



Instituto Politécnico
de Castelo Branco
Escola Superior
de Educação



Instituto Politécnico
de Castelo Branco
Escola Superior
de Saúde
Dr. Lopes Dias

OS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Estudo de Algumas Variáveis

Mestrado em Gerontologia Social

Mariline de Oliveira Peres

Orientador

Professora Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo

Coorientador

Professora Mestre Eugénia Nunes Grilo

Outubro de 2014



Instituto Politécnico
de Castelo Branco
Escola Superior
de Educação



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

OS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Estudo de Algumas Variáveis

Mariline de Oliveira Peres

Orientador

Professora Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo

Coorientador

Professora Mestre Eugénia Nunes Grilo

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social, realizado sob a orientação científica da Professora Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo, da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias e coorientação da Professora Mestre Eugénia Nunes Grilo, da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias.

Outubro de 2014

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha família e namorado, que sempre me apoiaram e me incentivaram. Sem eles nada disto seria possível.

A todos os idosos que preenchem os meus dias de trabalho, a minha vida, e que todos os dias lutam por mais um dia de “vida”.

Agradecimentos

As minhas primeiras palavras de gratidão são dirigidas a todas as pessoas que de alguma maneira fizeram parte desta minha caminhada.

Aos meus pais, João e Sara, razão pela qual eu me esforço cada dia para ser uma profissional cada vez melhor.

À minha irmã, Maria Eduarda, por ver em mim uma referência.

Ao meu amor, Tiago, por ter estado sempre perto e acreditado em mim.

Às minhas queridas amigas Soraia e Mónica pela dedicação e companheirismo, obrigado pelo apoio incondicional.

À equipa de enfermagem com que trabalho, principalmente ao enfermeiro chefe, obrigada pela compreensão, partilha de ideias e amizade.

À equipa de animação socio cultural, pela ajuda e prontidão.

À Professora Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo e à Professora Mestre Eugénia Nunes Grilo, pela pertinência das observações e sugestões, as quais possibilitaram o meu crescimento pessoal e profissional, obrigada pela amizade.

À Professora Doutora Maria João Guardado Moreira por todo o apoio e confiança transmitida desde o início desta caminhada, o agradecimento é eterno.

À Carolina, Rita e Gladys pela amizade eterna.

Por último, e em especial, a todos os idosos que participaram na investigação, por confiarem na sua enfermeira e amiga, e por despertarem em mim a vontade de querer saber sempre mais, a todos um bem-haja.

Resumo

Esta pesquisa debruçou-se sobre o estudo do risco de queda, da dor e da qualidade de vida em idosos institucionalizados. Através de uma metodologia descritiva objetivou-se avaliar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados, e determinar a existência de relações entre esta variável, o risco de queda e a presença de dor, numa amostra aleatória e estratificada de 56 idosos institucionalizados.

O estudo empírico recorreu a quatro instrumentos de avaliação: Mini Exame do Estado Mental, Escala de Morse para Risco de Queda, Escala Numérica da Intensidade da Dor e Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde.

Os resultados permitiram confirmar que os sujeitos estudados estão globalmente satisfeitos com a sua qualidade de vida. A maioria da amostra (44,6%) apresenta risco de queda não elevado e uma dor moderada (média de 5,21).

Constatou-se a existência de uma correlação moderadamente forte negativa entre qualidade de vida e dor, isto é, ao aumento da dor corresponde uma diminuição da qualidade de vida. Entre as restantes variáveis não se observou relação contudo, apesar de não se poder afirmar que existe uma associação entre idade e risco de queda, observou-se uma correlação muito fraca positiva, ou seja, ao aumento da idade corresponde um aumento do risco de queda.

Os achados do estudo poderão ser significativos para a discussão e conseqüente melhoria dos cuidados de saúde dispensados aos idosos nas instituições.

Palavras chave

Pessoas idosas; Institucionalização; Risco de queda; Dor; Qualidade de Vida.

Abstract

This research focused on the study of the risk of falling, pain and quality of life in institutionalized elderly. Through a descriptive analysis we aimed to evaluate the quality of life of institutionalized elderly, and determine the existence of relationships between this variable, the risk of falling and the presence of pain, on a random stratified sample of 56 institutionalized elderly.

The empirical study employed four assessment instruments: Mini Mental State Examination, Morse Fall Scale, Numerical Scale of Pain Intensity and Abbreviated World Health Organization Quality of Life questionnaire.

The results allowed to confirm that the subjects studied are globally satisfied with their quality of life. The majority of the sample (44.6 %) have no high risk of falling and moderate pain (mean 5.21).

It was found that there was a moderately strong negative correlation between pain and quality of life, i.e., increased pain corresponds to a decreased quality of life. Among the remaining variables no relationship was observed however, although it can not be said that there is an association between age and fall risk, we observed a very weak positive correlation, i.e., the increase in age corresponds to an increased risk of falling.

The study findings may be significant for the discussion and consequent improvement of health care provided to the elderly in institutions.

Keywords

Older people; institutionalization; Risk of falling; pain; Quality of Life.

Índice geral

Introdução	1
Parte I: Enquadramento teórico	3
1. Envelhecimento e envelhecimento demográfico	5
1.1. O envelhecimento português: um cenário na Beira Interior Sul	6
2. A idade da velhice	8
2.1. A institucionalização da pessoa idosa	11
2.1.1. Risco de queda nos idosos	14
2.1.2. Dor na pessoa idosa	17
2.1.3. Qualidade de vida na velhice	20
Parte II: Enquadramento metodológico	23
1. Objetivos e hipóteses de investigação	25
2. Tipo de estudo	27
2.1. População e Amostra	27
3. Instrumentos de recolha de dados	29
3.1. Mini Exame do Estado Mental (MMS)	30
3.2. Escala de Morse para Risco de Queda (MFS)	30
3.3. Escala Numérica da Intensidade da Dor (EN)	31
3.4. Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL -Bref)	31
4. Considerações éticas	33
5. Recolha e análise de dados	34
Parte III: Apresentação, análise e discussão dos resultados	35
1. Caraterização da amostra	37
2. Análise dos resultados	44
3. Discussão dos resultados	47
Parte IV: Linhas orientadoras de um projeto de intervenção	51
1. Linhas orientadoras de um projeto de intervenção	53
Conclusão	55
Referências bibliográficas	57
APÊNDICES	63
APÊNDICE A - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	65
APÊNDICE B - CONSENTIMENTO INFORMADO	69

APÊNDICE C - INQUÉRITO.....	73
ANEXOS.....	83
ANEXO 1 - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL.....	85
ANEXO 2 - ESCALA DE MORSE PARA RISCO DE QUEDA	89
ANEXO 3 - ESCALA NUMÉRICA DA INTENSIDADE DA DOR	93
ANEXO 4 - INSTRUMENTO ABREVIADO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE.....	97

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo a idade em classes.	37
Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo o sentimento de doença.	40

Índice de tabelas

Tabela 1 - Distribuição da amostra de acordo com o sexo, estado civil e naturalidade.....	38
Tabela 2 - Distribuição da amostra de acordo com a escolaridade.....	38
Tabela 3 - Distribuição da amostra de acordo com a profissão.....	39
Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo o tempo de institucionalização.....	39
Tabela 5 - Distribuição da amostra de acordo com a forma de administração da entrevista.	40
Tabela 6 - Distribuição da amostra de acordo com valores obtidos no MMS.	41
Tabela 7 - Distribuição da amostra por níveis de risco de queda.....	41
Tabela 8 - Distribuição da amostra por intensidade da dor	42
Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo a média, moda, desvio padrão, mínimo e máximo no Domínio Qualidade de Vida Geral.....	42
Tabela 10 - Distribuição da amostra no Domínio Qualidade de Vida Geral	43
Tabela 11 - Distribuição da amostra por domínios da WHOQOL-Bref.....	43
Tabela 12 - Relação entre qualidade de vida e dor.	44
Tabela 13 - Relação entre qualidade de vida e risco de queda.....	45
Tabela 14 - Relação entre risco de queda e dor.....	45
Tabela 15 - Relação entre idade e qualidade de vida.	45
Tabela 16 - Relação entre idade e risco de queda.....	46

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

- AIVD** - Atividades Instrumentais de Vida Diária
- APED** - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor
- AVD** – Atividades de Vida Diária
- CIF** - Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde
- DGS** – Direção Geral de Saúde
- EF** - Escala de Faces
- EN** - Escala Numérica
- EQ** - Escala Qualitativa
- EU** – Estados Unidos
- EVA** - Escala Visual Analógica
- IASP** - International Association for the Study of Pain
- INE** - Instituto Nacional de Estatística
- IPSS** - Instituição Particular de Solidariedade Social
- LTC** - Long Term Care
- MFS** - Escala de Morse para Risco de Queda
- MMS** - Mini Mental State
- NUTS** - Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos
- OE** – Ordem dos Enfermeiros
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- PAII** - Programa de Apoio Integrado a Idosos
- PAIPS** - Programa de Apoio à Iniciativa Privada Social
- PILAR** - Programa Idosos em Lar
- QdV** - Qualidade de Vida
- RNCCI** – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- SPSS** - Statistical Package for Social Sciences
- UE** – União Europeia
- WHO** - World Health Organization
- WHOQOL** - World Health Organization Quality Of Life

Introdução

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial que decorreu de um processo de reestruturação demográfica com mudanças expressivas, essencialmente nas taxas de fertilidade e de mortalidade. Esta reorganização é fruto das melhorias na vida da população com base no maior acesso aos serviços de saúde, medicação, alimentação e condições sanitárias (Schwanke, Carli, Gomes & Lindôso, 2012). Para a Direção Geral da Saúde (DGS), as alterações demográficas referenciadas foram originadas pelas alterações na estrutura e comportamentos sociais e familiares do último século, as quais aumentaram o envelhecimento da população portuguesa, tornando notório e urgente a adaptação de respostas às necessidades na área da saúde (DGS, 2004). Tudo isto fez com que desenvolva-se uma maior preocupação com a qualidade de vida (QdV) desta população e conseqüentemente a necessidade de reformular novas políticas em Portugal.

Fruto do aumento da esperança média de vida, surge um acréscimo acentuado no índice de longevidade que em 2011 representou um valor de 48, contra 41 em 2001 e 39 em 1991 (INE, 2012). O aumento da esperança de vida e a longevidade humana desenvolveram a necessidade de se distinguirem subgrupos dentro do grupo dos idosos embora se reconheça que o processo de envelhecimento e a idade possuem outras comensurações para além da idade cronológica, como é o caso da idade biológica, psicológica e social (Schneider & Irigaray, 2008).

Surge assim, segundo Papalia, Olds e Feldman (2006), os idosos jovens, os idosos velhos e os idosos mais velhos, com 65 a 74 anos, 75 a 84 anos e 85 ou mais anos, respetivamente. Aqui, a subida de subgrupo, para além do aumento de idade cronológica, significa também um rótulo de maior propensão para a debilidade e enfermidade, e conseqüentemente maior dificuldade para desempenhar algumas atividades de vida diária (AVD).

Sendo a velhice a última etapa da vida, admite-se que seja nesta etapa que o declínio das capacidades e funções é mais visível e acentuado, agravando-se a vulnerabilidade da pessoa idosa com o aparecimento de doenças, as quais, muitas vezes estão associadas a processos de dor, risco de queda e comprometimento da QdV.

Celich e Galon (2009) dizendo-nos que a dor encontra-se entre os principais fatores que limitam o quotidiano do idoso, levando à diminuição da sua QdV, danificando, de certa forma, a realização das AVD, assim como a convivência social, que ao ser danificada pode conduzir ao isolamento social. De acordo com Almeida (2012), na população idosa, a diminuição da capacidade funcional que envolve a redução dos níveis de força muscular, alterações da marcha e alterações do equilíbrio estático está profundamente assinalada como um fator de risco promotor para a ocorrência de quedas.

Surge assim nesta faixa etária a necessidade de cuidados mais específicos à pessoa idosa, os quais até há alguns anos atrás, estavam à responsabilidade da própria família, contudo, segundo Almeida (2008), as alterações demográficas e sociais levaram a que algumas famílias começassem a transferir essa responsabilidade para o estado ou para as instituições privadas. É nesta hora que o processo de institucionalização da pessoa idosa começa e com ela vêm outras complicações.

Alguns estudos demonstram que a mudança do ambiente familiar para um ambiente desconhecido, como é o caso de um lar, pode predeterminar alterações psicológicas, cognitivas e funcionais devidas ao isolamento, solidão e inatividade física do indivíduo, conduzindo a um aumento da dependência na concretização das AVD e diminuição da capacidade funcional (Ferreira & Yoshitome, 2010).

Toda esta combinação entre pessoa idosa institucionalizada, dor, risco de queda e QdV, despertou a curiosidade dos investigadores em estudo, os quais procuraram descobrir “qual a relação que existe entre o risco de queda, dor e percepção de qualidade de vida na pessoa idosa institucionalizada?”.

A presente investigação encontra-se dividida em quatro partes distintas que se interligam, pois apesar de serem abordados conceitos diversificados, todos estes se relacionam no sentido de dar resposta ao objetivo geral desta investigação, “caraterizar os idosos de uma instituição quanto ao risco de queda e qualidade de vida”. Os objetivos específicos pretendem avaliar a QdV dos idosos institucionalizados na Instituição A; determinar o risco de queda e a presença de dor; e identificar a relação entre estas variáveis.

Na parte I, denominada de enquadramento teórico, pretende-se contextualizar o tema, abordando-se os conceitos e problemáticas mais importantes que o envolvem. Na parte II, no enquadramento metodológico, descrevem-se os objetivos e as hipóteses de investigação, define-se o tipo de estudo, apresentam-se os instrumentos de recolha de dados, discrimina-se as considerações éticas e explica-se o processo de recolha e análise de dados. Na parte III, expõe-se a apresentação e discussão dos resultados, com base na caracterização da amostra, análise dos resultados e discussão dos resultados. A última parte, parte IV, pretende dar a conhecer as linhas orientadoras de um projeto de intervenção.

No final, em jeito de apresentar as considerações finais com base nos resultados da investigação, é enunciada a conclusão.

Parte I: Enquadramento teórico

1. Envelhecimento e envelhecimento demográfico

No âmbito da análise estatística, as pessoas idosas são normalmente referenciadas a grupos de idades específicos, dependendo de fatores culturais e individuais (DGS, 2004).

Para Schneider e Irigaray (2008), a pessoa idosa é todo o indivíduo que atinge os 60 anos de idade, independentemente do seu estado biológico, psicológico e social. E para a Organização Mundial de Saúde (OMS) o grupo das pessoas idosas é representado pelos indivíduos com 65 e mais anos, porque na maior parte dos países desenvolvidos é nesta idade que ocorre a transição para a reforma e o fim da idade ativa (Soeiro, 2010; WHO, 2002).

A média de idade da população europeia aumentou 2,3 anos entre 2003 a 2011, passando de 38,9 anos para 41,2 anos. Em Portugal, os valores foram ainda mais acentuados, havendo um aumento de 3,3 anos, entre esse intervalo, atingindo uma média de idade de 42,3 anos em 2012 (Eurostat, 2013). De acordo com Pimenta (2005), os países do sul da Europa, a partir do meio século, assinalarão as percentagens mais elevadas de pessoas com mais de 65 anos e a menor percentagem de população ativa, prevendo-se que em 2050, Portugal seja o quarto país da União Europeia (UE) com maior percentagem de idosos (25%), só ultrapassada pela Espanha, Itália e Grécia com valores de 35,6 %, 35,3% e 32,5%, respetivamente.

Para a DGS foram as alterações na estrutura e comportamentos sociais e familiares do último século, que trouxeram como consequências alterações demográficas e com elas o envelhecimento da população portuguesa, tornando notório e urgente a adaptação de respostas às necessidades na área da saúde (DGS, 2004).

Alguns autores (Leão, Ataíde, Revés, Marques & Ponte, 2011) designam este fenómeno por globalização do envelhecimento que constitui uma questão fulcral nos debates da sociedade tanto a nível europeu como a nível mundial. O envelhecimento populacional é uma realidade mundial que decorreu de um processo de reestruturação demográfica com mudanças expressivas, fundamentalmente no comportamento das taxas de fertilidade e de mortalidade e que, segundo Schwanke et al. (2012), são fruto das melhorias na vida da população traduzidas pelo maior acesso aos serviços de saúde, medicação, alimentação e condições sanitárias.

De acordo com Bandeira (2012), a progressiva diminuição das gerações mais jovens e o aumento das gerações mais velhas gera desequilíbrios estruturais entre gerações que tenderão a evidenciar-se à medida que a esperança média de vida beneficie principalmente as idades pós-ativas, o que poderá conduzir a uma nova reestruturação da curva de sobrevivência e a um envelhecimento mais acentuado do topo da pirâmide demográfica.

1.1. O envelhecimento português: um cenário na Beira Interior Sul

Fruto do aumento da esperança média de vida, os dados demográficos do Instituto Nacional de Estatística (INE) permitiram identificar um acréscimo acentuado no índice de longevidade que em 2011 representou um valor de 48, contra 41 em 2001 e 39 em 1991 (INE, 2012). Ainda assim e de acordo com Ladeiras (2011), o nosso país já deixou de conseguir substituir as gerações anteriores em todas as regiões. A previsão elaborada pelas Nações Unidas e referida por Ladeiras (2011) relata que nem sequer a entrada de imigrantes e o aumento da esperança de vida já referido, vão compensar o envelhecimento e o recuo populacional, ameaçando a sustentabilidade económica.

Os dados mais recentes do INE registaram no final do ano 2013, uma população residente em Portugal de 10 427 301 pessoas, menos 59 988 do que a população estimada para o final de 2012, representando uma taxa de crescimento efetivo negativa, de cerca de -0,57%. O número de óbitos e o número de nados vivos diminuíram, assinalando-se um agravamento do valor negativo do saldo natural, sobretudo em resultado da redução de nascimentos (INE, 2014).

Em 2011, o grupo dos indivíduos com idade entre os 30-69 anos passou a representar 54% da população portuguesa e o grupo dos que têm mais de 70 anos passou a representar 14% (INE, 2012).

A Região Centro do país (NUTS¹ II) não é a região com maior número de residentes com 65 ou mais anos, mas é a segunda mais envelhecida, representando 521 750 dos residentes dessa região, que na última década sofreu um aumento de 14,25% da população pertencente a este grupo etário. Em relação ao grupo dos indivíduos com 75 e mais anos, em 2011 existiam em Portugal 961 925 residentes dos quais 284 061 não tinha nenhum nível de escolaridade, 491 808 tinha o ensino básico, 26 625 o ensino secundário e 32 300 o ensino superior (INE, 2012).

A Beira Interior Sul (NUTS III) em 2012 demonstrou ser uma sub-região com um dos maiores índices de envelhecimento, apresentando 238,3 idosos por 100 jovens (Pordata, 2014). Contudo os dados do índice do envelhecimento no seu conjunto relevam a extensão do fenómeno do envelhecimento que deixou de estar localizado apenas no interior do país (INE, 2012).

Segundo Delgado e Wall (2014), em 2011, no nosso país o índice de envelhecimento da população era de 128, valor que foi ultrapassado em 2012 para 131, o que significa que por cada 131 pessoas idosas existem apenas 100 indivíduos

¹ O conceito NUTS significa Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos. Em Portugal, segundo o INE (2012) a divisão territorial para fins estatísticos assenta na NUTS que é constituída por 3 níveis: NUTS I (engloba o Continente e as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira), NUTS II (abrange 7 regiões) e NUTS III (formada por 30 sub-regiões).

jovens. Segundo as projeções do INE, entre 2012 e 2060, o índice de envelhecimento deverá aumentar de 131 para 307 idosos por cada 100 jovens, no cenário central (INE, 2014).

Dados do INE (2012) revelam que 50% da população com 65 ou mais anos declarou ter muita dificuldade ou que não consegue realizar, pelo menos, uma das 6 AVD². Segundo a mesma fonte, cerca de 10% demonstrou dificuldade em compreender/fazer-se entender, 19% em ver, 15% em ouvir, 27% em andar, 15% em memorizar/concentrar-se e 14% em tomar banho/vestir-se. No panorama pouco animador destes dados e relativamente a anos anteriores, melhorou a taxa de analfabetismo que em 2011 era de 5,2% contra a verificada em 2001 que era de 9,0% e de 11,0% em 1991 (INE, 2012). Contudo, na Beira Interior Sul, em 2011, a População residente de 15 e mais anos, sem nível de escolaridade, ainda foi de 15,9%, valor superior ao de Portugal que foi de 10,4% (Pordata, 2014).

² As Atividades de Vida Diária (AVD) são as tarefas que uma pessoa precisa realizar no quotidiano para cuidar de si, como por exemplo, tomar banho, vestir-se, andar, comer, mover-se na cama, ter continências urinária e fecal, entre outras;

As Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) são as habilidades necessárias para gerir o ambiente em que se vive. Estas atividades incluem, a preparação das refeições, a realização de tarefas domésticas como lavar a roupa, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar a terapêutica, fazer compras e utilizar os meios de transporte (Costa, Porto, Almeida, Cipullo & Martin, 2001).

2. A idade da velhice

O aumento da esperança de vida e a longevidade humana criaram a necessidade de se distinguirem subgrupos dentro do grupo dos idosos embora se reconheça que o processo de envelhecimento e a idade possuem outras comensurações para além da idade cronológica e que atender exclusivamente à “idade”, pode não se tornar uma boa medida para descrever o desenvolvimento humano.

Alguns autores como Papalia et al. (2006) propõem três categorias: os idosos jovens, os idosos velhos e os idosos mais velhos. Quando mencionamos pessoas com 65 a 74 anos de idade, referimo-nos a idosos jovens, dirigimo-nos a pessoas ainda ativas, vigorosas e com vida. Se pensarmos em pessoas com 75 a 84 anos, idosos velhos, ou com 85 ou mais anos, idosos mais velhos, perspetivamos pessoas com maior propensão para a debilidade e enfermidade, e conseqüentemente com maior dificuldade para desempenhar algumas AVD. Contudo, Schneider e Irigaray (2008) dizem-nos que não nos podemos esquecer que o processo de envelhecimento é uma experiência heterogênea e única de cada indivíduo.

Sendo a velhice a última etapa da vida, reconhece-se que é nesta etapa que o declínio das capacidades e funções é mais visível e acentuado, agravando-se a vulnerabilidade com o aparecimento de doenças, o que Soeiro (2010) designa de degenerescência progressiva das funções vitais e presença de menos valias. Contudo, hoje em dia, e segundo Soeiro (2010), começa a tornar-se difícil designar onde começa e acaba a terceira idade. Antigamente tinha-se em conta a idade da reforma (os 65 anos) e atualmente isso não acontece, pois cada vez mais cedo, as pessoas reformam-se por motivos que não derivam da idade, mas por desemprego, situações de incapacidade e reformas antecipadas, tornando-se difícil delimitar o conceito de pessoa idosa, sem falar nos casos particulares, em que as pessoas se encontram ainda “ativas”.

Segundo o mesmo autor outra classificação usual é segundo a idade funcional. O objetivo desta classificação é comparar a funcionalidade da pessoa em termos físicos e sociais relativamente a outras pessoas da mesma idade cronológica. A categorização decorrente do estado funcional auxilia no entendimento da pessoa pois comprova que o envelhecimento é uma integração entre as vivências pessoais e o contexto social e cultural em determinada época. Logo, o processo de envelhecimento assume uma base biológica, cronológica, psicológica e social (Soeiro, 2010) revelando o enorme dinamismo que o conceito de velhice encerra.

Embora não exista consenso absoluto sobre os limites de idade dos grandes grupos que devem sustentar a análise do envelhecimento, no presente trabalho consideram-se pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, de acordo com os subgrupos supracitados.

As referências à velhice não dispensam a abordagem ao processo de envelhecimento, que só pode ser compreendido a partir da interação existente entre os aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais como já foi referido. Esta relação é expressão da complexidade do ser humano que abarca condições culturais, históricas, políticas, económicas e geográficas que espelham diferentes representações sociais, tanto da velhice, como do idoso (Schneider & Irigaray, 2008).

Cada ser humano envelhece de forma única, a um ritmo diferente e as alterações causadas pelo próprio envelhecimento dependem de fatores internos e externos de cada indivíduo (Agostinho, 2004). A perspetiva de envelhecimento segundo Bromley (1966), citado por Agostinho (2004) envolve acima de tudo, alterações físicas degenerativas que sucedem no corpo com o decorrer do tempo e que cursam com uma redução da taxa de metabolismo basal, como a redução do oxigénio no cérebro por circulação cerebral insuficiente, redução de acuidade visual e auditiva, diminuição do paladar e do olfato, dor e vibração, aumento de suscetibilidade às variações da temperatura; problemas digestivos, deterioração de dentes, perda de cabelo; secura da boca e aumento da pigmentação da pele, atrofia muscular, redução da função renal e do rendimento cardíaco e ainda perda de neurónios do sistema nervoso central.

Do processo biológico do envelhecimento resultam sinais variados que podem ser encontrados em diversas formas, combinações e proporções que vão refletir-se nas enfermidades dos idosos, maioritariamente na maior vulnerabilidade a certas doenças crónicas propícias do aumento da idade, as quais apesar de poderem ser tratadas, não são curáveis, como acontece nas idades mais jovens (Schneider & Irigaray, 2008).

Assim sendo, e como sublinham o Alto Comissariado da Saúde e Ministério da Saúde (2011), o envelhecimento e os estilos de vida menos saudáveis vão intensificar a prevalência de doenças crónicas, nomeadamente doenças cardiocerebrovasculares, hipertensão arterial e diabetes.

A autoperceção de saúde é também um indicador essencial preditivo de mortalidade e morbilidade, assim como de entradas nos serviços de saúde. E embora a percentagem de indivíduos que avalia positivamente o seu estado de saúde tenha subido relativamente a 1999 (em que era apenas de 47%) contra os 53% de 2006, as assimetrias regionais continuam elevadas (Alto Comissariado da Saúde & Ministério da Saúde, 2011).

O grande desafio da velhice é saber negociar o declínio fisiológico inevitável gerador de uma acumulação de perdas e apreciar a autoimagem, conservando a capacidade de independência. Na velhice, como já foi referido, o ambiente social não pode ser esquecido pois tem um grande peso no processo de envelhecimento. O positivismo dos sentimentos de cada pessoa idosa irá refletir-se no proveito do tempo e na aceitação desta última fase de vida (Agostinho, 2004).

De forma a promover um envelhecimento saudável e bem sucedido surgiu o conceito envelhecimento ativo defendido e operacionalizado pela OMS. Segundo a World Health Organization (WHO) este conceito engloba todos os indivíduos e grupos populacionais e possibilita a auto percepção do potencial físico, social, mental ao longo da vida, assim como, a participação na sociedade em conformidade com as necessidades, desejos e capacidades de cada um, apontando para uma proteção adequada, segura e cuidada, sempre que a pessoa precise de assistência (WHO, 2002).

A definição de envelhecimento ativo, defendida na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (DGS, 2004), engloba um vasto leque de determinantes ou influências, que envolvem não apenas os indivíduos, mas igualmente as suas famílias e as próprias nações. O referencial dos indicadores da qualidade do envelhecimento das pessoas e das populações devem assim incluir todas estas determinantes, assim como os fatores que resultam da sua interação.

Ser-se ativo não se resume à capacidade física, como ter força ou ser-se fisicamente ativo, significa participar continuamente na vida social, económica, cultural, espiritual e assuntos cívicos. Pois a pessoa idosa reformada, doente ou portadora de alguma deficiência pode permanecer ativa para sua família, parceiro/a, comunidade e nação. O conceito objetiva assim, o aumento da expectativa de vida saudável e da QdV para todos os idosos, incluindo aqueles que são frágeis, deficientes e que precisam de cuidados (WHO, 2002).

Intimamente associado ao conceito de envelhecimento ativo, o termo saúde definido pela OMS, abarca também os conceitos de bem-estar físico, mental e social. Como tal, todas as políticas e programas que promovam a saúde mental e relações sociais são tão importantes como as medidas e intervenções que aperfeiçoem a habilidade física e o estado de saúde (WHO, 2002).

No nosso país, a DGS estabeleceu algumas recomendações “para ação” promotoras de um envelhecimento ativo devidamente adaptadas à idade, género, cultura e estimulação da participação das pessoas idosas no sistema, e passam por informar e formar o idoso sobre: atividade física moderada e regular, e as melhores formas de a praticar; estimulação cognitiva; gestão do ritmo sono-vigília; nutrição, hidratação, alimentação e eliminação; e manutenção de um envelhecimento ativo, nomeadamente na fase de reforma. Recomendações que deverão ser postas em prática em qualquer contexto em que a pessoa idosa se encontre, embora se reconheça que existe uma carência evidente de redes de apoio formal aos idosos, sobretudo aos mais dependentes (DGS, 2004).

2.1. A institucionalização da pessoa idosa

Até há alguns anos atrás, a responsabilidade de cuidar das pessoas idosas estava quase exclusivamente nas mãos da própria família. Mas alterações demográficas e sociais, de que são exemplo a diminuição do agregado familiar, a entrada das mulheres no mundo do trabalho, o aumento da competição e do consumo, levaram a que algumas famílias começassem a transferir essa responsabilidade para o estado ou para instituições privadas (Almeida, 2008).

Em 2002, segundo estimativa do INE, referido por Aleixo, Escoval e Fonseca (2012), residiam em lares cerca de 51.017 pessoas idosas, sendo a maioria mulheres (69%) e 85% do total dos residentes tinha mais de 75 anos de idade. Passados dois anos, em 2004, existiam 56.535 pessoas idosas institucionalizadas em 1517 lares de terceira idade legais, representando 3.2% das pessoas idosas (INE, 2007, citado por Neto & Corte-Real, 2013). Em Portugal a institucionalização é desenvolvida principalmente por entidades privadas lucrativas e não lucrativas, destacando-se as IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social) que foram criadas em 1976 e, são presentemente as instituições que possibilitam um maior número de serviços para a população idosa (Neto & Corte-Real, 2013).

E em 2007, segundo Alexandre e Martins (2009), no nosso país, a taxa de cobertura de lares, centros de dia e serviços de apoio domiciliário para os idosos era de 11,5%, o que reflete a débil resposta em equipamentos sociais públicos ou privados em Portugal.

Segundo Ferreira e Yoshitome (2010), a institucionalização do idoso deve ser a última alternativa de assistência que o cuidador deve recorrer, pois revela ser um fator de risco de quedas. Alguns estudos demonstram que a mudança do ambiente familiar para um ambiente desconhecido pode predeterminar alterações psicológicas, cognitivas e funcionais devidas ao isolamento, solidão e inatividade física do indivíduo, conduzindo a um aumento da dependência na concretização das AVD e diminuição da capacidade funcional. O declínio funcional determina um idoso institucionalizado mais suscetível a novas quedas e com risco acrescido de ainda mais dependência.

Inicialmente, as respostas sociais implementadas para a população idosa assentavam na institucionalização, ganhando a conotação de “asilos”. Em Portugal, presentemente, este tipo de instituição denominada de lar ou estrutura residencial para pessoas idosas é definida como “alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem” (Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2012, p. 1324).

A estrutura residencial para pessoas idosas tem o objetivo de oferecer serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas,

colaborar na estimulação do envelhecimento ativo, gerar condições que preservem e incentivem a relação intrafamiliar e intensificar a integração social (Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2012). Para o Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social (2005), este tipo de instituições surgem como uma combinação de esforços com o propósito de acolher em regime residencial um dado número de pessoas permitindo-lhes neste espaço passar uma parte significativa do seu dia, viver e dormir.

Levenson (2001) identificou e descreveu algumas condições que aumentam o risco de institucionalização nas pessoas idosas, como é o caso de usar meios auxiliares de marcha, ser portador de deficiências cognitivas, viver sozinho ou com pessoas sem relação, não ter apoios sociais, e ter problemas no desempenho das AVD, ou seja, dependência nos cuidados pessoais e pobreza. São ainda referidos como fatores de risco de institucionalização importantes em homens, os transtornos do sistema respiratório ou nervoso, e as doenças músculo esqueléticas em mulheres, e em ambos os sexos apresentar limites no desempenho das atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e/ou deficiências na rede de cuidados informais.

Um estudo referenciado por Born e Boechat (2006), com a finalidade de analisar a qualidade dos cuidados aos idosos institucionalizados, conclui que as razões para a institucionalização dos idosos, nos doze estudos analisados, foram a idade, diagnóstico clínico, limitação no desempenho das AVD, viver sozinho, situação mental, etnia, pobreza e ausência de suportes sociais.

Como referem Aleixo, Escoval, Fontes e Fonseca (2011) o envelhecimento demográfico tem criado uma preocupação cada vez maior com os cuidados de saúde e o apoio social prestado pela sociedade às pessoas idosas, não só por questões relacionadas com os direitos humanos, como também por questões de sustentabilidade económica do sistema de saúde e do sistema de segurança social. São exemplo desta preocupação, algumas políticas e programas integrados de apoio permanente à população idosa, como é o caso do Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), o Programa Idosos em Lar (PILAR) e o Programa de Apoio à Iniciativa Privada Social (PAIPS) (Carvalho & Dias, 2011). Relativamente aos lares, presentemente, estes representam uma resposta eficaz para as pessoas idosas, mas poucos demonstram preocupação com a implementação da qualidade ao nível dos indicadores de saúde (Instituto Português da Qualidade, 2004, citado por Aleixo et al., 2012).

Aleixo et al. (2011), num estudo sobre o conjunto de indicadores de qualidade de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem em lares de idosos referem que em Portugal ainda existem poucos estudos centrados no impacto do envelhecimento demográfico no sistema de saúde e nas necessidades de cuidados de enfermagem. Os autores defendem que o recrutamento de enfermeiros em lares de idosos leva ao aperfeiçoamento da qualidade dos cuidados. Presentemente, a assistência de um conjunto de indicadores de qualidade nos cuidados de saúde, prestados por

enfermeiros em instituições para idosos é um dever pois será uma importante ferramenta de gestão de recursos humanos, materiais e financeiros.

Em Portugal, a preocupação com a qualidade na assistência aos idosos está refletida nos relatórios da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Os resultados da qualidade incluem a eficácia, segurança, centralidade no utente e coordenação de cuidados, com base nas recomendações internacionais. Estas definem-se pela monitorização do predomínio e incidência de úlceras de pressão, pelo controlo de altas com obtenção de objetivos terapêuticos de acordo com o plano individual de intervenção, pelo acompanhamento gradual da autonomia física por tipologia de cuidados, pelo registo de incidência de quedas, pela existência de um plano individual de intervenção, pela presença de uma equipa multidisciplinar, entre outras (RNCCI, 2012).

Contudo, nos lares, a documentação disponível não reflete ainda essa preocupação. Ainda assim, existem alguns investigadores interessados nesta matéria. Num trabalho de revisão sistemática da literatura realizado por Aleixo et al. (2011), com o objetivo de identificar um conjunto de indicadores de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem em lares de idosos e iniciar a discussão sobre esta matéria em Portugal, foram propostos catorze indicadores de qualidade dos cuidados prestados em lares de idosos com enfermagem permanente, sendo estes os seguintes: recurso ao serviço de urgência e dias de internamento; menor recurso ao serviço de urgência; minimização dos dias de internamento em serviços de recuperação avançada; decréscimo de certos atos médicos; estado da função sensorial, comunicação, relações sociais, participação da família; presença de sonda vesical e incontinência; diminuição da funcionalidade e da capacidade para desempenhar as AVD; controlo do uso de fármacos; uso de nove ou mais fármacos com fins diferentes; acompanhamento da nutrição; controlo de infeção; prevalência do número de úlceras por pressão; monitorização da dor; e prevalência de quedas.

Grilo e Mendes (2013) também se preocupam com os padrões de qualidade dos cuidados de longa duração ou Long Term Care (LTC)³ e defendem que nesta tipologia de cuidados, na qual podem incluir-se os cuidados aos idosos prestados em lares, os padrões de qualidade centralizam-se nas atividades práticas, apesar de estas estarem relacionadas com as estruturas e processos mas, o maior destaque é dado aos cuidados de enfermagem e à QdV dos utentes.

Analisando os indicadores de qualidade dos cuidados e respetivos domínios apresentados por Grilo e Mendes (2013) é notório a correlação com a nossa investigação. Passamos a citar alguns dos indicadores que vão de encontro às variáveis que pretendemos estudar neste trabalho e que são: percentagem de residentes que sofreram de dor nos últimos 30 dias; percentagem de residentes que

³ O conceito Long Term Care (LTC) compreendem vários serviços médicos, sociais e de atenção pessoal de forma a auxiliar os indivíduos a viverem mais independentes, aumentando os seus níveis de funcionamento físico e psicológico (Silva & Gutierrez, 2013).

estão satisfeitos com os seus cuidados pessoais; percentagem de residentes que sentem que o pessoal da unidade conhece a sua história de vida; percentagem de residentes que sente que os funcionários são seus amigos; percentagem de residentes que sentem que não há pessoal suficiente para responder às suas necessidades; percentagem de residentes que sente que a sua saúde é promovida para otimizar a sua QdV; e percentagem de residentes que teve um incidente de queda nos últimos 30 dias.

2.1.1. Risco de queda nos idosos

A instabilidade postural e as quedas encontram-se inseridas no leque de transformações de saúde mais frequentes na vida das pessoas idosas, formando um dos primordiais problemas clínicos e de saúde pública devido à sua alta incidência, às consequentes complicações para a saúde e aos altos custos assistenciais (Maia, Viana, Arantes & Alencar, 2011). De acordo com WHO (2007) as quedas representam 20% a 30% dos ferimentos leves e são a causa subjacente de 10% a 15% de todas as consultas aos serviços de emergência. Mais de 50% das hospitalizações encontram-se relacionadas a ferimentos sucedidos entre pessoas com 65 ou mais anos de idade.

Segundo WHO (2007), aproximadamente 28% a 35% das pessoas com mais de 65 anos de idade sofrem de quedas a cada ano (2-4), havendo um aumento notório nas pessoas com mais de 70 anos, 32% a 42% (5-7). A frequência das quedas aumenta com a idade, assim como o nível de fragilidade. As pessoas idosas que vivem em contexto de lar caem com maior assiduidade do que as que vivem na comunidade, nas suas casas. Sensivelmente, a cada ano, 30% a 50% das pessoas que vivem institucionalizadas sofrem quedas e 40% delas sofrem quedas recorrentes.

Um estudo realizado no Brasil (Rebelatto, Castro & Chan, 2007) com a finalidade de identificar os episódios de queda em idosos institucionalizados, revela que dos 61 idosos avaliados 54,1% sofreu pelo menos uma queda no ano anterior à entrevista. O mesmo estudo conclui para esta população, não existir relação entre a queda e a presença de doenças ou a presença de dor.

Outro estudo, desenvolvido por Ferreira e Yoshitome (2010) num lar de idosos, identifica 114 quedas em 45 idosos, atingindo uma prevalência de 37,2%. Os autores encontram várias quedas recorrentes, a maioria resultante da própria altura da pessoa originando como consequência primária hematomas. Os residentes desta instituição apresentam diversos diagnósticos clínicos e estão polimedicados.

Segundo um estudo de Lopes e Dias (2010), as quedas são frequentes nas pessoas idosas, podendo desenvolver complicações múltiplas. De acordo com o estudo dos autores, as consequências físicas, funcionais e psicossociais consequentes das quedas podem afetar direta ou indiretamente a QdV do indivíduo.

No nosso país, estima-se que as quedas sejam responsáveis por cerca de 70% dos acidentes nas pessoas idosas. Estas ocorrem principalmente no domicílio, quer este seja na sua própria casa ou numa instituição (Ferrão, Henriques & Fontes, 2011).

Ferrão et al. (2011) estimam que somente 5% do total das pessoas idosas em Portugal habitam em lares porém, cerca de 20% da totalidade de quedas ocorrem em idosos institucionalizados nesse contexto. As quedas nas pessoas idosas que vivem em lares, para além de mais frequentes, têm consequências mais graves quando equiparadas às que ocorrem nas pessoas idosas que vivem em casa. Os idosos residentes em lares costumam ter mais idade, maior número de comorbilidades e um estado funcional mais debilitado. Num estudo realizado pelos autores, constatou-se que cerca de um terço dos residentes expõe elevado risco de queda, levando a concluir que a avaliação do risco de queda, assistida de intervenções orientadas para cada residente, decordo com os diferentes tipos de quedas, estabelece uma abordagem sistematizada e diferenciada na prevenção e controlo de quedas na pessoa idosa institucionalizada em lar (Ferrão et al., 2011).

Em Portugal, um estudo desenvolvido por Palma (2012), com 62 idosos institucionalizados, revela que 41.9% dos idosos entrevistados já tinha sofrido pelo menos uma queda. Das 55 quedas ocorridas, 21.8% resultaram em fratura e 48.4% dos idosos apresentou antecedentes de fratura, dos quais 86.7% tinha sido devido a uma queda.

A definição de queda não é igual para as pessoas idosas e para os profissionais de saúde. No caso das pessoas idosas, estas tendem a definir a queda como uma perda de equilíbrio, enquanto os profissionais de saúde, geralmente, se referem a eventos que levam a ferimentos e malefícios à saúde. As quedas são definidas, comumente, como a chegada ao solo irrefletida ou a outro nível inferior, exceto quando há mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos. E são codificadas como E880-E880, na Classificação Internacional das Doenças-9 (CID-9) e como W00-W19, na CID-10, que abrange um vasto conjunto de quedas, incluindo as que ocorrem no mesmo nível, nível mais alto e outras quedas não especificadas (WHO, 2007).

Na população idosa, a diminuição da capacidade funcional que envolve a redução dos níveis de força muscular, alterações da marcha e alterações do equilíbrio estático está assinalada como um fator de risco promotor para a ocorrência de quedas (Almeida, 2012).

O ser humano pode cair por variadas razões, as quais podem ser evitadas, o que é fundamental para compreender a etiologia das quedas. Como as quedas têm diferentes causas, as estratégias de prevenção de quedas são diferentes para cada tipo de queda, em cada pessoa (Morse, 2009).

De acordo com Morse (2009) uma queda pode ser classificada como acidental ou fisiológica. Numa queda fisiológica esta ainda pode ser categorizada como previsível, isto é, uma queda fisiológica antecipada em que o utente apresenta sinais que indicam

a probabilidade de cair, ou como imprevisível, ou seja, uma queda fisiológica inesperada. Segundo o mesmo autor estima-se que 14% de todas as quedas são consideradas acidentais, podendo ser causadas por um acidente como um escorregão num piso molhado, ao sair da cama, ao tentar chegar a um objeto e a caminhar num local com falta de iluminação. É importante notar que o utente que experimenta uma queda acidental pode não ter sido identificado como estando em risco de cair (Morse, 2009). Por este motivo a avaliação do risco de quedas em pessoas idosas torna-se pertinente e fundamental.

Existem várias escalas para avaliar o risco de queda nas pessoas idosas, uma delas é a Escala de Morse para Risco de Queda ou Morse Fall Scale (MFS). Os itens desta escala resultaram das pesquisas de Morse e representam seis fatores que contribuem significativamente para a probabilidade de queda. Estes fatores incluem ser portador de mais do que um diagnóstico clínico, apresentar história anterior de queda(s), requerer ajuda para caminhar, ter terapia endovenosa ou cateter periférico com obturador ou heparina, revelar falta de consciência das suas capacidades/limitações e ainda revelar alterações na postura, no andar e na transferência de uma superfície para outra.

Usada há vários anos e em vários contextos (Morse, Morse & Tylko, 1989), destacando-se o contexto de lar de idosos, quase a totalidade dos enfermeiros dos estudos descrevem a MFS como rápida e direta, sendo apenas necessários 3 minutos em cada utente.

As quedas nas pessoas idosas, para além de apresentarem uma elevada taxa de mortalidade, acarretam várias consequências para a saúde e QdV, levam à diminuição da capacidade funcional, limitação na realização de atividade física, diminuição da mobilidade, medo de voltar a cair, isolamento social, perda de autonomia e independência, quadro que é muitas vezes responsável pela necessidade de institucionalização das pessoas idosas (Ferreira & Yoshitome, 2010).

Segunda a mesma linha de pensamento, as quedas constituem com frequência, um dos motivos de institucionalização das pessoa idosas em contexto de lar, quer pelas suas consequências, recorrência, ou mesmo pelo receio de cair. Contudo, a sua incidência não se torna menor neste contexto, considerando-se os lares, as instituições com maior número de quedas (Morse, 2009).

2.1.2. Dor na pessoa idosa

A agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor relatam a dor como o quinto sinal vital. Este deve ser avaliado e registado pelos profissionais de saúde paralelamente e no mesmo ambiente clínico em que são avaliados os outros sinais vitais, como é o caso da temperatura, pulso, frequência respiratória e tensão arterial (Rigotti & Ferreira, 2005). Entre nós, a monitorização da dor é também considerada fundamental e um cuidado importante definido pela DGS à semelhança do que aconteceu nos Estados Unidos (EU) como o quinto sinal vital (DGS, 2003).

Um estudo, realizado por Celich e Galon (2008), evidencia que 56,25% dos sujeitos entrevistados referem dor crónica, destacando-se o sexo feminino. Os 48 idosos entrevistados apresentam idade média de 71,5 anos, sendo que 81,5% ostenta alguma patologia com diagnóstico médico. O predomínio reside nos idosos casados (55,5%), contudo é expressivo o percentual de viúvos (40,7%). É interessante observar que na avaliação da intensidade da dor, 85,18% da amostra referiu dor moderada a alta, ou seja, superior a 4.

Outro estudo inserido nas pessoas idosas, referido por Dellaroza (2012), evidencia que 58,9% da população em estudo que apresenta dor crónica, já caiu uma vez no último ano e 27,6% caiu três ou mais vezes. O mesmo estudo demonstra um risco de queda 50% superior nos idosos com dor e com osteoporose e 48% maior naqueles com dor e incontinência urinária.

Um estudo de Cunha e Mayrink (2011) em idosos com o diagnóstico clínico de dor crónica verifica que 34% apresenta distúrbios da coluna, 22% artrite reumatoide, 18% osteoporose, 14% artrose e 12% tendinopatias. Este estudo evidencia um padrão de dor moderada, em que a dor crónica influencia negativamente a QdV dos idosos no domínio físico e nas relações sociais.

Na verdade, o processo de envelhecimento encontra-se associado ao aumento da incidência de doenças incapacitantes, crónicas e degenerativas, que por sua vez estão associadas ao aumento da dependência e a queixas de dor por parte do idoso (Andrade, Pereira & Sousa, 2006). A dor encontra-se entre os principais fatores que limitam o quotidiano do idoso, levando à diminuição da sua QdV, danificando, de certa forma, a realização das AVD, assim como a convivência social, que ao ser danificada pode conduzir ao isolamento social (Celich & Galon, 2008).

Uma definição bastante conhecida de dor foi dada pela International Association for the Study of Pain (IASP, 1991, citado por DGS, 2010, p. 8) que define dor como uma “experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada com uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos que evocam essa lesão”.

A dor é uma percepção fortemente associada às emoções que só o próprio que a sente a pode descrever. Segundo Rigotti e Ferreira (2005), em consenso com outros autores, a relação entre lesão tecidual e dor não é exclusiva ou direta pois não é obrigatório haver lesão.

Para a Ordem dos Enfermeiros (OE) a dor é considerada uma experiência individual subjetiva e multidimensional. A sua subjetividade deriva de fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais (OE, 2008).

A dor é definida pela OE (2008, p.11) como:

Uma sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de auto-protecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, comportamento de distracção, inquietação e perda de apetite, compromisso do processo de pensamento, perturba e interfere na qualidade de vida da pessoa, pelo que o seu controlo é um objectivo prioritário.

E na Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde (CIF, 2014), a dor é descrita como sendo uma sensação desagradável que assinala uma lesão potencial ou real em alguma estrutura do corpo, a qual inclui, “sensações de dor generalizada ou localizada, em uma ou em mais partes do corpo, dor num dermatomo, dor penetrante, dor tipo queimadura, dor tipo moínha, dor contínua e intensa; deficiências, como, mialgia, analgesia e hiperalgesia” (CIF, 2014, p. 66).

A dor é constituída por vários componentes, nocicepção, percepção da dor, comportamentos da dor e o sofrimento e apesar de na nossa cultura ser o inverso, nem todo o sofrimento é causado pela dor. Esta multidimensionalidade deriva da própria dinâmica e intimidade de cada pessoa portadora de dor. Entre os fatores que podem influenciar a dor existe a educação cultural, a expectativa de dor, a experiência já vivenciada de dor, o contexto em si e as respostas emocionais e cognitivas, ou seja, a dor como conceito multidisciplinar abarca vertentes biológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais (Bidarra, 2010).

Carvalho (1999) acrescenta que a dor pode ser classificada, em função da sua duração, de duas formas distintas, como sendo uma dor aguda ou uma dor crónica. A dor aguda está relacionada com patologias traumáticas, infecciosas ou inflamatórias; após a cura da lesão espera-se que desapareça; carece de uma delimitação precisa no tempo e no espaço; presenciam-se respostas neurovegetativas associadas; assiste-se como respostas habituais a ansiedade e agitação psicomotora; e por fim, tem a função biológica de alertar o organismo sobre a agressão. E para Rodrigues (2007) a dor aguda tem um início e fim breve, podendo durar poucas semanas, não ultrapassando os três a seis meses, constatando-se expressões faciais que evidenciam o síndrome doloroso e posturas de protecção. Em algumas situações, este tipo de dor tem uma intensidade elevada podendo levar a incapacidades e a alterações na QdV.

Ao contrário, a dor crónica é aquela que permanece após o tempo plausível para a cura de uma lesão ou que está associada a processos patológicos crónicos, que provocam dor permanente ou recorrente. Geralmente, neste tipo de dor, não existem respostas neurovegetativas associadas, não persiste a função biológica de alerta e não é facilmente delimitada no tempo e no espaço. A ansiedade e a depressão são respostas frequentemente associadas ao quadro clínico (Carvalho, 1999).

Rodrigues (2007) refere que se fala em dor crónica quando a mesma perdura por mais de seis meses ou mais que o tempo previsto para a recuperação do utente. E de acordo com Carvalho (1999) esta é geralmente comprometedora das AVD, prejudicando o sono, o trabalho, movimentação e deambulação, humor, capacidade de concentração, relacionamento familiar, atividade sexual e a apreciação da vida, tendo tendência para o pessimismo e falta de esperança. O diagnóstico na dor crónica é difícil e o sucesso do tratamento encontra-se limitado.

Uma avaliação da dor mais pormenorizada e completa possível é a chave do sucesso terapêutico. O controlo da dor deve ser uma preocupação permanente dos enfermeiros. Para que haja uma correta comunicação e uma avaliação proveitosa entre os profissionais e os utentes com queixas algicas, existem várias escalas e inventários para a avaliação da intensidade de dor (Chiba, 2006), contudo deve-se avaliar a intensidade da dor privilegiando instrumentos de autoavaliação. É o caso da Escala Visual Analógica (EVA), Escala Numérica (EN), Escala de Faces (EF) e a Escala Qualitativa (EQ) como recomenda a OE (2008).

Ao falarmos da dor nas pessoas idosas é importante referir que esta faixa etária é particularmente sensível à dor crónica e às doenças que levam a episódios de dor. Na verdade, há quem pense que a dor é um desfecho normal da idade, impondo às pessoas idosas uma atitude passiva perante esta. Como tal, a própria pessoa idosa aguarda a dor como uma cruz imposta pelo passar dos anos, evitando denuncia-la de forma a não ser hospitalizada, forçada a realizar exames complementares de diagnóstico, tratamentos dolorosos e a ser vista como dependente (Silva, 2008). Todos estes fatores contribuem para que na prática dos cuidados a dor não seja suficientemente avaliada e valorizada, levando ao sofrimento desnecessário nas pessoas idosas. Tal como referem Andrade et al. (2006) este cenário negativo irá aumentar a morbilidade e sobrecarregar o sistema de saúde.

Os autores acrescentam que alguns estudos experimentais de sensibilidade e tolerância à dor concretizados a pessoas idosas e a jovens evidenciam associação entre estabilidade da sensibilidade dolorosa e a idade, sendo que as mudanças de perceção de dor, devido à idade avançada, não foram clinicamente expressivas (Andrade et al., 2006).

2.1.3. Qualidade de vida na velhice

O prolongamento na expectativa de vida, durante o último século permitiu que algumas patologias, antes incuráveis, passassem a ser tratáveis, surgindo a curiosidade e a necessidade de conhecer melhor como são vividos os anos que se acrescentam à vida e definir critérios que permitam inferir sobre a qualidade desses anos.

Foi aproximadamente desde 1970 que o conceito de “qualidade de vida” como medida começou a ganhar desfecho em saúde, surgindo com o tempo, a curiosidade em encontrar as virtudes da anciania, aumentar a fase da juventude e de envelhecer com boa QdV individual e social (Fleck, 2008).

No âmbito da saúde, a introdução ao conceito QdV encontrou vários constructos: alguns baseiam-se numa visão mais biológica e funcional, outros num âmbito mais social e psicológico, e outros na perspectiva económica, demonstrando a interdependência entre os vários domínios do conceito (Fleck, 2008). No âmbito da visão biológica e funcional encontramos o conceito de *status* de saúde que pode ser definido como o nível de saúde de um indivíduo, grupo ou população avaliado de forma subjetiva pelo próprio ou segundo medidas mais objetivas (Fleck, 2008).

A OMS definiu saúde como sendo um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença (WHO, 1946), mas associado ao bem estar físico encontra-se o conceito de *status* funcional, estado funcional, ou funcionalidade. Em 2001, a OMS, lançou a CIF, em que a funcionalidade e a incapacidade de um a pessoa são procriadas por uma condição de saúde. Segundo a CIF (2004) a funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação. Pode ser definida pela interação ou relação complexa entre a condição de saúde e os fatores contextuais.

No seguimento da construção do conceito de QdV, surgiu a proposta da OMS, que expressa a abrangência da definição. O Grupo World Health Organization Quality of Life assume QdV como sendo a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (TheWHOQOLGroup, 1994, p. 28). Neste conceito existem três aspetos inerentes ao constructo de QdV que são a subjetividade, multidimensionalidade e presença de dimensões positivas e negativas.

Associado ao termo QdV, o termo “qualidade de vida relacionada à saúde” (Health Related Quality of Life) abrange igualmente a perspectiva funcionalista do conceito, comprovada pelo conjunto dos instrumentos desenvolvidos para a avaliar. A QdV relacionada à saúde é descrita como “o valor atribuído à duração da vida modificado por lesões, estados funcionais, percepções e oportunidades sociais que são influenciadas pela doença, dano, tratamento ou públicas” (Patrick e Erikson, 1993, citado por Fleck, 2008, p. 22)

Tratando-se da população idosa torna-se importante para o nosso estudo, abordar conceitos como bem-estar, satisfação e felicidade que envolvem uma visão eminentemente social e psicológica mas que também estão relacionados com a QdV. A felicidade, segundo Campbell et al., (1976, citados por Fleck, 2008) refere-se à presença de sentimentos positivos e a ausência de sentimentos negativos. Já o nível de satisfação é determinado pela discrepância percebida entre as aspirações e as conquistas, variando desde a percepção de preenchimento até à de privação. E o conceito de bem-estar subjetivo é uma medida que alia a presença de emoções positivas e a ausência de emoções negativas com fim na satisfação com a vida (Diener, 1984).

De acordo com Fleck (2008), no decorrer do processo de envelhecimento acentuam-se algumas perdas biológicas e modificam-se os padrões metabólicos, alterações que decorrem com perdas progressivas na memória e na comunicação, que aliadas à sensação de morte próxima geram na pessoa idosa insegurança em relação à doença e ao risco crescente de dependência, tornando mais difícil a definição dos critérios de boa QdV na velhice.

Segundo Wilson & Cleary (1995) existem muitos instrumentos que medem a QdV a partir dos estados de saúde, contudo as medidas que privilegiam o valor que as pessoas concedem aos diferentes estados são preferíveis. Segundo Calman (1987) uma boa QdV encontra-se visível quando as esperanças e as expectativas de um indivíduo são satisfeitas pela experiência. Essas expectativas sofrem modificações com a idade e experiência. Assim sendo a QdV tem certas implicações: em primeiro lugar, só pode ser descrita pelo próprio, tem que se ter em consideração os vários aspetos da vida, encontra-se interligada aos objetivos e às metas de cada indivíduo e a sua melhoria encontra-se relacionada com a capacidade de identificar e de atingir esses objetivos. A doença e o tratamento respetivo podem modificar esses objetivos, que precisam necessariamente de ser realistas e as pessoas necessitam de ter a força motora para os atingir.

Para que a população idosa possa manter uma QdV aceitável é necessário igualmente uma boa percepção de saúde. Só assim os idosos podem continuar a assegurar os seus contributos na sociedade, mantendo-se autónomos e um recurso essencial para as suas famílias, comunidades e economias (DGS, 2004). Mas a população idosa portuguesa, sobretudo os que têm 75 ou mais anos consideram a sua saúde como má ou muito má, o que pode ser inferido pela procura de cuidados de saúde, avaliada pelo indicador de consultas médicas nos últimos três meses nesta população (DGS, 2004).

Num estudo referido por Fleck (2008) sobre variáveis de impacto na QdV de pessoas idosas com idade superior a 60 anos evidenciou uma associação entre maior intensidade de sintomas depressivos e percepção subjetiva de doença e uma pior QdV em idosos. Outros estudos apontam para uma associação entre pior QdV em idosos e

depressão, assim como, a melhoria da QdV após tratamento afetivo da depressão e distímia⁴.

O estudo de Teixeira (2010) sobre a depressão, solidão e QdV em idosos comprovou a existência de correlações positivas entre a depressão e a solidão, e negativas entre a QdV e as duas anteriores. Comprovou-se ainda que algumas variáveis sociodemográficas, como o meio de residência e a satisfação com a relação com os amigos, influenciam a percepção da solidão, depressão e QdV.

E outro estudo realizado no concelho de Tondela a 210 idosos, com idades compreendidas entre os 60 e os 95 anos revelou que a percepção de QdV é mais elevada nos idosos mais jovens e com melhor funcionalidade familiar. Observou-se que quanto maior a idade do entrevistado menor a satisfação da sua percepção de QdV e apesar dos investigadores não terem encontrado diferenças estatisticamente significativas, verificou-se que a percepção da QdV foi menos satisfatória nas mulheres. Deste estudo concluíram que a idade e a funcionalidade da família influenciam a QdV, impondo-se considerá-las, quando se planeiam ações de promoção da QdV dos idosos (Andrade & Martins, 2011).

No que se refere à QdV dos idosos institucionalizados, esta além de depender do acolhimento na instituição, encontra-se interligada ao convívio de pessoas próximas, através de amigos ou familiares, de forma a evitar o estado de solidão ou isolamento que muitos vivem. Assim sendo, as ligações afetivas próximas são de suma importância na QdV dos mais velhos (Carvalho & Dias, 2011).

De acordo com um estudo de Almeida (2008), relativamente à QdV das pessoas idosas institucionalizados constata-se que, 51,6%, a maioria, refere incluir-se no grupo com QdV, assim como no estudo de Silva (2011) em que os idosos apresentam uma QdV entre os níveis “razoável” e “muito bom”. Segundo o estudo de Lima, Lima e Ribeiro (2010), o domínio que mais contribui na QdV dos idosos institucionalizados é o psicológico, seguido do social e do ambiental. Neste último estudo, o domínio físico é aquele que mostra as médias mais fracas entre os domínios da QdV.

⁴ Distímia – é um tipo de depressão que se caracteriza pela presença de sentimentos como melancolia, pessimismo, falta de humor ou incapacidade para o divertimento, apatia, introversão, cepticismo e auto-repressão (MSD, 2014).

Parte II: Enquadramento metodológico

1. Objetivos e hipóteses de investigação

A fase metodológica consiste em descrever os meios utilizados no decorrer da realização da investigação. É nesta fase que se define a maneira pela qual se irá proceder para obter as respostas às questões de investigação estipuladas (Fortin, 2009) e aos objetivos definidos.

A velhice é uma etapa particular da vida do ser humano e algo inevitável, desde que a vida dure. Mas a sua maior duração e o conseqüente declínio das funções humanas associado às alterações das estruturas familiares modernas e às exigências sociais dos membros da família fazem gerar com frequência a necessidade de institucionalização, que nem sempre significa a solução de sucesso e garantia de bem-estar para as pessoas idosas.

São várias as razões para a institucionalização das pessoas idosas, contudo Levenson (2001, citado por Almeida, 2008) refere que estas encontram-se relacionadas com o facto da pessoa idosa viver sozinha ou com pessoas sem relação, a dependência de cuidados pessoais, o estado de saúde descrito pela mesma como precário, entre muitas outras.

Vários autores referem a entrada nos 65 anos como um marco caracterizado pela maior incidência de quedas, depressão, isolamento, entre muitas outras conseqüências. Para além destas, a dor é um fenómeno quase permanente nas pessoas idosas, inerente às patologias crónicas que lhes são habituais (Freitas & Scheicher, 2010).

A alta prevalência de dor em pessoas idosas está associada às desordens músculo-esqueléticas, como as artrites e osteoporose. Por outro lado, o aumento de incidência de cancro, a necessidade de procedimentos cirúrgicos, as úlceras de pressão e as doenças cardiovasculares contribuem para o aumento das queixas álgicas deste grupo etário (Andrade et al., 2006).

O efeito cumulativo de alterações relacionadas com a idade, a presença de doenças e o ambiente desapropriado aumentam a ocorrência de quedas, sendo estas uma importante causa de mortalidade, morbilidade e incapacitações entre as pessoas idosas (Ferreira & Yoshitome, 2010). No caso específico das pessoas idosas institucionalizadas, estas ostentam maior propensão às quedas, não só pela modificação do ambiente que lhes era familiar para um ambiente estranho, mas também pela diminuição das atividades exercidas (Almeida, 2008).

Os enfermeiros, na qualidade de educadores em saúde e na prestação de cuidados de enfermagem, deverão estar atentos aos sinais de risco de queda, às queixas álgicas e à percepção de QdV por parte das pessoas idosas e se possível identificar e monitorizar estes indicadores.

A preocupação com a população idosa, a sua QdV, o risco de queda que estes apresentam associados às queixas frequentes de dor que manifestam nos contextos onde desenvolvemos a nossa atividade profissional, levaram-nos a interrogar sobre a relação existente entre estas variáveis, formulada na seguinte questão de investigação: **Qual a relação que existe entre o risco de queda, a dor e a percepção de qualidade de vida na pessoa idosa institucionalizada?**

Para podermos estudar a existência de relação entre a percepção de qualidade de vida, a dor prenunciada pelo idoso e risco de queda definimos como objetivo geral deste estudo: caracterizar os idosos de uma instituição quanto ao risco de queda presença ou ausência de dor num determinado momento e percepção da sua qualidade de vida.

O que inicialmente eram interrogações e preocupações pessoais relativamente à questão de investigação tornou-se num percurso de investigação, dirigindo-nos à formulação de alguns objetivos específicos:

- Avaliar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados na Instituição A;
- Determinar o risco de queda e a presença de dor;
- Identificar a relação entre estas variáveis.

Face aos objetivos descritos, equacionaram-se hipóteses, ou seja, providenciaram-se previsões de resposta para o problema em estudo (Coutinho, 2011). No presente estudo pretendem-se verificar as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 (H1) - existe relação entre a qualidade de vida e a percepção de dor;

Hipótese 2 (H2) - existe relação entre a qualidade de vida e o risco de queda;

Hipótese 3 (H3) - existe relação entre o risco de queda e a percepção de dor;

Hipótese 4 (H4) - existe relação entre a idade e a percepção de qualidade de vida;

Hipótese 5 (H5) - existe relação entre idade e o risco de queda;

A concretização da investigação e o teste das hipóteses citadas, no fundo, vão procurar testar as referências teóricas que estão subjacentes a esta pesquisa e a sustentam, como refere Coutinho (2011).

2. Tipo de estudo

O tipo de estudo descreve a estrutura empregue no projeto segundo a questão de investigação, objetiva também descrever variáveis ou grupos de sujeitos e explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade (Fortin, 2009).

As variáveis, de acordo com Coutinho (2011) são atributos que expressam conceitos ou constructos que podem assumir diferentes valores, ou seja algo que varia e que se opõe ao conceito de constante. Do ponto de vista metodológico a pesquisa quantitativa pressupõe a classificação das variáveis em variáveis independentes, variáveis dependentes e variáveis atributo. As primeiras são as que o investigador pode manipular ou estudar, as segundas são as que se deixam influenciar pelas primeiras e as terceiras são variáveis que o investigador não controla. Todas as variáveis ou constructos estudados nesta pesquisa como a qualidade de vida, a percepção de dor, o risco de queda e a idade por serem características inerentes aos sujeitos são variáveis atributo ou atributivas (Coutinho 2011).

Ao estudarmos a relação que existe entre o risco de queda, dor e percepção de qualidade de vida na pessoa idosa institucionalizada estamos perante uma investigação descritiva porque não permite a manipulação de variáveis (Coutinho 2011). A investigação descritiva visa descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação (Fortin, 2009), de forma a recolher dados que possibilitem traçar comportamentos, valores, atitudes e situações (Coutinho, 2011). Nesta investigação pretendemos recolher dados que proporcionem o perfil dos idosos da Instituição A.

Quanto ao tempo em que se desenvolveu a investigação, esta é transversal, pois a recolha de dados foi realizada ao longo de 4 meses, num único momento para cada um dos sujeitos (Freixo, 2009).

2.1. População e Amostra

A população é o somatório dos indivíduos ou elementos, com alguma característica comum, a quem se pretende generalizar os resultados (Coutinho, 2011). Perante a questão de investigação e objetivos definidos, a população alvo da nossa investigação são os idosos institucionalizados residentes na Instituição A.

Esta instituição é da tipologia de lar. É uma IPSS que presta serviços ao nível das estruturas residenciais para pessoas idosas e acamadas, creches, jardins de infância, serviços de saúde, unidade de cuidados continuados, apoio domiciliário, fisioterapia e

reabilitação, entre outros. Relativamente às estruturas residenciais para pessoas idosas a instituição acolhe 373 idosos em vários edifícios separados.

Tendo em conta o tipo de estudo e a população, a presente amostragem assumiu um carácter aleatório e estratificado, ou seja, uma amostra estratificada. Assim sendo, a seleção dos sujeitos foi aleatória, excluindo o erro sistemático que afeta as amostras não probabilísticas e por estratos, na tentativa de a tornar mais eficiente, e permitir um retrato mais fiel da instituição (Coutinho, 2011; Pardal & Lopes, 2011).

De forma a cumprir os procedimentos da construção de uma amostra estratificada, todos os sujeitos da população tiveram a mesma probabilidade de pertencer à amostra. Como tal, atribuiu-se um número a cada elemento da população, em que a ordem da classificação foi realizada com base em duas listas, a do sexo feminino e a do sexo masculino. Posteriormente foram colocados todos os nomes num recipiente apropriado e distinto para cada sexo, e foram retirados à sorte os sujeitos que contemplam a nossa amostra. A nossa amostra representa 15% da população-alvo, constituída por 56 formulários dirigidos a 17 homens e 39 mulheres.

Tratando-se de uma instituição extensa e dispersa por vários equipamentos a amostragem estratificada tornou-se bastante útil na medida em que permitiu a criação de subgrupos homogéneos e relevantes (Coutinho, 2011).

Neste tipo de estudo foi igualmente importante definir critérios de inclusão para a nossa amostra. Estes servem para restringir a amostra e torná-la ainda mais fiável de acordo com os objetivos. Como a QdV só pode ser avaliada pelo próprio, neste caso pelos idosos institucionalizados, definimos como critérios de inclusão ter mais de 65 anos, não apresentar alterações cognitivas e concordar em preencher o questionário.

3. Instrumentos de recolha de dados

Para investigar a amostra quanto ao risco de queda e QdV, escolhemos como instrumentos de recolha de dados o inquérito, a notação e a medição (Charles, 1998, citado por Coutinho, 2011).

O inquérito com recurso à entrevista segundo Coutinho (2011) é realizado por uma pessoa, que pode ser (ou não) o próprio investigador. Nesta investigação, a entrevista assume-se como estruturada pois é uma entrevista estandardizada no modo de formulação das perguntas, na sequência das mesmas e no uso do vocabulário. Neste tipo de entrevista, tanto o entrevistador como o entrevistado encontram-se condicionados pelo rigor da técnica, exigindo na sua aplicação a máxima disciplina de ambos (Pardal & Lopes, 2011).

O instrumento notação passa por fazer breves descrições de documentos ou de observações, como comportamentos ou fenómenos (Coutinho, 2011). Foi através deste instrumento que fomos anotando dados descritos nos processos clínicos, como o tempo de institucionalização, idade, distrito a que pertence e número de diagnósticos secundários (dados pertencente à Escala de Morse para Risco de Queda - MFS). Este instrumento ajudou-nos também a redigir sentimentos, dificuldades, comportamentos e emoções descritos pelos idosos.

Neste estudo, o instrumento medição, passou por obter dados consoante as resposta dos participantes em escalas (Coutinho, 2011). Aqui recorreremos a quatro escalas estandardizadas, Mini Exame do Estado Mental (MMS), a Escala de Morse para Risco de Queda (MFS), Escala Numérica da Intensidade da Dor (EN) e Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref).

A validade e fiabilidade dos instrumentos foram asseguradas na medida em que os instrumentos usados estão estandardizados e incluem procedimentos uniformes e consistentes para a administração, avaliação e interpretação de resultados (Coutinho, 2011).

Foi também solicitada a autorização à equipa de trabalho que validou o WHOQOL-Bref para Portugal, assim como à equipa da MFS, que realizou a adaptação cultural e linguística em Portugal. A equipa da WHOQOL-Bref respondeu prontamente, autorizando a utilização do questionário (Anexo 4) e facultando o suporte digital da análise dos resultados com as respetivas fórmulas para o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) bem como o manual do utilizador e sintaxe. A equipa da MFS não retribuiu resposta e as restantes escalas não expunham contacto para autorização das mesmas.

Em suma, o questionário (Apêndice C) é constituído por duas partes distintas. A primeira parte apresenta 13 questões, 10 fechadas e 3 abertas, que identificam as pessoas idosas em termos socio biográficos. A segunda parte apresenta quatro escalas standardizadas.

3.1. Mini Exame do Estado Mental (MMS)

Este instrumento (Anexo 1) permite avaliar o estado cognitivo do utente e foi utilizado neste estudo como um instrumento delimitador aos critérios de inclusão (pág. 29).

Chaves (2008) diz-nos que este instrumento é constituído por questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas estruturadas com o objetivo de avaliar as funções cognitivas específicas como a orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registo de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação de três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O total pode variar de 0 pontos (maior grau de comprometimento cognitivo) até 30 pontos (melhor capacidade cognitiva).

De acordo com o grau de escolaridade (analfabeto, 1 a 11 anos de escolaridade e escolaridade superior a 11 anos) os entrevistados têm que atingir uma pontuação mínima (analfabetos \leq 15 pontos, 1 a 11 anos de escolaridade \leq 22 pontos e escolaridade superior a 11 anos \leq 27 pontos) para não serem considerados com defeito cognitivo e consequentemente serem excluídos do presente estudo (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro et al., 1994).

3.2. Escala de Morse para Risco de Queda (MFS)

Diversas entidades como o National Center for Patient Safety sugerem esta escala (Anexo 2) como a mais indicada na avaliação do risco de queda em contexto de lar de idosos. Esta possibilita a triagem rápida de pessoas que estão em risco de cair, podendo-se assim, posteriormente, implementar estratégias de intervenção preventivas e monitorizar o risco de queda durante a institucionalização (Ferrão et al., 2011). Esta escala é composta por seis critérios: historial de quedas neste internamento/urgência ou nos últimos 3 meses; diagnóstico(s) secundário(s); ajuda para caminhar; terapia intravenosa/cateter periférico com obturador/heparina; postura no andar e na transferência; e estado mental. Estes critérios resultam numa pontuação que varia entre 0 e 125 pontos. O sujeito é considerado “sem risco” quando a pontuação se situa entre 0 e 24 pontos, “baixo risco” entre 25 e 50 pontos, e “alto risco” quando a pontuação é igual ou superior a 51 pontos (Almeida, 2012).

3.3. Escala Numérica da Intensidade da Dor (EN)

Foi criada para avaliar a dor do utente e é constituída por onze partes iguais, similarmente a uma régua ordenada de 0 a 10 (DGS, 2003). O objetivo da aplicação desta escala (Anexo 3) é permitir ao utente igualar a intensidade da sua dor à classificação numérica, sendo que 0 pontos correspondem a “sem dor” e 10 pontos a uma “dor máxima”, ou seja, insuportável.

Neste estudo, aplicou-se a EN visto ser um instrumento simples, que abrange todos os tipos de dor, podendo ser utilizada na população com mais de 6 anos de idade, não necessitando de um instrumento físico, nem cuidados sobre alterações de memória (OE, 2008).

3.4. Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL -Bref)

Inicialmente, a WHOQOL desenvolveu um instrumento de avaliação de QdV composto por 100 questões, o WHOQOL-100. A necessidade de instrumentos curtos fez com que este grupo desenvolvesse uma versão abreviada, o WHOQOL-bref. Este instrumento é composto por 26 itens, que medem domínios gerais, como a saúde física, saúde psicológica, relações sociais e meio ambiente (Fleck et al., 2000).

O primeiro domínio destina-se à QdV em geral, o qual apresenta um item sobre a QdV e outro sobre a satisfação com a própria saúde. Os outros 24 itens estão agrupados em quatro domínios: o domínio físico com 7 itens, o psicológico com 6 itens, o social com 3 itens e meio ambiente com 8 itens. Segundo os autores que validaram o instrumento para Portugal, este instrumento pode ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações agredidas por situações clínicas pontuais e doenças crónicas (Serra & Canavarro, 2006).

As respostas de cada entrevistado assinalam a sua concordância ou discordância e são avaliadas através de quatro escalas de tipo Likert, com scores de 1 a 5 pontos (intensidade, capacidade, frequência e avaliação). Entre os vários domínios existem 3 questões (Q3, Q4 e Q26) que são avaliadas de forma invertida e que devem ser recodificadas antes da cotação do instrumento, para que os dados sejam tradutores fiéis da QdV (Serra & Canavarro, 2006).

Como a QdV só pode ser avaliada pela própria pessoa, o WHOQOL-Bref foi desenvolvido como um questionário de autoresposta, contudo em determinadas situações associadas ao nível de instrução do entrevistado ou dificuldades físicas essa metodologia não é possível. Assim sendo, sugere-se que a sua aplicação seja feita através da assistência ou administração do entrevistador (Simões, Gonçalves & Almeida, 2007).

No presente estudo, aos participantes que não conseguiram preencher autonomamente o questionário, procedeu-se à assistência ou à administração do entrevistador, o que proporcionou a maior privacidade possível e a maior neutralidade praticável, tendo sido assinalada a opção por eles indicada.

De acordo com as tendências atuais, o Centro de Avaliação da Qualidade de Vida para Português Europeu, preferiu que os dados fossem transformados numa escala de 0 a 100, de acordo com fórmulas estipuladas pelos mesmos. Usualmente, a análise e interpretação dos resultados é realizada de forma linear, quanto mais elevados os valores melhor a QdV do entrevistado, devendo ser com base nos quatro domínios que compõem o WHOQOL-Bref. Quando se pretender ter uma visão da QdV em geral esta só pode ser recolhida através da faceta que avalia a QdV em geral e a perceção de saúde (Simões et al., 2007).

4. Considerações éticas

Os procedimentos éticos que orientaram este trabalho de investigação fundamentaram-se na declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2008). Como tal, a participação dos sujeitos em estudo foi voluntária, tendo cada sujeito o direito de recusar participar ou de, em qualquer altura, anular o consentimento de participar, sem quaisquer prejuízos.

Quanto à privacidade e anonimato, foram tomadas todas as precauções para proteger a identidade de cada um, assim como, a confidencialidade dos seus dados pessoais.

Referente ao pedido de autorização institucional (Apêndice A), o mesmo foi entregue, tendo tido uma aceitação positiva por parte da instituição em estudo.

Os idosos foram informados da finalidade, métodos e outros aspetos relevantes do estudo e somente após terem compreendido a informação é que foi realizado o consentimento informado (Apêndice B).

5. Recolha e análise de dados

A recolha dos dados ocorreu durante os meses de fevereiro a maio de 2014, após a devida solicitação e autorização da instituição em estudo (Apêndice A). Cada entrevista realizada teve a duração de 30 a 45 minutos, onde a ordem de questões presentes no guião foi sempre respeitada.

Inicialmente recorreu-se a um pré teste, com o intuito de medir a variável dependente antes da intervenção experimental (Coutinho, 2011). De acordo com o autor, o pré teste pode funcionar como confirmador do sucesso de aleatorização e, ao dar uma imagem nítida dos efeitos da intervenção, pode medir as mudanças ocorridas nos grupos no tempo (Schutt, 1999, citado por Coutinho, 2011).

O pré teste foi aplicado a 9 idosos, cerca de 15% do número total da amostra (N=56), o qual comprovou que o inquérito se encontra bem estruturado, simples e perceptível, podendo ser aplicado aos idosos pertencentes à nossa amostra.

Após a recolha de informação procedeu-se à organização e análise dos dados com recurso à estatística descritiva. A estatística descritiva pretende alcançar uma primeira leitura dos dados capaz de descrever a dispersão, forma e estrutura da distribuição, entendida como “o conjunto de todos os scores ou observações numa variável” (Coutinho, 2011, p.132).

A pontuação e o tratamento de dados do MMS, MFS, EN e WHOQOL-Bref foram realizados de acordo com os critérios de avaliação dos instrumentos, respeitando toda a informação facultada pelos autores que os traduziram para a nossa língua. Para o tratamento de dados contamos com a ajuda essencial do programa SPSS versão 20.

As hipóteses colocadas foram testadas com um nível de significância de 5%. Este nível de significância permite comprovar, caso se verifique, com uma “certeza” de 95%, a validade da hipótese em estudo.

No que respeita à estatística inferencial foi feito uso de um teste não paramétrico, o Kruskal-Wallis (análise de variância) e recorreu-se a medidas de relação, através do coeficiente de correlação de Pearson (R-pearson), aceitando-se sempre a mesma regra, se $p\text{-value} > 0,05$ então aceitar H_0 .

O Teste de Kruskal-Wallis, segue um pressuposto de distribuição livre e é aplicado a variáveis independentes de nível ordinal quando há mais do que dois grupos, sendo uma alternativa ao teste ANOVA I que segue a normalidade (Coutinho, 2011).

O Coeficiente de Correlação de Pearson ou Produto-Momento utiliza-se quando ambas as variáveis são intervalares, mostrando tanto a direção como a força da relação entre as variáveis. O coeficiente de correlação toma valores que vão de -1 a 1, correspondendo um valor de 0 (zero) a não haver correlação, isto é, as variáveis são independentes. O sinal + ou - é que determina a direção da correlação, significando o sinal - uma relação inversa (Coutinho, 2011).

Parte III: Apresentação, análise e discussão dos resultados

1. Caracterização da amostra

Neste subcapítulo, destaca-se o perfil das características dos sujeitos da amostra, tendo como objetivo sintetizar os dados e descrever as variáveis de interesse.

A nossa amostra é constituída por 56 idosos institucionalizados, com idades compreendidas entre os 65 e os 97 anos de idade, as quais foram agrupadas em três subgrupos, idosos jovens, idosos velhos e idosos mais velhos (Papalia et al., 2006). De acordo com o Gráfico 1, a amostra é constituída por 5,4% idosos jovens, 42,9% idosos velhos e 51,8% idosos mais velhos, sendo que os últimos lideram a amostra.

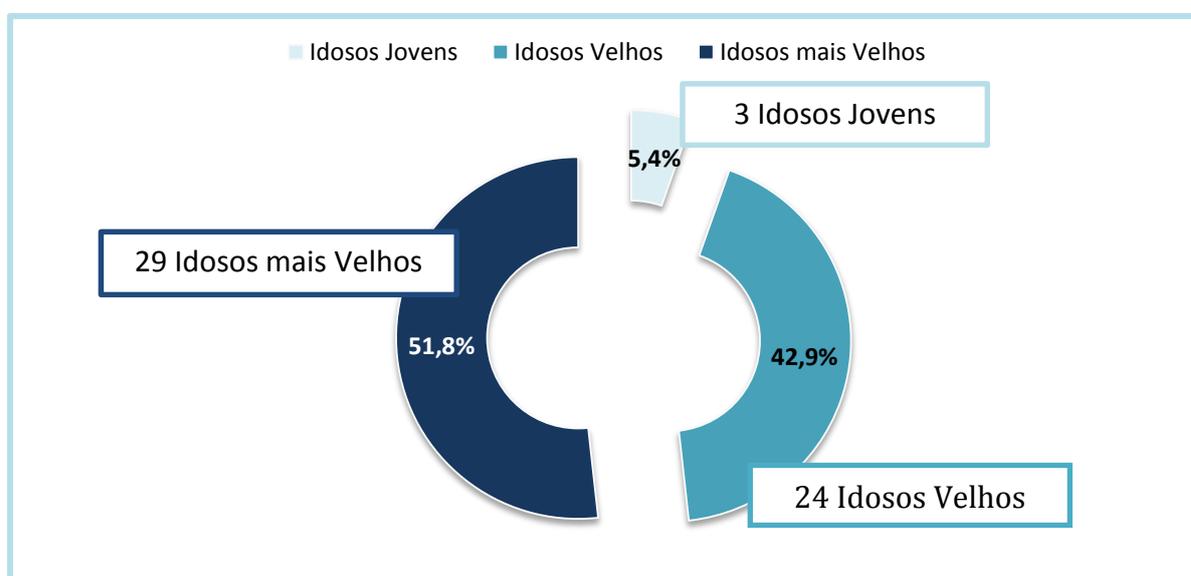


Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo a idade em classes.

Segundo os dados recolhidos (Tabela 1), 69,6% da amostra é do sexo feminino e 30,4% do sexo masculino. A maioria da amostra, 62,5%, é constituída por viúvos, 16,1% por casados, 14,3% por solteiros e somente 7,1% por divorciados. Referente à variável naturalidade, 91,1% é natural de Castelo Branco, 3,6% de Évora e 1,8% de Setúbal, Lisboa e Portalegre, respetivamente.

Tabela 1 - Distribuição da amostra de acordo com o sexo, estado civil e naturalidade.

Variáveis	Categorias	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Sexo	Feminino	39	69,6
	Masculino	17	30,4
Estado Civil	Solteiro	8	14,3
	Casado	9	16,1
	Divorciado	4	7,1
	Viúvo	35	62,5
Naturalidade (Distrito)	Castelo Branco	51	91,1
	Setúbal	1	1,8
	Évora	2	3,6
	Lisboa	1	1,8
	Portalegre	1	1,8

Quanto à escolaridade, 42,9% dos sujeitos estudaram do 1º ao 4º ano, 37,5% não sabem ler nem escrever, 8,9% sabem ler e/ou escrever, 5,4% estudaram do 5º ao 6º ano, 1,8% do 7º ao 9º ano, 1,8% do 10º ao 12º ano e 1,8% referiu apresentar estudos universitários (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição da amostra de acordo com a escolaridade.

Variável	Categorias	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	21	37,5
	Sabe ler e/ou escrever	5	8,9
	1º ao 4º ano	24	42,9
	5º ao 6º ano	3	5,4
	7º ao 9º ano	1	1,8
	10º ao 12º ano	1	1,8
	Estudos Universitários	1	1,8

A amostra é maioritariamente caracterizada por sujeitos que trabalharam na agricultura (39,3%), 25% assumiu a profissão de doméstica, 5,4% de ferroviário, 3,6% de carteiro, 3,6% de técnico de telecomunicações, 3,6% de marceneiro, 3,6% de pedreiro, entre outras profissões, atingindo um total 16 profissões (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da amostra de acordo com a profissão.

Variável	Categorias	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Profissão	Agricultor	22	39,3
	Doméstica	14	25
	Ferroviário	3	5,4
	Carteiro	2	3,6
	Militar	1	1,8
	GNR	1	1,8
	Costureira	1	1,8
	Técnico de Telecomunicações	2	3,6
	Funcionário Público	1	1,8
	Serralheiro	1	1,8
	Farmacêutica	1	1,8
	Marceneiro	2	3,6
	Pedreiro	2	3,6
	Diretora Técnica	1	1,8
	Ajudante de Lar	1	1,8
	Catequista	1	1,8

Como podemos observar na Tabela 4, metade da amostra (50%) já se encontra institucionalizado há mais de 4 anos, 28,6% entre 2 a 4 anos e 21,4% há menos de 2 anos.

Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo o tempo de institucionalização.

Variável	Categorias	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Tempo de Institucionalização	Menos de 2 anos	12	21,4
	2 a 4 anos	16	28,6
	Mais de 4 anos	28	50

Neste estudo, achámos também pertinente referenciar os sujeitos que se sentem doentes, sendo que a maioria, 57,1%, não se sente doente, enquanto 42,9% tem o sentimento contrário (Gráfico 2).

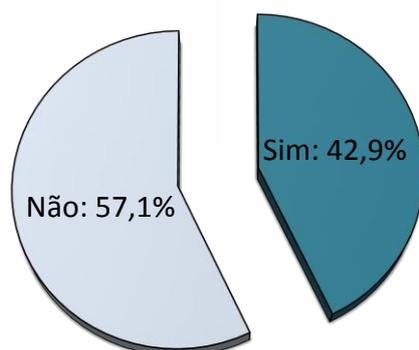


Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo o sentimento de doença.

A forma de administração da entrevista foi, na maioria, administrada pelo entrevistador (76,8%), enquanto a restante (23,2%) foi assistida pelo entrevistador, não havendo nenhum inquérito autoadministrado (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição da amostra de acordo com a forma de administração da entrevista.

Variável	Categorias	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Forma de administração da entrevista	Assistido pelo entrevistador	13	23,2
	Administrado pelo entrevistador	23	76,8
	Autoadministrado	0	0

Ao aplicar-se o instrumento MMS, o qual foi utilizado como critério de inclusão enquanto despiste de déficit cognitivo, constatou-se que os 56 sujeitos entrevistados não apresentam defeito cognitivo, encontrando-se os resultados entre os 16 (mínimo) e os 30 (máximo) pontos. Em média, os sujeitos apresentaram 23,21 pontos, com um desvio padrão de 5,044. A Tabela 6 descreve a distribuição dos valores atingidos na aplicação do MMS de forma a analisar as pontuações mais detalhadamente.

Tabela 6 - Distribuição da amostra de acordo com valores obtidos no MMS.

Valores atingido no MMS	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
16	6	10,7
17	8	14,3
18	3	5,4
19	2	3,6
22	3	5,4
23	7	12,5
24	2	3,6
25	4	7,1
26	1	1,8
27	2	3,6
28	8	14,3
29	3	5,4
30	7	12,5

Como é observável na Tabela 7, com a aplicação da MFS evidencia-se que a maioria dos sujeitos (44,6%) apresenta um baixo risco de queda, 28,6% não apresenta risco e 26,8% apresenta alto risco.

Tabela 7 - Distribuição da amostra por níveis de risco de queda.

Níveis de Risco de Queda	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Sem Risco	16	28,6
Baixo Risco	25	44,6
Alto Risco	15	26,8
Total	56	100,0

Ao analisarmos os resultados obtidos na EN, constata-se que em média os sujeitos apresentam uma dor de 5,21, com um desvio padrão de 4,164, e que o valor mínimo que corresponde a “sem dor” e o valor máximo que equivale a uma “dor máxima” encontram-se representados na distribuição da amostra com valores muito próximos. Mesmo assim, a intensidade da dor mais referida foi o 0 (Zero), sem dor, com uma frequência relativa de 32,1%, enquanto a segunda dor mais pronunciada foi o 10 (dez), pior dor possível, representando 28,6% dos sujeitos. Seguidamente, 16,1% dos sujeitos referiram ter uma dor 5, intermédia, não havendo nenhum sujeito a relatar uma dor igual a 1, como podemos observar na Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição da amostra por intensidade da dor

Intensidade da Dor	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
0	18	32,1
2	1	1,8
3	1	1,8
4	1	1,8
5	9	16,1
6	2	3,6
7	2	3,6
8	2	3,6
9	4	7,1
10	16	28,6

O último instrumento utilizado foi o WHOQOL-Bref, o qual assumiu 5 domínios, o Domínio Qualidade de Vida Geral, Domínio Físico, Domínio Psicológico, Domínio das Relações Sociais e Domínio Meio Ambiente. Ao observarmos o Domínio Qualidade de Vida Geral é notório que o valor que detém o maior número de observações é o 50, refletindo uma amostra com uma qualidade de vida geral nem boa, nem má (segundo o instrumento). O valor mínimo atingido foi 0 (qualidade de vida geral muito má) e o máximo foi 75 (qualidade de vida geral boa), como podemos observar na Tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo a média, moda, desvio padrão, mínimo e máximo no Domínio Qualidade de Vida Geral

Domínio Qualidade de Vida Geral	
Média	49,1071
Moda	50,00
Desvio Padrão	20,89709
Mínimo	0,00
Máximo	75,00

Muitos idosos acrescentaram verbalmente que “quem já não tem saúde que nem eu, mais vale morrer”, “felizes os que morrem”, por outro lado, outros relataram “estou satisfeítíssima com a minha vida”, “gosto da minha vida”. Ao analisar a frequência absoluta e relativa deste domínio (Tabela 10) constata-se que 26,8% dos sujeitos atingem os 50 valores, 23,2% os 62,50 valores, 17,9% os 75 valores, encontrando-se os restantes abaixo dos 50 valores.

Tabela 10 - Distribuição da amostra no Domínio Qualidade de Vida Geral

Valores	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
0,00	4	7,1
12,50	1	1,8
25,00	5	8,9
37,50	8	14,3
50,00	15	26,8
62,50	13	23,2
75,00	10	17,9
Total	56	100,0

Ao analisarmos os restantes domínios é notório que a média de resultados foi maior nuns domínios no que em outros. O domínio com melhor QdV é o domínio do meio ambiente (66,35), ao invés, o domínio com pior QdV é o domínio das relações sociais (47,02). Segundo a Tabela 13, o valor mais baixo de QdV foi atingido no domínio psicológico (8,33) enquanto o valor mais alto foi observado no domínio físico (96,43). A moda de valores nos quatro domínios atingiu valores acima dos 50 valores, rondando os 57,14 e os 71,88 valores. O desvio padrão refletiu-se mais acentuadamente no domínio psicológico com 19,22 valores, contra 17,43 no domínio físico, 12,65 no domínio das relações sociais e 13,71 no domínio meio ambiente.

Tabela 11 - Distribuição da amostra por domínios da WHOQOL-Bref.

Domínios do WHOQOL -Bref				
	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio das Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Média	54,2092	57,7381	47,0238	66,3504
Moda	57,14 ^a	58,33	58,33	71,88
Desvio Padrão	17,43138	19,22469	12,65595	13,71886
Mínimo	14,29	8,33	16,67	31,25
Máximo	96,43	91,67	75,00	90,63
a* Há várias modas; é mostrado o menor valor.				

De forma a completar os dados analisados, alguns idosos referiram “prefiro morrer para facilitar as minhas filhas porque também são doentes” e expressaram “o que me deixa mais triste é o meu filho não querer saber de mim”. No decorrer das entrevistas, a ausência ou contacto reduzido com os filhos e família mais direta foram as preocupações mais relatadas pelos idosos.

2. Análise dos resultados

Este subcapítulo tem como propósito apresentar a análise inferencial. Os dados estatísticos foram tratados no Software SPSS versão 20, considerando-se estatisticamente significativas as análises estatísticas cuja probabilidade de significância, p-value, do teste for inferior ou igual a 0.05, caso seja maior que 0.05 aceita-se H_0 .

A estatística inferencial contou com uso de um teste não paramétrico, Kruskal-Wallis e recorreu a medidas de relação, através do coeficiente de correlação de Pearson (R-pearson). Os resultados exibem-se de acordo com as hipóteses estabelecidas, anteriormente apresentadas.

Hipótese 1 (H1) - Existe relação entre a qualidade de vida e a percepção de dor.

Para o estudo da relação entre qualidade de vida e dor utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson, em que os valores da correlação se encontram apresentados na Tabela 12.

Tabela 12 - Relação entre qualidade de vida e dor.

Relação		Escala Numérica da Intensidade da Dor (EN)
Domínio Qualidade de Vida Geral (WHOQOL-Bref)	Correlação de Pearson (R)	-,471
	Sig. (p-value)	0,000

Ao concluir-se que o p-value=0 e o R=-0,471, podemos afirmar que se trata de uma relação moderadamente forte negativa, isto é, que as variáveis estão correlacionadas, variando em sentidos opostos. Assim, é certo declarar que ao aumento da dor corresponde uma diminuição da qualidade de vida ou à diminuição da dor corresponde um aumento da qualidade de vida.

Hipótese 2 (H2) - Existe relação entre a qualidade de vida e o risco de queda.

Para averiguar a existência de relação entre a qualidade de vida e o risco de queda recorreu-se ao teste não paramétrico Kruskal-Wallis pois a variável independente não segue uma distribuição normal, falhando a um dos pressupostos do teste Anova.

Ao realizar o teste Kruskal-Wallis constatou-se um $p\text{-value}=0,206$, como tal comprova-se que não existem diferenças significativas entre a qualidade de vida e o risco de queda (Tabela 13).

Tabela 13 - Relação entre qualidade de vida e risco de queda.

Relação		Risco de Queda (MFS)
Domínio Qualidade de Vida Geral (WHOQOL-Bref)	Sig. (p-value)	0,206

Hipótese 3 (H3) - Existe relação entre o risco de queda e a percepção de dor.

Pela análise dos resultados apresentados na Tabela 14 que expõem a relação entre o risco de queda e a percepção de dor, através do teste Kruskal-Wallis é notório que não existem diferenças significativas entre o risco de queda e a dor pois o $p\text{-value}=0,310$ logo aceita-se H_0 .

Tabela 14 - Relação entre risco de queda e dor.

Relação		Escala Numérica da Intensidade de Dor (EN)
Risco de Queda (MFS)	Sig. (p-value)	0,310

Hipótese 4 (H4) - Existe relação entre a idade e a percepção de qualidade de vida.

Para calcularmos a relação entre estas duas variáveis, idade e qualidade de vida, recorreremos novamente ao teste não paramétrico Kruskal-Wallis pois a variável independente (idade) não segue uma distribuição normal. Ao observarmos a Tabela 15, constatamos que $p\text{-value}=0,256$, assim sendo, conclui-se que não existem diferenças significativas entre a idade e a qualidade de vida.

Tabela 15 - Relação entre idade e qualidade de vida.

Relação		Domínio Qualidade de Vida Geral (WHOQOL-Bref)
Idade	Sig. (p-value)	0,256

Hipótese 5 (H5) - Existe relação entre idade e o risco de queda.

Ao analisarmos a relação entre idade e o risco de queda constata-se que quando submetidos os valores ao coeficiente de correlação de Pearson encontra-se uma relação muito fraca positiva ($R=0,062$). Ao passarmos para a inferência estatística, observa-se um $p\text{-value}=0,618$, logo obriga-nos a aceita-se H_0 , concluindo-se que não existe associação entre idade e risco de queda (Tabela 16).

Tabela 16 - Relação entre idade e risco de queda.

Relação		Risco de Queda (MFS)
Idade	Correlação de Pearson (R)	0,062
	Sig. (p-value)	0,618

3. Discussão dos resultados

De seguida, iremos apresentar reflexões críticas acerca dos resultados obtidos, de forma a evidenciar os dados significativos que foram encontrados e compará-los com as opiniões dos autores que deram suporte ao estudo teórico, bem como inferir se os objetivos foram atingidos após a análise estatística.

Conforme foi referido, a amostra foi constituída por 56 idosos institucionalizados dos quais 5,4% são idosos jovens, 42,9% idosos velhos e 51,8% idosos mais velhos. A maioria, 69,6% da amostra é do sexo feminino e 30,4% do sexo masculino. Desta forma, os resultados obtidos neste estudo vão de encontro ao referido pelo INE (2002, citado por Aleixo et al., 2012), em que a maioria das pessoas idosas que residem em lares são mulheres (69%) e 85% do total dos residentes tem mais de 75 anos de idade. Dados mais recentes da Pordata (2014) revelaram que a Beira Interior Sul em 2012 demonstrou ser uma sub-região com um dos maiores índices de envelhecimento, apresentando 238,3 idosos por 100 jovens, valor bastante superior ao de Portugal, o qual atingiu no mesmo ano um índice de envelhecimento de 131 (Delgado & Wall, 2014).

No que se refere à escolaridade, 42,9% dos sujeitos estudou do 1º ao 4º ano, 37,5% não sabe ler nem escrever, 8,9% sabe ler e/ou escrever, entre outros números. Segundo o INE (2012), em 2011, existiam em Portugal 284 061 indivíduos com 75 e mais anos que não tinham nenhum nível de escolaridade e 491 808 tinham o ensino básico (INE, 2012). Em termos comparativos, os nossos resultados não vão ao encontro dos dados do INE uma vez que a maioria não tem nenhum nível de escolaridade, pois mesmo que saibam ler não frequentaram o ensino. Contudo, a Pordata (2014) diz-nos que, em 2011, na Beira Interior Sul, a População residente de 15 e mais anos, sem nível de escolaridade, ainda foi de 15,9%, 5,5% superior ao valor analisado em Portugal (10,4%), o que justifica o nível de ensino desta amostra.

No que diz respeito ao tempo de institucionalização, a maioria dos sujeitos encontram-se institucionalizados há mais de 4 anos (50%), 28,6% entre 2 a 4 anos e 21,4% há menos de 2 anos. Segundo o INE (2007, citado por Neto & Corte-Real, 2013), em 2004 existiam 56 535 pessoas idosas institucionalizadas em 1517 lares de terceira idade legais, representando 3,2% das pessoas idosas. Estes dados comprovam a análise do nosso estudo e a constatação de Almeida (2008), o qual nos diz que algumas famílias começaram a transferir a responsabilidade de cuidar da pessoa idosa para o estado ou para instituições privadas.

Ao refletir sobre a sua saúde, grande parte dos sujeitos (57,1%), refere não se sentir doente, enquanto 42,9% refere o inverso. Em 2004, a DGS, mencionou que a população idosa portuguesa, sobretudo os que têm 75 ou mais anos, consideram a sua saúde como má ou muito má, refletindo-se na procura de cuidados de saúde (DGS, 2004). Contudo, de acordo com Alto Comissariado da Saúde e Ministério da Saúde (2011) a percentagem de indivíduos que avalia positivamente o seu estado de saúde

subiu 6% de 1999 a 2006, passando de 47% para 53%, o que corrobora os dados da nossa investigação.

Alusivamente à forma de administração da entrevista, não houve nenhum caso de autoadministração, evidenciando-se as entrevistas que foram administradas pelo entrevistador ocupando 76,8% da amostra, contra as assistidas pelo entrevistador com 23,2%. Estes resultados podem ser justificados através do número de sujeitos sem escolaridade e aqueles que, mesmo com o ensino básico (1º ao 4º ano), não praticam a escrita no quotidiano. É necessário ter em conta igualmente, o grau de dependência, capacidade de resposta e a idade dos sujeitos, em que mais de metade (51,8%) são idosos mais velhos, com 85 ou mais anos. Segundo Papalia et al. (2006), os idosos mais velhos têm maior tendência para a debilidade e enfermidade, e dificuldade para desempenhar algumas das AVD. Para completar, 50% da população com 65 ou mais anos demonstra ter 10% de dificuldade em compreender/fazer-se entender, 19% em ver, 15% em ouvir, 15% em memorizar/concentrar-se, entre outras dificuldades nas AVD (INE, 2012).

Em jeito de continuação, passamos a analisar e refletir sobre os objetivos específicos propostos no início do estudo.

Avaliar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados na Instituição A:

Na generalidade, os sujeitos estão satisfeitos com a sua QdV geral, atingindo um valor médio de aproximadamente 50 valores e um valor máximo de 75 valores (17,9%). Como tal, os resultados obtidos no nosso estudo relacionam-se com os dados de Almeida (2008), quando menciona no seu estudo que 51,6% das pessoas idosas institucionalizadas relata incluir-se no grupo com QdV. Silva (2011) completa estes resultados dizendo-nos que no seu estudo, os idosos apresentam uma QdV entre os níveis “razoável” e “muito bom”.

O domínio do meio ambiente, em particular, revelou ser o domínio com melhor QdV, atingindo um valor médio de 66,35 valores. Ao invés, o domínio com pior QdV foi o domínio das relações sociais com um valor médio de 47,02 valores, sendo o segundo pior, o domínio físico com 54,20 de média. Estes resultados não vão de encontro à perspetiva defendida no estudo de Lima et al. (2010) os quais nos dizem que o domínio que demonstrou as médias mais fracas entre as facetas de QdV foi o domínio físico, contudo aproxima-se dos resultados, uma vez que é o segundo pior domínio. A opinião de Carvalho e Dias (2011) completa os resultados da nossa investigação ao defender que a QdV dos idosos institucionalizados se encontra interligada ao convívio de pessoas próximas, através de amigos ou familiares. Alguns inquiridos citaram querer “morrer para facilitar as minhas filhas porque também são doentes” e “o que me deixa mais triste é o meu filho não querer saber de mim”, demonstrando que a ausência ou contacto reduzido com os filhos e família mais direta são as preocupações mais relatadas pelos sujeitos. Todos estes dados, remetem para uma pior apreciação da QdV no domínio das relações sociais.

Também Agostinho (2004) diz que nos idosos, o ambiente social não deve ser esquecido devido ao seu imenso peso no processo de envelhecimento em que os sentimentos positivos da pessoa idosa irão refletir-se no proveito do tempo e na aceitação desta última fase de vida. Assim sendo, uma pior apreciação no domínio das relações sociais traz como consequência uma pior aceitação do idoso como ele é, refletindo-se no domínio físico e psicológico.

Determinar o risco de queda e a presença de dor:

Ao analisar-se o de risco de queda dos sujeitos observa-se que 44,6% apresenta um baixo risco de queda, 28,6% não apresenta risco e 26,8% apresenta alto risco. Estes resultados vêm confirmar os dados facultados por Ferrão et al. (2011), os quais constataram que cerca de um terço dos residentes do seu estudo expunha elevado risco de queda. A OMS acrescenta que, sensivelmente, a cada ano, 30% a 50% das pessoas que vivem institucionalizadas sofrem quedas e 40% delas sofrem quedas recorrentes (WHO, 2007). Não podemos descrever quantas quedas sofreram os idosos da amostra, mas podemos concluir que a percentagem de utentes com risco de queda é alta ainda que em 44,6% de idosos esse risco não seja muito elevado. Contudo entre 27 a 45% dos indivíduos da amostra apresentam risco de queda, seja ele baixo ou alto.

Com a aplicação da EN constata-se que os sujeitos apresentam uma dor de valor médio de 5,21 (moderada). Apesar da intensidade da dor mais referida pelo idoso ser o 0 (zero), sem dor, representando 32,1% da amostra, a intensidade da dor de 5 a 10 representa 62,6% da amostra. De acordo com um estudo realizado por Cunha e Mayrink (2011), o padrão de dor atingido foi de dor moderada, o que vai ao encontro dos nossos dados. Para completar, Celich e Galon (2008) observaram no seu estudo, que 85,18% da amostra refere dor considerada moderada a alta, ou seja, superior a 4, o que corrobora os nossos dados.

Identificar a relação entre estas variáveis

Neste objetivo contámos com o auxílio das cinco hipóteses estabelecidas e que foram analisadas no capítulo anterior. Assim sendo, e de acordo com a hipótese 1, comprovou-se que existe uma relação moderadamente forte negativa entre a QdV e dor, ou seja, ao aumento da dor corresponde uma diminuição da QdV e vice-versa. Este resultado é comprovado por Celich e Galon (2008), os quais referem que a dor leva à diminuição da QdV no idoso, comprometendo a realização das AVD e a convivência social. Cunha e Mayrink (2011) também comprovam os resultados, uma vez que nos afirmam que a dor crónica influencia negativamente a QdV dos idosos.

Ao atestar a relação entre QdV e risco de queda (hipótese 2) comprova-se que não existem diferenças significativas entre as variáveis. O que vem contrariar o exposto por Ferreira e Yoshitome (2010), que descrevem as quedas nas pessoas idosas como

fenômenos promotores de diversas consequências para a saúde e QdV e o relatado por Lopes e Dias (2010), para quem as consequências físicas, funcionais e psicossociais consequentes das quedas podem afetar direta ou indiretamente a QdV do indivíduo.

Ao estudar a existência de relação entre o risco de queda e a percepção de dor (hipótese 3), conclui-se que não existem diferenças significativas entre o risco de queda e a dor, o que vai de encontro aos resultados do estudo de Rebelatto et al. (2007) os quais não evidenciam, relação entre a queda e presença de dor. Contudo, em contradição, Dellarozza (2012), assevera que quase 60% dos sujeitos que apresentam dor crônica já caiu uma vez no último ano em que foi entrevistado e 27,6% caiu três ou mais vezes, evidenciando-se um risco de queda 50% superior nos idosos com dor e com osteoporose e 48% maior naqueles com dor e incontinência urinária.

De acordo com hipótese 4, “existe relação entre a idade e a percepção de qualidade de vida”, verifica-se que não existem diferenças significativas entre a idade e a QdV, conclusão que vem contrariar o que foi referido por Andrade e Martins (2011), os quais constataram no seu estudo que quanto maior a idade do entrevistado menor seria a satisfação da sua percepção de QdV. Calman (1987) acrescenta que uma boa QdV encontra-se visível quando as esperanças e as expetativas de um sujeito são satisfeitas pela experiência, sofrendo modificações com a idade e experiência.

Quanto à possível relação entre idade e o risco de queda (hipótese 5) é certo afirmar que não existe associação entre estas variáveis, o que contraria o que foi descrito pela WHO (2007). Segundo esta referência a assiduidade das quedas aumenta com a idade. De acordo com Almeida (2012) na população idosa, a diminuição da capacidade funcional que envolve a redução dos níveis de força muscular, alterações da marcha e alterações do equilíbrio estático está assinalada como um fator de risco promotor para a ocorrência de quedas. Contudo, não nos devemos esquecer que cada ser humano envelhece de forma única, a um ritmo diferente e as alterações causadas pelo próprio envelhecimento dependem de fatores internos e externos de cada indivíduo (Agostinho, 2004), logo não devemos generalizar e asseverar que quanto mais velho cronologicamente, pior será a funcionalidade, trazendo como consequência um maior risco de queda.

Parte IV: Linhas orientadoras de um projeto de intervenção

1. Linhas orientadoras de um projeto de intervenção

Após os resultados extraídos da nossa investigação torna-se essencial perspetivar um projeto interventivo na população em estudo. Com base no desfecho dos resultados torna-se primordial criar algumas diretrizes de futuro para a equipa de saúde, e que não poderá dispensar a parceria da restante equipa multidisciplinar. Passamos a descrever as linhas orientadoras do projeto de intervenção pretendido:

Tema: Este projeto interventivo incidir-se-á na QdV e no risco de queda dos idosos residentes na Instituição A. Será proposto à instituição um protocolo designado “Qualidade de Vida e Risco de Queda da Pessoa Idosa”, para que a equipa de saúde possa descrever a população da instituição e traçar medidas de prevenção e promoção da saúde, inseridas na QdV e risco de queda de cada pessoa idosa.

Justificativa: Este projeto torna-se fundamental como forma de contornar as alterações psicológicas, cognitivas e funcionais típicas nos idosos institucionalizados, defendidas por alguns autores como consequências do isolamento, solidão e inatividade física dos indivíduos, conduzindo a um aumento da dependência na concretização das AVD e diminuição da capacidade funcional (Ferreira & Yoshitome, 2010). Igualmente importante é a intervenção específica na prevenção de quedas nas pessoas idosas, que para além de permitir reduzir a taxa de mortalidade, poderá também prevenir várias consequências indesejáveis para a saúde e para a QdV, e deste modo retardar a diminuição da capacidade funcional, a limitação na realização de atividade física, a diminuição da mobilidade, o medo de voltar a cair, o isolamento social, e a perda de autonomia e independência (Ferreira & Yoshitome, 2010).

Objetivos: Preconizar um protocolo designado “Qualidade de Vida e Risco de Queda da Pessoa Idosa”, isto é, desenvolver um conjunto de regras ou critérios que deverão ser cumpridos, por rotina, nesta instituição, de forma a caracterizar a população da instituição e traçar medidas de prevenção de queda e promotoras de QdV adequadas a cada idoso.

A dor, sendo o quinto sinal vital, já faz parte da avaliação diária dos enfermeiros, e já se encontra a ser assinalada nos registos de enfermagem e processos clínicos da instituição.

Público-alvo: Todas as pessoas idosas que entrarem na Instituição A, assim como as que já se encontram a residir, e sempre que se considerar necessário.

Meta a atingir: melhorar a QdV das pessoas idosas residentes na Instituição A e diminuir o risco de queda das mesmas, de forma aperfeiçoar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde desta instituição.

Metodologia:

- Reunir com a equipa de saúde;
- Aludir para os resultados do estudo realizados;
- Traçar um documento oficial que delimite as normas pretendidas;
- Anexar ao processo clínico um formulário que seja composto pela MFS e WHOQOL-Bref;
- Utilizar esse formulário sempre que necessário, seja na nota de entrada ou numa situação de risco (de queda ou de diminuição da QdV);
- Analisar e comparar resultados;
- Traçar medidas preventivas;
- Reavaliar e adaptar cuidados;

Recursos:

- Humanos: equipa de enfermagem, ajudantes de lar, equipa de animação sociocultural, assistentes sociais, diretora técnica, psicólogo, técnica de fisioterapia e clínicos.

- Materiais:

Consumo – papel, tinteiros e canetas;

Permanentes – impressora, computador, mesa e cadeiras;

Financeiros – baixo custo, uma vez que serão necessárias somente 3 folhas a mais no processo clínico (dependente do preço estabelecido por tinteiros e resmas de papel);

Avaliação: nas reuniões de saúde iremos analisar, comparar e verificar resultados, organizando novas medidas que se tornem pertinentes e corrigindo detalhes que se evidenciem inadequados.

Cronograma de atividades:

Atividades	Meses (2015)											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Construir o Protocolo			X									
Traçar o formulário				X								
Iniciar a aplicação					X							

Conclusão

Para cuidar de pessoas idosas é necessário aprofundar conhecimentos, tornando-se notório no decorrer deste estudo a importância da avaliação sistemática da dor, do risco de queda e da QdV nesta faixa etária, de modo a direcionar intervenções de saúde concretas e adequadas às necessidades específicas dos idosos.

Estudar os idosos institucionalizados tornou-se um desafio enorme, uma vez que nos permitiu perceber como é que estes se sentem, o que valorizam e o que os caracteriza enquanto idosos e moradores de uma instituição.

O desenvolvimento da investigação permitiu identificar situações variadas com necessidade de replicação. Desta forma, será pertinente a aplicação do projeto de intervenção atrás referido, de forma a caracterizar a população da instituição e traçar medidas de prevenção de quedas e medidas promotoras de QdV adequadas a cada pessoa idosa.

As pessoas idosas no decorrer do estudo pronunciaram sentimentos e emoções. Estas ficaram marcadas no nosso estudo através de frases do tipo, “quem já não tem saúde que nem eu, mais vale morrer”, “felizes os que morrem” por outro lado temos idosos que nos relataram “estou satisfeítíssima com a minha vida”, “gosto da minha vida”.

A metodologia escolhida foi apropriada pois conseguimos responder à questão formulada “qual a relação que existe entre o risco de queda, dor e percepção de qualidade de vida na pessoa idosa institucionalizada?” e concluir que existe relação entre as variáveis que nos propusemos estudar. As relações encontradas permitem-nos afirmar que ao aumento da dor corresponde uma diminuição da QdV ou à diminuição da dor corresponde um aumento da QdV.

A fundamentação teórica foi fundamental para a discussão dos resultados contudo, nem todos os resultados obtidos tiveram enquadramento na pesquisa teórica realizada o que dificultou a discussão dos achados.

Outra limitação deveu-se ao reduzido recurso temporal, visto que as pessoas idosas se dispersam nos discursos, sendo impossível por vezes, terminar a entrevista com clareza e captar simultaneamente expressões e sinais importantes, que se tornariam eventualmente interessantes no retrato da vivência da pessoa idosa apesar de não ser o objetivo do estudo.

Os seis meses estipulados para realização do presente trabalho de projeto foram insuficientes o que implicou a prorrogação do mesmo, assim como uma gestão diferente do tempo e das opções na vida pessoal e profissional obrigando a conciliar a profissão com a necessidade de ajustar horários e a concretizar deslocações.

Em suma, consideramos que o estudo se encontra assente numa temática ainda pouco investigada em Portugal, sendo de todo importante nas pessoas idosas, valorizar e promover a QdV; caracterizar o risco de queda e traçar medidas preventivas; e monitorizar e diminuir o sentimento de dor.

Referências bibliográficas

- Agostinho, P. (2004, junho). Perspectiva Psicossomática do Envelhecimento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1, 31-36.
- Aleixo, T., Escoval, A., & Fonseca, C. (2012, fevereiro). Indicadores de Qualidade em Lares para Idosos. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 17-30.
- Aleixo, T., Escoval, A., Fontes, R., & Fonseca, C. (2011, março). Indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem em lares de idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 141-149.
- Alexandre, H., & Martins, M. (2009). Características do modelo português de providência de bem estar como factor de fragilidade económica e social dos/as cidadãos/ãs e famílias, numa perspectiva de género. *7º Congresso Nacional da Administração Pública*. Lisboa: Instituto Nacional de Administração.
- Almeida, A. (2008). *A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares: Aspectos e contextos da Qualidade de Vida*. Porto: Universidade do Porto.
- Almeida, C. (2012). *Risco de Quedas nas UCCI do distrito de Viseu - estudo comparativo escala de Morse e escala de Downton*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu.
- Alto Comissariado da Saúde & Ministério da Saúde. (2011, 15 de abril). Plano Nacional de Saúde 2011-2016. *Estratégias para a Saúde: Perfil de Saúde em Portugal (versão discussão)*, p.15.
- Andrade, A., & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de vida dos idosos. *Millenium*, 40, 185-199.
- Andrade, F., Pereira, L., & Sousa, F. (2006, abril). Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14, 271-276.
- Associação Médica Mundial. (2008, outubro). Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial. *Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos*. Seul, Coreia do Sul.
- Bandeira, M. (2012). *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa: evolução e perspectivas*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Bidarra, A. (2010). *Vivendo com a Dor: o cuidador e o doente com dor crónica oncológica*. Lisboa: Cuso de Mestrado em Ciências da Dor.
- Born, T., & Boechat, N. S. (2006). A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado*. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. cançado *Tratado de geriatria e gerontologia* (1131 - 1141). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Calman, K. C. (1984, setembro). *Journal of Medical Ethics. Quality of life in cancer patients: an hypothesis*, 10, 124-127. Retirado de NCBI: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1374977/?page=1>
- Canavarro, M., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010, abril). *Repositório Científico do Instituto Politécnico de Lisboa*. Retirado de IPL: <http://hdl.handle.net/10400.21/770>
- Carvalho, M. (1999). *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus.
- Carvalho, M., & Dias, M. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.
- Celich, K., & Galon, C. (2008). Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12, 345-359.

- Chaves, M. (2008). *Testes de avaliação cognitiva: Mini-Exame do Estado Mental*. Biênio: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Chiba, T. (2006). Dor e tratamento. In E. Freitas, L. Py, F. Cançado, J. Doll, & M. Gorzoni, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (1067-1078). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Costa, E., Porto, C., Almeida, J., Cipullo, J., & Martin, J. (2001). *Semiologia do idoso*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Cunha, L., & Mayrink, W. (2011). Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Revista Dor*, 2, 120-124.
- Delgado, A., & Wall, K. (2014). *Famílias nos Censos 2011 - Diversidade e Mudança*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística e Imprensa de Ciências Sociais.
- Dellarozza, M. (2012). *Idosos com dor crônica, relato de queda e utilização de serviços de saúde: Estudo SABE*. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- DGS. (2003, 14 de junho). *A Dor como 5ª sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- DGS. (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. *Circular Normativa*, 20.
- DGS. (2010). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- DGS. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Diário da República. (2006). *Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho*.
- Diário da República. (2011). *Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde Despacho n.º 3020/2011*.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Dudas, K., Olsson, L.-E., Wolf, A., Swedberg, K., Taft, C., Schaufelberger, M., & Ekman, I. (2013, 9 de janeiro). Uncertainty in illness among patients with chronic heart failure is less in person-centred care than in usual care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 18, 521-529.
- Eurostat. (2012). *The EU in the world 2013: A statistical portrait*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Retirado de http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-30-12-861/EN/KS-30-12-861-EN.PDF
- Eurostat. (2013, 26 de junho). *Population on 1 January: Structure indicators*. Retirado de: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_pjanind & lang=en
- Ferrão, S., Henriques, A., & Fontes, R. (2011, dezembro). Elderly fall prevention in nursing home context –Systematic fall risk assessment using Morse Scale, Get Up and Go and Timed Get Up and Go tests. *Journal of Aging & Innovation*, 1, 14-22.
- Ferreira, D., & Yoshitome, A. (2010, dezembro). Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63, 991-997.
- Fleck, M. (2008). *A avaliação de qualidade de vida*. Porto Alegre: Artmed.

- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Application of the Portuguese version abbreviated instrument quality life WHOQOL-bref. *Journal of Public Health*, 34, 178-183.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975, novembro). Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12, 189-198.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freitas, M., & Scheicher, M. (2010). Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 3, 395-401.
- Freixo, M. (2009). *Metodologia Científica, Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Gasior, K., & Stamatou, W. (2010). *Measuring Progress: Indicators for care homes*. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Gomes, M., Lessa, J., & Sá, R. (2007). O Papel do Idoso nas dinâmicas sociais de realização do ser-no-mundo-com-o-outro. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1, 7-12.
- Grilo, E., & Mendes, F. (2013, 24 de maio). *Indicadores de Qualidade e Práticas de Cuidados de Enfermagem nos Cuidados de Longa Duração*. Retirado de Repositório Científico do IPCB: <http://hdl.handle.net/10400.11/1900>
- Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social & CID. (2005). *Manual de Boas Práticas: Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas*. Lisboa: Instituto da Segurança Social.
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à População Portuguesa na tradução do "Mini Mental State Examination (MMSE)". *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1.
- INE. (2002). *Recenseamento geral da população: Resultados definitivos*. Instituto Nacional de Estatística.
- INE. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE. (2014, 28 de março). Destaque - Informação à Comunicação Social. *Projeções de População Residente - 2012-2060*, 1-18.
- INE. (2014, 16 de junho). *Portal do Instituto Nacional de Estatística*. Retirado de Portal de Estatísticas Oficiais: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=211394338&DESTAQUESmodo=2
- Koren, M. (2010, 7 de janeiro). Person-Centered Care For Nursing Home Residents: The Culture-Change Movement. *Health Affairs*, 29, 312-317.
- Ladeiras, D. (2011, 11 de Maio). *DN Portugal*. Retirado de Diário de Notícias: http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1849352&page=-1
- Leão, C., Ataíde, Â., Revés, M., Marques, M., & Ponte, S. (2011, 30 de junho). Globalização do envelhecimento – O caso português. *População e Prospectivas*, p. 42.
- Levenson, S. A. (2001). A assistência institucional de longo prazo. In J. J. Gallo, J. Busby-Whitehead, P. V. Rabins, R. A. Silliman, & J. B. Murphy, *Reichel assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento* (527 - 538). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Lima, D., Lima, M., & Ribeiro, C. (2010). Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 7, 346-356.

Lopes, R., & Dias, R. (2010). O impacto das quedas na qualidade de vida dos idosos. *ConScientiae Saúde*, 9, 504-509.

Magalhães, E. (2011). *Ideias para um envelhecimento activo*. Almeirim: RUTIS.

Maia, B., Viana, P., Arantes, P., & Alencar, M. (2011). Consequências das Quedas em Idosos Vivendo na Comunidade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14, 381-393.

Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2012, 21 de março). *Diário da República*, p. 1324.

Morse, J. (2009). *Preventing Patient Falls: establishing a Fall Intervention Program*. New York: Springer.

Morse, J., Morse, R., & Tylko, S. (1989). Development of a scale to identify the fall-prone patient. *Canadian Journal on Aging*, 4, 366-377.

MSD. (2014, 18 de setembro). *Biblioteca médica online*. Retirado de Manual Merck: <http://www.manualmerck.net/search.asp?ss=distimia>

Neto, M., & Corte-Real, J. (2013, 4 de junho). *A Pessoa idosa institucionalizada: Depressão e suporte social*. Retirado de Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia: <http://www.spgg.com.pt/UserFiles/file/A%20pessoa%20idosa%20institucionalizada.pdf>

Neto, O. (2009). *Dor: princípios e prática*. Porto Alegre: Artmed.

OMS, & DGS. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Organização Mundial da Saúde e Direção-Geral da Saúde.

OE. (2008, junho). *DOR - Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Palma, C. (2012). *Quedas nos idosos: do risco à prevenção*. Beja: Instituto Politécnico de Beja.

Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2006). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artmed.

Pardal, L., & Lopes, E. (2011). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal Editores.

Pimenta, P. (2005, 8 de abril). *Público Portugal*. Retirado de: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/populacao-idosa-em-portugal-vai-duplicar-ate-2050-1220271>

Population Reference Bureau. (2012). *2012 World Population Data Sheet*. Washington: PRB.

Pordata. (2014). *Fundação Francisco Manuel dos Santos*. Retirado de Base de dados Portugal contemporâneo: <http://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Castelo+Branco+%28Municipio%29-4005>

Rebelatto, J., Castro, A., & Chan, A. (2007). Quedas em idosos institucionalizados: características gerais, fatores determinantes e relações com a força de preensão manual. *Acta Ortopédica Brasileira*, 3, 151-154.

Rigotti, M., & Ferreira, A. (2005, 3 de novembro). Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 1, 50-54.

RNCCI. (2012). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados.

Rodrigues, A. (2007). *O Doente com Dor Crónica: Estudo de repercussão na ansiedade, na depressão e nas actividades de vida diária*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008, dezembro). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 4, 585-593.
- Schwanke, C., Carli, G., Gomes, I., & Lindôso, Z. (2012). *Atualizações em Geriatria e Gerontologia IV: Aspectos Demográficos, Biopsicossociais e Clínicos do Envelhecimento*. Porto Alegre: Edipucrs.
- Serra, A. V., & Canavarro, M. C. (2006, março). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 2, 41-49.
- Silva, A. (2011). *A percepção de qualidade de vida do idoso institucionalizado*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Silva, H., & Gutierrez, B. (2013, julho). Cuidados de longa duração na velhice: desafios para o cuidado centrado no indivíduo. *A Terceira Idade*, 24, 7-17.
- Silva, M. (2011). *Qualidade de vida do idoso institucionalizado em meio rural*. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.
- Silva, S. (2008). *(Con)viver com a dor do outro... Vivências dos Familiares de Idosos com Dor Crónica*. Porto: Universidade do Porto.
- Simões, M., Gonçalves, C., & Almeida, L. (2007). *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto.
- Soeiro, M. d. (2010). *Envelhecimento Português, Desafios Contemporâneos - Políticas e Programas Sociais*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Teixeira, L. (2010). *Solidão, Depressão e Qualidade de Vida em Idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- TheWHOQOLGroup. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 3, p. 28.
- United Nations. (2011). *United Nations, Department of Economic and Social Affairs*. Retirado de World Population Prospects: The 2010 Revision: <http://esa.un.org/wpp/other-information/faq.htm>.
- Valente Rosa, M. J. (1993). O desafio social do envelhecimento demográfico. *Análise Social*, 3, 679-689.
- WHO. (1946). Constitution of the World Health Organization. *Basic Documents*, Genebra.
- WHO. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Madrid: World Health Organization.
- WHO. (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. France: World Health Organization.
- Wilson, I., & Cleary, P. (1995, 4 de janeiro). *Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes*. Retirado de JAMA: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=385444>

APÊNDICES

APÊNDICE A - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

A/c de

Mesa Administrativa da Instituição A

Assunto: AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Mariline de Oliveira Peres, Enfermeira nesta Instituição, no âmbito do Mestrado de Gerontologia Social do Instituto Politécnico de Castelo Branco que frequento, pretendo realizar um estudo sobre a relação entre a presença de dor e risco de queda na qualidade de vida aos idosos, desta instituição.

Os objetivos deste estudo são caracterizar os idosos da Instituição A em termos de risco de queda, presença de dor não controlada e qualidade de vida, e determinar a relação entre estas variáveis.

A recolha da informação terá por base uma entrevista estruturada e a aplicação de formulários adequados aos objetivos da pesquisa.

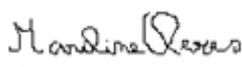
A informação recolhida será usada para a minha dissertação mas serão salvaguardados todos os princípios éticos definidos pela comunidade de investigadores nomeadamente a identidade dos participantes e da instituição e a veracidade da informação recolhida, assumindo igualmente a total responsabilidade de não publicar qualquer dado suscetível de comprometer esta instituição.

Assim sendo, venho pelo presente, solicitar a vossa autorização para a recolha e divulgação dos resultados que vier a obter.

Qualquer informação adicional será facultada por mim e/ou e pelo Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Castelo Branco, 6 de agosto de 2013

Atenciosamente


(Mariline Peres)

APÊNDICE B - CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, aceito participar de livre vontade no estudo “OS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: Estudo de Algumas Variáveis”, organizado pela investigadora Mariline de Oliveira Peres, aluna do 2º ano, do Mestrado de Gerontologia Social, do Instituto Politécnico de Castelo Branco (IPCB), uma parceira da Escola Superior de Educação (ESE) e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias (ESALD), sobre orientação da Professora Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo (ESALD) e coorientação da Professora Mestre Eugénia Nunes Grilo (ESALD).

Percebo que a minha participação neste estudo é voluntária, e que posso desistir em qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim. Compreendo, que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer publicação, ou em relação a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o autorize por escrito.

Entendo que ao estudo interessam as respostas obtidas na aplicação de um inquérito composto por quatro escalas standardizadas: Mini Exame do Estado Mental (MMS), Escala de Morse para Risco de Queda (MFS), Escala Numérica da Intensidade da Dor (EN) e Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL – Bref), as quais preservam a minha identificação individual e a minha privacidade.

Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação nas áreas científicas – Gerontologia Social / Gerontogeriatría, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício direto ou indireto pela minha colaboração.

Nome _____

Assinatura _____

Data ___/___/___

APÊNDICE C - INQUÉRITO

INQUÉRITO

Dados Pessoais

Idade		Anos	Data de Nascimento	__/__/____	
Sexo	Feminino		Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	
	Masculino			Sabe ler e/ou escrever	
				1º - 4º ano	
				5º - 6º ano	
				7º - 9º ano	
				10º - 12º ano	
			Estudos Universitários		
Profissão					
Estado Civil	Solteiro(a)		Institucionalização na SCMCB	- de 1 ano	
	Casado (a)			1 a 4 anos	
	Divorciado(a)			+ de 4 anos	
	Viúvo (a)				
Distrito a que pertence					

Encontra-se atualmente doente: SIM NÃO

Doença atual e antecedentes pessoais: _____

Nº de Fármacos/dia: _____

Nº de Psicofármacos: _____

Outros dados:

Forma de administração	Auto-administrado	
	Assistido pelo entrevistador	
	Administrado pelo entrevistador	

Mini Mental State Examination (MMSE)

Mini Exame do Estado Mental

(Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro et al, 1994)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Nota: ____

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

Nota: ____

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

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

Pêra ____
Gato ____
Bola ____

Nota: ____

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

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

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: ____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

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

Pêra ____
Gato ____
Bola ____

Nota: ____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Relógio ____
Lápis ____

Nota: ____

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

Nota:___

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

Pega com a mão direita___

Dobra ao meio ___

Coloca onde deve___

Nota:___

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

Fechou os olhos___

Nota:___

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

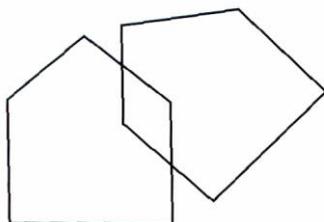
Frase:

Nota:___

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

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

Cópia:



Nota:___

TOTAL (Máximo 30 pontos):___

Considera-se com defeito cognitivo:

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

Morse Fall Scale (MFS)

Escala de Morse para Risco de Queda

(Morse, Tylko & Dixon, 1987; Morse, Morse & Tylko, 1989; Ferreira, Costa-Dias & Oliveira, 2010)

A Escala de Morse (MFS) para avaliar o risco de queda é um método rápido e simples de avaliar a probabilidade de um doente cair. Uma grande maioria de enfermeiros (82,9%) descreve esta escala como “rápida e fácil de usar” e 54% calculou que eram precisos menos de 3 minutos para avaliar um doente. A Escala consiste em seis variáveis, rápidas e fáceis de pontuar, tendo sido demonstradas a sua validade preditiva bem como a sua fiabilidade entre avaliadores. A MFS é vastamente usada em cuidados agudos, tanto em hospitais como em unidades de internamento e tratamento prolongado de doentes.

Item	Escala	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento/urgência ou nos últimos 3 meses	Não 0 Sim 25	
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	Não 0 Sim 15	
3. Ajuda para caminhar Nenhum/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarrilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30	
4. Terapia intravenosa/cateter periférico com obturador/heparina	Não 0 Sim 20	
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	0 10 20	
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15	
TOTAL		

Os itens na Escala são pontuados da seguinte maneira:

Historial de quedas: Este item é pontuado com 25 pontos se o doente tiver caído durante o internamento hospitalar actual, ou se, anteriormente à admissão, tiver havido um historial imediato de quedas, tais como as decorrentes de ataques ou de só andar com ajuda. Se o doente não tiver caído, o item é pontuado com 0 pontos. Nota: se um doente tiver caído pela primeira vez, a sua pontuação aumenta imediatamente para 25.

Diagnóstico(s) secundário(s): Este item é pontuado com 15 pontos se houver registos de mais do que um diagnóstico médico feito ao doente; caso contrário, pontue com 0.

Ajuda para caminhar: Este item é pontuado com 0 se o doente andar sem qualquer ajuda (mesmo que seja assistido por um enfermeiro), andar de cadeira de rodas, ou se permanecer deitado e nunca sair da cama. Se o doente usar muletas, canadianas ou uma bengala, este item pontua com 15 pontos; se o doente se deslocar apoiando-se a uma peça de mobiliário, pontue este item com 30 pontos.

Terapia intravenosa: Este item é pontuado com 20 pontos, se o doente tiver um dispositivo intravenoso ou tiver inserido “lock” de heparina; caso contrário, pontue com 0 pontos.

Modo de andar: um andar normal caracteriza-se por o doente andar com a cabeça levantada, baloiçar os braços livremente dos lados do corpo e dar passos largos sem hesitação. Este tipo de andar é pontuado com 0 pontos.

Com um andar debilitado, pontue com 10 pontos: o doente anda curvado, mas é capaz de levantar a cabeça enquanto anda, sem perder o equilíbrio. Os passos são curtos e o doente pode arrastar os pés.

Com um andar dependente de ajuda, pontue com 20 pontos: o doente tem dificuldade em se levantar da cadeira, tenta pôr-se de pé apoiando-se nos braços da cadeira ou balanceando-se (isto é, fazendo várias tentativas para se levantar). O doente põe a cabeça para baixo e olha para o chão. Como o doente não tem muito equilíbrio, agarra-se ao mobiliário, a uma pessoa, ou a ajudas técnicas para andar. Não consegue andar sem ajuda.

Estado mental: Ao usar esta escala, o estado mental é avaliado com base na auto-avaliação que o próprio doente faz da sua capacidade de se deslocar. Pergunte ao doente: “Consegue ir à casa de banho sozinho ou precisa de ajuda?” Se a resposta do doente, em relação ao juízo que faz da sua capacidade, for consistente, considera-se o doente “normal” e pontua-se com 0 pontos. Se a resposta do doente não for consistente com as instruções dadas pelos enfermeiros ou se a resposta do doente não for realista, então considera-se que o doente sobrevaloriza as suas capacidades e se esquece das suas limitações. Neste caso, é pontuado com 15 pontos.

Pontuação e Nível de Risco: A pontuação é então somada e registada na ficha do doente. Em seguida, é identificado o nível de risco e as respectivas acções recomendadas (por exemplo, não são necessárias quaisquer intervenções, recomendam-se intervenções padrão de prevenção de quedas ou intervenções de prevenção de alto risco).

Nota importante: A Escala de Morse deverá ser adequada a cada centro ou unidade de saúde, de modo que as estratégias de prevenção das quedas tenham como alvo os doentes em maior risco. Por outras palavras, as pontuações correspondentes a cada nível de risco podem ser diferentes conforme a escala esteja a ser utilizada num hospital de cuidados de doenças graves, num lar ou numa unidade de reabilitação. Além disso, numa mesma instalação, as escalas de cada unidade podem diferenciar-se entre si.

Amostra de Nível de Risco

Nível de Risco	Pontuação da Escala de Morse	Acção
Sem risco	0 – 24	Bons cuidados de enfermagem básicos
Baixo risco	25 – 50	Intervenções padrão de prevenção de quedas
Alto risco	≥ 51	Intervenções de prevenção de quedas de alto risco

Escala Numérica (EN) da Intensidade de Dor

(Circular Normativa Nº 09/DGCG, 14/06/2003)

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL – Bref)

- Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

(WHOQOL Group, 1994; Canavarro et al, 2006)

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida. Por favor responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da sua resposta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça. Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas.

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito má	Má	Nem Boa\Nem Má	Boa	Muito Boa
1 G1	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 G4	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito Nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 F1.4	Em que medida as suas dores (Físicas) o (a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 F5.3	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 F2.1	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 F7.1	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 F18.1	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5
		Muito má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
15 F9.1	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito(a) em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 F3.3	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 F12.4	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 F8.3	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o	1	2	3	4	5

	acesso que tem aos serviços de saúde?					
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			

Escalas	TOTAIS
MMSE	
MFS	
EN	
WHOQOL-Bref	

Obrigado pela sua ajuda!

ANEXOS

ANEXO 1 - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Mini Mental State Examination (MMSE)**1. Orientação** (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Nota: _____

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

Nota: _____**2. Retenção** (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

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

Pêra _____
 Gato _____
 Bola _____

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

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

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____**4. Evocação** (1 ponto por cada resposta correcta.)

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

Pêra _____
 Gato _____
 Bola _____

Nota: _____**5. Linguagem** (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Relógio _____
 Lápis _____

Nota: _____

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

Nota: _____

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

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

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

Fechou os olhos _____

Nota: _____

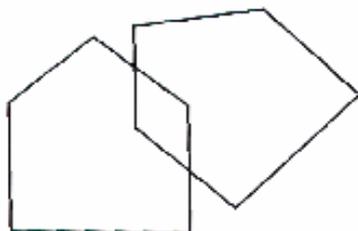
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

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

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



Cópia:

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

<p>Considera-se com defeito cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none">- analfabetos ≤ 15 pontos- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

ANEXO 2 - ESCALA DE MORSE PARA RISCO DE QUEDA

Escala de Morse para Risco de Queda [MFS – Morse Fall Scale]

A Escala de Morse (MFS) para avaliar o risco de queda é um método rápido e simples de avaliar a probabilidade de um doente cair. Uma grande maioria de enfermeiros (82,9%) descreve esta escala como "rápida e fácil de usar" e 54% calculou que eram precisos menos de 3 minutos para avaliar um doente. A Escala consiste em seis variáveis, rápidas e fáceis de pontuar, tendo sido demonstradas a sua validade preditiva bem como a sua fiabilidade entre avaliadores. A MFS é vastamente usada em cuidados agudos, tanto em hospitais como em unidades de internamento e tratamento prolongado de doentes.

Item	Escala	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento/urgência ou nos últimos 3 meses	Não 0 Sim 25	—
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	Não 0 Sim 15	—
3. Ajuda para caminhar Nenhum/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	Não 0 Sim 15 Sim 30	—
4. Terapia intravenosa/cateter periférico com obturador/heparina	Não 0 Sim 20	—
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilidade Dependente de ajuda	0 10 20	—
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15	—
Total		

Os itens na Escala são pontuados da seguinte maneira:

Historial de quedas: Este item é pontuado com 25 pontos se o doente tiver caído durante o internamento hospitalar actual, ou se, anteriormente à admissão, tiver havido um historial imediato de quedas, tais como as decorrentes de ataques ou de só andar com ajuda. Se o doente não tiver caído, o item é pontuado com 0 pontos. Nota: se um doente tiver caído pela primeira vez, a sua pontuação aumenta imediatamente para 25.

Diagnóstico(s) secundário(s): Este item é pontuado com 15 pontos se houver registos de mais do que um diagnóstico médico feito ao doente; caso contrário, pontue com 0.

Ajuda para caminhar: Este item é pontuado com 0 se o doente andar sem qualquer ajuda (mesmo que seja assistido por um enfermeiro), andar de cadeira de rodas, ou se permanecer deitado e nunca sair da cama. Se o doente usar muletas, canadianas ou uma bengala, este item pontua com 15 pontos; se o doente se deslocar apoiando-se a uma peça de mobiliário, pontue este item com 30 pontos.

Terapia intravenosa: Este item é pontuado com 20 pontos, se o doente tiver um dispositivo intravenoso ou tiver inserido "lock" de heparina; caso contrário; pontue com 0 pontos.

Modo de andar: um andar normal caracteriza-se por o doente andar com a cabeça levantada, baloiçar os braços livremente dos lados do corpo e dar passos largos sem hesitação. Este tipo de andar é pontuado com 0 pontos.

Com um *andar debilitado*, pontue com 10 pontos: o doente anda curvado, mas é capaz de levantar a cabeça enquanto anda, sem perder o equilíbrio. Os passos são curtos e o doente pode arrastar os pés.

Com um *andar dependente de ajuda*, pontue com 20 pontos: o doente tem dificuldade em se levantar da cadeira, tenta pôr-se de pé apoiando-se nos braços da cadeira ou balanceando-se (isto é, fazendo várias tentativas para se levantar). O doente põe a cabeça para baixo e olha para o chão. Como o doente não tem muito equilíbrio, agarra-se ao mobiliário, a uma pessoa, ou a ajudas técnicas para andar. Não consegue andar sem ajuda.

Estado mental: Ao usar esta escala, o estado mental é avaliado com base na auto-avaliação que o próprio doente faz da sua capacidade de se deslocar. Pergunte ao doente: "Consegue ir à casa de banho sozinho ou precisa de ajuda?" Se a resposta do doente, em relação ao juízo que faz da sua capacidade, for consistente, considera-se o doente "normal" e pontua-se com 0 pontos. Se a resposta do doente não for consistente com as instruções dadas pelos enfermeiros ou se a resposta do doente não for realista, então considera-se que o doente sobrevaloriza as suas capacidades e se esquece das suas limitações. Neste caso, é pontuado com 15 pontos.

Pontuação e Nível de Risco: A pontuação é então somada e registada na ficha do doente. Em seguida, é identificado o nível de risco e as respectivas ações recomendadas (por exemplo, não são necessárias quaisquer intervenções, recomendam-se intervenções padrão de prevenção de quedas ou intervenções de prevenção de alto risco).

Nota importante: A Escala de Morse deverá ser adequada a cada centro ou unidade de saúde, de modo que as estratégias de prevenção das quedas tenham como alvo os doentes em maior risco. Por outras palavras, as pontuações correspondentes a cada nível de risco podem ser diferentes conforme a escala esteja a ser utilizada num hospital de cuidados de doenças graves, num lar ou numa unidade de reabilitação. Além disso, numa mesma instalação, as escalas de cada unidade podem diferenciar-se entre si.

Amostra de Nível de Risco

Nível de Risco	Pontuação da Escala de Morse	Ação
Sem risco	0 - 24	Bons cuidados de enfermagem básicos
Baixo risco	25 - 50	Intervenções padrão de prevenção de quedas
Alto risco	≥ 51	Intervenções de prevenção de quedas de alto risco

ANEXO 3 - ESCALA NUMÉRICA DA INTENSIDADE DA DOR

Direcção-Geral da Saúde **Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003**

- d) As escalas propostas aplicam-se a doentes conscientes e colaborantes, com idade superior a 3 anos. Existem, contudo, outros métodos de avaliação específicos, não incluídos na presente Circular, para doentes que não preenchem estes critérios.
- e) A escala utilizada, para um determinado doente, deve ser sempre a mesma.
- f) Para uma correcta avaliação da intensidade da Dor é necessária a utilização de uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o doente, que se traduz por uma padronização da escala a utilizar e pelo ensino prévio à sua utilização.
- g) É fundamental que o profissional de saúde assegure que o doente compreenda, correctamente, o significado e utilização da escala utilizada.

Escola Visual Analógica

Sem Dor _____ Dor Máxima

A Escola Visual Analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação "Sem Dor" e, na outra, a classificação "Dor Máxima".

O doente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua Dor. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da Dor e a posição assinalada na linha recta.

Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo.

Exemplo:

Um doente com Dor Ligeira assinalará uma cruz próximo da extremidade com a classificação "Sem Dor" (posição A). Se sofrer de uma Dor Média assinalará uma cruz na zona central da linha (posição B). Se sofrer de uma Dor Intensa assinalará uma cruz próximo da extremidade com a classificação "Dor Máxima" (posição C).

Sem Dor	✕	✕	✕	Dor Máxima
	A	B	C	

Escola Numérica

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

A Escola Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10.

Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical.

Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação "Sem Dor" e a 10 a classificação "Dor Máxima" (Dor de intensidade máxima imaginável).

A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo.

Escola Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Na Escola Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjectivos: "Sem Dor", "Dor Ligeira", "Dor Moderada", "Dor Intensa" ou "Dor Máxima". Estes adjectivos devem ser registados na folha de registo.

ANEXO 4 - INSTRUMENTO ABREVIADO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ □ + □ + □			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			

DADOS PESSOAIS

A1 Idade anos **A2 Data de Nascimento** ____ / ____ / ____

A3 Sexo Masculino **A4 Escolaridade** Não sabe ler nem escrever
 Feminino Sabe ler e/ou escrever

A5 Profissão

A4	Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
		Sabe ler e/ou escrever	<input type="checkbox"/>
		1 ^o -4 ^o anos	<input type="checkbox"/>
		5 ^o -6 ^o anos	<input type="checkbox"/>
		7 ^o -9 ^o anos	<input type="checkbox"/>
		10 ^o -12 ^o anos	<input type="checkbox"/>
		Estudos Universitários	<input type="checkbox"/>
		Formação pós-graduada	<input type="checkbox"/>

A6.1 Freguesia
A6.2 Concelho
A6.3 Distrito

A7 Estado Civil

Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
Casado(a)	<input type="checkbox"/>
União de facto	<input type="checkbox"/>
Separado(a)	<input type="checkbox"/>
Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>
Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>

B1a Está actualmente doente? Sim Não

B1b Que doença é que tem? _____

B2 Há quanto tempo? _____

B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

- 1. Auto-administrado
- 2. Assistido pelo entrevistador
- 3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Multíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5