

A mudança para o centro trouxe também o acesso a algumas atividades desportivas apreciadas pelas pessoas idosas – P(12) *“Eu participo no boccia porque sempre me divirto um pouco”*, embora nem sempre com a regularidade desejada – P(16) *“O melhor é a hora da ginástica, mas é só uma vez por semana”*.

Existem ainda diversas atividades de tempos livres, conforme os interesses individuais, desde os jogos de mesa – P(22) *“Jogo dominó e sueca com os amigos...”*, aos trabalhos manuais – P(28) *“Aqui vou ainda fazendo uns trabalhitos para me entreter e faço a ginástica, que a animadora puxa muito por nós...”* e que contribuem para a criação de um sentimento de coesão social – P(23) *“isto aqui é muito animado... cantamos, fazemos ginástica, fazemos algumas coisinhas para vender nas festas...”*

6.1.2.3- Respostas humanas aos processos de vida e doença

As necessidades individuais quando secundarizadas pela vivência social do centro, tornam-se características pessoais da velhice que passam a ser toleradas e desvalorizadas, tornando-se, também elas, uma característica do grupo. Assim, parece fazer sentido pensar numa visão profissional, atenta às respostas humanas relacionadas com os processos de vida ou de doença que afetam a saúde e interessada em prescrever terapêuticas com vista a reduzir a dependência e aumentar ou manter a funcionalidade individual.

Dependência no autocuidado

Promover o autocuidado significa manter ou aumentar a capacidade individual para realizar as atividades de vida diária (básicas e instrumentais) e preservar a mobilidade, envolvendo o indivíduo e conviventes significativos, num processo consciente de tomada de decisão. Nesse sentido a terapêutica passa por diagnosticar os défices, ensinar e apoiar a reabilitação ou, caso não haja potencial de autonomia, assegurar a substituição (88) – preparar para tomar conta.

Analisando o processo de autocuidado, nos diferentes casos, fica a ideia de que a aceitação da dependência bem como dos serviços de substituição e suporte faz-se de forma passiva, não exigindo uma resposta pessoal como nos processos individualizados de reabilitação, apostados em aproveitar todo o potencial de autonomia, para assegurar a independência funcional – P(23) *“o centro que passou a ir buscar-me todos os dias a casa... para além disso ainda me arrumam a casa, dão-me banho e vestem-me, lavam a roupa e dão-me de comer... eu não tenho de fazer nada...”*.

A existência de serviços de substituição destituídos desta forma de pensar pode ser, potencialmente e inconscientemente, indutora de dependência ao nível das atividades de vida diária – P(33) *“Também já estava muito cansada para cozinhar para mim... isto foi uma grande coisa... tenho comida, ajudam-me no banho porque eu tenho muitas vertigens... uma vez caí na casa de banho... e dão-me os medicamentos... é uma vida de rainha...”* e da mobilidade – P(23) *“Deram-me esta cadeira para ser mais rápido quando quero ir à casa de banho... nunca me ajeitei com as canadianas. Em casa já caí duas vezes por causa delas”*.

Acuidade visual diminuída

A acuidade visual vai-se degradando gradualmente tornando mais difícil a mobilidade e participação dos indivíduos – P(26) *“aqui ando na cadeira porque tenho espaço... mas também tenho medo porque vejo muito mal...”*; por vezes, o uso de óculos deixa de ser considerado relevante tendo em conta o grau de participação individual – P(18) *“Agora já não faço nada... estou velha... Nem sequer consigo costurar porque já não vejo...”*, deixando de ser prioritário a sua atualização ou substituição em caso de acidente – P(24) *“em casa ando agarrada às paredes que eu agora também estou a ver muito mal... antes usava óculos mas eles partiram e sabe como é... não há dinheiro para comprar novos... também a casa é pequena”*.

Dor

A dor é muito limitante para a maioria das pessoas – P(28) *“o pior é quando me dá as dores na coluna e eu mal me posso mexer... é cá umas dores...”*, no entanto, apesar de se queixarem não esperam que alguém lhes resolva o problema dado que assumem a dor como um fenómeno normal associado ao envelhecimento – P(21) *“Por vezes doí-me muito o ombro e os joelhos... mas o que é que eu hei-de fazer... é a velhice... tenho caruncho nos ossos (diz a rir-se).”*

Queda acidental

A queda acidental é um fenómeno muito prevalente, ainda que na maioria das vezes não aconteça no Centro de Dia – P(5) *“Nos últimos tempos caí três vezes, duas vezes em casa e uma à saída da igreja com a minha nora...”*; é também muito recorrente e marcante para a pessoa idosa, sendo frequentemente associada ao aumento da dependência – P(28) *“agora até banho me dão desde que caí no degrau da minha casa de banho...”*.

Na realidade, apesar de ser uma forte razão para o ingresso no centro, o número de quedas não parece diminuir após a admissão, sendo responsável por inúmeras lesões – P(31) *“quando as canadianas falham eu caio... depois ponho-me a berrar no chão e o vizinho vai lá deitar a mão... mas uma vez bati com a cabeça e ficou uma poça de sangue no chão.”*; P(27) *“caio muitas vezes em casa mas, tirando a vez em que parti o pulso, nunca fui ao hospital... tenho cuidado para não me magoar...”*.

A seguir à queda normalmente vem o medo de cair, que limita muito a mobilidade –P(14) *“Se estiver em casa estou na cama ou no sofá... tenho pouca ajuda e tenho medo de cair e ficar no chão como se ouve na televisão”*. Nesse sentido, muitos optam por adquirir um dispositivo auxiliar de marcha mesmo sem ter acesso a qualquer supervisão por parte de um profissional qualificado, acabando por vezes por o usar de forma menos correta – P(31) *“no mês passado caí três vezes em casa... quando as canadianas falham eu caio...”*.

Sonolência diurna

Diversos casos revelaram que durante o dia era frequente adormecerem na ausência de atividades planeadas, atribuindo aos problemas de insónia noturna a razão de tal comportamento – P(37) *“o resto do dia é mais calmo e às vezes até aproveito para dormir, que desde que tive o AVC que durmo muito mal em casa”*; ou simplesmente encarando o sono como uma atividade normal do Centro de Dia – P(38) *“O que é que hei-de fazer aqui... vejo televisão, como e durmo...”*.

Cuidados de reabilitação

A ausência de respostas integradas leva a que problemas de saúde pessoais tenham uma resolução aleatória ao longo do tempo – P(18) *“Vim do hospital pior do que entrei... Vim sem força nas pernas, com muitas ouras sempre que me punha em pé e muito fraca... A comer era um “pisquinho”... Com o tempo melhorei... Hoje já ando, embora tenha sempre que me agarrar às paredes para não cair...”*.

Observa-se também que uma parte dos casos já passou por processos de reabilitação após um evento que lhe causou dependência contudo, devido aos défices de mobilidade e/ou ao custo dos tratamentos, teve de desistir – P(22) *“Fiz fisioterapia durante uns tempos mas era longe e eu não tinha dinheiro para pagar...”*, situação que não aconteceria se tivesse acesso a cuidados de proximidade. Assim, o abandono da reabilitação prejudica a recuperação ou a manutenção da máxima funcionalidade – P(37) *“Já estive melhor desta mão... agora está mais fechada outra vez... já não faço a fisioterapia... estava a gastar um dinheirão e não estava a melhorar... aqui faço a ginástica...”*.

Morbilidade

Através do relato dos casos foi possível identificar outros problemas onde o potencial terapêutico da enfermagem poderia contribuir para a melhoria do bem-estar.

A intolerância à atividade induzida por doença requer um acompanhamento de proximidade para capacitar as pessoas a gerir a energia disponível – P(37) *“sinto-me fraca... a médica disse que tenho anemia... não tenho forças para nada...”*.

As situações de não adesão ao regime ficam por ser trabalhadas –P(2) *“neste eu posso fumar à vontade (...) às vezes tenho muita falta de ar e eles mandam-me para o hospital...”* e a incapacidade para gerir o regime medicamentoso, por vezes, não é reconhecida – P(15) *“Sou eu que cuido dos meus medicamentos (tem uma lista com nove fármacos). Não consegue dizer ao certo qual toma e a que horas. Às vezes esquece-me... sabe como é... são tantos”*.

Utilização dos recursos de saúde

Observa-se, em alguns casos, um afastamento gradual dos cuidados de saúde primários devido ao défice de mobilidade, transformando esta atividade, até então autónoma e rotineira, numa operação complexa que requer a participação de várias pessoas – P(16) *“Para ir ao centro de saúde é preciso que me levem lá... eu não tenho dinheiro comigo, nem consigo andar até lá... tenho de apanhar um autocarro, pois de táxi é muito caro... o meu filho tem de ir comigo mas ele trabalha, coitado...”*. A falta de mobilidade assume-se assim como a principal responsável pela diminuição no consumo de cuidados de saúde.

Paralelamente, a permanência no centro sob observação direta dos cuidadores, permite a deteção de sintomas de agudização de algumas doenças, bem como o seu encaminhamento para os serviços de urgência hospitalar – P(37) *“ela sabe que se acontecer algo eles chamam a ambulância e mandam-me para o hospital... Ainda há 15 dias fui... estava mal disposta e ao levantar-me desmaiei... tinha as tensões muito altas...”*.

6.1.2.4- Indicadores de resposta à transição

Considera-se uma transição bem-sucedida quando a pessoa idosa se adapta e participa ativamente nas atividades proporcionadas pelo Centro de Dia, reconstrói uma

rede de contactos sociais e usufrui dos serviços de substituição de que necessita, de uma forma satisfatória.

Aceitar a vida no centro

Traçando um paralelismo com os indicadores de resposta sugeridos por Schumacher, Jones & Meleis (149), *“a experiência pessoal no controlo sintomático”* passa por uma reformulação da realidade e aceitação da vida no centro como alternativa à dependência e à falta de apoio familiar; assim, normalmente são adotados comportamentos de *coping* centrado nas emoções, para o controlo das emoções negativas, observando-se, entre outras, estratégias de distanciamento – P(13) *“A minha filha, coitada, também é sozinha e não podia trabalhar e cuidar de mim ao mesmo tempo.”*; de reavaliação positiva – P(28) *“Ainda assim estou melhor do que muitos aqui...”*; de fuga-evitamento – P(13) *“Jogo boccia... enfim... no final, tudo se há-de arranjar...”*; de aceitação da responsabilidade – P(15) *“Eu sempre ajudei toda a gente ao longo da vida e agora não consigo mais... também tenho que deixar que me ajudem...”*; e de autocontrolo – P(18) *“Com o tempo melhorei... Hoje já ando, embora tenha sempre que me agarrar às paredes para não cair...”*.

Por sua vez, para corresponder aos problemas causados pela falta de mobilidade, adotam frequentemente uma estratégia de reestruturação cognitiva, desvalorizando comportamentos que antes eram comuns no autocuidado, utilizando mais uma vez como argumento, o peso da idade. Um exemplo é o de não ser necessário ir às consultas de vigilância médica, sendo apenas preciso renovar a medicação crónica – P(24) *“Eu não vou ao Centro de Saúde porque não preciso... quando estou doente fico em casa até passar... A minha neta vai lá buscar as receitas à minha Médica de Família e entrega no centro, que compra os medicamentos”*.

Viver a vida no centro

A adoção de comportamentos que englobam a participação ativa na vida do centro, demonstram que os indivíduos se estão a adaptar, de forma confiante, ao novo estilo de vida, encarando as novas experiências como desafios – P(3) *“Participo em todas as atividades que me interessam... jogo dominó, vejo televisão e faço ginástica uma vez por semana...”* e readquirindo no centro parte da sua *“sensação de integridade”* (149).

De igual modo, a construção de uma rede social afigura-se como central para uma boa transição – P(34) *“no centro faço ginástica, canto, danço, jogo alguns jogos e falo com as amigas que fui fazendo aqui...”*.

Satisfação com os profissionais

O estabelecimento de pontes com os profissionais que trabalham no Centro de Dia é também um excelente indicador de que a adaptação está a ser bem sucedida – P(25) *“Elas (cuidadoras do centro) são todas muito simpáticas e cuidam de mim...”*; e para as pessoas idosas é visto como fundamental para garantir a sua segurança e bem-estar – P(31) *“a Doutora cá do centro é uma santa... é ela que trata de tudo e não me falta nada...”*, bem como para promover o envolvimento nas diversas atividades – P(13) *“A animadora é muito boa pessoa... puxa por nós e está sempre a brincar... eu gosto de vir para cá... não tenho nada a dizer do pessoal, são todos amigos da gente...”*.

Sintetizando, o processo de transição para o Centro de Dia pressupõe o controlo de emoções negativas associadas à dependência, à falta de apoio familiar e à rotura com as rotinas e papéis anteriormente desempenhados; simultaneamente, a aceitabilidade de um estado de dependência é a condição para a valorização dos serviços de substituição do autocuidado disponibilizados e fazer usufruto das oportunidades proporcionadas para lazer e interação social; nessa ótica, sobressai a norma subjetiva que canaliza a energia para as atividades de grupo, descentrando a atenção das particularidades individuais.

Aceitar a Dependência é a forma como habitualmente se processa a transição da pessoa idosa para um Centro de Dia, sendo possível reunir em esquema os diversos fatores encontrados que interferem com esse processo (figura 9).

A ausência de atenção face aos projetos individuais de saúde afigura-se assim como um manancial para a intervenção da Enfermagem. A existência de respostas humanas não adaptadas às exigências dos processos de vida (requisitos universais e de desenvolvimento) e de doença (requisitos de saúde doença) são a base para a promoção do autocuidado e para a readaptação funcional, essenciais para assegurar a complementaridade disciplinar em falta, nestes equipamentos sociais. Nesse sentido, afigura-se ainda uma reversão do processo de afastamento, das pessoas idosas, dos

cuidados de saúde primários.

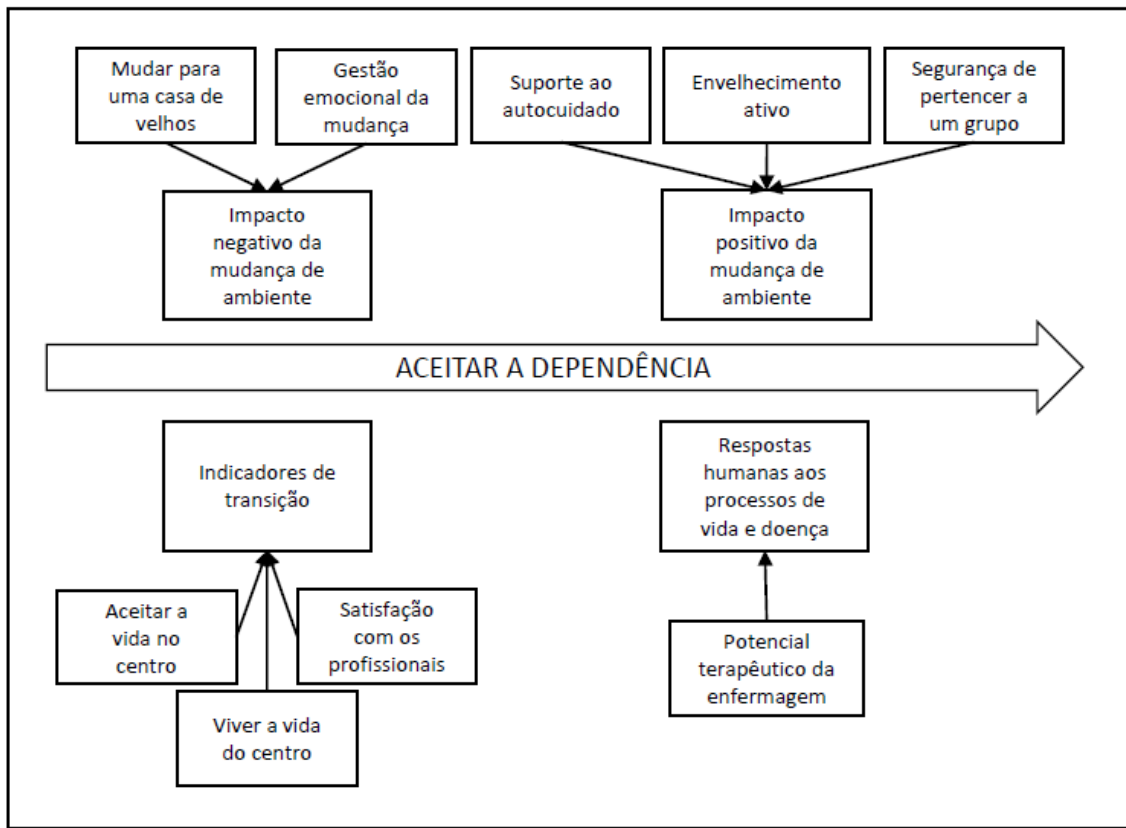


Figura 9- Fatores que interferem no processo de transição

6.1.3- Viver o Centro de Dia

O Centro de Dia vai, gradualmente, satisfazendo os requisitos de autocuidado, tornando-se, em muitos casos, a única referência para as pessoas idosas. Assim, no final do processo de adaptação, normalmente percebe-se a aquisição de novas rotinas pessoais, associadas à dinâmica institucional, o desenvolvimento de uma rede social, circunscrita ao grupo de conviventes do centro e o aumento da utilização dos serviços de suporte à dependência.

6.1.3.1- Novas rotinas pessoais

O processo de transição termina com o estabelecimento de novas rotinas que englobam a reorganização do autocuidado em função do horário da prestação de

serviços – P(36) *“Venho de manhã na carrinha, tomo o pequeno-almoço, que a filha sai cedo para o trabalho e sento-me no meu cadeirão...”* e a participação nas atividades do Centro – P(19) *“Participo em todas as atividades, ginástica, boccia e trabalho manuais...”*; para os que resistem, sobra a criação de rotinas paralelas para passar o tempo – P(24) *“Aqui dentro não faço nada... Estou sentada na minha cadeira à espera das refeições e de ser hora para ir para casa...”*.

6.1.3.2- Nova rede social

O desenvolvimento de uma nova rede de contactos e de amizades é também frequente e ajudam à reestruturação da *“sensação de pertencer a uma rede interpessoal significativa”* (149), restrita ao ambiente protegido do Centro de Dia – P(4) *“Ando sempre com a minha amiga... faço ginástica uma vez por semana, danço, converso e vejo televisão... e o tempo vai passando...”*, embora não se verifique com toda a gente – P(31) *“No centro eu não faço muita coisa... nunca fui de grandes festas e não me interessa essas coisas que eles fazem... tenho o meu cantinho e por cá fico com as minhas coisinhas...”*.

6.1.3.3- Dependência do Centro de Dia

A perda dos anteriores papéis sociais está consumada e o Centro de Dia oferece um ambiente social protetor que facilita a banalização da dependência, proporcionando mecanismos de substituição funcional que asseguram os requisitos universais de autocuidado, assumindo assim, uma importância vital. Não se deslumbram, no entanto, indicadores que revelem melhoria do estado funcional (149).

Perante este ambiente protegido, a pessoa idosa passa a preferir o conforto do Centro ao da sua própria casa, onde normalmente enfrenta sozinha a sua limitação funcional, tornando-se o ambiente domiciliar progressivamente mais adverso – P(31) *“o pior é no fim de semana quando estou sozinha... custa muito a passar...”* enquanto fica simultaneamente mais dependente do Centro de Dia.

Com a identificação destas três últimas categorias, é possível construir um modelo explicativo relativo à transição das pessoas idosas para os Centros de Dia. Na Figura 10 é possível consultar a representação esquemática das principais categorias evidenciadas pelo estudo.

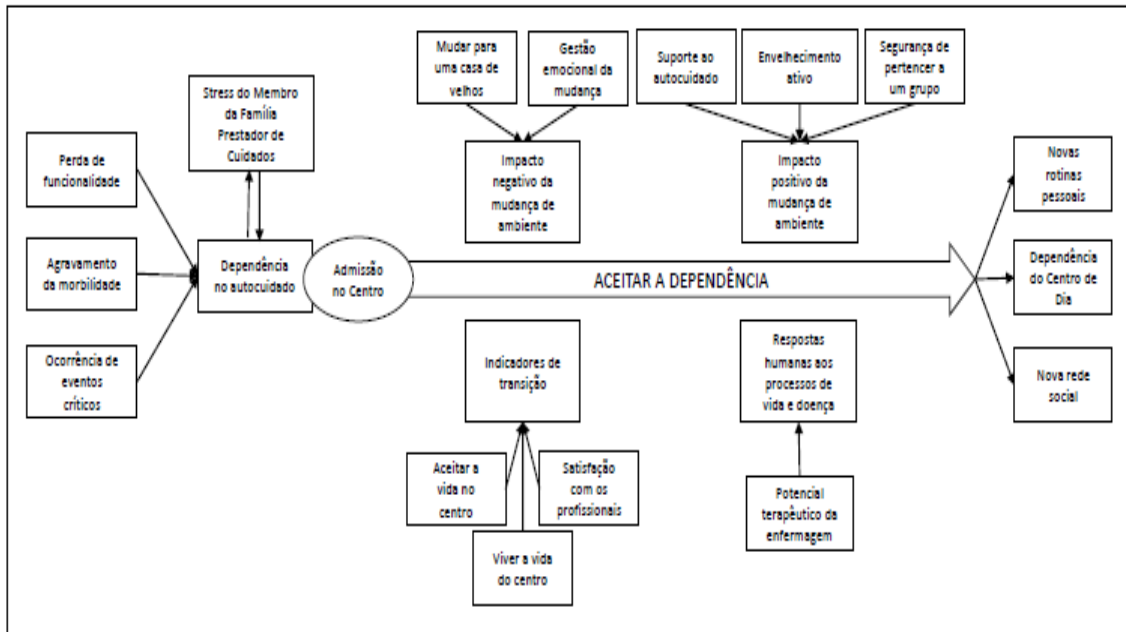


Figura 10-Esquema explicativo da transição da pessoa idosa para o Centro de Dia

6.2- Avaliação e Evolução da Funcionalidade nos Centros de Dia (Fase II e III)

A caracterização da transição da pessoa idosa para o Centro de Dia, juntamente com a revisão bibliográfica prévia, permitiu identificar um conjunto de respostas humanas potencialmente sensíveis aos Cuidados de Enfermagem que importa investigar, averiguando a sua prevalência numa amostra alargada de pessoas, bem como a sua incidência ao longo do tempo de permanência no Centro de Dia.

Nesse sentido, realizou-se um estudo observacional, analítico, transversal, de base populacional (Fase II), com uma amostra de pessoas idosas, representativa da cidade do Porto e, em simultâneo, um estudo observacional, analítico, longitudinal, com uma amostra de 55 indivíduos, avaliados ao longo de dois anos, em três Centros de Dia (Fase III).

Na análise dos dados, será abordado (i) o fenómeno em estudo e os instrumentos utilizados; (ii) a sua prevalência, na cidade do Porto; (iii) as relações que estabelece com algumas das outras variáveis da investigação; (iv) a sua evolução ao longo de dois anos de permanência no Centro de Dia (Figura 11).

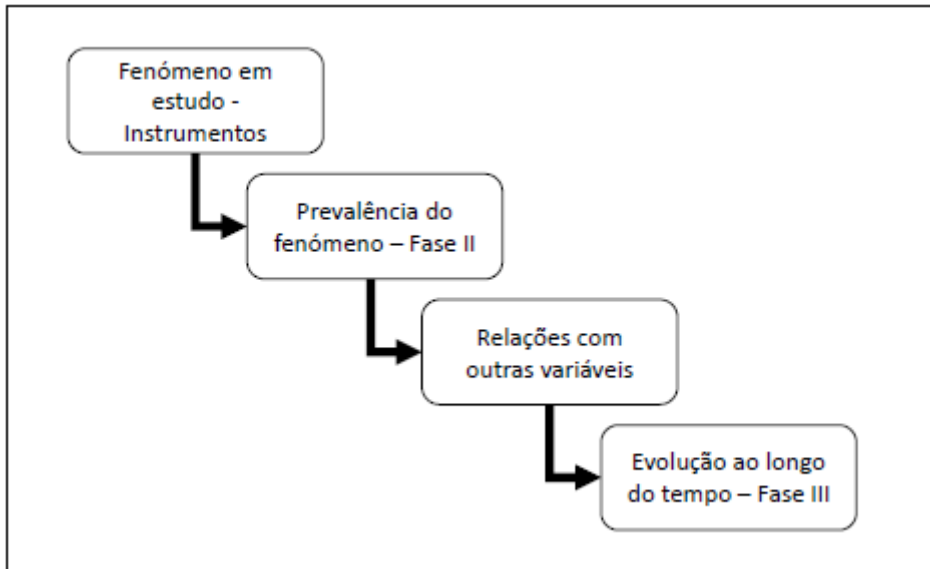


Figura 11-Esquema para análise dos dados

6.2.1- Desempenho cognitivo

O desempenho cognitivo foi avaliado através da pontuação obtida no MEEM (163). No estudo anterior (Fase I), o declínio cognitivo foi apontado como responsável pela perda de capacidade para satisfazer autonomamente os requisitos de autocuidado, sendo uma das razões para a procura de suporte social no Centro de Dia.

Estudo transversal (Fase II)

Na cidade do Porto, a prevalência de défice cognitivo (segundo o MEEM) é muito elevada, atingindo 55.9% da amostra, fator que justifica um forte investimento multidisciplinar, neste domínio. A performance cognitiva média foi de 21.13 ± 6.5 pontos.

Analisando as características sociodemográficas, a *performance* diminui à medida que a idade progride ($R_p = -0.235$; $p < 0.001$) e aumenta com o grau de escolaridade ($Rho = 0.367$; $p < 0.001$).

Em média, quem vive só ($t = 4.142$; $p < 0.001$) e gere a pensão de reforma ($t = 10.282$; $p < 0.001$), tem melhor desempenho cognitivo, o mesmo acontecendo com quem não tem prestador de cuidados ($K-W = 13.553$; $p = 0.001$). Comprova-se assim, a importância da saúde cognitiva para a manutenção da autonomia.

Do cruzamento com as restantes variáveis em estudo, obteve-se:

Sonolência diurna- O coeficiente de *Pearson* revela que a diminuição no desempenho cognitivo pode propiciar um aumento da sonolência diurna ($R_p = -0.222$; $p < 0.001$).

Dor e intensidade da dor- Em média, quem refere dor está melhor cognitivamente (22.00 ± 5.8) do que quem não apresenta (20.74 ± 6.7), embora essa diferença não seja estatisticamente significativa ($t = 1.795$; $p = 0.074$). Simultaneamente, a intensidade da dor correlaciona-se com a *performance* cognitiva ($R_p = 0.123$; $p = 0.036$), revelando que a diminuição das queixas de dor pode estar associada à perda de capacidades cognitivas.

Acuidade visual ao longe e ao perto- O coeficiente de *Pearson* revela que quanto maior é a capacidade cognitiva, maior é a acuidade visual ($R_p = 0.232$; $p < 0.001$), embora estes resultados não se verifiquem para a acuidade visual ao perto ($R_p = 0.002$; $p = 0.973$).

IMC- Não há associação estatística significativa

ABVD- O coeficiente de *Pearson* revela que a capacidade para realizar as ABVD é menor quando diminui a capacidade cognitiva ($R_p = 0.299$; $p < 0.001$). Analisando a relação com a higiene ($R_p = 0.358$; $p < 0.001$), a mobilidade ($R_p = 0.251$; $p < 0.001$) e o controlo de esfíncteres ($R_p = 0.173$; $p = 0.002$), é possível comprovar a influência positiva que a manutenção da saúde cognitiva tem na preservação da capacidade funcional básica.

AIVD- O coeficiente de *Pearson* revela que a capacidade para realizar as AIVD é menor quando diminui a capacidade cognitiva ($R_p = -0.510$; $p < 0.001$), fator já evidenciado nos resultados do estudo de caso múltiplo.

Equilíbrio Corporal- O coeficiente de *Pearson* revela que o risco de cair por falta de equilíbrio aumenta à medida que diminui a capacidade cognitiva ($R_p = 0.191$; $p = 0.001$).

Associada parece estar a utilização de dispositivos auxiliares de marcha pois, em média, quem os utiliza tem pior performance cognitiva do que quem não usa ($t = -2.078$; $p = 0.039$).

Medo de cair- O coeficiente de *Pearson* revela que o medo de cair aumenta com a diminuição da capacidade cognitiva ($R_p = 0.121$; $p = 0.031$).

Atividade física- O coeficiente de *Pearson* revela que quanto maior for o desempenho cognitivo, maior será a intensidade da atividade física ($R_p = 0.351$; $p < 0.001$), quer ao nível do envolvimento em tarefas domésticas ($R_p = 0.407$; $p < 0.001$), como em atividades de tempos livres ($R_p = 0.255$; $p < 0.001$) ou desportivas ($R_p = 0.254$; $p < 0.001$).

Gestão do regime medicamentoso- O teste *oneway ANOVA* demonstra que há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F = 46.756$; $p < 0.001$); assim, em média, quanto menor for o desempenho cognitivo, maior será a dependência para gerir o regime medicamentoso (Tabela 3).

Tabela 3- Relação entre o desempenho cognitivo e a gestão do regime medicamentoso

	Desempenho cognitivo	
	M±dp	ANOVA
Responsável pela medicação	24.55±5.5	P<0.001
Necessita de ajuda para preparar	20.88±5.3	
Totalmente dependente	17.32±6.3	

Ocorrência e incidência de quedas- Não há associação estatística significativa.

Número de fármacos prescritos- O teste T revela que, em média, quem tem pior desempenho cognitivo consome menos fármacos (5.6 ± 3.0) do que quem está melhor (6.59 ± 3.5) e a diferença é estatisticamente significativa ($t = 2.596$; $p = 0.010$). A diminuição no consumo é feita essencialmente à custa de uma redução dos anti-hipertensores ($t = 2.041$; $p = 0.042$), dos antidiabéticos ($t = 2.515$; $p = 0.012$) e dos venotrópicos ($t = 2.759$; $p = 0.006$). Em sentido oposto surge o consumo de fármacos usados para melhoria das funções cognitivas ($t = -3.039$; $p = 0.003$).

Morbilidade- Não há associação estatística significativa.

Utilização dos recursos- O teste t demonstra que, em média, as pessoas que não utilizam o Enfermeiro e o Médico de Família e que têm dificuldade em usar o Centro de Saúde têm pior desempenho cognitivo (Tabela 4).

Tabela 4- Relação entre o desempenho cognitivo e a utilização dos recursos de saúde

Enfermeiro de família	Desemp. cognitivo		Médico defamília	Desemp. cognitivo		Dificuldade de acesso	Desemp. cognitivo	
	M±dp	Tstudent		M±dp	Tstudent		M±dp	Tstudent
Sim	23.86±5.6	t=4.625;	Sim	21.77±6.2	t= 2.687;	Sim	19.83±6.1	t= -5.563;
Não	20.43±6.2	p<0.001	Não	18.75±6.1	p=0.008	Não	23.59±5.8	p<0.001

Autopercepção sobre a saúde- Não há associação estatística significativa.

Estudo longitudinal (Fase III)

Os indivíduos monitorizados ao longo de dois anos apresentaram em média um desempenho cognitivo superior aos da Fase II (Tabela 5).

Tabela 5- Desempenho cognitivo segundo a média de pontuação do MEEM

Ano	Fase III	Fase II
	M±dp	M±dp
2014	23.87±5.17	-----
2015	23.74±5.36	-----
2016	23.45±5.21	21.13±6.5

Constata-se, no entanto, que com o passar do tempo, há um ligeiro aumento progressivo do número de indivíduos com suspeita de défice cognitivo, embora o Teste de Cochran não revele diferenças estatisticamente significativas (Tabela 6).

Tabela 6- Distribuição do status cognitivo ao longo das três avaliações

	n	Ano	Sem suspeita de	Suspeita de défice	Cochran's Q
			défice cognitivo n (%)	cognitivo n (%)	
Desempenho cognitivo	52	2014	34 (65.4)	18 (34.6)	p=0.060
		2015	29 (55.7)	23 (44.3)	
		2016	28 (53.8)	24 (46.2)	

6.2.2- Atividades Instrumentais de Vida Diária

As AIVD foram apontadas por alguns casos (Fase I) como o primeiro sinal de involução funcional, sendo por isso as primeiras a necessitar de cuidados de substituição. Para avaliar a sua evolução funcional, foi utilizado o Índice de Lawton (164).

Estudo transversal (Fase II)

Nas AIVD 55.6% da amostra é severamente dependente, 38% parcialmente dependente e somente 6.4% é independente, valores que comprovam a importância dos serviços de substituição fornecidos pelo Centro de Dia. A média foi de 20.57 ± 7.1 (mínimo 8 e máximo 30). A tabela 7 explora os diferentes itens do Índice de Lawton (164).

Tabela 7- Distribuição da amostra pelas pontuações parciais do Índice de Lawton

		n	(%)
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	52	15.8
	Faz tudo exceto trabalho pesado	40	12.2
	Só tarefas leves	92	28.0
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	36	10.9
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	109	33.1
Lavar a roupa	Lava a roupa	83	25.2
	Só pequenas peças	64	19.5
	Incapaz de lavar a roupa	182	55.3
Preparar a comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	78	23.7
	Prepara se lhe derem os ingredientes	18	5.5
	Prepara pratos pré cozinhados	39	11.9
	Incapaz de preparar as refeições	194	59.0
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	59	17.9
	Só faz pequenas compras	53	16.1
	Faz as compras acompanhado	46	14.0
	É incapaz de ir às compras	171	52.0
Usar o telefone	Usa-o sem dificuldade	145	44.1
	Só liga para lugares familiares	46	14.0
	Necessita de ajuda para o usar	57	17.3
	Incapaz de usar o telefone	81	24.6
Usar os transportes	Viaja em transporte público ou conduz	100	30.4
	Só anda de táxi	8	2.4
	Necessita de acompanhamento	119	36.2
	Incapaz de usar o transporte	102	31.0
Usar o dinheiro	Paga as contas, vai ao banco	124	37.7
	Só pequenas quantidades de dinheiro	72	21.9
	Incapaz de usar o dinheiro	133	40.4
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação	130	39.5
	Necessita que lhe preparem a medicação	88	26.7
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	111	33.7

A tabela revela que apenas 15.8% é capaz de arrumar a casa, 23.7% preparar as refeições, 25.2% cuidar da roupa e 39.5% gerir o regime terapêutico sem ajuda, ou seja, menos de um quinto da amostra está capaz de assegurar todas as tarefas necessárias para se manter em casa sem necessitar de suporte social.

Explorando as atividades fora do contexto domiciliar, verifica-se que o grau de dependência é semelhante, pois apenas 17.9% consegue realizar compras sem ajuda, 30.4% utilizar transportes públicos e somente 37.7% manipular e gerir o dinheiro para suprir as necessidades. Estes valores vão de encontro às evidências do estudo de caso, onde a dependência nas AIVD e a dificuldade em permanecer autónomo em sociedade eram fatores preponderantes para procurar o Centro de Dia.

A dependência aumenta com a idade ($R_p=0.136$; $p=0.014$) e associa-se estatisticamente a baixa escolaridade ($Rho=-0.114$; $p=0.039$), à necessidade de viver acompanhado ($t=-5.408$; $p<0.001$), à existência de um familiar prestador de cuidados ($F=11.262$; $p<0.001$) e à incapacidade para gerir a pensão de reforma ($t=-12.661$; $p<0.001$).

Analisando a relação com as outras variáveis, obteve-se:

Desempenho Cognitivo- Consultar o ponto 6.2.1.

Sonolência diurna- O coeficiente de *Pearson* revela que o declínio nas AIVD é acompanhado por um aumento da sonolência diurna ($R_p= 0.274$; $p<0.001$).

Dor e intensidade da dor- Não há associação estatística significativa.

Acuidade visual ao longe e ao perto- O teste *oneway ANOVA* revelou que há diferenças estatisticamente significativas na distribuição das AIVD pela acuidade visual ao longe ($F=14.022$; $p<0.001$) e pela acuidade visual ao perto ($F=6.889$; $p=0.001$); assim, em média, quanto menor for a acuidade visual, maior será a dependência nas AIVD (Tabela 8), relação também identificada no estudo de caso (Fase I).

Tabela 8- Relação entre as AIVD e a acuidade visual

	AIVD (Acuidade visual ao longe)		AIVD (Acuidade visual ao perto)	
	M±dp	ANOVA	M±dp	ANOVA
Visão normal	15.76±6.7	P<0.001	19.16±7.7	p=0.001
Deficiência ligeira	19.85±6.9		19.48±7.3	
Deficiência moderada	22.85±6.2		-----	
Deficiência severa	26.87±2.3		22.96±5.8	

IMC- Não há associação estatística significativa.

ABVD- O coeficiente de *Pearson* revela que a dependência nas ABVD aumenta com a diminuição da capacidade de desempenho das AIVD ($R_p=-0.550$; $p<0.001$). Esta relação

foi explorada no estudo de caso onde é perceptível que a dependência se inicia pelas tarefas mais complexas (AIVD) e só posteriormente se estende às ABVD.

Equilíbrio corporal- O coeficiente de *Pearson* revela que a dependência nas AIVD aumenta com a diminuição do equilíbrio estático ($R_p=-0.434$; $p<0.001$), equilíbrio dinâmico ($R_p=-0.424$; $p<0.001$) e com o aumento do risco de queda ($R_p=-0.451$; $p<0.001$), o que vai de encontro aos resultados revelados pelo estudo de caso (Fase I).

Medo de cair- O coeficiente de *Pearson* revela que a capacidade de desempenho nas AIVD diminui com o aumento do medo de cair ($R_p= -0.419$; $p<0.001$), relação bem documentada em diversos casos da Fase I.

Atividade física- O coeficiente de *Pearson* revela que a dependência nas AIVD se associa a menor participação individual na realização de atividades domésticas ($R_p= -0.673$; $p<0.001$) e a menor envolvimento pessoal em atividades de tempos livres ($R_p= -0.183$; $p<0.001$), ou seja, os mais dependentes terão maior probabilidade de ter uma vida mais sedentária.

Gestão do regime medicamentoso- O teste *oneway ANOVA* revelou que há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F=242.650$, $p<0.001$); assim, em média, quanto maior for a dependência nas AIVD, maior será também a dependência para gerir o regime medicamentoso (Tabela 9), tal como se constatou no estudo de caso, onde coexistiram vários relatos de dependência nas AIVD que englobavam a preparação e administração dos medicamentos.

Tabela 9- Relação entre as AIVD e a gestão do regime medicamentoso

	AIVD	
	M±dp	ANOVA
Responsável pela medicação	14.17±5.2	
Necessita de ajuda para preparar	22.11±4.8	P<0.001
Totalmente dependente	26.86±3.3	

Ocorrência e incidência de quedas- O teste t demonstra que em média as pessoas com historial de queda são mais dependentes ($21.53±6.5$) nas AIVD do que as restantes ($19.32±7.3$) e a diferença é estatisticamente relevante ($t=-2.824$; $p=0.005$); durante a Fase I, várias foram as referências a testemunhar a forte influência das quedas na instalação de estados de maior dependência. Não existe, no entanto, correlação estatística significativa com o número de quedas por indivíduo ($R_p=0.065$; $p=0.103$).

Número de fármacos prescritos- Não há associação estatística significativa. Contudo, o coeficiente de *Spearman* revela que o consumo de antipsicóticos ($Rho=0.180$; $p=0.002$) e de fármacos que melhoram as funções cognitivas ($Rho=0.183$; $p=0.001$), estão associados ao aumento da dependência, enquanto o consumo de venotrópicos ($Rho Spearman= -0.249$; $p<0.001$) e de anti-inflamatórios não esteroides ($Rho Spearman= -0.125$; $p=0.029$) se associam a melhor desempenho.

Morbilidade- O teste t demonstra que em média as pessoas que estiveram doentes, internadas ou foram à urgência, nos últimos seis meses, são mais dependentes nas AIVD (Tabela 10); os resultados corroboram os achados da Fase I que associavam a agudização da doença crônica e o internamento hospitalar ao aumento da dependência e da procura de suporte social.

Tabela 10- Relação entre as AIVD e a morbilidade

Esteve doente	AIVD		Esteve internado	AIVD		Urgência hospitalar	AIVD	
	M±dp	Tstudent		M±dp	Tstudent		M±dp	Tstudent
Sim	21.7±6.9	t=-1.715;	Sim	22.38±5.7	t=3.265;	Sim	21.03±6.8	t=1.414;
Não	20.03±7	p=0.087	Não	19.74±7.3	p=0.001	Não	19.9±7.1	p=0.158

Utilização dos recursos

O teste t demonstra que, em média, as pessoas que não utilizam o Enfermeiro de família ou que têm dificuldade para ir ao Centro de Saúde são mais dependentes nas AIVD (Tabela 11). Este achado corrobora os resultados obtidos no estudo de caso onde se identificou um afastamento consciente dos cuidados de saúde primários, associado ao aumento da dependência e aumento da utilização do serviço de urgência relacionado com o ingresso no Centro de Dia.

Tabela 11- Relação entre as AIVD e a utilização dos recursos

Enfermeiro de família	AIVD		Dificuldade em usar a USF	AIVD	
	M±dp	Tstudent		M±dp	Tstudent
Sim	18.37±7.1	t=-3.244;	Sim	23.37±5.5	t=9.856;
Não	21.18±6.8	p=0.001	Não	16.34±6.8	p<0.001

Autoperceção sobre a saúde- O teste *oneway ANOVA* demonstra que há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F=2.553$; $p=0.039$). A autoperceção positiva sobre a saúde associa-se a valores de maior independência nas AIVD (27) (47).

Estudo longitudinal (Fase III)

O valor médio do Índice de Lawton, registado no ano de 2016 (20.77 ± 6.6), é sobreponível ao verificado no estudo transversal (20.57 ± 7.1), o que reforça a evidência da existência de uma elevada prevalência de dependência nas AIVD, nas pessoas que frequentam os Centros de Dia.

O teste ANOVA demonstra que a média da pontuação obtida divergiu com significância estatística ($F=55.993$; $P<0.001$) ao longo dos dois anos, constatando-se também aqui, uma diminuição significativa e progressiva na capacidade de desempenho das AIVD (Tabela 12).

Tabela 12- Variação das AIVD ao longo das três avaliações

Varáveis	n	2014	Ano1- Ano2	2015	Ano2- Ano3	2016	Ano1- Ano3	Anova
		Média(dp)	p	Média(dp)	p	Média(dp)	p	p
AIVD	52	16.40±6.4	<0.001	18.81±6.5	<0.001	20.77±6.6	<0.001	<0.001

6.2.3- Atividades Básicas de Vida Diária

No estudo de caso (Fase I) foi possível observar que a dependência nas ABVD, associada à incapacidade para tomar conta, do membro da família prestador de cuidados, foi uma forte razão para procurar ajuda no Centro de Dia, principalmente quando a sua execução autónoma estava associada a sentimentos de medo de cair, quer por parte do próprio, como dos cuidadores familiares; a aceitação da dependência, com posterior substituição profissional, emergiu como uma das principais estratégias de adaptação. Assim, neste ponto, pretendeu-se analisar a prevalência do fenómeno nos Centros de Dia, bem como a sua evolução ao longo de dois anos, utilizando como instrumento de medida o Índice de Barthel e os seus três fatores parciais (Higiene, Controlo de esfíncteres e Mobilidade).

Estudo transversal (Fase II)

A maioria das pessoas que frequentam os Centros de Dia da cidade do Porto pode ser considerada independente (63.8%) ou ligeiramente dependente (28.3%),

existindo apenas uma reduzida percentagem com dependência moderada (4.6%), severa (2.7%) ou total (0.6%). A média foi de 85.59 ± 18 (mínimo 10 e máximo 100).

Em termos gerais, o desempenho nas ABVD correlaciona-se diretamente com o grau de escolaridade ($Rho = -0.134$; $p = 0.015$) e a boa performance está associada a viver sozinho ($t = 4.013$; $p < 0.001$), não ter prestador de cuidados ($t = 3.225$; $p = 0.041$) e gerir autonomamente as finanças ($t = 6.709$; $p < 0.001$), ou seja, a manutenção da autonomia associa-se diretamente com a independência nas ABVD. É ainda de realçar, a inexistência de correlação estatística significativa com a idade ($R_p = -0.081$; $p = 0.144$).

A Tabela 13 explora os diferentes itens e fatores do Índice de *Barthel* (164).

Tabela 13- Distribuição da amostra pelas pontuações parciais do Índice de *Barthel*

Fator	Itens	Classificação	n	(%)
Higiene	Higiene corporal	Dependente	64	19.5
		Independente	265	80.5
	Banho	Dependente	135	41.0
		Independente	194	59.0
Controlo de esfínteres	Controlo intestinal	Incontinente	18	5.5
		Episódios ocasionais de incontinência	49	14.9
		Continente	262	79.6
	Controlo vesical	Incontinente	29	8.8
		Episódios ocasionais de incontinência	109	33.1
		Continente	191	58.1
Mobilidade	Uso da casa de banho	Dependente	15	4.6
		Necessita de ajuda	34	10.3
		Independente	280	85.1
	Alimentação	Necessita de ajuda	23	7.0
		Independente	306	93.0
	Transferência cadeira-cama	Incapaz	5	1.5
		Grande ajuda	16	4.9
		Pequena ajuda	53	16.1
		Independente	255	77.5
	Deambulação	Imobilizado	3	0.9
		Independente na cadeira de rodas	15	4.6
		Anda com ajuda de pessoa	50	15.2
Independente		261	79.3	
Vestir		Dependente	17	5.2
	Necessita de ajuda	63	19.1	
	Independente	249	75.7	
Subir escadas	Dependente	27	8.2	
	Necessita de ajuda	70	21.3	
	Independente	232	70.5	

Para melhor compreensão serão explorados em separado os três fatores que compõem o Índice de *Barthel*: Higiene, Controlo de Esfínteres e Mobilidade (164).

Higiene

A higiene corporal encontra-se afetada em 19.5% das pessoas, estando as situações de dependência mais associadas a indivíduos que coabitam com os filhos ($\chi^2=9.801$; $p<0.044$) e que não gerem a própria pensão ($\chi^2=36.372$; $p<0.001$).

O banho é o segundo *item* com a maior percentagem de dependência (41%) e associa-se a idade mais avançada ($t=2.134$; $p=0.034$), baixa instrução ($Rho=0.139$; $p=0.011$), incapacidade para gerir as finanças ($\chi^2=55.378$; $p<0.001$) e viver em regime de coabitação com outras pessoas ($\chi^2=12.596$; $p<0.001$).

Controlo de Esfíncteres

A incontinência urinária é o fenómeno com maior prevalência (41,9%). O avançar da idade parece influenciar o fenómeno que tem pouca expressão até aos 75 anos de idade ($Rho=-0.132$; $p=0.016$).

As mulheres, em média, são as mais afetadas, embora a diferença não seja estatisticamente relevante ($\chi^2=5.873$; $p=0.053$); o fator autonomia financeira parece estar associado ($\chi^2=10.072$; $p=0.006$) a um maior controlo sobre a eliminação urinária.

A incontinência fecal afeta 20.4% da amostra. Em média a incontinência agrava-se com a idade, no entanto, essa diferença não é significativa ($F=0.904$; $p=0.406$).

O autocontrolo financeiro surge, de igual modo, estatisticamente associado a um maior controlo de esfíncteres ($\chi^2=7.952$; $p=0.019$), sendo de realçar que 43.5% das pessoas cuja reforma é administrada pelo Centro de Dia, é incontinente.

Mobilidade

Apenas 14.9% apresenta alguma dependência para utilizar a casa de banho; em média a dependência aumenta com a idade mas não é estatisticamente significativa ($F=0.688$; $p=0.504$); é de realçar que quem vive acompanhado é normalmente mais dependente ($\chi^2=15.597$; $p<0.001$).

Na alimentação apenas 7% dos indivíduos apresenta dependência e em média, as pessoas dependentes são mais novas (76.91 ± 10) do que as independentes (79.90 ± 8.1); observa-se ainda que os que não gerem as suas finanças são estatisticamente mais dependentes (V de Cramer= 0.180 ; $p=0.005$).

Apenas 22.5% é dependente para se transferir, estando a dependência associada a quem utiliza auxiliares de marcha ($t=-3.624$; $p<0.001$) e a quem não gere as finanças (V de Cramer=0.149; $p=0.023$).

Na deambulação, 20.7% são dependentes. Aplicando as medidas de associação, constata-se que o uso de auxiliares de marcha ($t=-2.800$; $p=0.006$) e a dependência para gerir as finanças (V de Cramer=0.149; $p=0.023$) se associam a maior dependência.

Para subir escadas, 29.5% estão dependentes. Em média, a dependência aumenta com a idade, embora não seja estatisticamente significativa ($F=2.723$; $p=0.067$) e associa-se a reduzida escolaridade (Tau_b de Kendal=0.128; $p=0.010$), dificuldade para gerir a pensão (V de Cramer=0.194; $p<0.001$) e necessidade de viver acompanhado (V de Cramer=0.192; $p=0.002$).

Somente 24.3% depende de alguém para vestir-se, estando a dependência associada ao uso de auxiliares de marcha (V de Cramer=0.244; $p<0.001$) e a quem não faz a gestão das finanças (V de Cramer=0.244; $p<0.001$); observa-se ainda que os mais dependentes vivem maioritariamente acompanhados (V de Cramer=0.204; $p=0.001$).

Analisando a relação com outras variáveis, obteve-se:

Desempenho Cognitivo- Consultar o ponto 6.2.1

Sonolência diurna- O coeficiente de *Pearson* revela que o declínio nas ABVD é acompanhado por um aumento da sonolência diurna ($R_p=-0.291$; $p<0.001$).

Dor e intensidade da dor- Contrariamente ao que poderia ser expectável, não há associação estatística significativa.

Acuidade visual ao longe e ao perto- O teste *oneway ANOVA* revelou que há diferenças estatisticamente significativas na distribuição das ABVD pela acuidade visual ao longe ($F=8.069$; $p<0.001$) e pela acuidade visual ao perto ($F=7.590$; $p=0.001$); assim, em média, quanto menor for a acuidade visual, maior será a dependência nas ABVD (Tabela 14).

Tabela 14- Relação entre as ABVD e a acuidade visual

	ABVD vs Acuidade visual ao longe		ABVD vs Acuidade visual ao perto	
	M±dp	ANOVA	M±dp	ANOVA
Visão normal	96.26±8.5	P<0.001	90.32±12.7	p=0.001
Deficiência ligeira	86.90±16.8		87.97±17.4	
Deficiência moderada	80.53±19.7		-----	
Deficiência severa	72.67±20.1		79.22±18.7	

IMC- Não há associação estatística significativa.

AIVD- Consultar o ponto 6.2.2.

Equilíbrio corporal- O coeficiente de *Pearson* revela que a dependência nas ABVD aumenta com a diminuição do equilíbrio estático ($R_p=0.483$; $p<0.001$), equilíbrio dinâmico ($R_p=0.501$; $p<0.001$) e com o aumento do risco de queda ($R_p=0.516$; $p<0.001$), comprovando os diversos relatos documentados no estudo de caso.

Medo de cair- O coeficiente de *Pearson* revela que a capacidade de desempenho nas ABVD diminui com o aumento do medo de cair ($R_p=0.414$; $p<0.001$), influenciando o desempenho na higiene ($R_p=0.383$; $p<0.001$), mobilidade ($R_p=0.376$; $p<0.001$) ou controlo de esfíncteres ($R_p=0.241$; $p<0.001$), facto também relatado no anterior estudo.

Atividade física- O coeficiente de *Pearson* revela que a dependência nas ABVD se associa a menor participação individual na realização de atividades domésticas ($R_p=0.449$; $p<0.001$), facto que não acontece com o envolvimento em atividades de tempos livres ($R_p=0.055$; $p=0.327$) ou em atividades desportivas ($R_p=0.078$; $p=0.164$); assim, é principalmente a intensidade da atividade doméstica que vai influenciar a correlação positiva entre as ABVD ($R_p=0.190$; $p=0.001$) e a intensidade da atividade física no global, ou seja, as pessoas mais sedentárias têm maior probabilidade de ser dependentes e vice-versa.

Gestão do regime medicamentoso- O teste *oneway ANOVA* revelou que há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F=45.167$; $p<0.001$); assim, em média, quanto maior for a dependência nas ABVD, maior será a dependência para gerir o regime medicamentoso (Tabela 15).

Tabela 15- Relação entre as ABVD e a gestão do regime medicamentoso

	M±dp	ANOVA
Responsável pela medicação	95.12±8.5	
Necessita de ajuda para preparar	84.15±17.1	P<0.001
Totalmente dependente	75.59±21	

Ocorrência e incidência de quedas- O teste *t* demonstra que, em média, as pessoas com historial de queda são mais dependentes ($82.66±18.2$) nas ABVD do que as restantes ($88.66±16.7$) e a diferença é estatisticamente relevante ($t=3.054$; $p=0.002$). A análise fatorial revelou diferenças significativas também relativamente à higiene

($t=2.383$; $p=0.018$), à mobilidade ($t=2.075$; $p=0.039$) e principalmente ao controlo de esfíncteres ($t=3.980$; $p<0.001$). O coeficiente de *Pearson* revela que a dependência nas ABVD se associa a um aumento na incidência de quedas ($R_p=-0.185$; $p=0.001$).

Número de fármacos prescritos- Não existe correlação estatística significativa ($R_p=-0.066$; $p=0.257$). Contudo, ao pior desempenho nas ABVD parecem estar associados: o consumo de fármacos que melhoram as funções cognitivas ($Rho=-0.181$; $p=0.001$); o consumo de anticoagulantes ($Rho=-0.157$; $p=0.006$), que se relacionam principalmente com a mobilidade; bem como o consumo de antidiabéticos ($Rho=-0.142$; $p=0.013$), que influenciam a mobilidade e a higiene corporal.

Morbilidade- O teste *t* demonstra que, em média, as pessoas que estiveram doentes, internadas ou recorreram à urgência hospitalar são mais dependentes nas ABVD (Tabela 16).

Tabela 16- Relação entre as ABVD e a morbilidade

Esteve doente	ABVD		Esteve internado	ABVD		Urgência hospitalar	ABVD	
	M±dp	Tstudent		M±dp	Tstudent		M±dp	Tstudent
Sim	82.58±19.6	$t=-1.792$;	Sim	80.91±19.3	$t=-2.808$;	Sim	83.73±17.9	$t=-1.913$;
Não	86.93±17.0	$p=0.074$	Não	87.36±16.9	$p=0.005$	Não	87.56±17.2	$p=0.057$

Utilização dos recursos- O teste *t* demonstra que, em média, as pessoas que não utilizam o Enfermeiro de família ou que sentem dificuldade para ir ao Centro de Saúde são mais dependentes nas ABVD (Tabela 17).

Tabela 17- Relação entre as ABVD e a utilização dos recursos de saúde

Enfermeiro de família	ABVD		Dificuldade em usar a USF	ABVD	
	M±dp	Tstudent		M±dp	Tstudent
Sim	89.0±14.7	$t=2.212$;	Sim	83.73±17.9	$t=-1.913$;
Não	84.6±18.5	$p=0.028$	Não	87.56±17.2	$p=0.057$

Autoperceção sobre a saúde- O teste *oneway ANOVA* demonstra que há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F=4.684$; $p=0.001$). A autoperceção positiva sobre a saúde associa-se a valores de maior independência nas ABVD (27).

Estudo longitudinal (Fase III)

O valor médio do Índice de Barthel, registado no ano de 2016 (81.60 ± 22.7), é apenas ligeiramente inferior ao verificado no estudo transversal (85.59 ± 18) e comprova que a dependência nas ABVD não é um fenómeno major dentro dos Centros de Dia, ao contrário da dependência nas AIVD.

Ao analisar longitudinalmente o desempenho, constata-se que baixou progressivamente, embora de forma mais acentuada no último ano. O teste ANOVA para amostras emparelhadas com a correção *Greenhouse-Geisser* determinou que a média da pontuação obtida para as ABVD divergiu com significância estatística ($F=12.314$; $P<0.001$). *Post hoc tests*, usando a correção de *Bonferroni* revelam que houve uma diminuição na capacidade para efetuar as ABVD, entre 2014 (88.94 ± 19.21) e 2015 (87.40 ± 18.90), sem significância estatística ($p=0.165$) e entre 2015 e 2016 ($p=0.003$) e entre 2014 e 2016 ($p=0.001$), de forma estatisticamente relevante.

A análise fatorial do Índice de *Barthel* revelou ainda que os desempenhos ao nível da Higiene, Controlo de Esfíncteres e Mobilidade tiveram resultados semelhantes (Tabela 18).

Tabela 18- Variação das ABVD ao longo das três avaliações

	n	2014	Ano1- Ano2	2015	Ano2- Ano3	2016	Ano1- Ano3	Anova
		Média(dp)	p	Média(dp)	p	Média(dp)	p	p
ABVD	52	88.94 ± 19.2	0.165	87.40 ± 18.9	0.003	82.02 ± 22.7	0.001	<0.001
Higiene		8.08 ± 3.3	0.547	7.79 ± 3.3	0.019	6.73 ± 4.1	0.003	0.001
Esfíncteres		17.79 ± 3.48	0.729	17.21 ± 3.6	0.016	15.29 ± 5.5	0.015	0.003
Mobilidade		63.08 ± 14.7	0.679	62.4 ± 13.8	0.065	60 ± 16.4	0.045	0.014

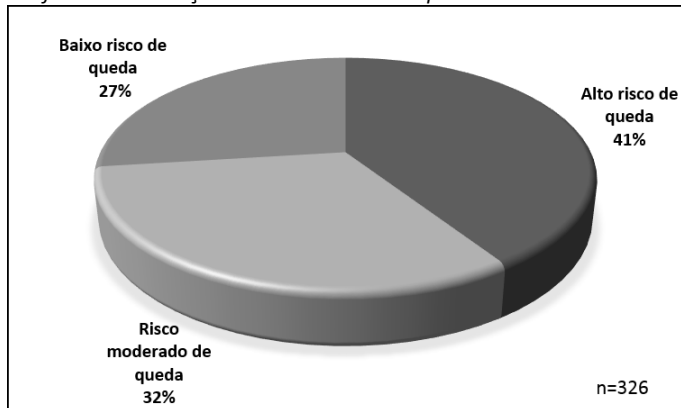
6.2.4- Equilíbrio corporal

O equilíbrio corporal foi avaliado com o Índice de Tinetti (168). A pontuação final, dada pela junção do equilíbrio dinâmico com o equilíbrio estático, fornece uma estimativa de risco para a ocorrência de quedas.

Estudo transversal (Fase II)

Observa-se uma elevada percentagem de indivíduos com elevado risco de queda (Gráfico 1), facto amplamente referenciado nas entrevistas realizadas na Fase I. O valor médio de pontuação foi de 19.21 ± 6.8 (mínimo 1 e máximo 28).

Gráfico 1- Distribuição relativa ao risco de queda



As pontuações mais elevadas (que revelam maior equilíbrio corporal) associam-se a maior grau de escolaridade ($Rho=0.199$; $p<0.001$), viver sozinho ($t=3.224$; $p=0.001$), ausência de prestador de cuidados ($t=2.943$; $p=0.003$) e gestão autónoma das finanças ($t=6.612$; $p<0.001$), ou seja, à semelhança das ABVD, o equilíbrio corporal parece ser um fator major para viver com autonomia.

Relativamente à idade, observa-se uma correlação negativa fraca, mas estatisticamente significativa ($R_p=-0.170$; $p=0.002$), que indica que à medida que envelhecem, as pessoas vão desenvolvendo maior risco de queda devido à diminuição do equilíbrio corporal, facto também observado na Fase I.

Analisando a relação do equilíbrio corporal com as outras variáveis, obteve-se:

Desempenho Cognitivo- Consultar o ponto 6.2.1.

Sonolência diurna- O coeficiente de *Pearson* revela que o risco de cair por falta de equilíbrio é acompanhado por um aumento da sonolência diurna ($R_p=-0.144$; $p=0.010$).

Dor e intensidade da dor- Em média, as pessoas que apresentaram dor têm menos equilíbrio (18.31 ± 7.063) do que as restantes (20.28 ± 6.236), sendo a diferença estatística significativa ($t= -2.635$; $p=0.009$). O equilíbrio corporal relaciona-se ainda com a intensidade da dor ($R_p= -0.111$; $p=0.048$), ou seja, quanto mais intensa é a dor, menor é o equilíbrio.

Acuidade visual ao longe e ao perto- O teste *oneway ANOVA* revelou que há diferenças estatisticamente significativas na distribuição do equilíbrio corporal pela acuidade visual ao longe ($F=3.395$, $p=0.018$) e ao perto ($F=3.778$, $p=0.024$); em média, quanto menor for a acuidade visual, maior é o risco de queda devido à diminuição do equilíbrio (Tabela 19).

Tabela 19- Relação entre o equilíbrio corporal e a acuidade visual

	Equilíbrio médio para visão ao longe		Equilíbrio médio para visão ao perto	
	M±dp	ANOVA	M±dp	ANOVA
Visão normal	21.74±5.6	p=0.018	20.48±6.9	p=0.024
Deficiência ligeira	19.11±6.7		19.52±6.4	
Deficiência moderada	18.05±6.6		-----	
Deficiência severa	16.00±6.3		17.24±6.8	

IMC- Não há associação estatística significativa

ABVD- Consultar o ponto 6.2.2.

AIVD- Consultar o ponto 6.2.3.

Medo de cair- O coeficiente de *Pearson* revela que o medo de cair aumenta quando aumenta o risco de queda por diminuição do equilíbrio corporal ($R_p=0.475$; $p<0.001$), facto já realçado no estudo de caso.

Atividade física- O coeficiente de *Pearson* revela que o aumento do risco de queda por falta de equilíbrio se associa a uma diminuição da participação individual na realização de atividades domésticas ($R_p=0.468$; $p<0.001$), facto que não acontece com o envolvimento em atividades de tempos livres ($R_p=0.102$; $p=0.068$) ou em atividades desportivas ($R_p=0.076$; $p=0.178$); assim, é principalmente a intensidade da atividade doméstica que vai influenciar a correlação positiva entre o equilíbrio corporal ($R_p=0.229$; $p<0.001$) e a intensidade da atividade física no global, ou seja, as pessoas mais sedentárias têm menos equilíbrio corporal.

Gestão do regime medicamentoso- O teste *oneway ANOVA* revelou que há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F=22.228$; $p<0.001$); assim, em média, quanto menor for o equilíbrio corporal, maior será a dependência para gerir o regime medicamentoso (Tabela 20).

Tabela 20-Relação entre o equilíbrio e a gestão do regime medicamentoso

	Equilíbrio Corporal	
	M±dp	ANOVA
Responsável pela medicação	22.08±4.9	P<0.001
Necessita de ajuda para preparar	17.77±7.4	
Totalmente dependente	16.93±7.0	

Ocorrência e incidência de quedas- O teste t demonstra que em média as pessoas com historial de queda têm menos equilíbrio corporal (17.63 ± 6.6) do que as restantes (20.61 ± 6.5) e a diferença é estatisticamente relevante ($t=4.008$; $p<0.001$). O coeficiente de *Pearson* revela que a diminuição do equilíbrio corporal se associa a um aumento na incidência de quedas ($R_p = -0.281$; $p=0.001$), facto muitas vezes realçado nas entrevistas da Fase I (Estudo de caso).

Número de fármacos prescritos- Apesar da evidência consultada revelar o contrário, nesta amostra, não se encontrou qualquer associação estatisticamente significativa.

Morbilidade- Também aqui, contrariamente ao que está descrito, não há evidência de associação estatística significativa.

Utilização dos recursos- O teste t demonstra que, em média, as pessoas que têm mais dificuldade em recorrer ao Centro de Saúde têm maior risco de queda, devido à diminuição do equilíbrio corporal (Tabela 21).

Tabela 21- Relação entre o equilíbrio corporal e a utilização de recursos

Dificuldade em recorrer à USF	Equilíbrio corporal	
	M \pm dp	T student
Sim	16.53 \pm 7.1	t= -9.933;
Não	22.83 \pm 4.1	p<0.001

Autoperceção sobre a saúde- O teste *oneway ANOVA* demonstra que não há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F=1.741$; $p=0.141$). Observa-se, no entanto, que quem considera a sua saúde como muito boa tem, em média, valores superiores de equilíbrio corporal.

Uso de dispositivo auxiliar de marcha

Associado à perda de equilíbrio, observou-se na Fase I, que as pessoas adquiriam dispositivos auxiliares de marcha sem usufruir de um processo orientado de instrução capaz de os consciencializar e empoderar para importância da sua correta utilização.

Na amostra, a grande maioria não utiliza qualquer dispositivo (65.3%); dos restantes, 23.9% usa bengala, 5.7% canadiana, 2.7% cadeira de rodas e somente 2.4% usa um andarilho.

O teste t demonstra que, em média, quem usa dispositivo auxiliar de marcha tem menos equilíbrio corporal (14.53 ± 7.1) do que as restantes (21.43 ± 5.5) e a diferença é estatisticamente relevante ($t = -8.468$; $p < 0.001$).

Estudo longitudinal (Fase III)

O teste ANOVA para amostras emparelhadas com a correção *Greenhouse-Geisser* determinou que a média da pontuação obtida relativamente equilíbrio corporal divergiu com significância estatística ($F = 8.614$; $p = 0.003$). *Post hoc tests*, usando a correção de *Bonferroni* revelam que houve uma diminuição no equilíbrio corporal, com significância estatística, entre 2014 e 2015 ($p = 0,041$), 2015 e 2016 ($p = 0.029$) e entre 2014 e 2016 ($p = 0.003$) (Tabela 22). Assim é possível concluir que o equilíbrio corporal diminuiu significativamente ao longo das três avaliações, passando de uma média de aproximadamente 21 pontos (risco moderado de queda), em 2014, para 18 em 2016 (risco elevado de queda).

Tabela 22- Evolução do equilíbrio corporal ao longo dos anos

	n	2014	Ano1- Ano2	2015	Ano2- Ano3	2016	Ano1- Ano3	Anova
		Média(dp)	p	Média(dp)	p	Média(dp)	p	p
Equilíbrio corporal	49	20.71±6.84	0.041	19.57±6.19	0.029	17.88±7.22	0.009	0.002

Uso de dispositivo auxiliar de marcha

O teste *Cochran's Q* determinou que não há diferenças estatisticamente significativas que permitam afirmar uma variação na utilização de dispositivos auxiliares de marcha ao longo do tempo ($\chi^2 = 2.923$, $p = 0.232$), embora a consulta da Tabela 23 permita constatar a ocorrência de uma efetiva diminuição na sua utilização.

Tabela 23- Utilização de dispositivos auxiliares da marcha

Ano	Sim N(%)	Não N(%)	Cochran's Q p
2014	40(74.1)	14(25.9)	0.232
2015	37(68.5)	17(31.5)	
2016	35(64.8)	19(35.2)	

6.2.5- Medo de cair

Por diversas vezes o medo de cair emergiu na Fase I como potencial inibidor da mobilidade e indutor do sedentarismo. Para avaliar a sua evolução, utilizou-se o *Falls Efficacy Scale* (167) que avalia a confiança das pessoas idosas para realizar algumas das AVD.

Estudo transversal (Fase II)

O valor médio de pontuação no *Falls Efficacy Scale* foi de 50.47 ± 31.4 , ou seja, um valor de confiança intermédio, contudo, analisando os percentis, constata-se que cerca de 25% da amostra tem valores de confiança igual ou inferior a 21 pontos e o valor da moda é 10, ou seja, o valor que mais vezes se repete é o que indica menor nível de confiança. Assim, conclui-se que o medo de cair é muito prevalente nos Centros de Dia.

A idade correlaciona-se negativamente, comprovando que quanto maior for a idade, menor é a confiança para realizar as AVD ($R_p = -0.134$; $p < 0.017$).

Em média os homens têm mais confiança para realizar as AVD ($t = 2.109$; $p = 0.036$), assim como as pessoas que não têm prestador de cuidados ($t = 2.651$; $p = 0.008$) ou as que gerem as suas finanças autonomamente ($t = 5.107$; $p < 0.001$), ou seja, o medo de cair é também um importante fator influenciador da autonomia.

Analisando a relação do medo de cair com as outras variáveis, obteve-se:

Desempenho Cognitivo- Consultar o ponto 6.2.1.

Sonolência diurna- O coeficiente de *Pearson* revela que o medo de cair é acompanhado por um aumento da sonolência diurna ($R_p = -0.220$; $p < 0.001$).

Dor e intensidade da dor- Em média, os que apresentam dor, têm menos confiança (46.40 ± 30.62) do que os outros (55.17 ± 31.63) para realizar as AVD; essa diferença é estatisticamente significativa ($t = -2.500$; $p = 0.013$). Verifica-se ainda que a intensidade da dor é inversamente proporcional à confiança ($R_p = -0.154$; $p = 0.006$).

Acuidade visual ao longe e ao perto- O coeficiente de *Pearson* revela que com a diminuição na acuidade visual ao longe ($R_p = 0.141$; $p = 0.023$) e/ ou ao perto ($R_p = 0.234$; $p = 0.047$), aumenta o medo de cair.

IMC- O coeficiente de *Pearson* revela que um aumento no IMC poderá ter influência no medo de cair ($R_p = -0.143$; $p=0.011$).

ABVD- Consultar o ponto 6.2.2.

AIVD- Consultar o ponto 6.2.3.

Equilíbrio Corporal- Consultar o ponto 6.2.4.

Atividade física- O coeficiente de *Pearson* revela que quanto maior for o medo de cair, menor é a atividade física ($R_p=0.249$; $p<0.001$), facto que só não é estatisticamente significativo para a atividade desportiva ($R_p= 0.063$; $p=0.265$), pois normalmente a existência de profissionais que orientam a atividade desportiva permite que todos participem.

Gestão do regime medicamentoso- O teste *oneway ANOVA* revelou que há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F=22.228$; $p<0.001$); assim, em média, quanto maior for o medo de cair, maior será a dependência para gerir o regime medicamentoso (Tabela 24).

Tabela 24- Relação entre o medo de cair e a gestão do regime medicamentoso

	<i>Medo de cair</i>	<i>ANOVA</i>
	<i>M±dp</i>	<i>p</i>
Responsável pela medicação	63.46±30.6	
Necessita de ajuda para preparar	43.17±28.5	<0.001
Totalmente dependente	40.71±29.5	

Ocorrência e incidência de quedas- O teste *t* demonstra que, em média, as pessoas com historial de queda têm menos confiança para realizar as AVD ($39.15±28.8$) do que as restantes ($61.37±30.1$) e a diferença é estatisticamente relevante ($t=6.716$; $p<0.001$). Observa-se ainda uma relação inversa entre o medo de cair e o número de quedas ($R_p = -0.326$; $p<0.001$), ou seja, quem caiu mais vezes apresenta mais medo de cair.

Número de fármacos prescritos- O coeficiente de *Pearson* revela que quanto maior é o consumo de fármacos, menor é a confiança para realizar as AVD ($R_p = -0.126$; $p=0.029$). Simultaneamente, o coeficiente de Spearman confirma que associado ao medo de cair está o consumo de diuréticos ($Rho = -0.172$; $p=0.003$), devido provavelmente ao aumento das deslocações até à casa de banho; anticoagulantes ($Rho = -0.136$; $p=0.018$) e antidiabéticos

(Rho= -0.137; p=0.018), por provável aumento da disfuncionalidade associada à doença crónica; e analgésicos (Rho= -0.132; p=0.035), associados à existência de dor.

Morbilidade- O teste t demonstra que, em média, as pessoas que estiveram doentes, internadas ou que recorreram à urgência hospitalar, nos últimos seis meses, têm mais medo de cair (Tabela 25).

Tabela 25- Relação entre o medo de cair e a morbilidade

Esteve doente	Medo de cair		Esteve intemado	Medo de cair		Urgência hospitalar	Medo de cair	
	M±dp	Tstudent		M±dp	Tstudent		M±dp	Tstudent
Sim	40.95±31.6	t=-2.838;	Sim	40.27±24.8	t=-3.291;	Sim	45.00±32.1	t= -2.703;
Não	53.26±31.0	p=0.005	Não	53.61±31.2	p=0.001	Não	54.59±30.3	p=0.007

Utilização dos recursos- O teste t demonstra que, em média, as pessoas que não utilizam o Enfermeiro de família e que têm dificuldade em recorrer ao Centro de Saúde têm mais medo de cair (Tabela 26).

Tabela 26- Relação entre o medo de cair e a utilização dos recursos

Enfermeiro de família	AIVD		Dificuldade em usar a USF	AIVD	
	M±dp	Tstudent		M±dp	Tstudent
Sim	55.94±30.8	t=1.927;	Sim	38.05±27.5	t=-9.304;
Não	48.52±31.4	p=0.055	Não	67.50±228.3	p<0.001

Autoperceção sobre a saúde- O teste *oneway ANOVA* demonstra que há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (F=3.434; p=0.009). Observa-se que quem considera a sua saúde como muito boa, boa ou regular tem, em média, mais confiança para realizar as AVD.

Estudo longitudinal (Fase III)

O teste ANOVA para amostras emparelhadas com a correção *Huynh-Feldt* determinou que a média da pontuação obtida relativamente ao medo de cair divergiu com significância estatística (F=12.789; p<0.001). *Post hoc tests*, usando a correção de *Bonferroni* revelam que houve uma diminuição na confiança para realizar as AVD, estatisticamente significativa, entre 2014 e 2015 (p=0.001) e entre 2014 e 2016 (p<0.001), mas sem significância estatística entre 2015 e 2016 (p=0.395) (Tabela 27). Assim, apesar do valor

médio de confiança da amostra ser ainda elevado em todas as avaliações, é possível concluir que o medo de cair aumentou significativamente ao longo do tempo, passando de uma média de aproximadamente 67 pontos, em 2014, para 51 em 2016.

Tabela 27- Evolução do medo de cair ao longo dos anos

	n	2014	Ano1- Ano2	2015	Ano2- Ano3	2016	Ano1- Ano3	Anova
		Média	p	Média	p	Média	p	p
Medo de cair	52	66.63±25,3	0.001	55.63±24.1	0.395	51.02±28.3	<0.001	<0.001

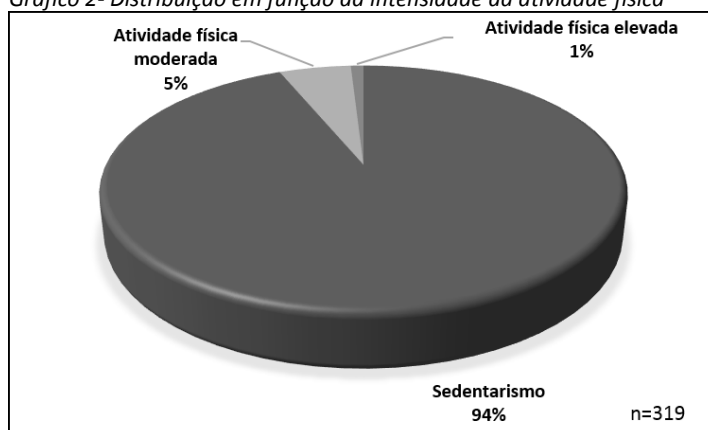
6.2.6- Exercício e atividade física

Os resultados da Fase I revelaram que a participação das pessoas nas atividades do Centro de Dia, embora sendo vista como uma resposta positiva de adaptação, era muito variável e dependente da decisão individual. Foi também possível identificar que as atividades proporcionadas divergiam mas incluíam uma vertente desportiva e de lazer, o que poderia compensar a redução da atividade doméstica. Assim, para avaliar a intensidade da atividade física realizada pelas pessoas idosas que frequentam os Centros de Dia, utilizou-se o Questionário de *Baecke* Modificado para Idosos (166), pois abrange a Atividade Doméstica (ScAD), a Atividade Desportiva (ScD) e de Tempos Livres (ScTL).

Estudo transversal (Fase II)

Utilizando os pontos de corte de *Voorrips* (165) é possível verificar que a amostra é extremamente sedentária (Gráfico 2), embora se possa traçar um paralelismo com os resultados da Fase III – 94.4% de sedentários.

Gráfico 2- Distribuição em função da intensidade da atividade física



A idade correlaciona-se com a intensidade da atividade doméstica, comprovando que quanto maior é a idade, menor é a atividade realizada em contexto domiciliar ($R_p = -0.154$; $p = 0.006$).

Em média as mulheres são menos ativas (4.52 ± 2.64) do que os homens (5.49 ± 4.43) e a diferença é estatisticamente significativa ($t = 2.254$; $p = 0.026$). Os homens realizam mais atividades de tempos livres ($p = 0.009$) e mais atividades desportivas. Por sua vez, as mulheres realizam mais atividades domésticas, embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Em média as pessoas que vivem sozinhas ($t = 3.267$; $p = 0.001$), que não têm prestador de cuidados ($t = 2.487$; $p = 0.013$) e que gerem as suas finanças autonomamente ($t = 5.113$; $p < 0.001$), fazem mais atividade física, essencialmente atividade doméstica; este resultado permite comprovar a importância da conservação da capacidade para realizar as AIVD, quer para manter a autonomia, como para evitar o sedentarismo e a imobilidade.

Analisando a relação da intensidade da atividade física com as outras variáveis, obteve-se:

Desempenho Cognitivo- Consultar o ponto 6.2.1.

Sonolência diurna- O coeficiente de *Pearson* revela que quem é mais ativo tem menos probabilidade de adormecer no Centro de Dia ($R_p = -0.118$; $p = 0.037$), principalmente quem mantém uma intensa atividade doméstica ($R_p = -0.370$; $p < 0.001$).

Dor e intensidade da dor- Em média, quem refere dor envolve-se em menos atividades de tempos livres (2.334 ± 1.8) do que os restantes (2.784 ± 2.5), embora essa diferença não seja estatisticamente significativa. Não há relação entre a intensidade da dor e a intensidade da atividade física ($R_p = -0.448$; $p = 0.654$).

Acuidade visual ao longe e ao perto- Em média, as pessoas com boa acuidade visual ao longe e ao perto, mantêm uma atividade doméstica mais intensa, sendo a diferença estatisticamente significativa (Tabela 28).

A intensidade com que os indivíduos realizam atividade desportiva não está estatisticamente associada à acuidade visual para longe ($F = 1.042$, $p = 0.374$), nem para perto ($F = 0.622$, $p = 0.528$), o mesmo acontecendo com a atividade de tempos livres.

Observa-se que, em média, os indivíduos com boa acuidade visual ao longe (4.49 ± 1.6) ou com défice visual ligeiro (5.43 ± 3.2) realizam mais atividade física que os que têm défice visual moderado (4.31 ± 3.0) ou severo (4.02 ± 2.2); valores semelhantes foram encontrados para a acuidade visual ao perto (Tabela 28).

Tabela 28-Distribuição da variável Atividade Física em função da Acuidade Visual – Teste ANOVA

	Visão ao longe				Visão ao perto		
	Acuidade visual	n	M(dp)	ANOVA	n	M(dp)	ANOVA
Intensidade da atividade doméstica	Normal	34	2.09±0.7	p<0.001	30	1.76±0.7	p=0.001
	Défice ligeiro	150	1.59±0.6		128	1.68±0.6	
	Défice moderado	66	1.28±0.5		---	---	
	Défice severo	15	1.08±0.6		77	1.33±0.6	
Intensidade da atividade desportiva	Normal	34	0.50±1.1	p=0.374	30	0.95±1.5	p=0.538
	Défice ligeiro	150	0.87±1.6		128	0.71±1.4	
	Défice moderado	66	0.57±1.4		---	---	
	Défice severo	15	0.52±1.1		77	0.60±1.4	
Intensidade da atividade de tempos livres	Normal	34	1.89±0.9	p=0.067	30	2.14±1.6	p=0.446
	Défice ligeiro	150	2.97±2.4		128	2.72±2.4	
	Défice moderado	66	2.46±2.3		---	---	
	Défice severo	15	2.41±1.4		77	2.74±2.4	
Intensidade da Atividade Física	Normal	34	4.49±1.6	p=0.027	30	4.86±2.5	p=0.601
	Défice ligeiro	150	5.43±3.2		128	5.12±3.1	
	Défice moderado	66	4.31±3.0		---	---	
	Défice severo	15	4.02±2.2		77	4.68±3.0	

IMC- O coeficiente de *Pearson* revela que quanto maior for IMC, menor é a probabilidade dos indivíduos participarem ativamente em atividades de tempos livres e de lazer disponibilizadas pelo Centro de Dia ($R_p = -0.142$; $p=0.012$).

ABVD- Consultar o ponto 6.2.2.

AIVD- Consultar o ponto 6.2.3.

Equilíbrio Corporal- Consultar o ponto 6.2.4.

Medo de cair- Consultar o ponto 6.2.5.

Gestão do regime medicamentoso- O teste *oneway ANOVA* revelou que há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F=19.953$; $p<0.001$); assim, em média, quanto menor for a intensidade da atividade física (sedentarismo), maior será a dependência para gerir o regime medicamentoso (Tabela 29).

Tabela 29- Relação entre a intensidade da atividade física e a gestão do regime medicamentoso

	Intensidade da Atividade Física	
	M±dp	ANOVA
Responsável pela medicação	5.89±3.3	p<0.001
Necessita de ajuda para preparar	4.23±2.0	
Totalmente dependente	3.75±2.2	

Ocorrência e incidência de quedas- O teste t demonstra que, em média, as pessoas com historial de queda são menos ativas (4.58±2.9) do que as restantes (4.89±2.7). A diferença é apenas estatisticamente significativa para as atividades domésticas (t=2.789; p=0.006). Não há relação estatística com o número de quedas.

Número de fármacos prescritos- Não se encontraram relações significativas entre o número total de fármacos e a intensidade da atividade física, no entanto, o Coeficiente de correlação de *Rho Spearman* indica que o consumo de antianémicos (Rho= -0.139; p=0.016) e anticoagulantes (Rho= -0.117; p=0.043) se correlaciona com valores baixos de atividade doméstica, enquanto o consumo de venotrópicos (Rho=0.198; p=0.001) e de medicamentos para o aparelho locomotor (Rho=0.128; p=0.027), favorecem essa atividade; paradoxalmente, verifica-se que os indivíduos que consomem antidiabéticos (Rho= -0.147; p=0.011), anti-hipertensores (Rho= -0.133; p=0.021) e antidiabéticos (Rho= -0.164; p=0.004) praticam menos atividade desportiva.

Morbilidade- Não é possível associar estatisticamente a intensidade da atividade física.

Utilização dos recursos- O teste t demonstra que, em média, as pessoas que não utilizam o Enfermeiro de família realizam menos atividade doméstica; os que têm mais dificuldade em recorrer a Centro de Saúde são mais sedentários (Tabela 30).

Tabela 30- Relação entre a atividade física e a utilização dos recursos de saúde

Enfermeiro de família	Intensidade da atividade doméstica		Dificuldade em usar a USF	Intensidade da atividade física	
	M±dp	T student		M±dp	T student
Sim	1.76±0.7	t=4.215;	Sim	4.23±2.3	t= -3.671;
Não	1.41±0.6	p<0.001	Não	5.45±3.2	p<0.001

Autoperceção sobre a saúde- O teste oneway ANOVA demonstra que há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (F=2.664; p=0.034). Constata-se que quem

classifica a sua saúde como muito boa faz, em média, quase o dobro da atividade física (8.14 ± 2.4) do que os restantes indivíduos da amostra (4.75 ± 2.8).

Estudo longitudinal (Fase III)

Analisando a intensidade da atividade física ao longo dos anos, constata-se que em 2014, o valor médio global foi de 5.68 ± 2.54 pontos, tendo depois diminuído de intensidade nos anos subsequentes, embora se registem valores máximos (nas atividades de lazer), de maior intensidade (15.0) (Tabela 31).

Tabela 31- Valores de Intensidade da Atividade Física ao longo de três avaliações

	n	2014			2015			2016		
		Média(dp)	Min	Máx	Média(dp)	Min	Máx	Média(dp)	Min	Máx
SAD	51	1.72 ± 0.75	0.50	2.90	1.62 ± 0.67	0.50	2.90	1.55 ± 0.73	0.50	2.80
SD		0.15 ± 0.36	0,00	1.18	0.49 ± 1.20	0.00	8.00	0.55 ± 1.31	0.00	7.60
STL		3.80 ± 2.35	0.53	9.90	3.26 ± 2.07	0.22	9.40	2.74 ± 2.40	1.10	15.0
Score total		5.68 ± 2.54	1.03	12.10	5.37 ± 2.23	1.64	12.0	$4.84 \pm 3,00$	1.60	17.5

A atividade com maior influência no *score* total é a atividade de tempos livres com 3.80 ± 2.35 em 2014, diminuindo para 2.74 ± 2.40 em 2016. Segue-se a atividade doméstica que, embora registre valores baixos de intensidade (1.72 ± 0.75 em 2014 e 1.55 ± 0.73 em 2016) é superior à atividade desportiva, que nesta amostra foi quase incipiente (embora seja a única que registre um aumento anual progressivo no *score* médio - 0,15 - 0.49 - 0.55).

A realização do teste de *Friedman* para análise da evolução da intensidade da atividade doméstica permite concluir que existiu uma redução estatisticamente significativa ($\chi^2=13.524$; $p=0.001$) que confirma o aumento progressivo do sedentarismo.

Os testes de *Wilcoxon* demonstraram que embora a diferença de ano para ano não fosse estatisticamente significativa, quando se observa a evolução em dois anos (2014 para 2016), passa a ser estatisticamente significativa ($Z=-2.470$; $p=0.014$).

Também se pode afirmar que existiu uma redução estatisticamente significativa, ($\chi^2=8.884$; $p=0.012$) na intensidade da atividade de tempos livres. Neste caso, o teste de *Wilcoxon*, demonstrou que a diferença não foi estatisticamente significativa de 2014 para 2015 ($Z=-1.193$; $p=0.233$), mas foi de 2015 para 2016 ($Z=-2.311$; $p=0.021$) e de 2014

para 2016 ($Z=-2.422$; $p=0.015$). Assim, também é possível concluir que o envolvimento dos indivíduos nas atividades de lazer foi diminuindo progressivamente de ano para ano.

Relativamente à quantificação da intensidade da atividade desportiva, constata-se que a maioria dos idosos não a pratica (em 2014 e 2016 apenas treze pessoas se envolveram neste tipo de atividades; em 2015, envolveram-se vinte e seis) e, quando o fazem, não mantêm por muito tempo o comportamento, enviesando, por isso, a quantificação da atividade física de ano para ano.

6.2.7- Queda accidental

Na Fase I foi possível constatar diversos relatos de quedas accidentais, umas causadoras de dano físico, por vezes de elevada gravidade, outras apenas de dano psicológico, muitas das vezes associadas a episódios repetidos. Para avaliar este fator, optou-se por questionar os idosos relativamente à ocorrência de quedas nos últimos seis meses, dando como referência temporal um evento concreto (por exemplo, desde a Páscoa quantas vezes caiu?).

Estudo transversal (Fase II)

A ocorrência de quedas é muito prevalente nas pessoas que frequentam os Centros de Dia, atingindo 48.7% da amostra nos últimos seis meses.

No total registaram-se 314 quedas ($n=320$ indivíduos), o que perfaz uma média de 0.98 ± 1.445 quedas por indivíduo; considerando apenas as pessoas com registo de pelo menos uma queda, a média sobe para 2.01 ± 1.485 quedas por indivíduo, com um mínimo de 1 e o máximo de 10, ou seja, pelo menos uma pessoa teve cerca de 10 quedas nesse espaço temporal.

As quedas ocorrem maioritariamente no domicílio (68,2%), tal como fora identificado no estudo anterior (Fase I), seguindo-se a rua (27.4%) e em último o Centro de Dia (4.5%), o que reflete a importância do suporte social face à segurança do idoso. Importa aqui lembrar que 41.8% vive só e 30.1% vive acompanhado apenas por outra pessoa, facto que pode justificar os diversos relatos de quedas no domicílio, sem a presença de qualquer outra pessoa.

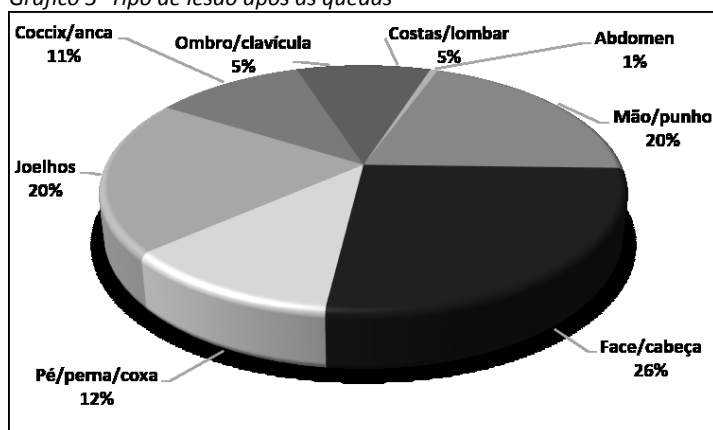
A maioria dos acidentes ocorreu devido a fatores intrínsecos (57.6%), como por exemplo, a falta de força, tonturas ou desequilíbrio. Os fatores extrínsecos ou ambientais, como a existência de tapetes soltos, escadas, chão molhado e pisos irregulares, foram responsáveis por 32,8% das quedas. Por último, fatores comportamentais como trepar a um banco, usar chinelos e saltar por cima de obstáculos, apesar de só representarem 9.6% das quedas, revelam o muito que ainda há para fazer para mitigar este fenómeno.

As quedas no domicílio ocorreram maioritariamente no quarto (44.4%), local onde as pessoas passam a maioria do seu tempo; seguiu-se a sala com 23.6%, a cozinha (14.9%), o WC (11.1%) e o quintal/jardim com 5.8%. Fora de casa ocorreram predominantemente a atravessar a rua ou nos passeios (65.4%), a subir e descer escadas (15.8%), no Centro de Dia (12.1%) ou nos transportes públicos (6.5%), pelos poucos indivíduos que ainda os utilizam.

Após a queda, apenas 29.6% foi capaz de se reerguer sem ajuda; apesar de 57.6% ter reportado a existência de lesão, só 25.2% recorreu a um serviço de saúde (96,2% das vezes ao hospital), o que permite afirmar que a maioria dos eventos nunca é reportado e/ou contabilizado.

As lesões dividem-se entre escoriações (32,0%), hematomas (30,9%), feridas traumáticas (19,3%) ou fraturas (17,7%) e ocorreram em maior percentagem na face/cabeça, membros superiores, joelhos e membros inferiores (Gráfico 3)

Gráfico 3- Tipo de lesão após as quedas



A existência de fratura foi a principal responsável pela necessidade de internamento hospitalar e, nesta amostra, associado ao fenómeno das quedas contabilizaram-se 896 dias.

O fenómeno não aparece estatisticamente associado à idade, escolaridade, estado civil, coabitação, prestador de cuidados ou autonomia na gestão da pensão. No entanto, em média, as pessoas do sexo feminino caíram mais (1.07 ± 1.053 versus 0.68 ± 0.961), sendo a diferença estatisticamente significativa ($t = -2.643$; $p = 0.009$).

Analisando a relação da queda acidental com as outras variáveis, obteve-se:

Desempenho Cognitivo- Consultar o ponto 6.2.1.

Sonolência diurna- O teste t demonstra que, em média, as pessoas com historial de queda têm mais sonolência diurna (10.79 ± 4.8 versus 9.83 ± 4.9), no entanto, a diferença não é significativa ($t = -1.751$; $p = 0.081$). O número de quedas por indivíduo não está estatisticamente relacionado com a presença de sono ($R_p = 0.820$; $p = 0.310$).

Dor e intensidade da dor- O teste *V de Cramer* revela que na presença de dor, há maior probabilidade de acontecerem quedas (*V de Cramer* = 0.188; $p = 0.001$). As experiências mais dolorosas parecem também estar associadas a um maior número de quedas ($R_p = 0.200$; $p < 0.001$), ficando no entanto a dúvida se foram as quedas que deram origem à dor ou se a dor mais intensa, esteve na origem de algumas quedas.

Acuidade visual ao longe e ao perto- Apesar da correlação ser negativa, não há associação estatística significativa.

IMC- Não há associação estatística significativa.

ABVD- Consultar o ponto 6.2.2.

AIVD- Consultar o ponto 6.2.3.

Equilíbrio Corporal- Consultar o ponto 6.2.4.

Medo de cair- Consultar o ponto 6.2.5.

Atividade física- Consultar o ponto 6.2.6.

Gestão do regime medicamentoso- Não há associação estatística significativa.

Número de fármacos prescritos- O coeficiente de *Pearson* revela que o aumento no consumo de fármacos está correlacionado positivamente com o aumento da incidência de quedas ($R_p = 0.203$; $p < 0.001$). A aplicação do teste T destaca como potencialmente mais problemáticos, o consumo de antivertiginosos ($t = -2.071$; $p = 0.039$), o que

pressupõe a existência de alterações ao nível do equilíbrio corporal, bem como de ansiolíticos ($t = -2.322$; $p = 0.021$).

Morbilidade- O teste T revela que, em média, nos últimos seis meses, quem teve mais quedas, teve maior probabilidade de recorrer à urgência hospitalar e de estar internado (Tabela 32).

Tabela 32- Relação entre a incidência de quedas e a urgência hospitalar

Urgência hospitalar	Queda accidental		Internamento hospitalar	Queda accidental	
	M±dp	T student		M±dp	T student
Sim	1.29±1.5	t= 3.221; p=0.001	Sim	0.37±0.6	t= -2.100; p=0.037
Não	0.76±1.3		Não	0.23±0.5	

O recurso à urgência hospitalar e os internamentos ocorreram, essencialmente, quando a queda teve como resultado uma lesão, divergindo entre hematomas, lacerações, feridas e, nos casos mais graves, traumatismos cranianos, fraturas da anca, dos membros inferiores e membros superiores.

Utilização dos recursos- O teste T comprova que, em média, quem tem mais dificuldade para recorrer ao Centro de Saúde, apresenta mais quedas, sendo a diferença estatisticamente significativa (Tabela 33).

Tabela 33- Relação entre a incidência de quedas e a utilização dos recursos de saúde

Dificuldade em usar a USF	Incidência de quedas	
	M±dp	T student
Sim	1.27±1.5	t= 4.248; p<0.001
Não	0.59±0.59	

Autoperceção sobre a saúde- Embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas entre os grupos ($F = 0.613$; $p = 0.653$), observa-se que o número de quedas aumenta à medida que diminui a autoperceção sobre a saúde.

Estudo longitudinal (Fase III)

A análise do relato individual de quedas, ao longo de dois anos, permite suspeitar de um fenómeno com pouca variabilidade sazonal, que atinge o valor médio aproximado de uma queda por idoso em cada seis meses (Tabela 34).

Tabela 34- Distribuição do número de quedas (entre Março e Setembro) ao longo dos anos

	2014	2015	2016
Número de quedas	50	51	48
Média	0,94	0,96	0,89
Desvio padrão	1,082	0,940	1,538
Mínimo	0	0	0
Máximo	4	5	8

A aplicação do teste de *Friedman* não revelou diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=3.921$; $p=0.141$) ao longo dos anos.

Se se tiver em consideração apenas os indivíduos que caíram nesses períodos, o valor médio sobe, demonstrando que uma parte significativa da amostra apresenta mais do que uma queda nos últimos seis meses. Analisando a tabela 35, conclui-se que a prevalência de pessoas que caíram foi sempre elevada, só não ultrapassando os 50% da amostra no último ano.

Tabela 35- Distribuição dos indivíduos que caíram ao longo das três avaliações

	2014	2015	2016
Nº de idosos que caíram	30	36	24
% da população alvo	54.5%	65.4%	43.6%
Nº de quedas	50	51	48
Média de quedas por idoso	1.67±0.92	1.42±0.81	2±1.77
Mínimo	1	1	1
Máximo	4	5	8

6.2.8- Domínio sensorial: Dor

Na Fase I vários foram os casos que referiram dor mas que a suportavam como se fosse algo normal associado ao envelhecimento e para a qual não havia solução. Para medir a sua intensidade optou-se pela Escala Visual Analógica, convertida posteriormente para escala numérica.

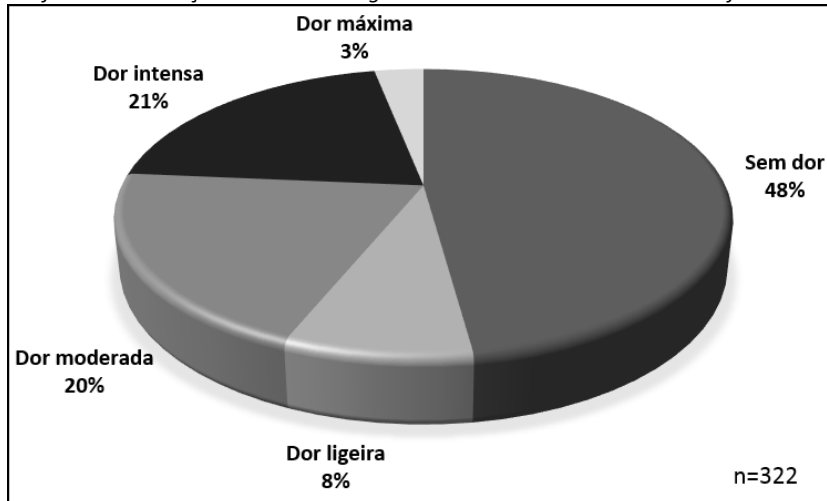
Nas situações em que coexistiam vários focos de dor foi pedido à pessoa para localizar apenas o de maior intensidade.

Estudo transversal (Fase II)

Os resultados demonstram que mais de metade das pessoas (51,9%) referiu dor nas últimas semanas (Gráfico 4).

Contabilizando apenas os indivíduos com queixas e tendo como referência o valor mais elevado de dor referido por cada um, obteve-se um valor médio de 6.01 ± 2.35 (valor mínimo de 1 e máximo de 10); a análise interquartil permite concluir que pelo menos 25% dos indivíduos experienciou pelo menos um episódio de dor intensa.

Gráfico 4- Distribuição da amostra segundo o valor mais elevado de dor referenciado



A dor foi percebida essencialmente em seis zonas corporais que no seu conjunto representam cerca de 83,4% das queixas: região dorso lombar (25.6%), joelhos (23,8%), membros inferiores (16.7%), região abdominal (7.1%), cabeça (6.0%) e ombros (4.2%).

O fenómeno está estatisticamente associado (V de Cramer= 0.208; $p < 0.001$) ao sexo feminino e, normalmente, as mulheres têm experiências de dor mais intensas ($t = -4.161$; $p < 0.001$).

Em média, as pessoas que vivem sozinhas ($t = 4.142$; $p < 0.001$), que gerem autonomamente a pensão de reforma ($t = 1.898$; $p = 0.059$) e que não têm prestador de cuidados ($F = 2.197$; $p = 0.113$), referem experiências de dor mais intensas.

Apesar das crenças, não se observa relação estatística relevante entre a idade e a dor ($R_p = -0.009$; $p = 0.867$).

Analisando a relação da dor com outras variáveis, obteve-se:

Desempenho Cognitivo- Consultar o ponto 6.2.1.

Sonolência diurna- Não há evidência de associação estatística.

IMC- O teste t demonstra que, em média, quem tem dor apresenta um IMC superior (29.24 ± 5.1) a quem não têm (27.74 ± 5.0), sendo a diferença estatisticamente significativa ($t = 2.610$; $p = 0.009$).

ABVD- Consultar o ponto 6.2.2.

AIVD- Consultar o ponto 6.2.3.

Equilíbrio Corporal- Consultar o ponto 6.2.4.

Medo de cair- Consultar o ponto 6.2.5.

Atividade física- Consultar o ponto 6.2.6.

Gestão do regime medicamentoso- Não há associação estatística significativa.

Ocorrência e incidência de quedas- Consultar o ponto 6.2.7.

Número de fármacos prescritos- O teste T comprova que, em média, quem tem dor tem maior probabilidade de consumir um maior número de fármacos ($t= 3.071$; $p=0.002$). Em destaque surge o consumo de ansiolíticos ($t=4.247$; $p<0.001$), de anti-inflamatórios não esteroides ($t=2.357$; $p=0.019$) e consequentemente de antiácidos ($t=2.425$; $p=0.016$).

Morbilidade- O teste t demonstra que, em média, quem recorreu à urgência hospitalar referiu maior intensidade de dor (6.65 ± 2.1), do que quem não foi (5.46 ± 2.4), sendo a diferença estatisticamente significativa ($t=3.435$; $p=0.001$). Não se observaram, no entanto, diferenças significativas, relativamente à morbilidade, quando associada à variável existência de dor, o que parece indicar que não é a presença de dor mas sim a sua intensidade que move as pessoas a recorrerem aos serviços de urgência.

Utilização dos recursos- Simultaneamente, o teste T comprova que, em média, quem recorre ao enfermeiro e ao médico de família e quem tem dificuldade em ir ao centro de Saúde, refere dor de maior intensidade (Tabela 36).

Tabela 36-Relação entre a intensidade da dor e a utilização dos recursos de saúde

Enfermeiro de família	Intensidade da dor		Médico de família	Intensidade da dor		Dificuldade de acesso	Intensidade da dor	
	M±dp	Tstudent		M±dp	Tstudent		M±dp	Tstudent
Sim	1.29±1.5	t=3.221;	Sim	3.28±3.5	t= 1.820;	Sim	3.64±3.5	t= 2.873;
Não	0.76±1.3	p=0.001	Não	2.33±3.0	p=0.074	Não	2.53±3.2	p=0.004

Autoperceção sobre a saúde- O teste oneway ANOVA demonstra que há diferenças significativas entre os grupos ($F=7.459$; $p<0.001$). Constata-se que, em média, a perceção sobre o estado de saúde vai piorando, à medida que a intensidade da dor vai aumentando.

Estudo longitudinal (Fase III)

Longitudinalmente, a dor, é também, bastante prevalente (atinge mais de 50% da amostra em todos os anos), apesar do teste Cochran's Q não revelar diferenças estatisticamente significativas relativas ao número de pessoas que a experienciam anualmente (Tabela 37).

Tabela 37- Distribuição da variável dor ao longo das 3 avaliações

	n	Ano	Com dor N (%)	Sem dor N (%)	Cochran's Q
Dor	51	2014	26 (50.9)	25 (49.1)	<i>p</i> =0.651
		2015	26 (50.9)	25 (49.1)	
		2016	29 (56.8)	22 (43.2)	

O teste ANOVA para amostras emparelhadas determinou que a média da pontuação obtida relativamente à intensidade da dor divergiu com significância estatística ($F=9.301$; $P<0.001$) ao longo dos anos. O aumento da intensidade apenas não foi estatisticamente significativo de 2015 para 2016, embora também se tenha verificado. Assim é possível concluir que houve um aumento da intensidade da dor ao longo das três avaliações (Tabela 38).

Tabela 38- Distribuição da intensidade da dor ao longo das três avaliações

	n	2014	Ano1- Ano2	2015	Ano2- Ano3	2016	Ano1- Ano3	Anova
		Média(dp)	<i>p</i>	Média(dp)	<i>p</i>	Média(dp)	<i>p</i>	<i>p</i>
Dor	51	1.63±1.72	0.014	2.78±3.11	0.404	3.55±3.49	<0.001	<0.001

6.2.9- Domínio sensorial: Acuidade visual

A Fase I (estudo de caso) demonstrou como a perda de funcionalidade ao nível da visão pode limitar a realização das AVD, levando muitas das vezes à opção por uma vida mais sedentária.

Para analisar essa influência, utilizou-se nas Fases II e III, a tabela optométrica de *Snellen*, para avaliar a acuidade visual ao longe; para a classificar a acuidade, utilizaram-se os critérios da Classificação Internacional de Doenças (CID10).

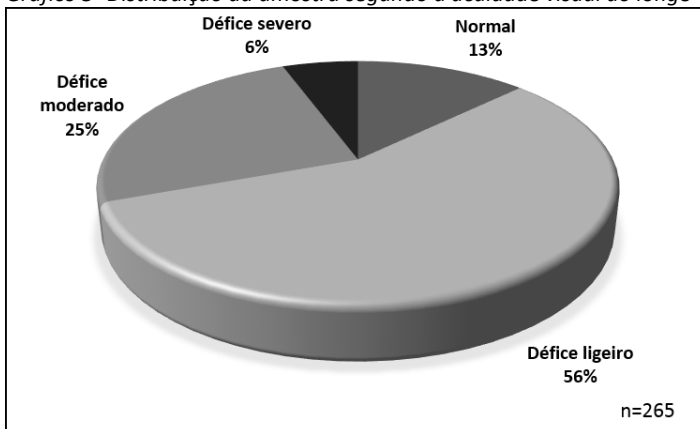
Na fase II, em virtude das evidências resultantes do estudo de caso, utilizou-se simultaneamente um Cartão de Jaeger com o intuito de avaliar a acuidade visual para curtas distâncias

Estudo transversal (Fase II)

A acuidade visual foi o teste que teve a pior taxa de resposta – Visão ao longe – 265 testes realizados (81.28%); visão ao perto – 236 concluídos (72.39%) – uma vez que muitos dos indivíduos não tinham na sua posse os óculos que referiam utilizar, pois como foi referido anteriormente (Fase I), a sua utilidade para as atividades no Centro de Dia era questionável.

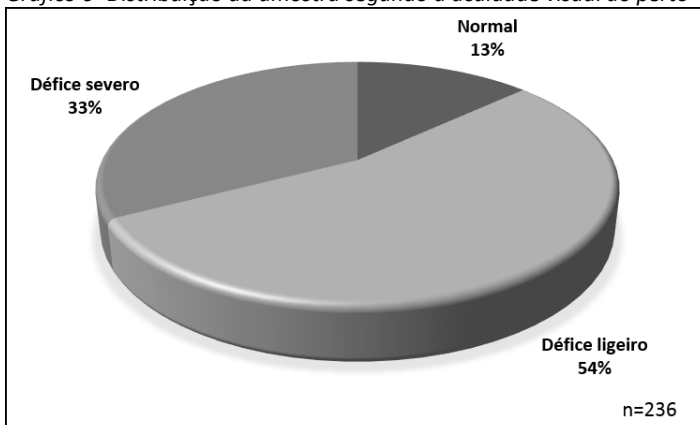
Os que concluíram os testes para visão ao longe, apenas 13% não evidenciava qualquer défice.

Gráfico 5- Distribuição da amostra segundo a acuidade visual ao longe



Relativamente aos testes para avaliar a visão ao perto, é de realçar que 32.6% dos indivíduos apresentavam deficiência severa e apenas 13.1% não evidenciavam problemas (Gráfico 6).

Gráfico 6- Distribuição da amostra segundo a acuidade visual ao perto



Analisando o fator idade, existe uma correlação estatística negativa com a acuidade visual para longe ($R_p = -0.130$; $p = 0.034$) e para perto ($R_p = 0.142$; $p = 0.029$) ou seja, quanto maior a idade menor a acuidade visual.

Em média, quem vive só ($t = 2.262$; $p = 0.024$) e gere autonomamente a pensão ($t = 4.304$; $p < 0.001$) tem melhor acuidade visual para longe. Para a visão ao perto não existem diferenças relevantes.

Analisando a relação da acuidade visual com outras variáveis, obteve-se:

Desempenho Cognitivo- Consultar o ponto 6.2.1.

Sonolência diurna- O coeficiente de *Pearson* revela que o aumento da sonolência diurna pode estar associado à diminuição da acuidade visual ao longe ($R_p = -0.222$; $p < 0.001$). A visão ao perto, apesar da correlação negativa não é estatisticamente relevante ($R_p = -0.048$; $p = 0.463$).

IMC- Não há associação estatística significativa.

ABVD- Consultar o ponto 6.2.2.

AIVD- Consultar o ponto 6.2.3.

Equilíbrio Corporal- Consultar o ponto 6.2.4.

Medo de cair- Consultar o ponto 6.2.5.

Atividade física- Consultar o ponto 6.2.6.

Gestão do regime medicamentoso- Relativamente à acuidade visual para longe, o teste *oneway ANOVA* revelou que há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F = 10.085$; $p < 0.001$); assim, em média, quanto menor for a acuidade visual, maior será a dependência para gerir o regime medicamentoso.

Ocorrência e incidência de quedas- Consultar o ponto 6.2.7.

Número de fármacos prescritos- Não há associação estatística significativa.

Morbilidade- Não há associação estatística significativa.

Utilização dos recursos- O teste *t* demonstra que, em média, as pessoas que não utilizam o enfermeiro de família ou que têm mais dificuldade em recorrer ao Centro de Saúde têm pior acuidade visual para longe (Tabela 39). Não há associações estatísticas significativas para a acuidade visual para perto.

Tabela 39- Relação entre a acuidade visual ao longe e a utilização dos recursos de saúde

Enfermeiro de família	Acuidade visual para longe		Dificuldade no acesso à USF	Acuidade visual para longe	
	M±dp	T student		M±dp	T student
Sim	4.68±3.1	t=1.865; p=0.063	Sim	3.64±2.5	t= -3.606; p<0.001
Não	3.98±2.6		Não	4.88±3.0	

Autopercepção sobre a saúde- Não há associação estatística significativa.

Uso de dispositivo de correção sensorial

Dos que fizeram o teste, 56.8% usava óculos e, em média, tinham melhor acuidade visual (4.66±2.80) do que os que não usavam (3.55±2.77). Esta diferença foi estatisticamente significativa (t=3.214; p=0.001).

Estudo longitudinal (Fase III)

Na Fase III, apenas se avaliou a acuidade para a visão ao longe. Aplicando o teste ANOVA, conclui-se que houve uma redução progressiva da acuidade visual ao longo dos anos, existindo diferenças estatisticamente significativas em todas as comparações (Tabela 40).

Tabela 40- Distribuição da acuidade visual ao longe ao longo das três avaliações

	n	2014	Ano1- Ano2	2015	Ano2- Ano3	2016	Ano1- Ano3	Anova
		Média(dp)	p	Média(dp)	p	Média(dp)	p	p
Acuidade visual	50	6.52±3.37	<0.001	5.46±3.56	<0.001	4.22±3.64	<0.001	<0.001

Uso de dispositivo de correção sensorial

O teste Cochran's Q determinou diferenças estatisticamente significativas (p= 0.009) que permitem comprovar uma redução progressiva na utilização de óculos, ao longo dos três anos (Tabela 41), compatível com os relatos de alguns casos (Fase I), onde por vezes, o uso de óculos, a sua atualização ou substituição, deixou de ser prioritário em função da pouca atividade exercida e da despesa necessária.

Tabela 41- Distribuição da amostra consoante a utilização de prótese ocular

	n	2014	2015	2016	Cochran's Q
		n (%)	n (%)	n (%)	
Uso de óculos	54	Sim	35 (79.5)	34 (77.3)	p=0.009
		Não	19 (20.5)	20 (22.7)	

6.2.10- *Status* nutricional

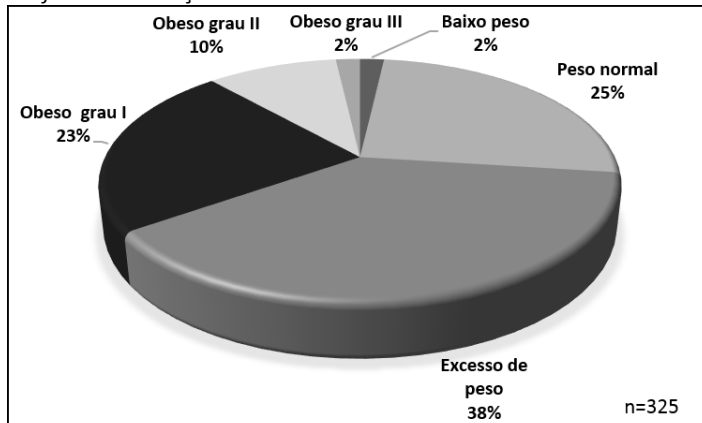
Apesar de não haver referências a este parâmetro na Fase I, o que permite suspeitar que não é um problema que preocupe estas pessoas, pode ser importante determinar a sua influência na funcionalidade do idoso, de acordo com a evidência científica consultada (7) (27) (63).

Para avaliar o *status* nutricional da amostra, calculou-se o IMC, segundo os valores normativos da OMS (169). Avaliou-se também a funcionalidade da dentição^o, bem como a existência de problemas na cavidade oral (avaliado apenas na Fase II).

Estudo transversal (Fase II)

O cálculo do IMC demonstra que na amostra, predomina o excesso de peso (38.2%) ou a obesidade (37.7%), registando-se seis casos de obesidade mórbida (Gráfico 7). A média foi de 28.46 ± 5.1 (mínimo 15.9 e máximo 44.5).

Gráfico 7-Distribuição dos valores de IMC



Analisando a relação do IMC com outras variáveis, obteve-se:

Desempenho Cognitivo- Consultar o ponto 6.2.1.

Sonolência diurna- Não há correlação estatística significativa.

ABVD- Consultar o ponto 6.2.2.

AIVD- Consultar o ponto 6.2.3.

^o Dentição funcional (vinte dentes anteriores em oclusão, com oito incisivos, quatro caninos e oito pré-molares)

Equilíbrio Corporal- Consultar o ponto 6.2.4.

Medo de cair- Consultar o ponto 6.2.5.

Atividade física- Consultar o ponto 6.2.6.

Gestão do regime medicamentoso- Não há associação estatística significativa.

Ocorrência e incidência de quedas- Consultar o ponto 6.2.7.

Número de fármacos prescritos- Existe correlação estatística positiva fraca entre o IMC e o consumo de fármacos ($R_p= 0.121$; $p=0.035$), ou seja, quanto maior for o IMC maior será a probabilidade de aumentar o consumo de fármacos.

Morbilidade- Não há associação estatística significativa.

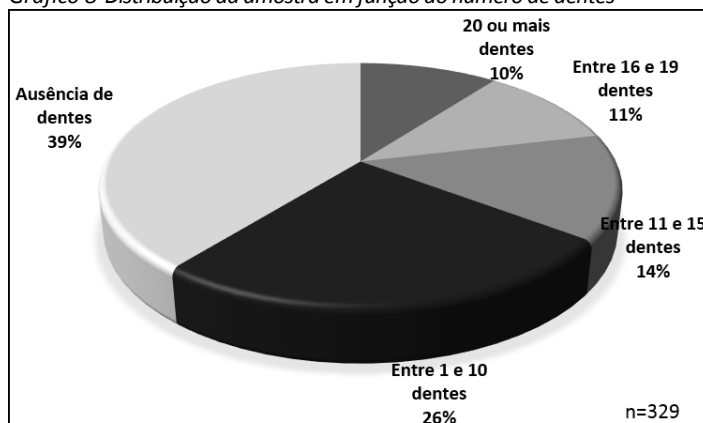
Utilização dos recursos- O teste t demonstra que, em média, as pessoas que têm dificuldade em recorrer ao Centro de Saúde, têm um IMC superior (29.02 ± 5.05) ao dos restantes (27.86 ± 5.2) e a diferença é estatisticamente significativa ($t=1.984$; $p=0.048$).

Autopercepção sobre a saúde- Não há associação estatística significativa.

Dentição funcional

Um fator importante para a manutenção do peso corporal é a existência de uma dentição funcional. A avaliação da cavidade oral revelou que a maioria das pessoas já não tem dentes (39,2%) ou apresenta entre um e dez dentes (25,5%); apenas 10,3% apresenta uma dentição funcional (Gráfico 8). No entanto, não existe correlação estatística significativa entre o número de dentes e o valor de IMC.

Gráfico 8-Distribuição da amostra em função do número de dentes



O uso de prótese dentária está associado à perda de dentes (V de Cramer=0.260; $p<0.001$) logo, 54.1% usa diariamente prótese dentária. No entanto, na Tabela 42, é possível observar que uma grande percentagem de indivíduos com menos de dez dentes (ou sem qualquer peça dentária), não usa prótese dentária.

Tabela 42- Uso de prótese dentária em função do número de dentes

		Dentição					Total	
		20 ou + dentes	Entre 16 e 19 dentes	Entre 11 e 15 dentes	Entre 1 e 10 dentes	Ausência de dentes	n	%
Uso de prótese dentária	Sim	12	15	17	47	86	177	54.1
	Não	22	21	29	37	41	150	45.9

A falta de dentes está associada estatisticamente à existência de problemas na cavidade oral ($X^2=5.528$; $p=0.022$) que, na amostra, se caracteriza por incapacidade para mastigar alimentos duros (21.3%), xerostomia (5.5%), prótese dentária mal adaptada (4.9%) e dor na cavidade oral (3.3%).

Estudo longitudinal (Fase III)

O cálculo do IMC revela uma elevada prevalência de pessoas com peso acima dos valores recomendados, tal como na Fase II, realçando-se que a percentagem mais elevada de peso normal se verificou em 2016 e representou apenas 17% da amostra (Tabela 43).

Tabela 43- Variação do IMC ao longo das três avaliações

Variável IMC	2014		2015		2016		Anova
	n	%	n	%	n	%	
Baixo peso	2	3,7	1	1,9	1	1,9	P=0.005
Peso normal	4	7,4	7	13,5	9	17,0	
Excesso de peso	24	44,4	25	48,1	24	45,3	
Obeso grau I	18	33,3	14	26,9	12	22,6	
Obeso grau II	5	9,3	4	7,7	7	13,2	
Obeso grau III	1	1,9	1	1,9	0	0,0	
Total	54	100,0	52	100,0	53	100,0	

O teste *oneway* ANOVA para amostras emparelhadas com a correção Greenhouse-Geisser determinou que a média da pontuação obtida relativamente ao IMC divergiu com significância estatística ($F=7.194$; $P=0.005$). *Post hoc tests*, usando a

correção de Bonferroni revelam que houve uma diminuição estatisticamente significativa ($p=0.003$) no IMC, entre 2014 (30.07 ± 4.48) e 2015 (29.49 ± 4.45), bem como entre 2015 e 2016 (29.21 ± 4.78), embora esta última não fosse estatisticamente relevante ($p=0.499$).

Atendendo aos relatos obtidos na Fase I, em que vários casos apontavam melhorias significativas ao nível da alimentação (maior ingestão calórica) e considerando a elevada percentagem de sedentarismo, seria expectável que a evolução traduzisse um aumento ponderal; no entanto, apesar de não existirem quaisquer restrições institucionais à ingestão de alimentos nos últimos dois anos, houve uma diminuição efetiva no IMC.

Dentição funcional

Observaram-se graves deficiências ao nível da dentição (Tabela 44).

Tabela 44- Evolução da dentição ao longo de três avaliações

		2014		2015		2016		Anova
		%	Média	%	Média	%	Média	
Número de dentes	Sem dentes	41.8		41.8		43.6		p=0.011
	Entre 1 e 10 dentes	25.5	7.37±1.2	25.5	7.23±1.2	27.3	7.15±1.2	
	Entre 11 e 20 dentes	16.4		16.4		14.5		
	Superior a 20 dentes	16.4		16.4		14.5		

Em 2014, 41.8% não tinha uma única peça dentária e 25.5% tinha apenas entre um e dez dentes. Em 2016, essa percentagem conjunta ultrapassou os 70.0%, comprovando-se uma evolução negativa com significância estatística ($F= 5.261$; $p=0.011$).

Apesar da magnitude do défice estrutural ao nível da boca, em 2014 apenas 51.9% dos indivíduos, submetidos à avaliação, utilizava prótese dentária, subindo em 2016 para 55.5% (Tabela 45).

Tabela 45- Variação relativa ao uso de prótese dentária ao longo das três avaliações

Uso de prótese dentária	Variações	n	Wilcoxon	Cochran's Q
2014/2015	Negativas	4	Z = 0.000 p = 1.000	p=0.641
	Positivas	4		
	Vínculos	46		
2015/2016	Negativas	3	Z = -1.000 p = 0.317	
	Positivas	1		
	Vínculos	50		
2014/2016	Negativas	4	Z = -0.816 p = 0.414	
	Positivas	2		
	Vínculos	48		

A utilização de próteses não foi constante ao longo do tempo; os dados evidenciam que de 2014 para 2016, quatro indivíduos passaram a usar prótese enquanto dois deixaram de a utilizar (Tabela 45).

6.2.11- Sonolência diurna

A sonolência diurna foi identificada na Fase I como um acontecimento normal na vida de um Centro de Dia. Para averiguar a prevalência e evolução desse fenómeno construiu-se um questionário com seis indicadores relativos às atividades normais do centro, avaliados com uma escala tipo Likert, com quatro pontos (1-Nunca adormeço; 2-Raramente adormeço; 3-Por vezes adormeço; 4-Adormeço frequentemente). No final calcula-se a pontuação que pode variar entre 6 (nunca adormece) e 36 (dorme frequentemente nas atividades).

Estudo transversal (Fase II)

Adormecer durante as atividades do Centro de Dia foi referenciado por 59,1% dos indivíduos da amostra. Atendendo a que normalmente existem pessoas relutantes em admitir que dormem no Centro, o resultado comprova a elevada prevalência do fenómeno e a evidência retirada das entrevistas da Fase I.

Em média, quem vive só ou com o cônjuge ($F=2.033$; $p=0.090$), quem não têm prestador de cuidados ($F=1.599$; $p=0.190$) e quem gere a pensão de reforma ($t=-3.213$; $p=0.001$), tem menos sonolência diurna, embora as diferenças nem sempre sejam estatisticamente significativas.

Analisando a relação da sonolência com outras variáveis, obteve-se:

Desempenho Cognitivo- Consultar o ponto 6.2.1.

Dor- Consultar o ponto 6.2.8.

ABVD- Consultar o ponto 6.2.2.

AIVD- Consultar o ponto 6.2.3.

Equilíbrio Corporal- Consultar o ponto 6.2.4.

Medo de cair- Consultar o ponto 6.2.5.

Atividade física- Consultar o ponto 6.2.6.

Gestão do regime medicamentoso- O teste *oneway* ANOVA revela que, há diferenças estatísticas significativas ($F=8.081$; $P<0.001$). Em média quem gere os medicamentos apresenta valores inferiores de sonolência (9.01 ± 3.9), do que quem precisa de ajuda (10.86 ± 4.7) ou é totalmente dependente (11.40 ± 5.5).

Ocorrência e incidência de quedas- Consultar o ponto 6.2.7.

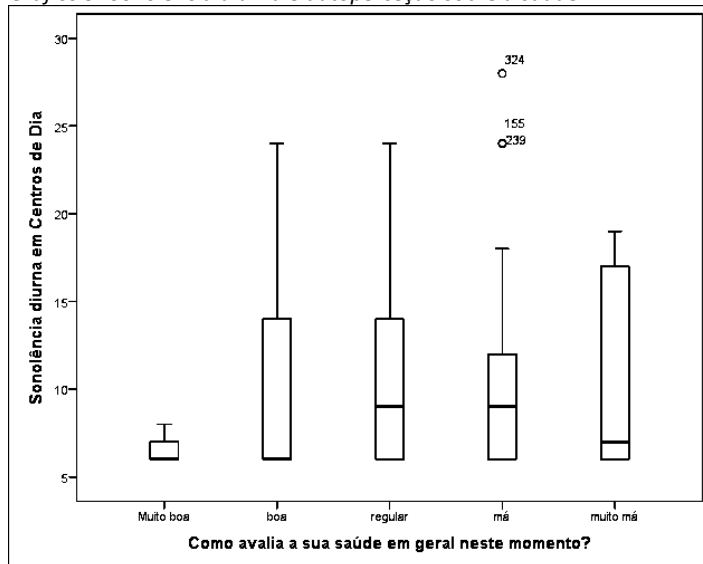
Número de fármacos prescritos- Não há associação estatística significativa.

Morbilidade- Não há associação estatística significativa.

Utilização dos recursos- O teste t demonstra que, em média, as pessoas que têm dificuldade em recorrer ao Centro de Saúde, têm mais sonolência diurna (11.15 ± 5.1) do que restantes (9.14 ± 4.3) e a diferença é estatisticamente significativa ($t=3.783$; $p<0.001$). O mesmo acontece com quem não recorre ao Enfermeiro de família ($t=-2.441$; $p=0.015$)

Autoperceção sobre a saúde- Apesar de não haver significância estatística o teste *oneway* ANOVA revela que, em média, os indivíduos que avaliam a sua saúde como muito boa apresentam valores de sonolência diurna muito inferiores aos dos restantes (Gráfico 9).

Gráfico 9- Sonolência diurna e autoperceção sobre a saúde



Estudo longitudinal (Fase III)

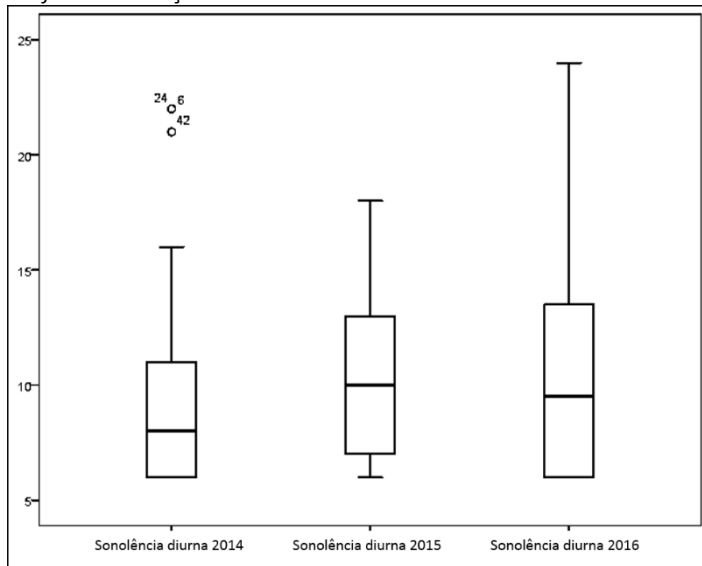
A evolução da sonolência diurna está representada na Tabela 46. Observa-se um aumento progressivo médio, nos valores relativos à sonolência diurna, ao longo das três avaliações, apesar de não se observarem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 46- Distribuição da variável sonolência diurna ao longo de três avaliações

	n	2014	Ano1- Ano2	2015	Ano2- Ano3	2016	Ano1- Ano3	Anova
		Média(dp)	p	Média(dp)	p	Média(dp)	p	p
Sonolência diurna	52	9.52±4.1	0.369	10.25±3.5	1.000	10.69±5.4	0.526	0.208

A análise do último quartil do Gráfico 10 permite concluir a existência de um agravamento significativo do problema para um número considerável de indivíduos da amostra, em apenas dois anos.

Gráfico 10- Evolução da sonolência diurna



6.2.12- Gestão do regime medicamentoso

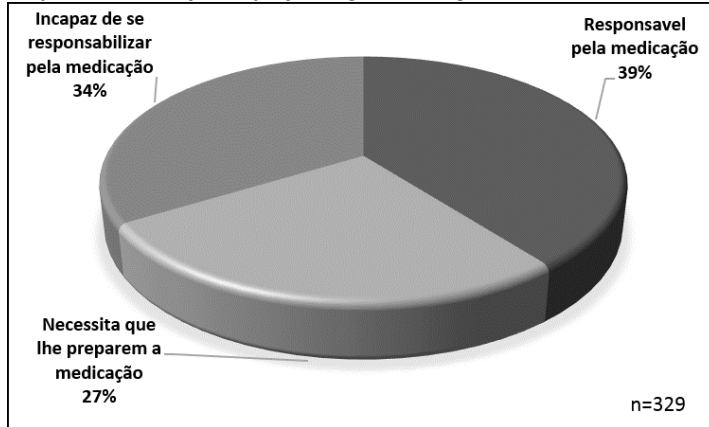
Os resultados da Fase I revelaram dificuldades progressivas, ao nível da gestão dos medicamentos, resultantes da perda gradual de funcionalidade que por vezes culminam em eventos danosos para a própria pessoa. Como estratégia, observou-se a transferência dessas competências para a responsabilidade do Centro de Dia.

Conscientes da importância desse fenómeno, efetuou-se um questionário para caracterizar o regime medicamentoso em uso e a forma como cada um faz essa gestão.

Estudo transversal (Fase II)

Apenas 39.5% afirma ser responsável por gerir o regime medicamentoso prescrito (Gráfico 11).

Gráfico 11-Distribuição em função da gestão do regime medicamentoso



Analisando a Tabela 47, observa-se que se for tido em conta o domínio do conhecimento, somente 32.5% da amostra está totalmente capaz para gerir autonomamente o regime medicamentoso; acrescenta-se ainda, que só uma pequena percentagem dos indivíduos dispõe de suporte escrito (25.8%).

Tabela 47- Variáveis que caracterizam a gestão do regime medicamentoso

		n	%
Conhecimento sobre os fármacos	Conhece	102	32,5
	Conhecimento superior a 50%	32	10,2
	Conhecimento inferior a 50%	61	19,4
	Não conhece	119	37,9
Suporte escrito	Sim	81	25,8
	Não	233	74,2

O Coeficiente *Rho de Spearman* comprova que quem gere o regime medicamentoso, tem maior probabilidade de ter conhecimento para o fazer ($Rho=0.439$; $p<0.001$); no entanto, realça-se que apenas 58.1% dos que gerem demonstram ter total conhecimento (Tabela 48).

Tabela 48- Regime medicamentoso. Conhecimento versus Autonomia

Conhecimento sobre o regime	Assume a responsabilidade pela medicação	
	n	%
Conhece totalmente	72	58.06
Conhece mais de 50%	15	12.10
Conhece menos de 50%	16	12.90
Não conhece qualquer fármaco	21	16.94

As pessoas que vivem sozinhas são mais autónomas a gerir a medicação ($\chi^2=22.711$; $p<0.001$), assim como os que não têm prestador de cuidados ($\chi^2=19.980$; $p<0.001$) e os que gerem autonomamente a pensão de reforma ($\chi^2=104.711$; $p<0.001$).

Não há relação estatística com a idade.

Analisando a relação da gestão do regime com as outras variáveis, obteve-se:

Desempenho Cognitivo- Consultar o ponto 6.2.1.

Sono- Consultar o ponto 6.2.11.

Dor- Consultar o ponto 6.2.8.

Acuidade visual- Consultar o ponto 6.2.9.

IMC- Consultar o ponto 6.2.10.

ABVD- Consultar o ponto 6.2.2.

AIVD- Consultar o ponto 6.2.3.

Equilíbrio Corporal- Consultar o ponto 6.2.4.

Medo de cair- Consultar o ponto 6.2.5.

Atividade física- Consultar o ponto 6.2.6.

Ocorrência e incidência de quedas- Consultar o ponto 6.2.7.

Número de fármacos prescritos- Não há associação estatística significativa.

Morbilidade- O teste *oneway* ANOVA revela que, há diferenças estatísticas significativas ($F=4.282$; $P=0.015$). Em média quem gere os medicamentos recorre menos à urgência do que quem necessita de ajuda ($p=0,029$) ou é totalmente dependente ($p=0.049$).

Utilização dos recursos- O teste Qui Quadrado revela a existência de associação estatística significativa entre a gestão autónoma da medicação e a ausência de dificuldade em utilizar o Centro de Saúde ($X^2=66.655$; $p<0.001$), ou seja, quem ainda não tem dificuldade em se deslocar ao Centro tem maior probabilidade de gerir com autonomia a medicação.

Autoperceção sobre a saúde- Não há associação estatística significativa.

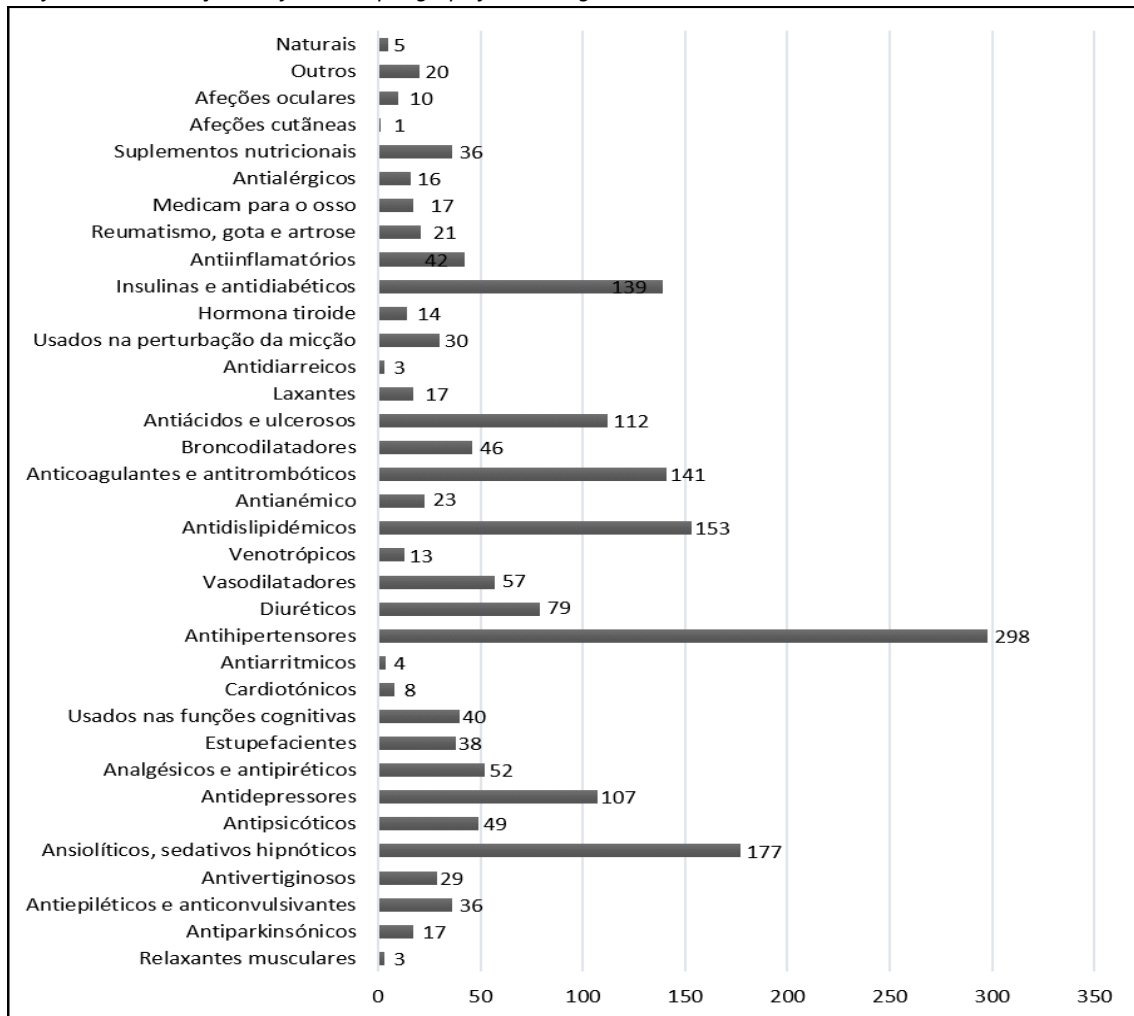
Regime medicamentoso prescrito

Os resultados da Fase I identificaram ainda, o potencial de dano atribuível ao consumo de fármacos, embora de forma menos evidente que as quedas. A evidência mundial é clara em associar a esta faixa etária o consumo exacerbado de fármacos que, por diversas razões, têm potencial de causar dano (91) (175) (176). Importa assim avaliar o regime medicamentoso prescrito quando se persegue a meta do Envelhecimento Saudável.

Os 307 indivíduos a quem foi possível recolher informações sobre o regime medicamentoso em uso, apresentaram um consumo médio de 6.05 ± 3.33 (mínimo 0 e máximo 18) fármacos, sendo na sua maioria (63.8%) polimedicados (têm prescritos esquemas terapêuticos com mais de quatro fármacos).

No gráfico 12 é possível consultar a distribuição dos medicamentos pelos grupos farmacológicos.

Gráfico 12- Distribuição dos fármacos por grupo farmacológico



Destaca-se o consumo de anti-hipertensores (16.08%), ansiolíticos (9.55%), antidiabéticos (7.51%), antiácidos (6.05%) e antidepressivos (5.79%) que, no conjunto, representam 60.82% do total de fármacos ingeridos. Utilizando a classificação adotada pelo INFARMED, realça-se o peso das prescrições direcionadas ao aparelho cardiovascular e sistema nervoso central que correspondem a 62,5% do total

O teste T comprova ($t = -2.857$; $p = 0.005$) que, em média, as mulheres consomem mais fármacos (6.34 ± 3.3 versus 5.06 ± 3.3).

O número de fármacos não se correlaciona com a idade ($R_p = -0.085$; $p = 0.138$), nem com o nível de escolaridade ($Rho = -0.083$; $p = 0.149$); também não se observam associações com o estado civil (V de Cramer = 0.096; $p = 0.424$), coabitação ($t = 0.379$; $p = 0.705$), prestador de cuidados ($t = 0.373$; $p = 0.567$) ou gestão da pensão de reforma ($t = 1.830$; $p = 0.068$), embora em média, quem vive sozinho, não tem prestador de cuidados e gere autonomamente a pensão, tem maior probabilidade de consumir mais medicamentos.

O consumo de fármacos não se correlaciona com nenhuma das variáveis de morbilidade, nem se associa às variáveis que representam a utilização dos recursos de saúde.

No entanto, o teste *oneway* ANOVA revela que há diferenças significativas relativamente à perceção de saúde individual ($F = 3.049$; $p = 0.017$). Analisando o consumo médio de fármacos, constata-se que quem considera a sua saúde como muito boa, consome menos medicamentos (4.75 ± 0.9), do que quem assume que a sua saúde é boa (5.38 ± 3.3), regular (5.99 ± 3.3), má (7.02 ± 3.3) ou muito má (8.11 ± 3.7), ou seja, à medida que diminui a autoperceção sobre a saúde, aumenta o consumo de fármacos.

Estudo longitudinal (Fase III)

Apesar do teste de *Friedman* não revelar diferenças estatisticamente significativas ao longo das três avaliações ($\chi^2 = 7.682$; $p = 0.021$), é possível visualizar uma transferência gradual de responsabilidades da pessoa idosa para os seus cuidadores, sejam eles familiares ou o Centro de Dia (Tabela 49).

Tabela 49- Gestão do regime medicamentoso ao longo de três avaliações

	2014	Wilcoxon	2015	Wilcoxon	2016	Wilcoxon	Friedman
	n (%)	(1-2)-p	n (%)	(2-3)-p	n (%)	(1-3)-p	p
Responsável pela medicação	28(53.8)		24(46.2)		21(39.6)		
Necessita que preparem	14(26.9)	0.096	17(32.7)	0.059	19(35.8)	0.025	0.021
Incapaz de se responsabilizar	10(19.2)		11(21.2)		13(24.5)		

Em todas as avaliações, a percentagem de indivíduos que demonstra total conhecimento acerca dos fármacos que ingere é sempre inferior a 50%; o teste de *Friedman* não identifica diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2= 2.854$; $p=0.240$); no entanto, na Tabela 50 é possível constatar o aumento progressivo do número de indivíduos que desconhece, por completo, os fármacos que toma, representando em 2016 mais de um terço da amostra e, pela primeira vez, ultrapassando em percentagem o número de indivíduos que conhecem todo o regime medicamentoso.

Tabela 50- Evolução do conhecimento demonstrado face ao regime medicamentoso

	2014	Wilcoxon	2015	Wilcoxon	2016	Wilcoxon	Friedman
	n (%)	(1-2)-p	n (%)	(2-3)-p	n (%)	(1-3)-p	p
Conhece	22(44)		17(34.7)		17(34)		
Conhece mais de 50%	7(14)	0.097	5(10.2)	0.097	5(10)	0.207	0.240
Conhece menos de 50%	6(12)		11(22.4)		10(20)		
Não conhece	15(30)		16(32.7)		18(36)		

Cruzando a informação da Tabela 49 com a da Tabela 50, é possível verificar que há uma percentagem de indivíduos que gere autonomamente o regime medicamentoso sem ter total conhecimento acerca do mesmo.

Gerir os medicamentos é, portanto, uma tarefa complexa que está ao encargo da pessoa idosa até ela não ser mais capaz de o fazer; quando isso acontece, a responsabilidade passa para os familiares ou para as cuidadoras do Centro de Dia (Tabela 51).

Tabela 51- Evolução da distribuição da responsabilidade pela gestão dos medicamentos, ao longo de dois anos

	2014	Wilcoxon	2015	Wilcoxon	2016	Wilcoxon	Friedman
	n (%)	(1-2)-p	n (%)	(2-3)-p	n (%)	(1-3)-p	p
O próprio	25(50)		22(44.9)		19(38)		
Familiares	16(32)	0.334	17(34.7)	0.190	19(38)	0.070	0.245
As cuidadoras do centro	9(18)		10(20.4)		12(24)		

Mais uma vez, apesar do teste de *Friedman* não ter revelado diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=2.811$; $p=0.245$), a observação da Tabela 51 permite concluir que, com o passar dos anos, a tarefa de gerir a medicação vai passando da responsabilidade das pessoas idosas para os familiares e/ou as cuidadoras do centro; é de realçar que, nesta amostra, em 2016, o Centro era já responsável por gerir os medicamentos de 24% dos indivíduos.

Regime medicamentoso prescrito

O teste *oneway* ANOVA para amostras emparelhadas com a correção *Huynh-Feldt* determinou que a média da pontuação obtida relativamente ao número de fármacos consumidos divergiu com significância estatística ($F=7.799$; $p=0.002$).

A tabela 52 demonstra que o consumo de fármacos aumentou ao longo das três avaliações, principalmente entre 2014 e 2015 ($p=0.003$) passando de uma média de seis medicamentos por indivíduo, em 2014, para sete em 2016.

Tabela 52- Distribuição do consumo de fármacos ao longo de tempo

	n	2014	Ano1- Ano2	2015	Ano2- Ano3	2016	Ano1- Ano3	Anova
		Média(dp)	p	Média(dp)	p	Média(dp)	p	p
Nº. de fármacos	53	5.85±2.92	0.003	6.73±3.45	1.000	6.92±3.64	0.011	0.002

A tabela 53 reúne o conjunto de fármacos identificados nas três avaliações.

O teste de *Friedman* permite constatar um aumento estatisticamente significativo no consumo de antivertiginosos ($\chi^2=13.000$; $p=0.002$), ansiolíticos, ($\chi^2=10.211$; $p=0.006$), antidepressivos ($\chi^2=7.786$; $p=0.020$) e antidiabéticos orais/insulinas ($\chi^2=9.556$; $p=0.008$), essencialmente no primeiro ano; de medicamentos utilizados para tratamento das perturbações da micção ($\chi^2=9.500$; $p=0.009$), principalmente no último ano; e, embora não sejam estatisticamente significativos, também se observa um aumento no consumo de broncodilatadores ($p=0.082$), estupefacientes ($p=0.156$), antipsicóticos ($p=0.504$) e de medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas ($p=0.459$).

Em sentido decrescente destaca-se o consumo de analgésicos e antipiréticos ($p=0.076$), bem como os fármacos utilizados para o tratamento da artrose ($p=0.549$).

Tabela 53- Distribuição dos fármacos por grupos farmacológicos nas três avaliações (classificação adotada pelo INFARMED)

Grupos farmacológicos		Número de medicamentos			Friedman
		2014	2015	2016	
Sistema nervoso central	Antiparkinsonianos	0	3	3	$p=0.135$
	Anticonvulsivantes	7	10	10	$p=0.276$
	Antivertiginosos	2	8	10	$p=0.002$
	Ansiolíticos	14	25	23	$p=0.006$
	Antipsicóticos	8	9	11	$p=0.504$
	Antidepressivos	25	31	32	$p=0.020$
	Analgésicos e antipiréticos	9	8	3	$p=0.076$
	Estupefacientes	1	2	6	$p=0.156$
	Funções cognitivas	10	12	13	$p=0.459$
Aparelho cardiovascular	Cardiotónicos	1	1	1	-----
	Antiarrítmicos	3	2	1	$p=0.223$
	Anti-hipertensores	55	59	60	$p=0.320$
	Diuréticos	5	9	9	$p=0.228$
	Vasodilatadores	17	13	14	$p=0.646$
	Venotrópicos	2	3	2	$p=0.607$
	Antidislipidémicos	36	30	30	$p=0.080$
Sangue	Antianémicos	1	5	5	$p=0.135$
	Anticoagulantes/antitrombóticos	28	25	26	$p=0.629$
Aparelho Respiratório	Broncodilatadores	6	8	11	$p=0.082$
Aparelho digestivo	Antiácidos/antiulcerosos	20	21	20	$p=0.882$
	Laxantes	1	1	2	$p=0.779$
Aparelho Geniturinário	Micção	5	6	12	$p=0.009$
Hormonas	Tiroide	4	3	3	$p=0.368$
	Diabetes	23	31	32	$p=0.008$
Aparelho locomotor	AINE	4	5	3	$p=0.651$
	Antirreumáticos	2	3	1	$p=0.223$
	Artrose	5	4	3	$p=0.549$
Nutrição	Suplementos Nutricionais	3	2	4	$p=0.735$
Antialérgicos	Anti-histamínicos/corticosteroide	1	0	1	$p=0.607$
Afeções oculares	Oculares	1	0	0	$p=0.607$
Vários	Outros	4	8	9	$p=0.174$
Naturais	Naturais	1	2	0	$p=0.223$
Total		304	349	360	

Ao longo das avaliações, o consumo de medicamentos para tratar as doenças cardiovasculares manteve-se estável, embora a sua proporção relativa aos restantes grupos tenha diminuído.

Em sentido contrário surgem os fármacos que atuam ao nível do sistema nervoso central que registam um aumento progressivo ao longo dos anos. Estes dois grupos, em conjunto, foram responsáveis por mais de 60% da medicação prescrita em qualquer uma das avaliações.

Observando o consumo nos restantes grupos, realça-se o aumento progressivo, embora com pouca expressão, dos medicamentos direcionados às doenças endócrinas,

aparelho geniturinário e respiratório, bem como a diminuição no consumo de fármacos direcionados ao aparelho locomotor (Tabela 54).

Tabela 54- Distribuição do número de fármacos, por grupo terapêutico, ao longo de dois anos

	2014		2015		2016	
	Nº.	(%)	Nº.	(%)	Nº.	(%)
Sistema cardiovascular	119	39.14	117	33.52	117	32.50
Sistema nervoso central	76	25.00	108	30.95	111	30.83
Hormonas	27	8.88	34	9.74	35	9.72
Sangue	29	9.54	30	8.60	31	8.61
Aparelho Digestivo	21	6.91	22	6.30	22	6.11
Aparelho Geniturinário	5	1.64	6	1.72	12	3.33
Aparelho Respiratório	6	1.97	8	2.29	11	3.06
Aparelho Locomotor	11	3.62	12	3.44	7	1.94
Nutrição	3	0.99	2	0.57	4	1.11
Outros	6	1.97	8	2.29	10	2.77
Naturais	1	0.33	2	0.57	0	0.00
Total	304	100.00	349	100.00	360	100.00

6.2.13- Morbilidade

A existência de múltiplas doenças, a incapacidade daí resultante e a necessidade de vigilância contínua face à instabilidade no estado de saúde, foram apontadas, na Fase I, como razões para ingressar no Centro de Dia. Nesse sentido, a proximidade dos cuidadores e a possibilidade de rapidamente poder ser encaminhado para uma urgência hospitalar, facilitava a tomada de decisão. Assim, tendo em conta a dificuldade encontrada face à enumeração de doenças, pelos indivíduos da amostra, optou-se por avaliar o fenómeno da morbilidade através da quantificação do número de dias de doença (dias em que foi necessário ficar em casa, sem sair da cama), de internamentos hospitalares e de idas à urgência, num período temporal de seis meses.

Estudo transversal (Fase II)

A maioria dos indivíduos (79.4%) nunca esteve doente no último semestre. Os restantes 20.6% (66 pessoas) estiveram em casa doentes 1164 dias, o que corresponde a uma mediana de oito dias (mínimo 1 – máximo 180) por pessoa.

O teste T revela que, em média, as pessoas que ficaram em casa doentes são mais novas (77.56 ± 9.0) do que as que nunca faltaram ao Centro de Dia (80.05 ± 8.0) e a diferença é estatisticamente significativa ($t = -2.186$; $p = 0.030$). Não se encontraram associações estatisticamente significativas com mais nenhuma variável sociodemográfica.

Analisando os seis meses que antecederam a recolha de dados, constata-se uma elevada utilização dos serviços de urgência hospitalar. Da amostra, 41.6% deslocou-se, pelo menos uma vez, a uma consulta, perfazendo um total de 196 episódios de urgência.

Em média, as pessoas que o fizeram são mais novas (78.02 ± 8.6) do que as que nunca lá foram (80.69 ± 7.8), sendo a diferença estatisticamente significativa ($t = -2.881$; $p = 0.004$). Não se encontraram associações estatísticas significativas com mais nenhuma variável sociodemográfica.

Analisando o número de admissões hospitalares, contabilizam-se noventa e seis episódios, distribuídos por 24% da amostra (77 indivíduos), somando um total de 1743 dias de internamento. Não se encontraram associações estatisticamente significativas com nenhuma variável sociodemográfica.

Relacionando os três indicadores de morbilidade, através do coeficiente de Pearson, é possível comprovar que quem vai à urgência, tem maior probabilidade de ficar internado e de ficar doente sem conseguir sair de casa (Tabela 55).

Tabela 55- Cálculo da correlação de Pearson entre os diversos indicadores de morbilidade

	Nº. dias de doença	Nº. Internamentos	Recurso à Urgência
Nº. dias de doença	-----	(0.281; $p < 0.001$)	(0.331; $p < 0.001$)
Nº. Internamentos	(0.281; $p < 0.001$)	-----	(0.339; $p < 0.001$)
Recurso à Urgência	(0.331; $p < 0.001$)	(0.339; $p < 0.001$)	-----

Estudo longitudinal (Fase III)

Na Tabela 56 é possível contabilizar o número de visitas à urgência hospitalar entre março e setembro de 2014, 2015 e 2016. O teste de *Friedman* não comprovou qualquer diferença estatisticamente relevante ($\chi^2 = 1.225$; $p = 0.542$). É de realçar que o número total de visitas à urgência hospitalar, sendo elevado, diminuiu de ano para ano.

Tabela 56- Medidas de tendência central em três avaliações da variável recurso à urgência hospitalar

		Recurso à urgência		
		2014	2015	2016
n	Válido	52	52	53
	Omisso	3	3	2
Média		0,38	0,35	0,28
Desvio Padrão		0,84	0,62	0,63
Mínimo		0	0	0
Máximo		4	2	2
Soma		20	18	15

O número de internamentos hospitalares manteve-se estável, embora no último ano tenha registado um ligeiro aumento (oito internamentos); por outro lado, o número de dias de internamento/ano aumentou gradualmente (Tabela 57).

Tabela 57- Medidas de tendência central em três avaliações da variável internamento hospitalar

n		2014		2015		2016	
		Internamento	Dias	Internamento	Dias	Internamento	Dias
		Válido	52	51	52	52	52
Omisso	3	4	3	3	3	3	
Média		0,12	0,80	0,12	1,37	0,15	2,02
Desvio padrão		0,379	4,271	0,323	4,978	0,361	9,078
Mínimo		0	0	0	0	0	0
Máximo		2	30	1	30	1	63
Soma		6	41	6	71	8	105

6.2.14- Utilização dos serviços de saúde

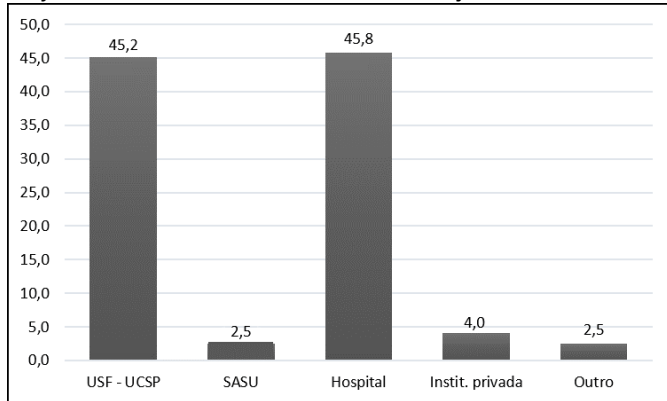
Os resultados da Fase I apontavam para um afastamento progressivo dos cuidados de saúde primários em função da perda de mobilidade e do fraco apoio social disponível, optando por contactar com o Sistema Nacional de Saúde apenas nas situações de dano eminente, através do recurso à urgência hospitalar. Para estudar este fenómeno realizou-se um questionário acerca da utilização dos recursos de saúde.

Estudo transversal (Fase II)

A boa utilização dos recursos de saúde de uma comunidade é um fator fundamental para o estado de saúde das pessoas (7). Analisando as escolhas de quem frequenta os Centros de Dia da cidade do Porto, constata-se que perante uma situação

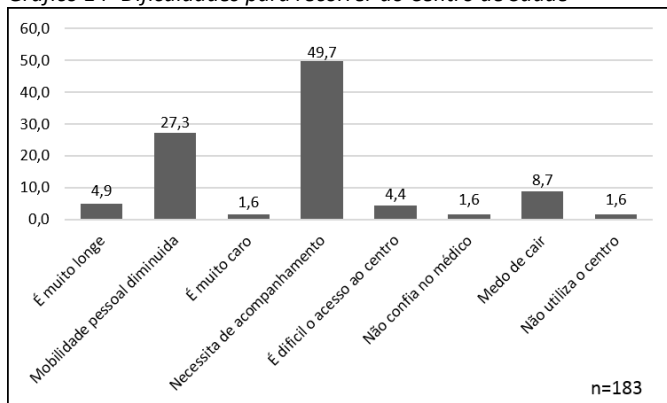
de doença, se distribuem equitativamente entre o Hospital (45.8%) e o Centro de Saúde (45.2%), como demonstra o Gráfico 13.

Gráfico 13- Recurso utilizado em caso de doença



A não utilização do Centro de Saúde (USF/ UCSP) como prioritária parece estar relacionada com a dificuldade que os indivíduos têm para se deslocarem até esse recurso (referido por 57% da amostra), quase sempre associada a problemas de mobilidade pessoal e/ou a falta de apoio social (Gráfico 14).

Gráfico 14- Dificuldades para recorrer ao Centro de Saúde



Quem sente mais dificuldades são as pessoas menos escolarizadas ($t = -3.372$; $p = 0.001$), solteiras ou viúvas ($\chi^2 = 9.108$; $p = 0.027$), que não gerem a pensão de reforma autonomamente (V de Cramer = 0.353; $p < 0.001$), vivem acompanhadas (V de Cramer = 0.167; $p = 0.003$) e têm um membro da família prestador de cuidados (V de Cramer = 0.171; $p = 0.003$), ou seja, tal como foi discutido nos pontos anteriores, os que estão funcionalmente mais vulneráveis e têm menos autonomia.

Médico de família

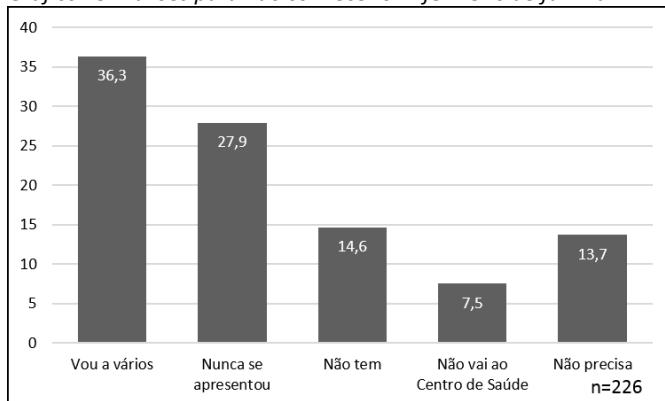
O médico de família é um recurso que é utilizado por 87.6% da amostra. As razões que levam os 12.4% restantes a não recorrer são: (i) 17.5% têm um subsistema de saúde diferente e não vão ao centro de saúde; (ii) 47.5% consideram que não precisam de médico pois têm os do hospital; (iii) 35% não têm médico de família atribuído ou está longe devido à sua deslocalização para casa de um familiar.

Estabelecendo associações com as variáveis sociodemográficas, constata-se que, em média, os mais velhos (82.53 ± 7.7) utilizam menos o médico de família do que os mais jovens (79.16 ± 8.2), sendo a diferença estatisticamente significativa ($t = -2.419$; $p = 0.016$). Não se encontram outras associações estatísticas relevantes.

Enfermeiro de família

Relativamente ao enfermeiro de família, observa-se a sua subutilização, dado que apenas 29.6% da amostra refere usufruir dos seus cuidados; dos que não utilizam, 35.8% elenca as mesmas razões dadas para os médicos, 36.3% refere ser atendido por vários enfermeiros diferentes, enquanto 27.9% alega que nunca ninguém se apresentou como enfermeiro de família (Gráfico 15).

Gráfico 15- Razões para não conhecer o Enfermeiro de família



Estabelecendo associações com as variáveis sociodemográficas, constata-se que, em média, os mais novos (78.40 ± 7.9) utilizam mais o enfermeiro de família do que os mais velhos (80.05 ± 8.4), embora a diferença não seja estatisticamente significativa ($t = -1.634$; $p = 0.103$); manter a autonomia na gestão da pensão de reforma está também

associado a uma maior utilização (V de Cramer= 0.173; p=0.002). Não se encontram outras associações estatísticas relevantes.

Estudo longitudinal (Fase III)

O teste de *Friedman* não revelou diferenças estatisticamente significativas na utilização dos serviços de saúde, ao longo das três avaliações ($\chi^2=2.019$; p= 0.364). Contudo, é possível observar (Tabela 58) que, progressivamente, ao longo dos três anos, houve uma maior utilização do Centro de Saúde (Unidades de Saúde Familiares (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)) em detrimento da utilização de serviços privados (como clínicas, seguradoras) ou dos serviços de atendimento suplementar de urgência (SASU). A utilização dos serviços de urgência hospitalar continua, no entanto, a ocupar o segundo lugar com uma percentagem de preferência de utilização muito elevada (41.5% em 2016).

Tabela 58- Distribuição da amostra em função da preparação do regime medicamentoso

	2014	<i>Wilcoxon</i> (1-2)-p	2015	<i>Wilcoxon</i> (2-3)-p	2016	<i>Wilcoxon</i> (1-3)-p	<i>Friedman</i> p
	n (%)		n (%)		n (%)		
USF – UCSP	22(42,3)		25(48,1)		28(52,8)		
SASU	6(11,5)		3(5,8)		3(5,7)		
Hospital	21(40,4)	0.717	21(40,4)	0.375	22(41,5)	0.209	0.364
Instituição privada	2(3,8)		2(3,8)		0		
Outro	1(1,9)		1(1,9)		0		

Médico de família

O teste *Cochran's Q* comprovou a existência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=7.167$; p=0,028) que confirmam uma diminuição da utilização deste recurso, com principal incidência no último ano (Tabela 59).

Tabela 59- Distribuição da amostra em função da utilização do Médico de família

Ano	Utiliza o médico de família?				<i>Cochran's Q</i> p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
2014	49	94,2	3	5,8	0.028
2015	48	92,3	4	7,7	
2016	42	80,8	10	19,2	

Enfermeiro de família

Ao longo das três avaliações observou-se um aumento da utilização do enfermeiro de família; o teste *Cochran's Q* determinou que essa diferença foi estatisticamente significativa ($\chi^2=6.615$; $p=0,037$). Ainda assim, constata-se uma subutilização deste recurso (Tabela 60).

Tabela 60- Distribuição da amostra em função da utilização do Enfermeiro de família

Ano	Utiliza o enfermeiro de família?				Cochran's Q p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
2014	16	30.8	36	69.2	0.037
2015	17	32.7	35	67.3	
2016	23	44.2	29	55.8	

6.2.15- Autopercepção sobre a saúde

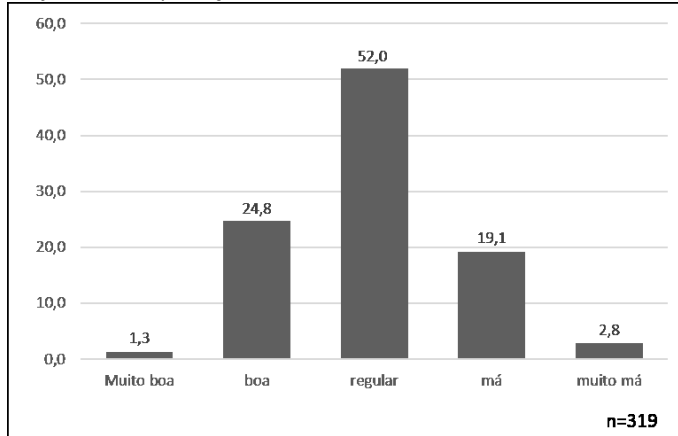
Apesar de não ter sido destacada nos resultados da Fase I, a autopercepção sobre a saúde é um conceito importante para quem quer trabalhar o autocuidado em populações idosas. Para perceber a sua evolução num Centro de Dia foram avaliados dois parâmetros: 1- Percepção sobre os cuidados; 2- Autoavaliação sobre o estado de saúde.

Estudo transversal (Fase II)

A maioria classificou a sua saúde como regular (52%); os restantes distribuem-se de forma equitativa entre a boa e a má autopercepção sobre a saúde (Gráfico 16).

Associando esta variável à idade, constata-se que, em média, os mais novos autoavaliam a sua saúde optando pelos extremos da escala – muito boa (78.40 ± 7.9) e muito má (78.40 ± 7.9) – enquanto os mais velhos assumem que têm uma saúde regular (80.10 ± 7.6). O teste *oneway ANOVA* não revelou, no entanto, diferenças significativas ($F=0.983$; $p=0.417$).

Gráfico 16-Autopercepção sobre a saúde



Recorrendo ao teste Mann-Whitney, observa-se que as percepções de saúde mais negativas surgem de pessoas do sexo feminino, que vivem acompanhadas, têm um cuidador familiar, apesar de estas associações não serem estatisticamente significativas.

Comparando o estado de saúde no momento da recolha de dados com há cinco anos, 54.4% considerou estar pior, 30.2% igual e apenas 15.4% estar melhor.

O teste Mann-Whitney permite comprovar que percepção de evolução negativa é maior nas pessoas do sexo feminino (166.46 versus 136.94) e a diferença é estatisticamente relevante ($Z = -2.705$; $p = 0.007$).

Relativamente à idade, o teste ANOVA identifica diferenças de idades significativas entre os grupos ($F = 4.912$; $p = 0.008$); assim, constata-se que, em média, as pessoas que consideram estar igual são as mais velhas (81.18 ± 7.5), seguindo-se o grupo dos que consideram estar pior (79.49 ± 8.2) e finalmente o grupo que afirmou ter melhorado (76.67 ± 9.0).

Apesar do declínio funcional visível e da maioria considerar que está pior de saúde nos últimos cinco anos, 71.5% respondeu que não necessita de mais cuidados do que aqueles que afeire no momento, o que parece querer indicar que as necessidades atuais relativas à perda de funcionalidade, não se configuram nas respostas de saúde que estão à disposição na comunidade.

Na realidade o teste T revelou apenas significância estatística entre esta variável e as variáveis dor ($t = 4.382$; $p < 0.001$), número de dias de doença ($t = 2.740$; $p = 0.007$), recurso à urgência hospitalar ($t = 3.895$; $p < 0.001$) e internamento hospitalar ($t = 2.573$; $p = 0.011$), ou seja, os 28.5% que referiram necessitar de mais cuidados de saúde são, em média, os que referem mais dor e os que evidenciam maior morbilidade.

Estudo longitudinal (Fase III)

Ao longo das três avaliações, houve um ligeiro aumento no número de pessoas que considera que não necessita de mais cuidados de saúde (Tabela 61); o resultado do teste *Cochran's Q* revelou, no entanto, que não há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=1.040$; $p=0.595$).

Tabela 61- Distribuição da amostra em função da percepção sobre a necessidade de cuidados

Ano	Precisa de mais cuidados de saúde do que aqueles que recebe?				Cochran's Q
	Sim		Não		
	n	%	n	%	p
2014	17	32,7	35	67,3	0.595
2015	14	26,9	38	73,1	
2016	13	25,0	39	75,0	

O teste de *Friedman* permite dizer que a percepção sobre o estado de saúde não se alterou de forma estatisticamente significativa ao longo das três avaliações, ($\chi^2=0.819$; $p=0.664$). O estado de saúde é percecionado pela amostra, tal como na Fase II, como maioritariamente regular (Tabela 62), embora ainda exista uma percentagem significativa que considera a sua saúde como boa.

Tabela 62- Distribuição da amostra em função da autopercepção sobre a saúde

Como está a sua saúde?	2014		2015		2016		Friedman p
	n	%	n	%	n	%	
Muito boa	2	3,8	1	1,9	0	0	0.664
Boa	15	28,8	15	28,8	12	22,6	
Regular	24	46,2	26	50,0	30	56,6	
Má	9	17,3	9	17,3	8	15,1	
Muito má	2	3,8	1	1,9	3	5,7	

Apesar da autopercepção sobre a saúde ser maioritariamente regular ou boa, a maioria dos indivíduos da amostra considera que o seu estado de saúde piorou nos últimos cinco anos, embora não se verifique qualquer evolução estatística significativa ao longo das três avaliações ($\chi^2=1.771$; $p=0.412$) (Tabela 63).

Tabela 63- Evolução, ao longo de três avaliações, da autopercepção sobre a saúde dos últimos 5 anos

Comparando com há 5 anos como está a saúde?	2014	Wilcoxon (1-2)-p	2015	Wilcoxon (2-3)-p	2016	Wilcoxon (1-3)-p	Friedman p
	n(%)		n(%)		n(%)		
Melhor	10(19,2)	0.113	6(11,5)	0.197	10(19,2)	0.732	0.732
Igual	18(34,6)		16(30,8)		16(30,8)		
Pior	24(46,2)		30(57,7)		26(50)		

6.3- Síntese final do estudo

A revisão bibliográfica prévia, juntamente com o estudo de caso múltiplo (Fase I), revelaram um conjunto de respostas humanas, potencialmente sensíveis aos Cuidados de Enfermagem, associadas à transição das pessoas idosas para os Centros de Dia.

Fenómenos como o desempenho cognitivo, a acuidade visual, a dor, o *status* nutricional, o equilíbrio corporal, o medo de cair, a morbilidade, a capacidade de desempenho das ABVD e AIVD, a queda accidental, a gestão do regime medicamentoso, a utilização dos recursos de saúde e a autoperceção sobre a saúde, emergiram como desafios à funcionalidade e à autonomia, exigindo respostas terapêuticas multidisciplinares, capazes de restaurar ou reabilitar a capacidade intrínseca e funcional da pessoa idosa, para voltar a assumir o controlo da sua vida (7).

Na Fase II, foi importante analisar a existência desses fenómenos numa amostra alargada de pessoas que frequentam os Centros de Dia, para comprovar a real dimensão do problema e encontrar relações entre as variáveis capazes de dar indicações que permitam, no futuro, prescrever terapêuticas eficientes e eficazes. Optou-se, assim, por um estudo transversal, de base populacional.

Simultaneamente, atendendo a que o ingresso no Centro foi a solução encontrada, pelos próprios e/ou pelos familiares, para fazer face a alguns dos fenómenos em estudo, optou-se por um estudo longitudinal, para averiguar a sua evolução ao longo de três avaliações, repartidas por um espaço temporal de dois anos, numa pequena amostra de pessoas idosas (Fase III).

Os resultados da Fase II são inequívocos e comprovam que os diversos fenómenos são muito prevalentes nos Centros de Dia, abrindo espaço para o desenvolvimento de respostas terapêuticas de proximidade, proporcionadas por enfermeiros, através de um relacionamento interdisciplinar e integrado com os profissionais da área social.

Relativamente à Fase III, os resultados foram bastante elucidativos revelando um agravamento funcional em quase todos os parâmetros estudados.

Capítulo 7 - Discussão de resultados

A análise dos resultados, das três fases do estudo, permite dizer que do ponto de vista sociodemográfico, a população dos Centros de Dia pode ser considerada como muito vulnerável.

A vulnerabilidade social

É uma população muito envelhecida (a média de idades está próxima dos 80 anos), pouco escolarizada (tem elevados níveis de analfabetismo, embora se preveja uma melhoria significativa nos próximos anos); é maioritariamente feminina (também nos Centros de Dia se verifica a feminização do envelhecimento); predomina o estado civil de viuvez (embora se preveja, um aumento futuro de pessoas solteiras ou divorciadas); existe uma elevada percentagem de famílias unitárias ou de famílias constituídas apenas pelos dois cônjuges idosos (apesar do declínio funcional aumentar ao longo dos anos e também, a viuvez, não se observam mudanças compensatórias significativas ao nível do agregado familiar); a integração da pessoa idosa na família alargada acontece apenas numa fase avançada da vida (já com elevados níveis de dependência, sendo o cuidado centrado na substituição); por último, financeiramente há pouca autonomia, observando-se um aumento progressivo da incapacidade para gerir a pensão de reforma, bem como a passagem gradual dessa responsabilidade para as instituições de apoio social, o que evidencia também, a falta de suporte familiar.

Entrar no Centro de Dia

A procura dos Centros de Dia é precedida normalmente por fenómenos como o aumento da morbilidade, a perda de funcionalidade ou a ocorrência de um evento crítico danoso que tornam a pessoa incapaz de satisfazer sozinha os requisitos de autocuidado (universais, de desenvolvimento e/ou de desvios de saúde), tornando-a dependente de outros e vulnerável à perda de autonomia e de autodeterminação (137).

Nessas situações, quando a família não é capaz de tomar conta, funcionando como agente de autocuidado e perante a inexistência de profissionais capazes de ajudar

na reconstrução da autonomia durante o processo de transição para a situação de dependência no autocuidado (150), emerge o Centro de Dia como uma opção viável para a não institucionalização (18) (154), mesmo quando as principais carências resultam de transições de saúde-doença.

Analisando os fenômenos sensíveis aos Cuidados de Enfermagem que precipitam os acontecimentos, percebe-se pelos resultados da Fase I, que o desempenho cognitivo é um fator importante para a decisão de ingressar no Centro, indo de encontro à bibliografia consultada (25) (41) (42) (43) (177). Assim, na ausência de um evento crítico gerador de dependência, o declínio cognitivo, pela forte relação que mantem com o desempenho das AIVD (comprovado na Fase II), precipita a instalação de um estado inicial de incapacidade funcional para tarefas mais complexas (por exemplo, pagar as contas, fazer compras, cozinhar). A dependência começa a instalar-se através do aumento da incapacidade para realizar as AIVD, comprovado pela elevada percentagem de pessoas dependentes (pelo menos num dos domínios avaliados) obtida na Fase II (93.6%) e Fase III (100% no último ano), indo de encontro à evidência científica consultada (84) (86).

É nesta fase que geralmente ocorre uma etapa fundamental para a aceleração do declínio funcional, a perda da autonomia, principalmente quando a pessoa idosa deixa de administrar as suas finanças, ficando limitada na sua tomada de decisão (7) – ao longo da Fase II é visível que face à perda de funcionalidade relativa aos diversos parâmetros em estudo, os mais capazes são, quase sempre, os que ainda gerem a sua própria pensão de reforma.

A preservação da capacidade para gerir os recursos deve ser por isso um objetivo das equipas de intervenção, até porque as evidências sugerem que, ter até uma certa quantia de dinheiro faz as pessoas mais felizes e reduz problemas de saúde mental, como a depressão e a ansiedade (7).

Um segundo fator fraturante é a diminuição do equilíbrio corporal, a consequente ocorrência de quedas e o desenvolvimento de um sentimento de medo de cair, referenciado frequentemente na Fase I. Este agravamento funcional surge normalmente associado à ocorrência de eventos críticos (como por exemplo um internamento de longa duração, uma queda accidental, uma doença incapacitante) com consequente aumento do sedentarismo (ficou provado na Fase II, que a diminuição da

intensidade da atividade doméstica se associa à perda de equilíbrio corporal), o que nesta faixa etária, segundo a evidência consultada, deixa as pessoas muito expostas a processos de sarcopenia (63) (64).

Independentemente das causas, a dependência nas AIVD e ABVD, bem como a incapacidade dos prestadores de cuidados em assegurar as necessidades emergentes, são as razões mais visíveis para enfrentar a transição de ingressar no Centro de Dia.

Adaptação ao Centro de dia

A integração no Centro não é uma tarefa inicial fácil, mas o suporte social percebido ajuda a superar as perdas emocionais associadas aos défices e à alienação das anteriores rotinas e hábitos, até porque a maioria tem consciência de que não tem condições de permanecer sozinho no domicílio sem o apoio de alguém para satisfazer a demanda terapêutica de autocuidado.

O Centro estimula a autonomia individual, canalizando-a para a participação nas dinâmicas da instituição mas esse ambiente protegido não se prolonga para o espaço privado ou público, onde permanecem isolados e sós (154).

Gradualmente as pessoas vão-se integrando nas dinâmicas e rotinas do dia-a-dia do Centro e vão-se desprendendo da vida anterior, deixando gradualmente de realizar algumas atividades (como por exemplo as AIVD), que passam para a responsabilidade dos filhos ou das cuidadoras do Centro.

O conforto passa a ser gerido em função das condições que a instituição proporciona e não da vontade individual para transformar o ambiente, uma vez que o domicílio passa a ser apenas o lugar onde se vai dormir e o Centro tem as suas rotinas já bem estabelecidas, não suscetíveis de mudança conforme a vontade individualizada de cada utente.

Gradual e silenciosamente a pessoa vai ficando mais sedentária e a dependência vai-se instalando à medida que é substituída pelas cuidadoras do Centro, para segurança e conforto próprio. Analisando a situação, poder-se-á dizer que o princípio da beneficência assume-se assim como potenciador do estado de dependência.

A criação de ambientes amigos do envelhecimento, onde as pessoas podem direcionar a sua energia para preservar e/ou desenvolver as capacidades que lhes fazem sentido manter, são observados pela OMS como uma meta para atingir o

envelhecimento saudável (7) (178); nesse sentido, o estudo de caso múltiplo veio provar que os Centros de Dia, apesar de estarem no bom caminho (fornecem ambientes onde as pessoas idosas se sentem socialmente mais protegidas e menos vulneráveis (116) (154)), ainda necessitam de evoluir para uma resposta integral e integradora, capaz de responder à vulnerabilidade individual resultante da perda de funcionalidade e aumento da dependência.

Foi nessa vulnerabilidade que emergiram várias respostas humanas, potencialmente sensíveis aos Cuidados de Enfermagem, que se mantinham sem solução e sem previsão de mudança ou intervenção profissional. Avançou-se assim para a segunda etapa onde se pretendeu averiguar a presença desses fenómenos, utilizando instrumentos de mensuração amplamente utilizados a nível mundial e validados para a população portuguesa, bem como estudar a sua evolução ao longo da permanência no Centro de Dia.

A funcionalidade da pessoa idosa nos Centros de Dia

Ao longo do estudo colocou-se a questão de como seria possível protelar o declínio funcional e a institucionalização, se os Centros de Dia na sua configuração de base não têm profissionais para trabalhar a funcionalidade individual, de modo a aumentar a capacidade de resposta humana aos problemas funcionais que levam as pessoas a procurar o Serviço.

Na realidade eles não foram criados para esse fim e na sua génese estava presente o conceito de transição, ou seja, protelar no tempo a institucionalização (124). Assim, relativamente a esta questão, acredita-se que os resultados da Fase III são claros, pois em dois anos, comprovou-se um agravamento funcional de quase todas as variáveis em estudo.

A percentagem de deficiência relativa aos diversos fenómenos estudados, potencialmente sensíveis aos Cuidados de Enfermagem, é muito elevada, o que significa que a vulnerabilidade individual é suficientemente representativa para falar em vulnerabilidade populacional, convidando desta forma à reflexão multidisciplinar e política sobre o problema.

Os resultados da Fase II permitem afirmar que a **dependência nas ABVD**, apesar de importante, ainda não é muito significativa (36.2%). No entanto, para aqueles que já

são dependentes, os resultados são claros, identificando-os como muito vulneráveis: têm pouca escolaridade, vivem com familiares e não gerem as suas finanças; têm má performance cognitiva, sonolência diurna e elevada dependência nas AIVD; apresentam défice na acuidade visual, elevado risco de queda, medo de cair e são muito sedentários; têm mais quedas, estão mais dias doentes, recorrem mais à urgência e ficam mais vezes internados. Paradoxalmente, são os que frequentam menos os Cuidados de Saúde Primários.

O Modelo de Saúde Pública para o Envelhecimento Saudável da OMS (consultar a Figura 2) permite inferir que estas pessoas, mais dependentes nas ABVD, se encontram na última fase, onde a capacidade funcional e intrínseca está já bastante reduzida, necessitando por isso de cuidados de longa duração (7) (179). Não é de estranhar, por isso, que no espaço de dois anos, das noventa e duas pessoas avaliadas inicialmente (Fase III), nove dessem entrada numa ERPI, tendo em conta a elevada prevalência generalizada de fatores apontados como preditores de institucionalização (14) (25) (41) (42) (43) (87) (128) (129) (179) (180) (181), na população alvo.

Contudo, o facto da dependência nas ABVD não ser muito elevada, permite dizer que ainda há muito para fazer nos Centros de Dia em termos de manutenção e /ou reabilitação da capacidade intrínseca e funcional (7), desde que a aposta seja centrada num paradigma de promoção do autocuidado e de envelhecimento ativo (27) e não centrada na substituição (122); só essa mudança de paradigma se afigura como capaz de inverter a progressão da dependência que no espaço de dois anos foi tão evidente (Fase III).

A dependência nas AIVD é o fator mais prevalente (93.6%). Se a dependência funcional associada ao processo de envelhecimento começa por aqui (Fase I), a transição para o Centro de Dia parece potenciar a aceleração do declínio devido à substituição proporcionada pelo suporte social (Fase III) – em dois anos a média de pontuação das AIVD passou de 16.40 para 20.77.

As pessoas mais dependentes nas AIVD têm maior probabilidade de serem mais velhas, estarem mais debilitadas cognitivamente e nas atividades básicas de vida diária, terem menos equilíbrio corporal, menos acuidade visual e menos confiança para realizar as atividades, serem mais sedentários, dormirem mais durante o dia, serem mais doentes e utilizarem preferencialmente serviços de saúde diferenciados.

Realça-se assim, a importância de monitorizar esta variável pelo seu potencial de transmitir indicadores fiáveis relativos à evolução funcional; a resposta terapêutica deverá passar também pela reabilitação destas competências (182), normalmente pouco valorizadas nesta faixa etária, o que facilita a proliferação de serviços de substituição.

O estudo de prevalência (Fase II) provou que a percentagem de pessoas com fraco **desempenho cognitivo** (segundo o MEEM) é elevada (60%). Essas pessoas são normalmente mais dependentes nas AIVD, em virtude da maior dificuldade para executar as tarefas mais complexas, mas também nas ABVD, resultante da redução do equilíbrio corporal e do aumento do medo de cair; como consequência, verifica-se o aumento do sedentarismo e da sonolência diurna.

O recurso ao Enfermeiro e Médico de família também diminuiu, não sendo de desvalorizar o aumento da dificuldade para se deslocar ao Centro de Saúde ou a falta de acompanhante para lá ir, como demonstram os resultados da Fase II.

Associado à fraca performance cognitiva observa-se, ainda, uma diminuição significativa no consumo de medicamentos e nas queixas de dor. Tendo em conta que não se encontrou evidência que corroborasse estes achados, fica a dúvida se a diminuição das queixas algicas se deve a uma menor perceção sensorial, a uma maior desvalorização da dor (pela crença de que envelhecer significa ter dor) ou ao menor desempenho cognitivo, uma vez que é um dado que resulta do autorrelato das pessoas (poderão ter maior dificuldade em compreender a escala; a memória poderá estar afetada).

A redução do número de fármacos parece associar-se a processos de reconciliação medicamentosa, dado que a redução se faz à custa dos medicamentos utilizados para tratar a síndrome metabólica (hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia) e a dor (analgésicos, antipiréticos e fármacos utilizados para o tratamento da artrose), o que permite inferir que a instalação de um quadro de declínio cognitivo pode despoletar um processo médico de reconciliação de medicamentos (183). No entanto, tendo em conta que estas pessoas recorrem menos aos cuidados de saúde primários, é uma hipótese que terá de ser melhor explorada em investigações futuras.

Por outro lado, a redução no consumo de fármacos pode simplesmente dever-se ao fraco desempenho cognitivo, responsável pela omissão de alguns fármacos devido ao compromisso da memória.

Outra hipótese é a diferença ser atribuível à perda de autonomia para gerir o regime medicamentoso ou à incapacidade para assegurar essa competência pois, quem vive só, não tem prestador de cuidados e gere a pensão, consome mais fármacos e refere mais dor, algo que também terá de ser investigado noutros estudos.

Os factos revelam, no entanto, que houve um aumento no consumo de psicofármacos. Com base nos resultados apresentados, pode-se inferir que à medida que a deterioração cognitiva aumenta, diminui a gestão autónoma do regime medicamentoso e diminuem as queixas álgicas, o que se reflete num aumento do consumo de psicofármacos e na diminuição do consumo de analgésicos.

O declínio cognitivo afigura-se assim como um fenómeno sensível aos Cuidados de Enfermagem e a sua reabilitação, centrada nas capacidades/ necessidades individuais, nos Centros de Dia, deve ser prioritária (45).

A seguir à cognição surge a **mobilidade** como determinante major da funcionalidade (7). Na Fase I, comprovou-se que o seu declínio associado à perda de confiança para deambular eram promotores de um estado progressivo de dependência e conseqüente procura de suporte social. Seria expectável que a resposta ao problema sugerisse melhorias funcionais a esse nível, facto que não foi constatado na fase III pois, ao longo de dois anos, verificou-se um agravamento significativo do equilíbrio corporal, medo de cair e acuidade visual, com correspondente diminuição das AIVD, ABVD e intensidade da atividade física (184).

A fase II revelou que a **acuidade visual** ao longe (afetada em 87% dos indivíduos) e ao perto (86.9%) tem influência na mobilidade (7) (50), no equilíbrio corporal (54) e na confiança para executar o autocuidado (7) (50) (51) (52); como consequência surge a diminuição da atividade física, nomeadamente nas tarefas domésticas com conseqüente aumento da dependência nas AIVD e ABVD (7) (50).

Aliado a essa evolução, constatou-se uma diminuição no uso de óculos, bem como a sua desatualização ou não substituição após quebra, devido ao custo monetário e à desvalorização atribuída à sua utilização (a acuidade visual muitas das vezes é

desvalorizada em ambientes controlados que oferecem poucos estímulos como o domicílio e o Centro de Dia).

O rastreio regular da acuidade visual, a respetiva correção e o incentivo à utilização de lentes poderão evitar o agravamento funcional a diversos níveis (51) (55). Olhando para a amostra e tendo em consideração que 64 pessoas não realizaram o exame ocular por não terem consigo os óculos, infere-se que uma resposta terapêutica direcionada à consciencialização e valorização da função poderá ter efeitos muito significativos no aumento da qualidade de vida (55).

O **equilíbrio corporal** encontra-se também muito afetado (em 73% da amostra) e, no espaço de dois anos, foi visível a sua redução progressiva, quer na posição estática como dinâmica; a Fase II associa essa redução ao aumento da dor, diminuição da acuidade visual, défice cognitivo, sonolência diurna e medo de cair, tendo como consequência, o aumento da dependência nas ABVD e AIVD, da incidência de quedas e do sedentarismo, o que corrobora a literatura consultada (7) (184) (185).

Há evidência que comprova que é possível reabilitar o equilíbrio corporal através de estratégias de controlo postural, exercício físico, aumento da estabilidade e empoderamento face aos riscos para diminuição do medo de cair (185) (186).

O **medo de cair** é um sentimento autolimitante para as pessoas que frequentam os Centros de Dia e resulta da perda de confiança para deambular com autonomia, subsequente a estados de maior debilidade física ou eventos críticos relevantes (por exemplo, uma queda acidental) (97).

Neste estudo foi possível observar a sua presença e o seu efeito inibidor da atividade na Fase I, a sua elevada prevalência na Fase II e comprovar o seu agravamento na Fase III; como consequências observaram-se o aumento da dependência nas ABVD, AIVD e sedentarismo (principalmente por inibição da atividade doméstica), com repercussões ao nível do consumo de cuidados de saúde (associa-se a uma diminuição na utilização dos recursos) e da autoperceção de bem-estar.

Para mitigar o problema é necessário controlar atempadamente os diversos fatores associados como o declínio cognitivo, o aumento do IMC, a presença de dor (comprovado pela associação com o consumo de analgésicos), a diminuição da acuidade visual e o equilíbrio corporal.

É necessário desenvolver uma atividade diagnóstica atenta após uma queda acidental, um período de doença ou de internamento (comprovado na Fase II), pois requerem um *follow-up* efetivo (mesmo que não haja dano físico visível), caso se comprove a perda de confiança.

A evidência consultada indica a existência de propostas terapêuticas que visam a redução do medo de cair; assim, estratégias como a realização de exercício físico (186) poderão trazer amplos benefícios à saúde das pessoas, estando ao alcance da atuação dos enfermeiros.

A queda acidental evidenciou-se na Fase I como um evento crítico capaz de provocar dano com repercussões funcionais graves; os estudos da Fase II e III comprovaram que a incidência de quedas é elevada (atinge normalmente percentagens próximas dos 50% em seis meses) com médias próximas de uma queda por indivíduo a cada seis meses.

O fenómeno ocorre maioritariamente em casa, onde as pessoas idosas se confrontam sozinhas com as suas limitações; esta constatação é mais um argumento para comprovar as limitações do modelo em uso, capaz de proteger as pessoas mais vulneráveis da sociedade durante o dia, mas impotente para responder às suas necessidades domiciliárias (154). Na realidade, caso não hajam repercussões físicas visíveis, estes episódios, muitas das vezes, nem são do conhecimento do Centro, razão suficiente para justificar uma abordagem multidimensional centrada na prevenção de quedas que englobe o ambiente domiciliar (187).

Estatisticamente, a Fase II associa a ocorrência de quedas ao sexo feminino, à dependência nas ABVD e AIVD, ao sedentarismo, à perda de mobilidade (diminuição do equilíbrio corporal e medo de cair), ao aumento da morbilidade (à presença de dor, recurso à urgência e internamento), ao afastamento dos cuidados de saúde primários (aumenta a dificuldade em recorrer ao Centro de Saúde) e à existência de polimedicação, principalmente esquemas terapêuticos com psicofármacos (com destaque para os ansiolíticos e antivertiginosos) (188), exigindo por isso, uma resposta urgente e abrangente com vista à sua diminuição/ erradicação.

Para além do efeito devastador que uma queda pode ter sobre a funcionalidade, é possível inferir um enorme custo económico associado (189), desde as consultas de urgência (76 episódios em seis meses), aos internamentos (896 dias em seis meses) e ao

consumo exacerbado de fármacos, fatores passíveis de diminuir, tal como referenciado, com programas abrangentes de prevenção do risco de queda, quer em contexto de Centro de Dia como domiciliar (187).

A **diminuição da atividade física**, tal como já foi referido, é altamente responsável pela perda de funcionalidade. A criação dos Centros de Dia tinha, também, como propósito, manter as pessoas mais ativas. Nas mais recentes definições, os Centros propõem-se também a prevenir situações de dependência ou o seu agravamento (122), pelo que seria expectável que a transição para o Centro tornasse as pessoas mais ativas e independentes. Contudo, na Fase I foi possível perceber que a realização de atividades coletivas não é consensualmente aceite por todos; na fase III, os resultados revelaram que a intensidade da atividade física diminuía ao longo dos anos; para na fase II, se comprovar que 93.7% da amostra era muito sedentária. Para isso contribuiu essencialmente a redução da atividade doméstica que, nesta faixa etária, na maioria das vezes, é a que regista maior intensidade (166).

Simultaneamente, o exercício físico é quase insipiente, mas é o único que não se associa à situação de dependência. A isso se deve, normalmente, à presença de um profissional que se responsabiliza pelos exercícios, permitindo assim que os mais dependentes também participem, facto que nem sempre contribui para a participação ativa dos mais autónomos (tal como se viu na Fase I).

A evidência consultada revela que a realização de exercício físico é fundamental para o Envelhecimento Ativo e Saudável (7) (27) (89). Se otimizado no sentido da reabilitação funcional e prevenção de quedas (27) (89) (190), pode ser uma estratégia terapêutica essencial a desenvolver pelos enfermeiros; a maioria da bibliografia consultada sugere um padrão de atividade física que combine treino de equilíbrio e atividades de fortalecimento muscular de intensidade moderada três vezes por semana (89); nas pessoas com diminuição da mobilidade, por exemplo, a realização de exercício físico regular pode reduzir em 30% o risco de queda (89).

Outro fator a ter em conta é a elevada prevalência de **excesso de peso** (Fase II) na amostra (73%) e a quase inexistência de pessoas com baixo peso corporal (1.8%), contrariando a evidência relativa às ERPI e ao hospital, onde existe uma percentagem significativamente superior (191). No entanto, considerando a evolução negativa do IMC ao longo do tempo (Fase III) e tendo em conta que o aporte calórico se manteve, bem

como as percentagens elevadas de sedentarismo (que aumentou ao longo dos anos), é possível suspeitar, segundo a evidência consultada, da instalação de processos de sarcopenia (63), facto que poderá justificar a associação estatística entre o excesso de peso e o medo de cair (Fase II), que terá de ser investigada em estudos futuros.

É ainda de realçar a associação entre o sedentarismo e a obesidade, ficando claro, também pelo consumo de anti-hipertensores, antidiabéticos e antidislipídicos que, ao contrário do que é recomendável, os portadores de síndrome metabólica mantêm-se os mais sedentários.

A **dor** é um fenómeno que socialmente se associa ao envelhecimento. Segundo os resultados da Fase II, tem uma prevalência superior a 50% e resulta principalmente de lombalgia, dor no(s) joelho(s) e insuficiência venosa nos membros inferiores. Apesar de nas três avaliações da Fase III a incidência não ter aumentado, aumentou a intensidade da mesma que, pelos resultados da Fase II, pode ser severa em 25% dos casos.

A experiência de dor é mais intensa no sexo feminino, nas pessoas que vivem sós, gerem a sua pensão e não têm prestador de cuidados, ou seja, como se viu anteriormente, as mais independentes; agrava-se com o aumento do IMC (o que era expectável face ao efeito que o aumento de peso tem nas articulações do joelho e na coluna vertebral (192)), tendo influência na diminuição da mobilidade, aumento da dependência e do sedentarismo (57) (58); afeta ainda negativamente a autoperceção sobre a saúde (57) (58) (59).

Apesar de a dor ser encarada pelas pessoas como normal e habitual, tal como se identificou na Fase I, a evidência e o paradigma atual consideram o seu tratamento como fundamental para a saúde e para a qualidade de vida (57) (58) (192); nesta lógica, a elevada prevalência do fenómeno pressupõe uma resposta terapêutica que nos Centros de Dia, normalmente, é apenas farmacológica, mediante a lista de medicamentos que cada um dispõe, o que pode justificar a associação entre a intensidade da dor e o recurso ao serviço de urgência, percecionado na Fase II.

Não é, por isso, de estranhar, que a presença de dor se associe a um aumento do consumo de fármacos, refletindo-se através do consumo de ansiolíticos, anti-inflamatórios não esteroides e antiácidos, fármacos vulgarmente equacionados como potencialmente não apropriados para pessoas idosas (91). Atendendo às alterações

fisiológicas próprias da idade e às alterações nos processos de farmacocinética e farmacodinâmica que tornam as pessoas idosas suscetíveis aos efeitos tóxicos e adversos das drogas (91), conclui-se que tem de ser repensada a estratégia terapêutica de combate à dor nos Centros de Dia, não só por ser insuficiente, mas também por aumentar o potencial de risco de descompensação fisiológica (91) (193); nesse sentido, a gestão racional da terapia farmacológica, o empoderamento das pessoas face ao autocontrolo da dor, bem como a introdução de terapias não farmacológicas para o seu tratamento (193), poderão ser desenvolvidas por enfermeiros, que contribuirão para a gestão eficaz e eficiente da dor.

O envelhecimento é também acompanhado por alterações cronobiológicas como o atraso no ciclo do sono, diminuição na sua duração e redução da fase mais profunda e reparadora, que se repercute num aumento do tempo despendido na cama sem dormir, dificuldade em recomeçar o sono, aumento do número de despertares noturnos, maior insatisfação com o repouso, maior sonolência e fadiga durante o dia (194).

A sonolência diurna é um fenómeno muito comum nesta faixa etária e os resultados revelam (Fase II) que 59% confirma fazê-lo no Centro de Dia, principalmente após o almoço. Longitudinalmente, embora não se observem diferenças estatisticamente significativas ao longo dos anos, é possível visualizar um agravamento significativo do problema em cerca de 25% da amostra, normalmente os que vivem com familiares e já não gerem a pensão.

Ao aumento da sonolência diurna associam-se fenómenos como o declínio cognitivo, o aumento da dependência e do sedentarismo, a ocorrência de quedas e o afastamento dos cuidados de saúde primários. É também de realçar, a influência que este fator tem sobre a sensação de bem-estar, uma vez que as pessoas que referem estar muito bem de saúde, praticamente não revelam problemas neste domínio.

Estas alterações implicam uma tomada de consciência para um envolvimento pessoal e familiar centrado numa mudança comportamental, evitando o aparecimento de fatores psicossociais, ambientais e comportamentais que dificultam uma boa higiene do sono; assim, o estudo individual das causas e a implementação de medidas de higiene do sono poderão ser vantajosos para melhorar a qualidade de vida destas pessoas (194), estando ao alcance da intervenção dos enfermeiros (49).

O estudo (Fase II) revelou que apenas 32.5% da amostra estava capaz de **gerir o seu regime de medicamentos** com autonomia. Simultaneamente, 63.8% era polimedicado e a evolução em dois anos confirmou que, em média, houve um aumento do consumo de fármacos, principalmente à custa dos psicofármacos, algo identificado pelo SNS como problemático (195) e pela evidência científica como inapropriado para esta faixa etária (91).

Simultaneamente, a OMS refere que os problemas de polimedicação e o consumo de fármacos inapropriados para idosos têm origem, frequentemente, nos processos de transição de cuidados (por exemplo, internamentos hospitalares, consultas no serviço de urgência), com múltiplos prescritores envolvidos (176). Tendo em conta a utilização regular que estas pessoas fazem do serviço de urgência (41.6% da amostra em seis meses – cento e noventa e seis consultas), da percentagem considerável de internamentos (24% esteve internado) e do afastamento progressivo das Unidades de Saúde da Comunidade (para quem segue a informação do episódio de internamento), infere-se que é uma população de alto risco que requer uma vigilância de proximidade por parte de profissionais de saúde.

Se se considerar que nos Centros de Dia ocorre uma transferência gradual de regimes medicamentosos complexos, da responsabilidade da pessoa idosa para as cuidadoras do centro, também estas sem formação adequada, fica clara a elevada vulnerabilidade existente a este nível; talvez este fator possa ajudar a justificar o resultado que revela que quem gere a própria medicação tem menor probabilidade de recorrer ao serviço de urgência.

O empoderamento das pessoas idosas e seus conviventes significativos (93), bem como a sinalização de pessoas com evidência clínica de interação medicamentosa para potenciais processos de reconciliação de medicamentos (91), são outras opções terapêuticas a propor que estão ao alcance de uma resposta de saúde de proximidade.

Relativamente à **utilização dos serviços de saúde**, é o SNS que tem por obrigação responder às necessidades de saúde destas pessoas e os Cuidados de Saúde Primários assumem-se como a porta de entrada privilegiada e como o principal apoio de referência. Contudo, os resultados da Fase II apontam para uma diminuição da sua utilização, devido à incapacidade das pessoas para se deslocarem até ao Centro de

Saúde, conjugada com a indisponibilidade dos prestadores de cuidados para os acompanharem.

Na realidade, esse fator só demonstra a dificuldade dos cuidados de saúde em produzirem respostas de proximidade adequadas ao envelhecimento populacional, não centradas na doença, levando à marginalização dos mais dependentes (7), como se comprova pela diminuição da utilização do Médico de família e a subutilização do Enfermeiro de família, ao longo dos anos da Fase III.

Por outro lado, a incapacidade dos serviços de saúde em dar resposta aos défices relacionados com a perda de funcionalidade das pessoas idosas é apontada pela OMS como uma barreira para a utilização dos serviços de saúde (7). Na Fase III, este fator está bem presente, uma vez que cerca de 72% da amostra refere não necessitar de mais cuidados de saúde do que aqueles que recebe, embora apresente graves deficiências funcionais em evolução; os 28% que dizem necessitar de mais cuidados estão estatisticamente associados apenas à presença de dor e sinais de morbilidade (aumento dos dias de doença, internamentos hospitalares e recurso ao serviço de urgência), ou seja, fica claro que a procura dos cuidados de saúde só acontece quando há doença associada e muitos não se assumem como doentes, apesar de estarem cada vez mais dependentes (7); talvez por isso, na Fase III, a percentagem que diz não necessitar de mais cuidados de saúde tenha aumentado.

Reforçando a ideia de que a Enfermagem se centra nas respostas humanas aos processos de vida (31) e que o envelhecimento proporciona imensas oportunidades para o Enfermeiro intervir, era expectável observar-se, em contrapartida, um aumento gradual da **utilização do Enfermeiro de família**, facto que se verifica na Fase III. No entanto, constata-se que essa utilização ainda é apenas residual (apenas 29.6% o faz) e também se encontra associada aos indicadores de morbilidade e não aos indicadores de dependência (quem vive só, gere a pensão, refere mais dor, esteve internado, doente ou foi ao serviço de urgência nos últimos seis meses, contacta mais com o Enfermeiro de família).

Conclui-se assim que as Unidades de Saúde da Comunidade continuam a ser procuradas para fazer face à doença mas que ainda não estão preparadas para responder aos desafios proporcionados pelo envelhecimento populacional, carecendo

por isso, caso seja a opção mais viável, de formação profissional, para poder promover um envelhecimento saudável, tal como é preconizado pela OMS (7).

Independentemente das dúvidas, que terão de ser investigadas no futuro, a coexistência de múltiplos problemas, a incapacidade para decidir com autonomia e a inexistência de um acompanhamento diário integrado, centrado na reabilitação individual da funcionalidade, deixa estes indivíduos muito vulneráveis à rápida degradação funcional. Assim, considerando a máxima de que para proporcionar um Envelhecimento Saudável é necessário promover uma sensação de bem-estar na pessoa idosa (7), realça-se o conjunto de fatores deste estudo que mais influenciam essa percepção, ou seja, a manutenção da saúde cognitiva, a ausência de dor e/ou de quedas, a independência nas ABVD e AIVD, a preservação do equilíbrio corporal e confiança para deambular, a manutenção da atividade física, o reduzido consumo de fármacos e a manutenção de um sono reparador.

Estes são os domínios prioritário para desenvolver terapêuticas de Enfermagem, eficazes e eficientes, que contribuam para a continuidade e complementaridade dos cuidados nos Centros de Dia. Concluída que está esta etapa, projetam-se para futuro experiências com vista à obtenção de indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem, averiguando o contributo da profissão para a qualidade dos cuidados de saúde e para a sustentabilidade do sistema.

Referências Bibliográficas – Parte II

7. Organização Mundial da Saúde. World report on Ageing and Health. Genebra: OMS, 2015. p. 247.
14. Naslund, Sauter, Gutman et al.. Increased Health Service Utilization Costs in the Year Prior to Institutionalization: Findings from the Canadian Study of Health and Aging. *Canadian Geriatrics Journal*. 2014, Vol. 17 (2), p. 45-52.
18. Carvalho. Envelhecimento e cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social. Lisboa: Coisas de ler, 2012.
25. Gaugler, Duval, Anderson et al.. Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. *BMC Geriatrics*. 2007, Vol. 19(7), p.13.
27. Organização Mundial da Saúde. Active ageing. A policy framework. Genebra: OMS, 2002.

31. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012.
41. Lini, Portella & Doring. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2016, Vol. 19(6), p. 1004-1014.
42. Cunha. Famílias clássicas do concelho do Porto com parentes institucionalizados: das causas da institucionalização aos requisitos relevantes para o cuidado no domicílio. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2012. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Avançada.
43. Pinto. Por que vão os idosos para lares? Determinantes no internamento de pessoas maiores de 65 anos em Instituições de longa permanência. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2013. Dissertação de Mestrado em Sociedade, Risco e Saúde.
45. Apóstolo, Cardoso, Marta et al.. Efeito da estimulação cognitiva em Idosos. *Revista Referência*. III série, 2011, Vol. 5, P. 193-201
49. Alparslan, Ozkaraman & Sönmez. The effect of relaxation exercises on quality of sleep among the elderly. *Holistic Nursing Practice*. 2014, Vol. 21 (8).
50. Reed-Jones, Solis, Lawson et al.. Vision and falls: A multidisciplinary review of the contributions of visual impairment to falls among older adults. *Maturitas*. 2013, Vol. 75, p. 22–28.
51. Evans & Rowlands. Correctable visual impairment in older people: a major unmet need. *Ophthalmic and Physiological Optics*. 2004, Vol. 24, p. 161-180.
52. Borges & Cintra. Relação entre acuidade visual e atividades instrumentais de vida diária em idosos em seguimento ambulatorial. *Revista Brasileira de Oftalmologia*. 2010, Vol. 69 (3), p. 146-151.
54. Ivers, Cumming, Mitchell et al.. Visual impairment and falls in older adults: the Blue Mountains Eye Study. *Journal of the American Geriatric Society*. 1998, Vol. 46(1), p. 58-64.
55. Morse, Rosenthal, Yatzkan et al.. Impact of a Vision Intervention on the Functional Status of Nursing Home Residents. *Journal of Visual Impairment & Blindness*. 2005, Vol. 99(2), p. 96-108.
57. Covinsky, Lindquist, Dunlop et al.. Pain, functional limitations, and aging. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009, Vol. 57(9), p. 1556-1561
58. Andrews, Cenzer, Yelin et al.. Pain as a Risk Factor for Disability or Death. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2013, Vol. 61(4), p. 583-589.
59. Schuler, Njoo, Hestermann et al.. Acute and Chronic Pain in Geriatrics: Clinical Characteristics of Pain and the Influence of Cognition. *Pain Medicine*. 2004, Vol. 5(3), p. 253-262.
63. Cruz-Jentoft, Baeyens, Bauer et al.. Sarcopenia: European Consensus on Definition and Diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing*. 2010, Vol. 39(4), p. 412-423.
64. Silva, Junior, Pinheiro et al.. Sarcopenia Associada ao Envelhecimento: Aspectos Etiológicos e Opções Terapêuticas. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2006, Vol. 46(6).
78. Hairi, Cumming, Naganathan et al.. Loss of Muscle Strength, Mass (Sarcopenia), and Quality (Specific Force) and Its Relationship with Functional Limitation and Physical

Disability: The Concord Health and Ageing in Men Project. *Journal of the American Geriatric Society*. 2010, Vol. 58, p. 2055–2062.

79. Ribeiro. Estudo do equilíbrio estático e dinâmico em indivíduos idosos. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Desporto, 2009. Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto.

84. Sequeira. Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: LIDEL, Edições Técnicas, Lda, 2010. p. 360.

86. Gold. An examination of instrumental activities of daily living assessment in older adults and mild cognitive impairment. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 2012, Vol. 34 (1), p. 11–34.

89. Organização Mundial da Saúde. Global recommendations on physical activity for health. Genebra: OMS, 2010.

91. Santos & Almeida. Polimedicação no idoso. *Revista Referência*. 2010, III série, Vol. 2, p. 149-162.

93. Henriques. Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2011. Tese de doutoramento.

97. Organização Mundial da Saúde. Global Report on Falls Prevention in Older Age. Genebra: OMS, 2007.

116. Quaresma. Cuidados Familiares às Pessoas Muito Idosas. Lisboa: Direcção-Geral da Acção Social. Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação, 1996. p. 86.

122. Segurança Social. Manual de processos chave. Centros de dia. 2ª edição. [Online] 2014.

124. Portugal. Lei Orgânica do I Governo Constitucional. *Diário da Republica*, 1976. Vol. nº: 213/76 Série I 1º Suplemento.

128. Rocha. Famílias clássicas do concelho de Lisboa com parentes institucionalizados: das causas da institucionalização aos requisitos para o cuidado no domicílio. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2012. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Avançada.

129. Gaugler, Mittelman, Hepburn et al.. Predictors of change in caregiver burden and depressive symptoms following nursing home admission. *Psychology And Aging*. 2009, Vol. 24(2), p. 385-396.

137. Vieira. A Vulnerabilidade e o Respeito no Cuidado ao Outro. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2003. Tese de Doutoramento.

148. Meleis, Sawyer, Im et al.. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. [autor do livro] Afaf Meleis. *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010, p. 641.

149. Schumacher, Jones & Meleis. Helping elderly persons in transition: a framework for research and practice. [autor do livro] Afaf Meleis. *Transitions Theory. Middle-Range*

and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company, 2010, p. 641.

150. Almeida. A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência - Estudo exploratório no contexto domiciliar. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2009. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Avançada.

154. Gaidão. Envelhecimento Activo e Autonomia: um desafio às Instituições Particulares de Solidariedade Social com resposta social em Centro de Dia – um estudo de caso. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 2012.

158. Kelle & Erzberger. Qualitative and Quantitative Methods: Not in Opposition. [autor do livro] Flick, Kardorff & Steinke. A Companion to Qualitative Research. Londres: SAGE, 2005, p. 172-177.

159. Yin. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. Bookman 4ª edição, 2010. p. 248.

160. Miles, Huberman & Saldana. Qualitative Data Analysis. A Methods Sourcebook. Arizona: SAGE, 2014.

161. Folstein, Folstein & McHugh. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatry Research. 1975, pp. 189-198.

162. Guerreiro, Silva, Botelho et al.. Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination. Revista Portuguesa de Neurologia. 1994, Vol. 1(9).

163. Morgado, Rocha, Maruta et al.. Novos valores normativos do mini-mental state examination. Sinapse. 2009, Vol. 9(12), p. 10-16.

164. Sequeira. O aparecimento de uma perturbação demencial e suas repercussões na família. Universidade do Porto. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2007. Tese de Doutoramento.

165. Voorrips, Ravelli, Dongelmans et al.. A physical activity questionnaire for the elderly. Med Sci Sports Exerc. 1991, Vol. 23(8).

166. Azevedo. Estudo para a validação do Questionário de Baecke Modificado por acelerometria, na avaliação da atividade física em idosos portugueses. Porto: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, 2009. Dissertação de Mestrado.

167. Melo. Adaptação cultural e validação da escala "Falls Efficacy Scale" de Tinetti. IFisionline. 2011, Vol. 1(2).

168. Petiz. A atividade física, equilíbrio e quedas. Um estudo em idosos institucionalizados. Porto: Universidade do Porto. Faculdade de Ciências do desporto e de Educação Física, 2002. Dissertação de Mestrado.

169. Organização Mundial da Saúde. Body mass index - BMI. World Health Organization Regional Office for Europe. [Online] OMS, 2017. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>.

170. Strauss & Corbin. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª edição. Porto Alegre: ARTMED editora, 2008. p. 288.

171. Allali, Ayers, Holtzer et al.. The role of postural instability/gait difficulty and fear of falling in predicting falls in non-demented older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2016, Vol. 69, p. 15-20.
172. Meleis, Sawyer, Im et al.. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*. 2000, Vol. 23(1), p. 12-28
173. Amorim. Resiliência em idosos vivos. Angra do Heroísmo: Universidade dos Açores, 2012. Dissertação de Mestrado.
174. Mendes. A dimensão espiritual do ser humano: o diagnóstico de angústia espiritual e a intervenção de enfermagem. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2013. Tese de Doutoramento em Enfermagem.
175. Boparai & Korc-Grodzicki. Prescribing for older adults. *Monte Sinai Journal of Medicine*. 2011, Vol. 78(4), p. 613-626.
176. Organização Mundial da Saúde. The High 5s Project Implementation Guide. Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care: Medication Reconciliation. OMS, 2014. p. 36pp.
177. Mcalister, Schmitter-Edgecombe & Lamb. Examination of Variables That May Affect the Relationship Between Cognition and Functional Status in Individuals with Mild Cognitive Impairment: A Meta-Analysis. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2016, Vol. 31(2), p. 123–147.
178. Organização Mundial da saúde Escritório Regional Europeu. Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012–2020. Copenhagen: OMS, 2012.
179. Fong, Mitchell & Koh. Disaggregating activities of daily living limitations for predicting nursing home admission. *Health Services Research*. 2015, Vol. 50(2), p. 560-578.
180. Cai, Salmon & Rodgers. Factors Associated with Long-Stay Nursing Home Admissions Among the U.S. Elderly Population: Comparison of Logistic Regression and the Cox Proportional Hazards Model with Policy Implications for Social Work. *Social Work in Health Care*. 2009, p. 154-168.
181. Luppa, Luck, Weyerer et al.. Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*. 2010, Vol. 39, p. 31-38.
182. Schein, Gagnon, Chan et al.. The Association Between Specific Nurse Case Management Interventions and Elder Health. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005, Vol. 53, p. 597-602.
183. Scott, Gray, Martin et al.. Deciding when to stop: towards evidence-based deprescribing of drugs in older populations. *Evidence Based Medicine*. 2013, Vol. 18(4), p. 121-124.
184. Reelick, van Iersel, Kessels et al.. The influence of fear of falling on gait and balance in older people. *Age and Ageing*. 2009, Vol. 38(4), p. 435-440.
185. Howe, Rochester, Neil et al.. Exercise for improving balance in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011, 11.
186. Kendrick. Exercise for reducing fear of falling in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015, 10.

187. Turner. Modification of the home environment for the reduction of injuries. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011.
188. Berdot, Bertrand, Dartigues et al.. Inappropriate medication use and risk of falls – A prospective study in a large community-dwelling elderly cohort. BMC Geriatrics. 2009, Vol. 9:30.
189. Davis, Robertson, Ashe et al.. International comparison of cost of falls in older adults living in the community: a systematic review. Osteoporosis International: A Journal Established As Result Of Cooperation Between The European Foundation For Osteoporosis And The National Osteoporosis Foundation Of The USA. 2010, Vol. 21(8), p. 1295-1306.
190. American College of Sports Medicine. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. 8ª edição .Lippincott Williams & Wilkins, 2010.
191. Gonçalves. Avaliação nutricional: desnutrição em idosos residentes em lar vs idosos hospitalizados. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2014. Dissertação de Mestrado.
192. Higgins, Buta, Dorflinger et al.. Prevalence and correlates of painful conditions and multimorbidity in national sample of overweight/obese Veterans. Journal of Rehabilitation Research and Development. 2016, Vol. 53(1), p. 71-82.
193. Direção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. DGS, 2010. 015/2010.
194. Rosa. Idosos mais idosos - Narrativas, ciclo de vida e estilos de vida. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia. Aveiro: Universidade de Aveiro - Secção Autónoma de Ciências da Saúde, 2010.
195. Furtado. Psicofármacos: Evolução do consumo em Portugal Continental (2000-2012). INFARMED. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P., 2012.

Conclusões

A concretização deste estudo comprova a importância dos Centros de Dia para assegurarem uma resposta de proximidade às situações de perda de independência e autonomia das pessoas idosas, diminuindo a sobrecarga dos membros da família prestadores de cuidados e fornecendo à pessoa idosa um ambiente protegido, próximo da sua área de residência, o que diminui a sua vulnerabilidade social.

No entanto, o envelhecimento demográfico e o aumento da longevidade trouxeram novos desafios para os quais, parte destes equipamentos sociais não estão ainda preparados, ou seja, o desafio de promover um Envelhecimento Saudável, assente em pilares como o diagnóstico individual face à perda de funcionalidade e a prescrição de cuidados de reabilitação, tendo por base a evidência científica mais atual sobre o processo de envelhecer.

Os resultados do estudo demonstram a existência de uma vulnerabilidade individual, não suplementada pela proteção coletiva conferida pelo Centro, consubstanciada num conjunto de fenómenos que explicam a perda de funcionalidade da pessoa idosa e que anteriormente a levaram a procurar ajuda na instituição.

Após o ingresso, ficou provado que o declínio funcional continua a evoluir, sendo gradualmente suplementado por serviços de substituição, comprovando-se a elevada prevalência de fenómenos como: dependência nas AIVD e ABVD, défice cognitivo, risco de queda, medo de cair, défice de acuidade visual, polimedicação, sedentarismo, sonolência, má utilização dos recursos de saúde e incidência de quedas.

Estes resultados demonstram que os Centros de Dia não estão preparados para responder aos desafios de autocuidado das pessoas que a eles recorrem, mas sim para lhes proporcionar um ambiente protegido, garantindo as necessidades básicas de vida através de processos de substituição.

Perspetiva-se que uma correta avaliação da funcionalidade permitirá desenvolver ações dirigidas às necessidades reais dos indivíduos e centrar a intervenção nos domínios da adaptação à transição, dando ênfase à prevenção de problemas e à

reabilitação, através de uma ação multidisciplinar integrada, apostada em melhorar ou manter a funcionalidade.

O estudo trouxe também, várias questões não respondidas que importa investigar, como por exemplo, a possível associação de processos de instalação de sarcopenia associados à progressiva perda de peso identificada; o papel que o Enfermeiro de família desempenha relativo à manutenção/ reabilitação da funcionalidade; os efeitos da polimedicação no agravamento da funcionalidade e da morbilidade.

A não inclusão das pessoas mais vulneráveis que frequentam os Centros de Dia, ou seja, os que não estavam capazes de responder às questões, apresenta-se como a principal fragilidade do estudo pois não permite estimar com total precisão a extensão dos diversos fenómenos avaliados, para representar com exatidão as necessidades dessa população.

Considera-se, após terem sido atingidos os objetivos inicialmente propostos, que com a concretização deste estudo foi dado o primeiro passo para que seja possível prescrever terapêuticas de enfermagem baseadas em evidência, conducentes à manutenção da funcionalidade e à promoção do autocuidado da pessoa idosa (em contexto de Centro de Dia), para a ajudar a gerir com mestria as dificuldades inerentes ao aumento da longevidade (resultado esperado).

Perspetiva-se para o futuro a realização de estudos randomizados para comprovar a eficácia e eficiência da intervenção de Enfermagem face aos fenómenos identificados; a concretização de estudos de viabilidade económica para que seja possível a evolução destes equipamentos sociais de proximidade para unidades integradas e multidisciplinares, promotoras do envelhecimento ativo; e a investigação relativa ao desenvolvimento de parcerias com Unidades de Saúde da Comunidade visando a prevenção de problemas e a reabilitação funcional.

Por fim, espera-se que este estudo possa contribuir para ajudar a tomada de decisão política, proporcionando o desenvolvimento de respostas integradas centradas na promoção, manutenção e reabilitação da saúde em contexto de Centro de Dia.

Bibliografia

(segundo a norma de Vancouver)

- Abrams, Paul, Cardozo et al.. Incontinence. Paris: ICUD-EAU, 2013.
- Allali, Ayers, Holtzer et al.. The role of postural instability/gait difficulty and fear of falling in predicting falls in non-demented older adults. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2016, Vol. 69, p. 15-20.
- Almeida. A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência - Estudo exploratório no contexto domiciliar. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2009. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Avançada.
- Almeida. Indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem em idosos com 80 anos ou mais. [autor do livro] Zutin & Serva. Gerontologia. Olhares diversos sobre o envelhecimento. São Paulo: UNIMAR, 2015.
- Alparslan, Ozkaraman & Sönmez. The effect of relaxation exercises on quality of sleep among the elderly. Holistic Nursing Practice. 2014, Vol. 21 (8).
- American College of Sports Medicine. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. 8ª edição .Lippincott Williams & Wilkins, 2010.
- American Nurses Association. What is Nursing? [Online] ANA, 2016. <http://www.nursingworld.org/EspeciallyForYou/What-is-Nursing>.
- Amorim. Resiliência em idosos vivos. Angra do Heroísmo: Universidade dos Açores, 2012. Dissertação de Mestrado.
- Andrade & Martins. Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. Millenium. 2011, Vol. 40, p. 185-199.
- Andrews, Cenzer, Yelin et al.. Pain as a Risk Factor for Disability or Death. Journal of the American Geriatrics Society. 2013, Vol. 61(4), p. 583-589.
- Annells & Koch. Faecal impaction: older people's experiences and nursing practice. British Journal of Community Nursing. 2002, Vol. 7(3), p. 118-126.
- Apóstolo, Cardoso, Marta et al.. Efeito da estimulação cognitiva em Idosos. Revista Referência. III série, 2011, Vol. 5, P. 193-201
- Araújo. Cuidar da família com um idoso dependente: formação em enfermagem. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2010. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.
- Ayres, França Júnior, Calazans et al.. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. [autor do livro] Czeresnia e Freitas. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 117-140.
- Azevedo & Batista. Porto Solidário – Diagnóstico Social do Porto. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2009.

- Azevedo. Estudo para a validação do Questionário de Baecke Modificado por acelerometria, na avaliação da atividade física em idosos portugueses. Porto: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, 2009. Dissertação de Mestrado.
- Barchifontaine. Vulnerabilidade e dignidade humana. *O Mundo da Saúde*. 2006, Vol. 3(30), p. 434-440.
- Berdot, Bertrand, Dartigues et al.. Inappropriate medication use and risk of falls – A prospective study in a large community-dwelling elderly cohort. *BMC Geriatrics*. 2009, Vol. 9:30.
- Bergua, Bouisson, Dartigues et al.. Restriction in instrumental activities of daily living in older persons: association with preferences for routines and psychological vulnerability. *International Journal of Aging and Human Development*. 2013, Vol. 77(4), p. 309-329.
- Bonfim & Saraiva. Centro de dia (Condições de localização, instalação e funcionamento). Lisboa: Direcção-Geral da Acção Social, 1996.
- Boparai & Korc-Grodzicki. Prescribing for older adults. *Monte Sinai Journal of Medicine*. 2011, Vol. 78(4), p. 613-626.
- Borges & Cintra. Relação entre acuidade visual e atividades instrumentais de vida diária em idosos em seguimento ambulatorial. *Revista Brasileira de Oftalmologia*. 2010, Vol. 69 (3), p. 146-151.
- Busetto, Romanato, Zambon et al.. The effects of weight changes after middle age on the rate of disability in an elderly population sample. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009, Vol. 57 (6), p. 1015-1021.
- Cadete. Centros de Dia em Portugal. 1978. Palestra proferida nos Recolhimentos da Capital, integrada no Programa de Educação em Exercício. (125)
- Cai, Salmon & Rodgers. Factors Associated with Long-Stay Nursing Home Admissions Among the U.S. Elderly Population: Comparison of Logistic Regression and the Cox Proportional Hazards Model with Policy Implications for Social Work. *Social Work in Health Care*. 2009, p. 154-168.
- Canada. The Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy. Department of Health, 2005.
- Caníço, Bairrada, Rodríguez et al.. *Novos Tipos de Família: plano de cuidados*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010. p. 57.
- Caramelo. Qualidade de vida da pessoa idosa nos lares e centros de dia do distrito de Vila Real. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2014. Tese de Doutoramento em Enfermagem.
- Carvalho. Envelhecimento e cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social. Lisboa: Coisas de ler, 2012.
- Chesnay & Anderson. *Caring for the Vulnerable. Perspectives in Nursing Theory, Practice, and Research*. 3ª edição. Jones & Bartlett Learning, 2012. p. 590.
- Cohen-Mansfield, Shmotkin, Blumstein et al.. The Old, Old-Old, and the Oldest Old: Continuation or Distinct Categories? An Examination of the Relationship between Age

and Changes in Health, Function, and Wellbeing. *International Journal of Aging & Human Development*. 2013, Vol. 77(1), p. 37-57.

Colón-Emeric, Whitson, Pavon et al.. Functional Decline in Older Adults. *American Family Physician*. 2013, Vol. 88 (6), p.388-394.

Conselho de Enfermagem. Áreas Prioritárias para a Investigação em Enfermagem - Relatório Bienal. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.

Covinsky, Lindquist, Dunlop et al.. Pain, functional limitations, and aging. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009, Vol. 57(9), p. 1556-1561.

Cramm, Twisk & Nieboer. Self-management abilities and frailty are important for healthy aging among community-dwelling older people; a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*. 2014, Vol. 14 (28).

Cruz-Jentoft, Baeyens, Bauer et al.. Sarcopenia: European Consensus on Definition and Diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing*. 2010, Vol. 39(4), p. 412-423.

Cunha. Famílias clássicas do concelho do Porto com parentes institucionalizados: das causas da institucionalização aos requisitos relevantes para o cuidado no domicílio. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2012. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Avançada.

Davis, Robertson, Ashe et al.. International comparison of cost of falls in older adults living in the community: a systematic review. *Osteoporosis International: A Journal Established As Result Of Cooperation Between The European Foundation For Osteoporosis And The National Osteoporosis Foundation Of The USA*. 2010, Vol. 21(8), p. 1295-1306.

Department of Health. Supporting people with long term conditions to self care. A guide to developing local strategies and good practice. London: National Health Service, 2006.

Dias. Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e psiquiátrica num Centro de Dia do Concelho de Oeiras. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. 2011. Dissertação de Mestrado.

Direção Geral da Saúde. Circular Normativa 13/DGCG - Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Ministério da Saúde, 2004.

Direção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. DGS, 2010. 015/2010.

Direção-Geral da Saúde. Prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas. DGS, 2008.

Doll, Gomes, Hollerweger et al.. Atividade, desengajamento, modernização: teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento. *Estudo Interdisciplinar do Envelhecimento*. 2007, Vol. 12, p. 7-33.

Eckert & Lange. Comparison of physical activity questionnaires for the elderly with the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) – an analysis of content. *BMC Public Health*. 2015, Vol. 15 (249).

- Ellis. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011, Vol. 7.
- Erci. Nursing Theories Applied to Vulnerable Populations: Examples from Turkey. [autor do livro] Mary de Chesnay e Barbara A. Anderson. Caring for the Vulnerable. Perspectives in Nursing Theory, Practice, and Research. Jones & Bartlett Learning, 2012.
- EUNESE. Ficha de factos: Prevenção de Quedas nos Idosos. EUNESE, 2007.
- Evans & Rowlands. Correctable visual impairment in older people: a major unmet need. Ophthalmic and Physiological Optics. 2004, Vol. 24, p. 161-180.
- Farage, Miller, Berardesca et al.. Psychosocial and societal burden of incontinence in the aged population: a review. Archives of Gynecology and Obstetrics. 2008, Vol. 277(4), p. 285-290.
- Fernandes, Cardoso & Felizardo. Independência Funcional de Idosos Institucionalizados em Lar e Centro-de-Dia: Um Estudo de Caso. Leiria: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2010.
- Flood & Newman. Obesity in older adults: synthesis of findings and recommendations for clinical practice. Journal of Gerontological Nursing. 2007, Vol. 33(12), p. 19-35.
- Folstein, Folstein & McHugh. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatry Research. 1975, pp. 189-198.
- Fong, Mitchell & Koh. Disaggregating activities of daily living limitations for predicting nursing home admission. Health Services Research. 2015, Vol. 50(2), p. 560-578.
- Franciulli, Ricci, Lemos et al.. A modalidade de assistência Centro-Dia Geriátrico: efeitos funcionais em seis meses de acompanhamento multiprofissional. Ciência & Saúde Coletiva, 2007, Vol. 12, p. 373-380.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. Agregados domésticos unipessoais de indivíduos com 65 ou mais anos em % do total de agregados. PORDATA. [Online] 2016.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. Anos de vida saudável aos 65 anos: por sexo - Europa. PORDATA. [Online] 2014.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. Esperança de vida à nascença: total e por sexo - Europa. PORDATA. [Online] 2014.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. Esperança de vida aos 65 anos da população do sexo feminino: total e por anos de vida saudável e não saudável - Europa. PORDATA. [Online] 2014.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. Indicadores de envelhecimento. PORDATA. [Online] 2017.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. Índice de envelhecimento por municípios. Pordata [Online] 2014.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. População Residente. [Online] PORDATA, 2016.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. População residente: total e por grandes grupos etários - Europa. PORDATA. [Online] 2016.

Fundação Francisco Manuel dos Santos. Taxa bruta de mortalidade e taxa de mortalidade infantil - Portugal. PORDATA. [Online] 2017.

Fundação Francisco Manuel dos Santos. Taxa de fecundidade geral na Europa. PORDATA. [Online] 2016.

Furtado. Psicofármacos: Evolução do consumo em Portugal Continental (2000-2012). INFARMED. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P., 2012.

Gaidão. Envelhecimento Activo e Autonomia: um desafio às Instituições Particulares de Solidariedade Social com resposta social em Centro de Dia – um estudo de caso. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 2012.

Gallegos-Orozco, Foxx-Orenstein, Sterler et al.. Chronic Constipation in the Elderly. *American Journal of Gastroenterology*. 2012, Vol. 107, p. 18-25.

Gantz. Self-care: Perspectives from six disciplines. *Holistic Nursing Practice*. 1990, Vol. 4(2), p. 1-12.

Gaugler, Duval, Anderson et al.. Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. *BMC Geriatrics*. 2007, Vol. 19(7), p.13.

Gaugler, Mittelman, Hepburn et al.. Predictors of change in caregiver burden and depressive symptoms following nursing home admission. *Psychology And Aging*. 2009, Vol. 24(2), p. 385-396.

Geib, Cataldo Neto, Wainberg et al.. Sono e envelhecimento. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2003, Vol. 25(3), p. 453-465.

GEP/MSESS. Carta Social. Rede de serviços e equipamentos. Relatório de 2014. Lisboa, 2014.

Gillibrand. Management of faecal incontinence in the elderly: current policy and practice. *British Journal of Community Nursing*. 2016, Vol. 21(11), p. 554-556.

Gold. An examination of instrumental activities of daily living assessment in older adults and mild cognitive impairment. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 2012, Vol. 34 (1), p. 11-34.

Gonçalves. Avaliação nutricional: desnutrição em idosos residentes em lar vs idosos hospitalizados. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2014. Dissertação de Mestrado.

Grassi, Petraccia, Mennuni et al.. Changes, functional disorders, and diseases in the gastrointestinal tract of elderly. *Nutricion Hospitalaria*. 2011, Vol. 26(4), p. 659-668.

Grossi & Guilamelon. Intersetorialidade na política de saúde do idoso. *Revista Virtual Textos & Contextos*. 2006, Nº. 6.

Guerreiro, Silva, Botelho et al.. Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination. *Revista Portuguesa de Neurologia*. 1994, Vol. 1(9).

Hairi, Cumming, Naganathan et al.. Loss of Muscle Strength, Mass (Sarcopenia), and Quality (Specific Force) and Its Relationship with Functional Limitation and Physical Disability: The Concord Health and Ageing in Men Project. *Journal of the American Geriatric Society*. 2010, Vol. 58, p. 2055–2062.

Heaslip & Ryden. *Understanding Vulnerability: A Nursing and Healthcare Approach*. Wiley-Blackwell, 2013. p. 232.

Henriques. *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem*. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2011. Tese de doutoramento.

Higgins, Buta, Dorflinger et al.. Prevalence and correlates of painful conditions and multimorbidity in national sample of overweight/obese Veterans. *Journal of Rehabilitation Research and Development*. 2016, Vol. 53(1), p. 71-82.

Howe, Rochester, Neil et al.. Exercise for improving balance in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011, 11.

Institute. Nursing interventions to minimise undernutrition in older patients in hospital. *Nursing Standard*. 2008, Vol. 22(41), p. 35-40.

Instituto Nacional de Estatística. Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos. Portal do Instituto Nacional de Estatística. Portugal. [Online] Fevereiro de 2012.

Instituto Nacional de Estatística. Projeções de população em Portugal 2008-2060. Portal do Instituto Nacional de Estatística. Portugal [Online] 2009.

Instituto Nacional de Estatística. Projeções de população residente 2012-2060. Portal do Instituto Nacional de Estatística. Portugal [Online] 1014.

Ivers, Cumming, Mitchell et al.. Visual impairment and falls in older adults: the Blue Mountains Eye Study. *Journal of the American Geriatric Society*. 1998, Vol. 46(1), p. 58-64.

Kelle & Erzberger. *Qualitative and Quantitative Methods: Not in Opposition*. [autor do livro] Flick, Kardorff & Steinke. *A Companion to Qualitative Research*. Londres: SAGE, 2005, p. 172-177.

Kendrick. Exercise for reducing fear of falling in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015, 10.

Kuzuya, Izawa, Enoki et al.. Day-care service use is a risk factor for long-term care placement in community-dwelling dependent elderly. *Geriatrics & Gerontology International*. 2012, Vol. 12(2), p.322–329.

Lakdawaiia, Goldman & Shang. The health and cost consequences of obesity among the future elderly. *Health Affairs*. 2004, Vol. 24. Suppl 2, p. W5R30-41.

Lini, Portella & Doring. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2016, Vol. 19(6), p. 1004-1014.

Lopes, Escoval, Pereira et al.. Avaliação da funcionalidade e necessidades de cuidados dos idosos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2013, Vol. 21.

Lourenço. “Institucionalização do idoso e identidade”. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre, 2014. Dissertação de Mestrado.

Luppa, Luck, Weyerer et al.. Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*. 2010, Vol. 39, p. 31-38.

Martín & Brandão. Políticas para a Terceira Idade. [autor do livro] Paúl e Ribeiro. Manual de Gerontologia. Lisboa: Lidel, 2012.

Martins. "Agora esta é a minha casa": estudo sobre o processo de transição para um lar de idosos. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2013. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia.

Mcalister, Schmitter-Edgecombe & Lamb. Examination of Variables That May Affect the Relationship Between Cognition and Functional Status in Individuals with Mild Cognitive Impairment: A Meta-Analysis. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2016, Vol. 31(2), p. 123–147.

Meleis & Trangenstein. Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. [autor do livro] Afaf Meleis. *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010, p. 641.

Meleis, Sawyer, Im et al.. *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. *Advanced Nursing Science*. 2000, Vol. 23(1), p.12-28

Meleis, Sawyer, Im et al.. *Experiencing transitions: an emerging middle-range theory*. [autor do livro] Afaf Meleis. *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010, p. 641.

Meleis. *Theoretical Nursing. Development and progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. p. 813.

Meleis. *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010.

Melis, Marengoni, Angleman et al.. Incidence and Predictors of Multimorbidity in the Elderly: A Population-Based Longitudinal Study. *PLoS ONE*. 2014, Vol. 9(7), p. e103120.

Melo. Adaptação cultural e validação da escala "Falls Efficacy Scale" de Tinetti. *IFisionline*. 2011, Vol. 1(2).

Mendes. *A dimensão espiritual do ser humano: o diagnóstico de angústia espiritual e a intervenção de enfermagem*. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2013. Tese de Doutoramento em Enfermagem.

Miles, Huberman & Saldana. *Qualitative Data Analysis. A Methods Sourcebook*. Arizona: SAGE, 2014.

Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. *Carta Social*. Carta Social. [Online] 2016.

Monteverde. Excess weight and disability among the elderly in Argentina. *Salud Colectiva*. 2015, Vol. 11(4), p. 509-521.

Morgado, Rocha, Maruta et al.. Novos valores normativos do mini-mental state examination. *Sinapse*. 2009, Vol. 9(12), p. 10-16.

Morse, Rosenthal, Yatzkan et al.. Impact of a Vision Intervention on the Functional Status of Nursing Home Residents. *Journal of Visual Impairment & Blindness*. 2005, Vol. 99(2), p. 96-108.

Naslund, Sauter, Gutman et al.. Increased Health Service Utilization Costs in the Year Prior to Institutionalization: Findings from the Canadian Study of Health and Aging. *Canadian Geriatrics Journal*. 2014, Vol. 17 (2), p. 45-52.

Neikrug & Ancoli-Israel. Sleep Disorders in the Older Adult – A Mini-Review. *Gerontology*. 2010, Vol. 56(2), p. 181-189.

Neves. “Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos” Estudo tipo série de casos. Covilhã: Universidade da Beira Interior; Ciências da Saúde, 2012. Dissertação de Mestrado em Gerontologia.

Nichiata, Bertolozzi, Takahashi et al.. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela Enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Setembro-Outubro de 2008, Vol. 16(5).

O'Connor, Gallagher & O'Mahony. Inappropriate Prescribing: Criteria, Detection and Prevention. *Drugs & Aging*. 2012, Vol. 29(6), p. 437-452.

Ordem dos Enfermeiros. Guia orientador de boa prática. Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2013.

Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012.

Orem. *Nursing Concepts of Practice*. St Louis: Mosby, 2001.

Organização Mundial da saúde Escritório Regional Europeu. Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012–2020. Copenhagen: OMS, 2012.

Organização Mundial da Saúde. Active ageing. A policy framework. Genebra: OMS, 2002.

Organização Mundial da Saúde. Body mass index - BMI. World Health Organization Regional Office for Europe. [Online] OMS, 2017. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>.

Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Genebra: OMS, 2004.

Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde. New York: OMS, 1946.

Organização Mundial da Saúde. Global recommendations on physical activity for health. Genebra: OMS, 2010.

Organização Mundial da Saúde. Global Report on Falls Prevention in Older Age. Genebra: OMS, 2007.

Organização Mundial da Saúde. Health of the elderly. Genebra: OMS, 1989.

Organização Mundial da Saúde. ICF CHECKLIST Version 2.1a, Clinician Form. World Health Organization. [Online] 2003. <http://www.who.int/classifications/icf/icfchecklist.pdf?ua=1>.

Organização Mundial da Saúde. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organization. [Online] 2017.

- Organização Mundial da Saúde. Measuring Health and Disability. Manual for WHO Disability Assessment Schedule. WHODAS 2.0. World Health Organization. [Online] 2010.
- Organização Mundial da Saúde. The High 5s Project Implementation Guide. Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care: Medication Reconciliation. OMS, 2014. p. 36pp.
- Organização Mundial da Saúde. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF. Genebra: OMS, 2002.
- Organização Mundial da Saúde. World Population Ageing 2009. Genebra: OMS, 2009.
- Organização Mundial da Saúde. World report on Ageing and Health. Genebra: OMS, 2015. p. 247.
- Ouslander, Griffiths, McConnell et al.. Functional incidental training: a randomized, controlled, crossover trial in Veterans Affairs nursing homes. Journal of the American Geriatric Society. 2005, Vol. 53(7), p. 1091-1100.
- Oxford University. English Oxford Living Dictionaries. [Online] Oxford University, 2017. <https://en.oxforddictionaries.com/>.
- Parente. Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho do Porto. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2013. Tese de Doutoramento em Enfermagem.
- Passos, Sequeira & Fernandes. Nursing focuses in older people with mental disorders. Revista de Enfermagem Referência. Série IV, 2014, Vol. 2, p. 81-91.
- Pereira, Fonseca, Escoval et al.. Contributo para a classificação da funcionalidade na população com mais de 65 anos, segundo a classificação internacional de funcionalidade. Rev Portuguesa Saúde Pública. 2011, Vol. 19(1), p. 52-62.
- Petiz. A atividade física, equilíbrio e quedas. Um estudo em idosos institucionalizados. Porto: Universidade do Porto. Faculdade de Ciências do desporto e de Educação Física, 2002. Dissertação de Mestrado.
- Petronilho. Preparação do regresso a casa. FORMASAU, 2007.
- Pinto. Por que vão os idosos para lares? Determinantes no internamento de pessoas maiores de 65 anos em Instituições de longa permanência. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2013. Dissertação de Mestrado em Sociedade, Risco e Saúde.
- Plooij, Scherder & Eggermont. Physical inactivity in aging and dementia: a review of its relationship. Journal of Clinical Nursing. 2012, Vol. 21(21-22), p. 3002-3008.
- Portugal. Decreto-Lei nº. 101/206. Diário da Republica 109 Série I-A, 06 de 06 de 2006.
- Portugal. LEI ORGÂNICA DO I GOVERNO CONSTITUCIONAL. Diário da Republica, 1976. Vol. nº: 213/76 Série I 1º Suplemento.
- Quaresma. Cuidados Familiares às Pessoas Muito Idosas. Lisboa: Direcção-Geral da Acção Social. Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação, 1996. p. 86.

Queirós, Vidinha & Filho. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. nov./dez de 2014, Série IV, Vol. 3, p. 157-164.

Reed-Jonesa, Solis, Lawson et al.. Vision and falls: A multidisciplinary review of the contributions of visual impairment to falls among older adults. *Maturitas*. 2013, Vol. 75, p. 22–28.

Reelick, van Iersel, Kessels et al.. The influence of fear of falling on gait and balance in older people. *Age and Ageing*. 2009, Vol. 38(4), p. 435-440.

Reiman & Manske. The assessment of function: How is it measured? A clinical perspective. *Journal of Manual and Manipulative Therapy*. 2011, Vol. 19, p. 91-99.

Ribeiro. Adaptação e Validação do WHODAS 2.0 para a População Portuguesa. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2010. Dissertação de Mestrado em Gerontologia.

Ribeiro. Estudo do equilíbrio estático e dinâmico em indivíduos idosos. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Desporto, 2009. Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto.

Rocha. Famílias clássicas do concelho de Lisboa com parentes institucionalizados: das causas da institucionalização aos requisitos para o cuidado no domicílio. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2012. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Avançada.

Rodrigues. Avaliação comunitária de uma população de idosos. Da funcionalidade à utilização dos serviços. Coimbra: Mar da Palavra - Edições Lda, 2009.

Rogalski. A Graduate Nursing Curriculum for the Evaluation and Management of Urinary Incontinence. *Educational Gerontology*. 2005, Vol. 31(2), p. 139-159.

Romero-Ortuno. Frailty in Primary Care. *Interdisciplinary Topics in Gerontology and Geriatrics*. 2015, Vol. 41, p. 85-94.

Rosa. Idosos mais idosos - Narrativas, ciclo de vida e estilos de vida. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia. Aveiro: Universidade de Aveiro - Secção Autónoma de Ciências da Saúde, 2010.

Saarela, Soini, Hiltunen et al.. Dentition status, malnutrition and mortality among older service housing residents. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2014, Vol. 18(1), p. 34-38.

Santos e Almeida. Polimedicação no idoso. *Revista Referência*. 2010, III série, Vol. 2, p. 149-162.

Schein, Gagnon, Chan et al.. The Association Between Specific Nurse Case Management Interventions and Elder Health. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005, Vol. 53, p. 597-602.

Scheuringer, Grill, Boldt et al.. Systematic review of measures and their concepts used in published studies focusing on rehabilitation in the acute hospital and in early post-acute rehabilitation facilities. *Disability and Rehabilitation*. 2005, p. 419-429.

Schuler, Njoo, Hestermann et al.. Acute and Chronic Pain in Geriatrics: Clinical Characteristics of Pain and the Influence of Cognition. *Pain Medicine*. 2004, Vol. 5(3), p. 253-262.

Schumacher & Meleis. Transitions: a central concept in nursing. [autor do livro] Afaf Meleis. *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010, p. 641.

Schumacher, Jones & Meleis. Helping elderly persons in transition: a framework for research and practice. [autor do livro] Afaf Meleis. *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010, p. 641.

Scott, Gray, Martin et al.. Deciding when to stop: towards evidence-based deprescribing of drugs in older populations. *Evidence Based Medicine*. 2013, Vol. 18(4), p. 121-124.

Segurança Social. Centro de Dia - Manual de Processos-Chave. Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais. Segurança Social. [Online] 2010.

Segurança Social. Manual de processos chave. Centros de dia. 2ª edição. [Online] 2014.

Sequeira. Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: LIDEL, Edições Técnicas, Lda, 2010. p. 360.

Sequeira. O aparecimento de uma perturbação demencial e suas repercussões na família. Universidade do Porto. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2007. Tese de Doutoramento.

Sethi et al.. Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done. WHO Regional Office for Europe, 2006.

Sheppard, Sawyer, Ritchie et al.. Life-space mobility predicts nursing home admission over 6 years. *Journal of Aging & Health*. 2013, Vol. 25(6), p. 907-920.

Shi & Klotz. Age-related changes in pharmacokinetics. *Current Drug Metabolism*. 2011, Vol. 12(7), p. 601-610.

Silva, Júnior, Pinheiro et al.. Sarcopenia Associada ao Envelhecimento: Aspectos Etiológicos e Opções Terapêuticas. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2006, Vol. 46(6), p. 391-397.

Silva. Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Revista Servir*, 2007, Vol. 55, p.11-20

Siquenique. Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa: análise crítica da literatura e proposta de protocolo. 2015. Dissertação de Mestrado em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas.

Smith, Wallace, O'Dowd et al.. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Systematic Review*. 2016, Vol. 14(3).

Sobral. Comunicação e realização de atividades instrumentais de vida diária em idosos com comprometimento cognitivo leve. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2015. Dissertação de Mestrado em Saúde da Comunicação Humana.

- Söderhamn. Self-care activity as a structure: A phenomenological approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2000, Vol. 7(4), p. 183-189.
- Sousa, Patrão & Vicente. Famílias e envelhecimento: o último estágio do ciclo de vida. [autor do livro] Paúl & Ribeiro. *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel, 2012.
- Spiers. New perspectives on vulnerability using emic and etic approaches. *Journal of Advanced Nursing*. 2000, Vol. 31(3), p. 715-721.
- Strauss & Corbin. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2ª edição. Porto Alegre: ARTMED editora, 2008. p. 288.
- Studenski, Perera, Patel et al.. Gait speed and survival in older adults. *JAMA*. 2011, Vol. 305(1), p. 50-58.
- Svidén, Tham & Borell. Elderly participants of social and rehabilitative day centres. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2004, Vol. 18 (4), p. 402-409.
- Thorpe, Thorpe, Kennelty et al.. Patterns of perceived barriers to medical care in older adults: a latent class analysis. *BMC Health Services Research*. 2011, Vol. 11(181).
- Turner. Modification of the home environment for the reduction of injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011.
- Van Rensbergen & Nawrot. Medical conditions of nursing home admission. *BMC Geriatrics*. 2010, Vol. 10(46).
- Veloso. As Universidades da Terceira Idade em Portugal: Um contributo par a análise da sua emergência. *Revista Portuguesa de pedagogia*. 2007, Vols. 41-3, pp. 263-284.
- Verhaeghen. *Cognitive processes and ageing*. [autor do livro] Ian Stuart-Hamilton. An introduction to Gerontology. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.
- Vieira. *A Vulnerabilidade e o Respeito no Cuidado ao Outro*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2003. Tese de Doutoramento.
- Voorrips, Ravelli, Dongelmans et al.. A physical activity questionnaire for the elderly. *Med Sci Sports Exerc*. 1991, Vol. 23(8).
- Watkinson. Visual impairment in older people. *Nursing Older People*. 2009, Vol. 21(8), p. 30-36.
- Whitson, Cousins, Burchett et al.. The Combined Effect of Visual Impairment and Cognitive Impairment on Disability in Older People. *Journal of American Geriatrics Society*. 2007, Vol. 55 (6), p. 885-891.
- Yin. *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. Bookman 4ª edição, 2010. p. 248.

Anexos



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração ...

V.Ref

N. Ref: (CIIS) Porto ___ de _____ de 2016

Assunto: Pedido para autorização de recolha de dados

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração

Vimos por este meio, solicitar a V. Exa. autorização para que o estudante de Doutoramento em Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, Armando Manuel Gonçalves de Almeida, sob orientação da Professora Doutora Margarida Vieira, professora Associada deste Instituto, possa recolher dados, por formulário, aos utentes que frequentam o Centro de Dia da Vossa instituição, para um estudo que pretende traçar o perfil epidemiológico sobre a funcionalidade e vulnerabilidade da pessoa idosa que frequenta os Centros de Dia da cidade do Porto.

Da recolha de dados, a fazer junto dos idosos, não resultarão quaisquer encargos, financeiros ou outros, para a instituição ou para as pessoas. O estudo não implica danos para a saúde das pessoas envolvidas, sendo garantidos a confidencialidade e o anonimato e demais princípios éticos da investigação com seres humanos.

Da colheita de dados constam a aplicação de um formulário que enviamos em anexo. O período de recolha de dados será definido conforme disponibilidade pela Vossa instituição, a definir em reunião.

Agradecendo desde já a colaboração de V. Ex. cia, aguardamos a Vossa resposta tão breve quanto possível, manifestando a nossa disponibilidade para qualquer esclarecimento.

Com os meus melhores cumprimentos.

O investigador disponibiliza-se desde já a fornecer toda a informação adicional que seja solicitada, através dos contactos: aalmeida@porto.ucp.pt | telemóvel: 934285328

A Direção do CIIS


Prof. Doutora Margarida Vieira
Instituto de Ciências da Saúde

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Rua Dr. António Bernardino de Almeida, s/n // 4200-072 Porto, Portugal
T. +351 225 580 073 // F. +351 225 090 351 // www.porto.ucp.pt

DADOS SOCIO DEMOGRÁFICOS	
1- Idade: _____ anos	
2- Sexo: 1- <input type="radio"/> Feminino 2- <input type="radio"/> Masculino	
3- Estado civil: 1- <input type="radio"/> Solteiro 2- <input type="radio"/> Casado 3- <input type="radio"/> Viúvo 4- <input type="radio"/> Divorciado	
4- Nível de escolaridade: 1- <input type="radio"/> Analfabeto; 2- <input type="radio"/> Não frequentou a escola, mas sabe ler e escrever; 3- <input type="radio"/> Sem o 1º ciclo completo; 4- <input type="radio"/> Fez exame da 4ª classe 5- <input type="radio"/> Completou o 9º ano, antigo 5º ano (curso geral do liceu/curso industrial/outro equivalente) 6- <input type="radio"/> Completou o 7º ano (curso complementar do liceu) 7- <input type="radio"/> Completou o ensino superior 8- <input type="radio"/> Nível de ensino completado na idade adulta, ex. programa novas oportunidades (especifique) 9- <input type="radio"/> Ensino especial 10- <input type="radio"/> Outro	
5- Pessoas com quem coabita: 1- <input type="radio"/> Sozinho 2- <input type="radio"/> Cônjuge 3- <input type="radio"/> Filhos/Nora/ genro/Netos 4- <input type="radio"/> Outros _____	
6- Quem gere a pensão de reforma/bens? 1- <input type="radio"/> O próprio 2- <input type="radio"/> Familiares 3- <input type="radio"/> Outros _____	

DESEMPENHO COGNITIVO	
7- Mini Exame do Estado Mental	

SONO E REPOUSO					
8- Qual a probabilidade dormir no centro de dia?	Nunca	Raro	Às vezes	Frequente	Score
Durante a manhã, sentado(a) na cadeira	1	2	3	4	
Após o almoço, sentado(a) na cadeira	1	2	3	4	
Durante a tarde, sentado(a) na cadeira	1	2	3	4	
Nas viagens entre o centro e a sua casa	1	2	3	4	
Durante o dia quando vê televisão	1	2	3	4	
Durante o dia enquanto conversa com os outros utentes	1	2	3	4	

DOMINIO SENSORIAL E DOR	
9-Sensação de dor (nas últimas semanas). 1- <input type="radio"/> Sim 2- <input type="radio"/> Não	
9.1-Se referir dor quantificar a intensidade (Utilize a escala visual analógica) Sem dor  Dor máxima	

10- Acuidade visual (visão ao longe) - Avalie as funções da visão de acordo com as seguintes orientações: A tabela é colocada a uma distância de 3 metros da pessoa idosa que, se possuir óculos deve mantê-los durante o exame. A visão deve ser testada em cada olho em separado e depois em conjunto. Os olhos devem ser vendados com as mãos em forma de concha ou com uma venda. Utilize a escala de sinais se for analfabeto.											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Pontuação OE											
Pontuação OD											
Pontuação conjunta											
11- Usa prótese ocular											
1- <input type="radio"/> Sim											
2- <input type="radio"/> Não											

STATUS NUTRICIONAL	
Peso: _____ Kg (Nota: os Kg devem ser separados das Gramas por uma vírgula)	
Altura: _____ m (Nota: os Metros devem ser separados dos Centímetros por uma vírgula)	
12- IMC:	
13- Número de dentes?	
Maxilar superior: _____ Maxilar inferior: _____	
14- Usa prótese dentária	
1- <input type="radio"/> Sim	
2- <input type="radio"/> Não	

CAPACIDADE FUNCIONAL	
15- Higiene (score)	
16- Controlo de esfíncteres (score)	
17- Mobilidade (score)	
18- Índice de Barthel (score)	
19- Dependência nas ABVD	
20- Índice de Lawton (score)	
21- Dependência nas AIVD	

EQUILÍBRIO CORPORAL	
22- Equilíbrio dinâmico	
23- Equilíbrio estático	
24- Risco de queda (Índice de Tinetti)	
25- Usa algum dos seguintes auxiliares de marcha (refira a que usa mais frequentemente)?	
1- <input type="radio"/> Nenhum	
2- <input type="radio"/> Bengala ou tripé	
3- <input type="radio"/> Muletas ou canadianas	
4- <input type="radio"/> Cadeira de rodas	
5- <input type="radio"/> Outro: _____	
26- Medo de cair (Falls Efficacy Scale)	

EXERCÍCIO E ATIVIDADE FÍSICA	
27- Intensidade da atividade doméstica	
28- Intensidade da atividade desportiva	
29- Intensidade da atividade de tempos livres e de lazer	
30- Intensidade da atividade física (Questionário de Baecke Modificado para Idosos)	

UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
<p>41- Quando está doente a quem recorre normalmente?</p> <p>1- <input type="radio"/> USF/UCSP</p> <p>2- <input type="radio"/> SASU</p> <p>3- <input type="radio"/> Hospital</p> <p>4- <input type="radio"/> Instituição privada</p> <p>5- <input type="radio"/> Outro: _____</p>
<p>42- Conhece o seu enfermeiro de família</p> <p>1- <input type="radio"/> Sim</p> <p>2- <input type="radio"/> Não.</p> <p>Porquê: _____</p>
<p>43- Conhece o seu médico de família</p> <p>1- <input type="radio"/> Sim</p> <p>2- <input type="radio"/> Não.</p> <p>Porquê: _____</p>
AUTOPERCEÇÃO SOBRE A SAÚDE
<p>44- Precisa de mais cuidados ou tratamentos de saúde do que os que recebe?</p> <p>1- <input type="radio"/> Sim</p> <p>2- <input type="radio"/> Não</p>
<p>45- Como avalia a sua saúde em geral neste momento?</p> <p>1- <input type="radio"/> Muito boa</p> <p>2- <input type="radio"/> Boa</p> <p>3- <input type="radio"/> Regular</p> <p>4- <input type="radio"/> Má</p> <p>5- <input type="radio"/> Muito má</p>
<p>46- Comparando com há 5 anos como classifica a sua saúde?</p> <p>1- <input type="radio"/> Melhor</p> <p>2- <input type="radio"/> Igual</p> <p>3- <input type="radio"/> Pior</p>

Protocolo para Estudo de Caso Múltiplo

Introdução

A Organização Mundial da Saúde refere que, para a promoção do Envelhecimento Saudável, é necessário a existência de equipas multidisciplinares a trabalharem em conjunto mediante o enfoque disciplinar de cada profissão.

Os Centros de Dia, apesar de receberem pessoas socialmente muito vulneráveis, não fornecem cuidados de saúde logo, infere-se que a probabilidade de existirem pessoas muito vulneráveis em termos de saúde é também elevada. A evidência científica disponível é escassa para explicar essa vulnerabilidade e para representar os fenómenos sensíveis aos cuidados de Enfermagem passíveis de serem trabalhados nesse contexto.

1- Objetivos

Assim, para caracterizar a vulnerabilidade da pessoa idosa durante o processo de transição para o Centro de Dia e fazer emergir o conjunto de respostas humanas potencialmente sensíveis aos Cuidados de Enfermagem, planeou-se um estudo de caso múltiplo.

Através do método de investigação escolhido, pretende-se dar respostas a questões como: 1) Porque foi tomada a decisão de ingresso num Centro de Dia? 2) Como foi vivida a transição? 3) O que mudou com a permanência na instituição?

2-Procedimentos de recolha de dados

Adotaram-se um conjunto de procedimentos para a recolha de dados.

2.1- Contacto com as instituições

Inicialmente foram contactados os responsáveis pelos Centros de Dia, solicitando a autorização para a realização do estudo, explicitando o propósito do mesmo e pedindo a colaboração para a operacionalização da recolha de dados por forma a respeitar os interesses dos indivíduos e das instituições.

2.2- Seleção dos casos

Para estudar as respostas humanas sensíveis aos Cuidados de Enfermagem, durante o processo de transição, serão escolhidos como unidades primárias do estudo (caso) pessoas idosas que frequentam os Centros de Dia.

2.2.1- Critérios de seleção dos casos

Para a escolha dos casos serão adotados três critérios:

- 1) Pessoas com 60 ou mais anos, utentes de Centros de Dia da cidade do Porto onde se desenvolve o projeto Mais Independência, Mais Autonomia (MIMA), do Centro de Enfermagem da Católica (CEC);
- 2) Pessoas com capacidade de interação verbal.
- 3) Conviventes significativos de utentes sem capacidade de interação verbal.

2.2.2- Escolha intencional dos casos

A escolha dos casos será intencional e terá como propósito:

- 1) Casos típicos ou representativos do fenómeno em estudo
 - Indivíduos que participem ativamente nas atividades do Centro;
 - Indivíduos com a mobilidade restrita ao Centro de Dia.
- 2) Casos negativos ou não conformes ao estudo
 - Indivíduos que se excluam das atividades do Centro;
 - Indivíduos com capacidade para deambularem fora da instituição (por exemplo: vão a pé para o Centro; saem para tomar café).
- 3) Casos excepcionais ou discrepantes ao estudo
 - Indivíduos sem capacidade de interação verbal;
 - Indivíduos totalmente dependentes.

2.3- Pedido de autorização

As pessoas serão abordadas no Centro de Dia, esclarecidas sobre o estudo e questionadas acerca da vontade de participarem

Qualquer um dos indivíduos optará por participar ou não, sem qualquer prejuízo para os mesmos;

No decorrer da entrevista ou do estudo, em qualquer uma das fases, poderão ainda desistir ou recusar-se a responder a qualquer uma das questões.

2.4- Procedimento de recolha de dados

As entrevistas irão decorrer no Centro de Dia, em local onde haja total privacidade, de forma a assegurar a total confidencialidade.

Nunca deverão ser recolhidos dados biográficos (como o nome e a idade) para evitar que os participantes sejam identificados.

2.5- Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados será realizada através de entrevistas semiestruturadas.

Após a realização de cada entrevista, deverão ser realizadas notas de campo em folha própria, conforme as respostas às perguntas (Quadro 1).

O registo das entrevistas deve acontecer imediatamente após cada contacto de forma a não perder dados que possam ser vitais para a investigação.

Quadro 1- Instrumento de recolha de dados

Perguntas de partida	Respostas
Por que razão veio para o centro de dia?	
Como estava a saúde na altura em que entrou?	
O que passou a fazer desde que entrou no centro?	
O que deixou de fazer desde que entrou no centro?	
Como está a sua saúde neste momento?	
Notas de relevo	

2.6- Orientações para as entrevistas

Foi desenvolvida uma estrutura conceptual para analisar o potencial contributo da Enfermagem, face à promoção do envelhecimento saudável em contexto de Centro de Dia, tendo por base o Modelo de Saúde Pública para o Envelhecimento Saudável, da OMS (1) (figura 1), a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Orem (2), a Teoria das Transições, de Afaf Meleis (3) (4) e a revisão bibliográfica prévia.

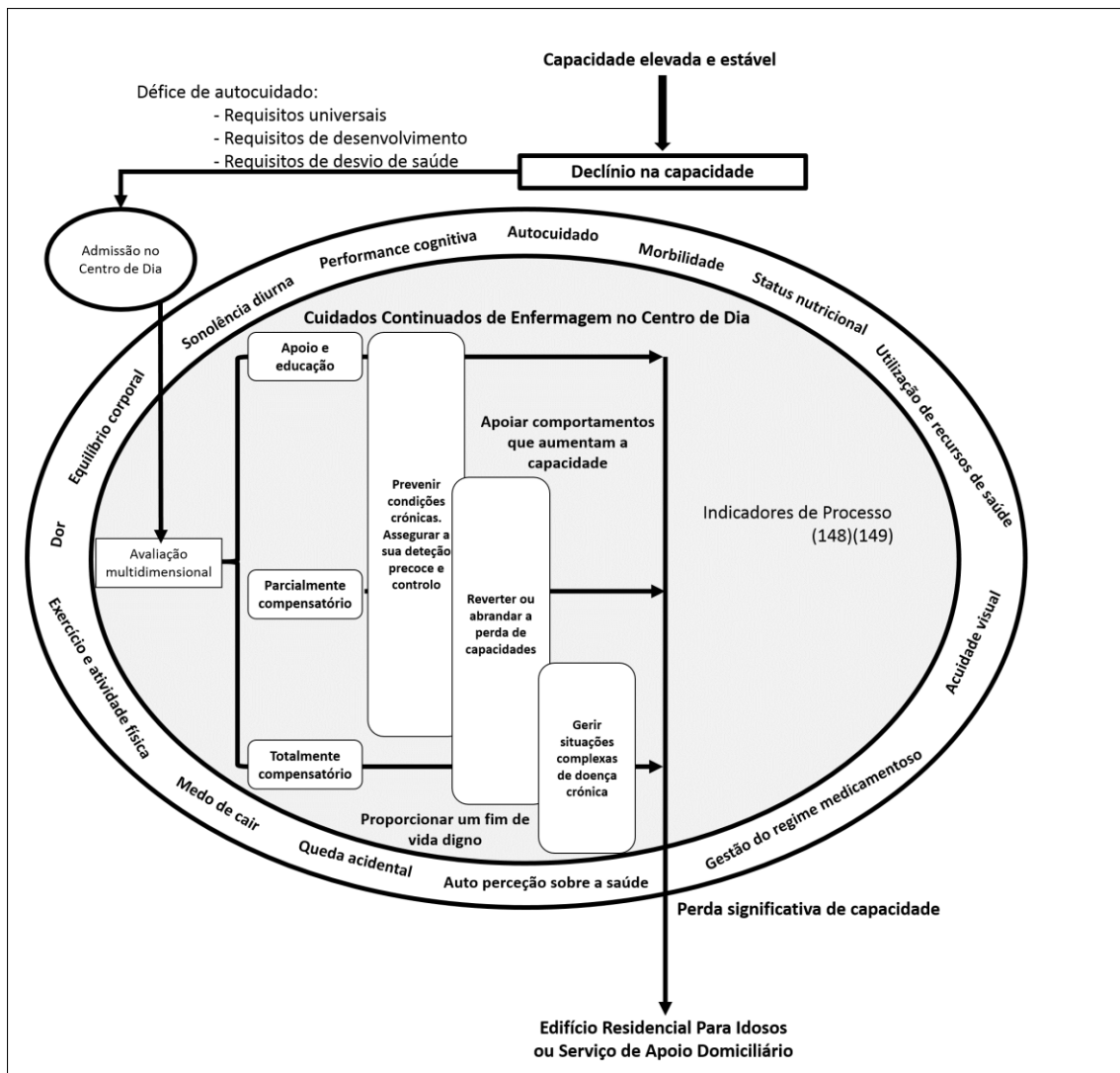


Figura 1- Modelo teórico orientador do estudo

As entrevistas semiestruturadas deverão ser orientadas segundo o modelo teórico desenvolvido, tendo em atenção:

- Demanda Terapêutica de Autocuidado
- Tipo de respostas compensatórias para os défices

- Tipo de transições
- Fatores que ajudam e dificultam
- Indicadores de Resposta

3-Procedimentos para tratamento dos dados e redação do relatório

Descrevem-se, de seguida, os procedimentos para análise e redação do relatório do estudo.

3.1- Utilização de ferramentas de análise de dados

As narrativas das entrevistas deverão ser introduzidas na base de dados do *software* informático NVivo 11[®] para se proceder à análise do conteúdo.

3.2- Método para analisar os dados

Para realizar a análise de conteúdo será utilizado o método de análise comparativa constante descrito por Strauss & Corbin (5), que se divide em três tipos de codificação (aberta, axial e seletiva).

-Codificação aberta - processo analítico que compreende a desestruturação dos dados recolhidos, observação cuidada de similaridades entre eles e aglutinação seletiva de forma a fazer emergir conceitos.

-Codificação axial - processo que pressupõe uma reorganização dos dados, após novo episódio de análise comparativa constante, com o intuito de estabelecer relações entre categorias e identificar subcategorias, que “especificam melhor uma categoria ao denotar informações do tipo quando, onde, por que e como um fenómeno tende a ocorrer” (5, p. 119).

-Codificação seletiva - Última fase do processo e consiste em integrar e relacionar todas as categorias conceptuais em torno de uma categoria central, eleita como o tema principal da investigação.

3.3- Método para relacionar os casos

A análise dos dados do primeiro caso irá gerar um primeiro esquema de interpretação teórico da realidade, permitindo que os casos seguintes sejam analisados, gradualmente, de forma a testar e a ampliar esse esquema (ver a figura 2).

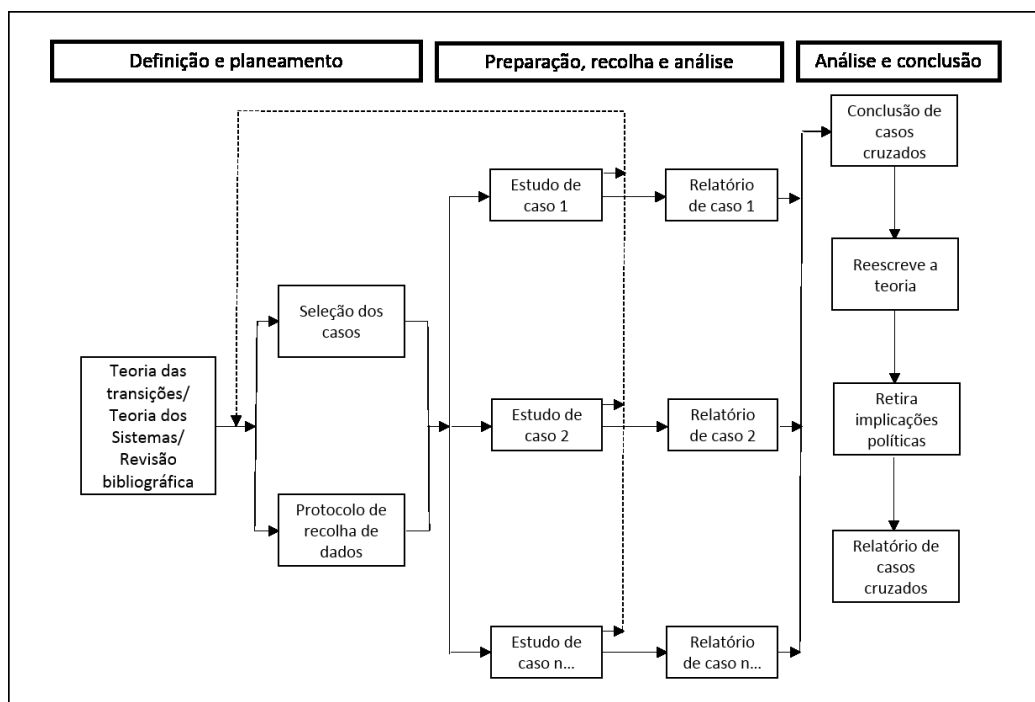


Figura 2- Esquema para análise dos casos

3.4- Redação do relatório final

O relatório final deverá ser redigido em forma de narrativa que explique a realidade percebida, segundo o modelo teórico orientador, devendo todas as categorias serem explicadas através da interpretação dos dados recolhidos.

Bibliografia

- 1- Organização Mundial da Saúde. World report on Ageing and Health. Genebra: OMS, 2015. p. 247.
- 2- Orem. Nursing Concepts of Practice. St Louis: Mosby, 2001.

3- Meleis, Sawyer, Im, et al. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. [autor do livro] Afaf Meleis. Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company, 2010, p. 641.


4- Schumacher, Jones, & Meleis. Helping elderly persons in transition: a framework for research and practice. [autor do livro] Afaf Meleis. Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company, 2010, p. 641.

5- Strauss & Corbin. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª edição. Porto Alegre : ARTMED editora, 2008. p. 288.

DADOS SOCIO DEMOGRÁFICOS	
1- Idade: _____ anos	
2- Sexo: 1- <input type="radio"/> Feminino 2- <input type="radio"/> Masculino	
3- Estado civil: 1- <input type="radio"/> Solteiro 2- <input type="radio"/> Casado 3- <input type="radio"/> Viúvo 4- <input type="radio"/> Divorciado	
4- Nível de escolaridade: 1- <input type="radio"/> Analfabeto; 2- <input type="radio"/> Não frequentou a escola, mas sabe ler e escrever; 3- <input type="radio"/> Sem o 1º ciclo completo; 4- <input type="radio"/> Fez exame da 4ª classe 5- <input type="radio"/> Completou o 9º ano, antigo 5º ano (curso geral do liceu/curso industrial/outro equivalente) 6- <input type="radio"/> Completou o 7º ano (curso complementar do liceu) 7- <input type="radio"/> Completou o ensino superior 8- <input type="radio"/> Nível de ensino completado na idade adulta, ex. programa novas oportunidades (especifique) 9- <input type="radio"/> Ensino especial 10- <input type="radio"/> Outro	
5- Pessoas com quem coabita: 1- <input type="radio"/> Sozinho 2- <input type="radio"/> Cônjuge 3- <input type="radio"/> Filhos/Nora/ genro/Netos 4- <input type="radio"/> Outros _____	
6- Número de indivíduos do agregado familiar: _____	
7- Quem assume o papel de principal prestador de cuidados 0- <input type="radio"/> Não tem ninguém que o faça 1- <input type="radio"/> Cônjuge 2- <input type="radio"/> Filhos/Nora/ genro 3- <input type="radio"/> Outros familiares 4- <input type="radio"/> Cuidadoras do centro de dia 5- <input type="radio"/> Outros _____	
8- Quem gere a pensão de reforma/bens? 1- <input type="radio"/> O próprio 2- <input type="radio"/> Familiares 3- <input type="radio"/> Outros _____	

DESEMPENHO COGNITIVO	
9- Mini Exame do Estado Mental	

SONO E REPOUSO					
10- Qual a probabilidade dormir no centro de dia?	Nunca	Raro	Às vezes	Frequente	Score
Durante a manhã, sentado(a) na cadeira	1	2	3	4	
Após o almoço, sentado(a) na cadeira	1	2	3	4	
Durante a tarde, sentado(a) na cadeira	1	2	3	4	
Nas viagens entre o centro e a sua casa	1	2	3	4	
Durante o dia quando vê televisão	1	2	3	4	
Durante o dia enquanto conversa com os outros utentes	1	2	3	4	

DOMINIO SENSORIAL E DOR											
11-Sensação de dor (nas últimas semanas). 1- <input type="radio"/> Sim 2- <input type="radio"/> Não											
11.1-Se referir dor quantificar a intensidade (Utilize a escala visual analógica) Sem dor  Dor máxima											
11.2-Locais onde tem dor:											
12- Acuidade visual (visão ao perto) - Avalie as funções da visão de acordo com as seguintes orientações: Utilize o Cartão de Jaeger. O cartão é colocado a uma distância de 40 a 50 cm da pessoa idosa que, se possuir óculos deve mantê-los durante o exame. A visão deve ser testada em cada olho em separado e depois em conjunto. Os olhos devem ser vendados com as mãos em forma de concha ou com uma venda.											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Pontuação OE											
Pontuação OD											
Pontuação conjunta											
13- Acuidade visual (visão ao longe) - Avalie as funções da visão de acordo com as seguintes orientações: A tabela é colocada a uma distância de 3 metros da pessoa idosa que, se possuir óculos deve mantê-los durante o exame. A visão deve ser testada em cada olho em separado e depois em conjunto. Os olhos devem ser vendados com as mãos em forma de concha ou com uma venda. Utilize a escala de sinais se for analfabeto.											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Pontuação OE											
Pontuação OD											
Pontuação conjunta											
14- Usa prótese ocular 1- <input type="radio"/> Sim 2- <input type="radio"/> Não											

STATUS NUTRICIONAL	
Peso: _____	Kg (Nota: os Kg devem ser separados das Gramas por uma vírgula)
Altura: _____	m (Nota: os Metros devem ser separados dos Centímetros por uma vírgula)
15- IMC:	
16- Número de dentes?	
Maxilar superior: _____	Maxilar inferior: _____
17- Usa prótese dentária 1- <input type="radio"/> Sim 2- <input type="radio"/> Não	
18- Tem algum problema na boca? 1- <input type="radio"/> Sim Qual? _____ 2- <input type="radio"/> Não	

CAPACIDADE FUNCIONAL	
19- Higiene (score)	
20- Controlo de esfíncteres (score)	
21- Mobilidade (score)	
22- Índice de Barthel (score)	
23- Dependência nas ABVD	
24- Índice de Lawton (score)	
25- Dependência nas AIVD	

EQUILÍBRIO CORPORAL	
26- Equilíbrio dinâmico	
27- Equilíbrio estático	
28- Risco de queda (Índice de Tinetti)	
29- Usa algum dos seguintes auxiliares de marcha (refira a que usa mais frequentemente)? 1- <input type="radio"/> Nenhum 2- <input type="radio"/> Bengala ou tripé 3- <input type="radio"/> Muletas ou canadianas 4- <input type="radio"/> Cadeira de rodas 5- <input type="radio"/> Outro: _____	
30- Medo de cair (Falls Efficacy Scale)	

EXERCÍCIO E ATIVIDADE FÍSICA	
31- Intensidade da atividade doméstica	
32- Intensidade da atividade desportiva	
33- Intensidade da atividade de tempos livres e de lazer	
34- Intensidade da atividade física (Questionário de Baecke Modificado para Idosos)	

GESTÃO DE REGIME MEDICAMENTOSO PRESCRITO			
35- Dependência na gestão do regime	Responsável pela medicação 1 Necessita que lhe preparem a medicação 2 Incapaz de se responsabilizar pela medicação 3		
36- Tipo de fármacos	37- Nº de fármacos	38- Conhecimento	39- Quem gere
1-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca soube	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Centro de Dia
2-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca soube	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Centro de Dia
3-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca soube	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Centro de Dia
4-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca soube	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Centro de Dia
5-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca soube	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Centro de Dia
6-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca soube	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Centro de Dia
7-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca soube	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Centro de Dia
8-		1 – Sabe 2 – Já não sabe 3 – Nunca soube	1 – O próprio 2 – Familiar 3 – Centro de Dia

QUEDA ACIDENTAL				
40- Nº. de quedas	41- Local	42- Motivo	43- Onde se dirigiu	44- Tipo de lesão
1	1-Casa			
2				
3				
4				
1	2-Fora de casa			
2				
3				
4				

MORBILIDADE					
45-Tem algum dos seguintes problemas/doenças?					
45.1- Artrite ou reumatismo	1 - Sim	2 - Não	45.13- Doença do sistema urinário	1 - Sim	2 - Não
45.2- Glaucoma/Cataratas	1 - Sim	2 - Não	45.14- Antecedentes de AVC	1 - Sim	2 - Não
45.3- Asma/Bronquite/DPOC	1 - Sim	2 - Não	45.15- Doença de Parkinson	1 - Sim	2 - Não
45.4- Hipertensão arterial	1 - Sim	2 - Não	45.16- Doenças da pele	1 - Sim	2 - Não
45.5- Diabetes	1 - Sim	2 - Não	45.17- Doença psiquiátrica	1 - Sim	2 - Não
45.6- Problemas cardíacos	1 - Sim	2 - Não	45.18- Doença degenerativa	1 - Sim	2 - Não
45.7- Problemas circulatórios	1 - Sim	2 - Não	45.19- Obstipação	1 - Sim	2 - Não
45.8- Problemas gástricos	1 - Sim	2 - Não	45.20- Doença dos rins	1 - Sim	2 - Não
45.9- Doença oncológica	1 - Sim	2 - Não	45.21- Doença do fígado	1 - Sim	2 - Não
45.10- Dislipidemia	1 - Sim	2 - Não	45.22- Tireoide	1 - Sim	2 - Não
45.11- Osteoporose	1 - Sim	2 - Não	45.23- Outra:	1 - Sim	2 - Não
45.12- Anemia	1 - Sim	2 - Não	45.24- Outra:	1 - Sim	2 - Não
46- Nos últimos seis meses, quantas vezes foi a um serviço de urgência hospitalar? _____ Vezes. Motivo: _____					
47- Nos últimos 6 meses, esteve alguma vez internado (hospital, clínica, RNCCI)?					
Nº de vezes	Local/locais		Motivo	48- Nº de dias	
49- Nos últimos 6 meses, quantos dias esteve doente? _____ dias (Instruções: estar doente significa ficar acamado em casa, necessitar de ajuda médica, não ter forças...)					

UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
50- Quando está doente a quem recorre normalmente? 1- <input type="radio"/> USF/UCSP 2- <input type="radio"/> SASU 3- <input type="radio"/> Hospital 4- <input type="radio"/> Instituição privada 5- <input type="radio"/> Outro: _____
51- Conhece o seu enfermeiro de família 1- <input type="radio"/> Sim 2- <input type="radio"/> Não. Porquê: _____
52- Conhece o seu médico de família 1- <input type="radio"/> Sim 2- <input type="radio"/> Não. Porquê: _____
53- Sente dificuldades quando tem de recorrer ao seu Centro de saúde? 1- Sim. Quais _____ 2- <input type="radio"/> Não.

AUTOPERCEÇÃO SOBRE A SAÚDE
54- Precisa de mais cuidados ou tratamentos de saúde do que os que recebe? 1- <input type="radio"/> Sim 2- <input type="radio"/> Não
55- Como avalia a sua saúde em geral neste momento? 1- <input type="radio"/> Muito boa 2- <input type="radio"/> Boa 3- <input type="radio"/> Regular 4- <input type="radio"/> Má 5- <input type="radio"/> Muito má
56- Comparando com há 5 anos como classifica a sua saúde? 1- <input type="radio"/> Melhor 2- <input type="radio"/> Igual 3- <input type="radio"/> Pior



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

Designação do Estudo:

Funcionalidade e vulnerabilidade em idosos. Implicações para os cuidados de Enfermagem

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante) _____
_____, compreendi a explicação que me foi fornecida,
por escrito e verbalmente, acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do
estudo/projeto em que irei participar. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que
julguei necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia,
a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios
previstos, os riscos potenciais, o eventual desconforto e quais os resultados que me serão
comunicados e de que modo. Mais, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a minha
participação em qualquer momento, sem que tal cause prejuízo na assistência que me é
prestada.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para refletir sobre esta proposta de participação.
Nestas circunstâncias, decido livremente participar neste projeto de investigação, tal como me
foi apresentado pelo investigador(a).

Local: _____

Data: ____ / _____ / 20____

Assinatura do participante: _____

O Investigador responsável:

Nome: **Armando Manuel Gonçalves de Almeida**

Assinatura: _____