

Ana Carvalho

**PERFIL DE AUTOUIDADO E DEPENDÊNCIA EM  
CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO  
IDOSO INSTITUCIONALIZADO: UM ESTUDO DESCRITIVO**



2024



Escola Superior  
Saúde  
Santa Maria

**PERFIL DE AUTOUIDADO E DEPENDÊNCIA  
EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO NO IDOSO  
INSTITUCIONALIZADO  
UM ESTUDO DESCRITIVO**

Ana Marta Barbosa da Veiga Pereira Carvalho

janeiro de 2024

Porto



Escola Superior  
Saúde  
Santa Maria

**PERFIL DE AUTOUIDADO E  
DEPENDÊNCIA EM CUIDADOS DE  
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO  
IDOSO INSTITUCIONALIZADO  
UM ESTUDO DESCRITIVO**

Ana Marta Barbosa da Veiga Pereira Carvalho

Dissertação no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação orientada pela Professora Doutora Tânia Marisa Pinto Rodrigues, coorientada pela Professora Catarina Dias Ribeiro e apresentada à Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Janeiro de 2024

Porto

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho, ao meu avô, um dos amores da minha vida, que partiu no início deste projeto, mas que continua a acompanhar-me em todas as minhas conquistas. Talvez tenha sido o teu final de vida, que me tenha feito perceber que a Enfermagem vai muito além de uma Urgência cheia de pessoas e de adrenalina... E que, não importa “só” salvar vidas, é igualmente importante a qualidade de vida que podemos dar às pessoas que cuidamos.

Sinto muito a tua falta, mas sei que estás sempre comigo, numa forma de Amor que me ensinaste a sentir, a Saudade...

Para ti, meu querido avô.

## AGRADECIMENTOS

Dada por concluída esta etapa importante da minha vida, quero agradecer a quem sempre estive do meu lado:

À Professora Doutora Tânia Rodrigues, minha orientadora, e à Professora Catarina Dias Ribeiro, minha coorientadora, pela disponibilidade, dedicação, incentivo e partilha de conhecimentos, no desenrolar de todo o trabalho, mas acima de tudo por nunca me terem deixado desistir;

Aos meus amigos de sempre e para sempre que acreditaram que era capaz, sempre com uma palavra de conforto e incentivo, especialmente à Silvia Viana, Ana Rocha, Joana Capelo, Mário Emídio e Edgar Silva;

Às minhas companheiras Bruna Machado, Magda Lemos e Sara Duarte, colegas de estudos e grandes amigas, que me apoiaram incondicionalmente nesta etapa da minha vida e que tive o prazer de poder aplaudir na conclusão do seu Mestrado;

À minha família, os meus Pais, os meus Irmãos, a minha avó, por serem os meus pilares, o meu apoio de todas as horas e por serem um exemplo de dedicação e trabalho em tudo o que fazem;

E mais importante, ao Davide, por caminhar a meu lado e me apoiar em todos os projetos, por ser um super pai, o nosso alicerce e por juntos, termos construído a Família com que sempre sonhei;

A vocês, meus amores pequeninos, os meus filhos, Carolina e Davide, só posso ser imensamente grata por me fazerem querer ser mais e melhor, o Amor move montanhas.

A todos o meu Muito Obrigada!

## CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
CDRS-R	Care Dependency Scale for Rehabilitation
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	Direção-Geral da Saúde
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
EDC-R	Escala de Dependência de Cuidados em Reabilitação
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ERPI	Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas
ICN	International Council of Nurses
IB	Índice de Barthel
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IMC	Índice de massa corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
HTA	Hipertensão Arterial
MIF	Medida de Independência Funcional
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
TCE	Traumatismo Craneo-Encefálico
WHO	World Health Organization

## RESUMO

O aumento do envelhecimento populacional a par da incidência de patologias crónicas, da diminuição da autonomia física e cognitiva, das limitações na mobilidade e no desempenho do autocuidado, leva a uma maior utilização de instituições de cuidados de saúde, como as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. Estas estruturas devem proporcionar um ambiente seguro e estimulante, ser sensíveis e capazes de atender às necessidades físicas, emocionais e sociais. Para além disso, devem ter profissionais de saúde com competências e conhecimentos para auxiliar o idoso a manter a sua qualidade de vida, saúde e bem-estar, assim como promover a sua recuperação e reabilitação. Para isso, torna-se crucial conhecer a realidade destas instituições nomeadamente ao nível da dependência do autocuidado, assim como da dependência de cuidados em reabilitação. Neste plano de reflexão o presente estudo tem como objetivos: caracterizar o idoso institucionalizado numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas relativamente às características clínicas e sociodemográficas; avaliar o grau de dependência dos cuidados de enfermagem de reabilitação através da Escala de Dependência de Cuidados em Reabilitação e avaliar o grau de dependência para o autocuidado através do Índice de Barthel. Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, descritiva e transversal, recorrendo-se ao método de amostragem não probabilístico. A recolha de dados foi efetuada através da aplicação de um formulário elaborado para o efeito, onde se incluíram os instrumentos acima mencionados. Os resultados demonstram que os participantes (n= 52) revelam níveis de dependência moderada nos diversos domínios de autocuidado (Índice de Barthel;  $\bar{x}$ =46,73) e são parcialmente dependentes em cuidados de reabilitação nos domínios físicos e psicossociais (Escala de Dependência de Cuidados em Reabilitação;  $\bar{x}$ =51,44), revelando necessidades específicas no campo das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Efetivamente estes Enfermeiros integrados numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas são um elemento diferenciador no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente na promoção e manutenção da funcionalidade e da autonomia, contribuindo para um envelhecimento ativo, potenciando o bem-estar físico, mental e social.

**Palavras-chave:** Autocuidado; Enfermagem em Reabilitação; Estado Funcional; Idoso; Institucionalização; Saúde do Idoso.

## ABSTRACT

The increase in population ageing, along with the incidence of chronic pathologies, the decline in physical and cognitive autonomy, limitations in mobility and in the performance of self-care, is leading to greater use of care institutions, such as Residential Structures for the Elderly. These facilities must provide a safe and stimulating environment, be sensitive and able to meet physical, emotional and social needs. In addition, they must have health professionals with the skills and knowledge to help the elderly maintain their quality of life, health and well-being, as well as promote their recovery and rehabilitation. To this end, it is crucial to know the reality of these institutions, particularly in terms of dependence on self-care, as well as dependence on rehabilitation care. With this in mind, this study aims to: characterize the elderly institutionalized in a Residential Facility for the Elderly in terms of clinical and sociodemographic characteristics; assess the degree of dependence on rehabilitation nursing care using the Rehabilitation Care Dependence Scale and assess the degree of dependence on self-care using the Barthel Index. This is a quantitative, descriptive and cross-sectional study, using the non-probabilistic sampling method. Data was collected using a form designed for the purpose, which included the aforementioned instruments. The results show that the participants (n= 52) show moderate levels of dependence in the various self-care domains (Barthel Index;  $\bar{x}$  =46.73) and are partially dependent on rehabilitation care in the physical and psychosocial domains (Rehabilitation Care Dependence Scale;  $\bar{x}$  =51.44), revealing specific needs in the field of Rehabilitation Nurse Specialist competencies. In fact, these nurses, who are integrated into a Residential Facility for the Elderly, are a differentiating element in caring for the elderly, particularly in promoting and maintaining functionality and autonomy, contributing to active ageing and boosting physical, mental and social well-being.

**Keywords:** Elderly; Elderly Health; Functional Status; Institutionalized; Rehabilitation Nursing; Self Care.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....</b>	<b>13</b>
1.1 O IDOSO INSTITUCIONALIZADO .....	13
<b>1.1.1 Necessidades do idoso institucionalizado .....</b>	<b>15</b>
1.2 AUTOCUIDADO .....	18
<b>1.2.1 Modelos assistenciais em Enfermagem no domínio do autocuidado</b>	<b>20</b>
<b>1.2.2 Instrumentos de avaliação no domínio do autocuidado e na</b>	
<b>dependência de cuidados em Enfermagem de Reabilitação .....</b>	<b>25</b>
1.3 CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE	
REABILITAÇÃO NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO .....	31
<b>2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....</b>	<b>36</b>
2.1 PROBLEMÁTICA EM ESTUDO.....	36
2.2 OBJETIVOS E FINALIDADE .....	37
2.3 TIPO DE ESTUDO .....	38
2.4 VARIÁVEIS EM ESTUDO .....	38
2.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	39
2.6 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTO DA COLHEITA DE DADOS .....	40
<b>2.6.1 Formulário sociodemográfico e clínico.....</b>	<b>40</b>
<b>2.6.2 Índice de Barthel .....</b>	<b>41</b>
<b>2.6.3 Escala de dependência de cuidados em enfermagem de reabilitação</b>	<b>42</b>
2.7 TRATAMENTO DE DADOS .....	44
2.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	44
<b>3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>46</b>
<b>4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>58</b>
4.1. LIMITAÇÕES E PONTOS FORTES DO ESTUDO.....	63
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>66</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>70</b>

<b>ANEXOS .....</b>	<b>79</b>
ANEXO I – Declaração de Autorização de Utilização da EDC-R	
ANEXO II – Declaração de Autorização do Local onde se realizou o Estudo	
ANEXO III - Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Santa Maria	
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>86</b>
APÊNDICE I – Formulário de Colheita de Dados	
APÊNDICE II – Documento de Informação ao Participante	
APÊNDICE III– Declaração de Consentimento Informado	

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização da Amostra Relativamente às Variáveis "Sexo", "Escolaridade" e "Estado Civil").....	47
Tabela 2. Caracterização da Amostra Relativamente à Variável "Profissão anteriormente desempenhada" .....	48
Tabela 3. Caracterização da Amostra Relativamente às Variáveis “Convivente Significativo”, "Tempo de institucionalização" e "Motivo de Institucionalização".....	49
Tabela 4. Caracterização da Amostra Relativamente à Variável “Índice de Massa Corporal” .....	50
Tabela 5. Caracterização da Amostra Relativamente à Variável “Antecedentes de Saúde” .....	50
Tabela 6. Caracterização da Amostra Relativamente à Variável “Medicação Habitual”	51
Tabela 7. Caracterização da Amostra Relativamente à Variável “Índice de Barthel” ...	53
Tabela 8. Caracterização da Amostra Relativamente à Variável “Escala de Dependência de Cuidados em Reabilitação”.....	57

## INTRODUÇÃO

O rápido envelhecimento populacional está a ocorrer em todos os países, esperando-se que até 2050 uma em cada cinco pessoas venha a ter mais de 60 anos (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2015).

Nos últimos anos, é possível perceber o crescimento da população portuguesa e, conseqüentemente, um grande aumento da população idosa que é causado, pelo aumento da esperança média de vida e pela melhoria das condições. O número de idosos é bastante mais elevado que o número de jovens, uma vez que em 2021 o número de jovens (0-14 anos) representava 12,8% do total da população residente, o grupo dos 15 aos 64 anos correspondia a 63,5% e o número de idosos (65 ou mais anos) a 23,7%, correspondendo esta distribuição a um índice de envelhecimento de 184,9 pessoas idosas por cada 100 jovens (Anuário Estatístico de Portugal, 2022). O CENSOS 2021 confirma que o envelhecimento populacional se agravou, o grupo de pessoas com 65 anos ou mais cresceu nos últimos 10 anos (20,6%), aumentando 42,4% o índice de envelhecimento e o índice de dependência 27,7% (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2022). Com esta linha de crescimento, segundo as projeções da Eurostat, Portugal será o segundo país europeu mais envelhecido, em 2070, terá 61,5 pessoas maiores de 65 anos por 100 pessoas em idade ativa, um aumento de 80% em relação ao valor atual (Santa Casa da Misericórdia, 2020).

O índice de longevidade em Portugal, tem vindo a aumentar de ano para ano, proporcionando grandes alterações que influenciam o decurso e qualidade de vida das pessoas, tanto a nível físico como cognitivo podendo dificultar o autocuidado.

O Autocuidado representa um campo central na prática de enfermagem, emergindo como um tema fulcral para os profissionais desta área. Ao longo dos anos, o conceito de autocuidado tem passado por modificações significativas. De acordo com Petronilho (2012) o autocuidado está intrinsecamente ligado à autonomia, independência, responsabilidade, higiene pessoal e acessível. Dessa forma, o autocuidado é compreendido como um aspeto complexo e multidimensional, sendo considerado um processo que envolve a promoção da saúde e do bem-estar dos indivíduos. Estas características são consideradas inatas, mas também passíveis de aprendizagem. Na perspetiva do autocuidado, os indivíduos possuem a capacidade específica de expressar

vontade, iniciativa e motivação, assumindo responsabilidade por si mesmos. Além disso, eles são vistos como agentes ativos de todo o processo de reabilitação, representando um potencial significativo no contexto de saúde e doença.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019), é no domínio do autocuidado que o enfermeiro capacita a pessoa com dependência, maximizando o seu bem-estar e permitindo a sua reinserção social. Este aspeto é possível através da capacitação para a realização das atividades de vida diária, dotando o cliente com estratégias para fazer face à deficiência ou, quando é totalmente incapaz de o fazer, capacitando o seu cuidador.

O envelhecimento pode influenciar a capacidade para o desempenho das Atividades de Vida Diárias (AVD) e do autocuidado e, conseqüentemente, resultar em dependência, o que requer a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) (Carvalho et al., 2021).

Quando o idoso não consegue realizar o autocuidado de forma independente, não tem apoio familiar ou social que o auxiliem a preservar a sua autonomia e qualidade de vida é muitas vezes institucionalizado. Na institucionalização é-lhe facultada a melhoria da sua qualidade de vida, a possibilidade de preservar e melhorar as capacidades funcionais, assim como promover o autocuidado de forma contínua, sendo essencial a presença do EEER, uma vez que o principal objetivo da sua intervenção é otimizar as capacidades da pessoa, de forma a ter o maior grau de autonomia, sendo possível a participação nas AVD com maior qualidade de vida (Simões et al., 2018).

A escolha desta temática, prende-se com o facto de se tratar de uma problemática atual, encontrando-se alinhada com a experiência profissional da investigadora. Além destes aspetos, a caracterização do idoso institucionalizado, nos domínios do autocuidado e dependência em cuidados de reabilitação, é extremamente relevante, pois escasseiam estudos nesta área, possibilitando, após a realização de um diagnóstico de situação, refletir sobre a intervenção efetiva do EEER neste domínio.

O presente estudo surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Santa Maria, tendo como questão de partida: *“Qual o perfil de autocuidado e dependência em cuidados de enfermagem de reabilitação do idoso institucionalizado?”*, e integrando os seguintes objetivos, para o idoso residente numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) da Região Norte de Portugal:

- Caracterizar o idoso institucionalizado numa ERPI;

- Avaliar o nível de dependência dos cuidados de enfermagem de reabilitação do idoso institucionalizado, através da Escala de Dependência de Cuidados em Reabilitação (EDC-R);
- Avaliar o grau de dependência para o autocuidado do idoso institucionalizado, através do índice de Barthel (IB).

Perante estes objetivos, desenvolveu-se um estudo exploratório, de natureza descritiva, transversal, com uma abordagem do tipo quantitativo.

A amostra foi constituída por 52 idosos residentes numa ERPI da Região Norte de Portugal que consentiram em participar no estudo ou, caso não fosse possível, o seu representante legal.

Este trabalho encontra-se organizado em quatro capítulos. O primeiro diz respeito ao *Enquadramento Conceptual*, sendo apresentado o estado da arte no domínio do idoso institucionalizado e das suas necessidades e o autocuidado, bem como da intervenção do EEER neste âmbito. Faz-se ainda uma breve abordagem às Teorias de Enfermagem que fundamentam a ação do EEER no domínio do autocuidado e os instrumentos de avaliação no domínio do autocuidado e na dependência de cuidados em Enfermagem de Reabilitação. No segundo capítulo descrevem-se as opções metodológicas utilizadas no desenvolvimento do presente estudo de investigação, expondo-se a problemática em estudo, os seus objetivos e finalidade, seguindo-se das questões relativas ao desenho do estudo, exposição dos procedimentos de colheita e tratamento de dados, bem como uma breve referência às considerações éticas. No terceiro e quarto capítulos apresentam-se e discutem-se os resultados, respetivamente, confrontando esta informação com evidência encontrada sobre a problemática. Apresentam-se ainda as limitações e pontos fortes deste estudo. Por último, apresentam-se as considerações finais do trabalho, onde são enunciados os contributos para a prática, formação e investigação, assim como as referências bibliográficas.

## 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo pretende-se reunir a evidência sobre o tópico em estudo de forma a contextualizar a temática, pelo que foram analisados relatórios de organizações mundiais, *guidelines*, agregadores e bases de dados de informação científica sobre o idoso institucionalizado. Ao longo deste capítulo, procura-se descrever o idoso institucionalizado, tendo como ponto de partida as suas necessidades. Além destes aspetos, serão abordadas Teorias de Enfermagem que fundamentam a intervenção do EEER, no domínio do autocuidado, no processo de transição do idoso institucionalizado assim como os instrumentos de apoio à tomada de decisão mais frequentemente utilizados para fundamentar e avaliar a intervenção no âmbito dos cuidados prestados, que serão alvo de análise no enquadramento metodológico. Uma vez que o foco deste trabalho é o autocuidado, apresenta-se evidência científica sobre o tema. Por fim, objetiva-se a reflexão sobre o contributo do EEER no domínio do autocuidado e de que forma as suas competências, especializadas e de mestre, são observadas na prestação de cuidados ao idoso institucionalizado.

### 1.1 O IDOSO INSTITUCIONALIZADO

Segundo a OMS (2015) o rápido envelhecimento populacional está a ocorrer em todos os países e espera-se que até 2050, uma em cada cinco pessoas terá mais de 60 anos. Segundo o mesmo autor, o índice de longevidade em Portugal tem vindo a aumentar de ano para ano, proporcionando grandes alterações que influenciam o decurso e qualidade de vida das pessoas. A OMS refere ainda que com a constante evolução que se tem observado na área da medicina e tecnologia, através do aumento da esperança média de vida, denota-se uma maior incidência e prevalência de doenças crónicas, traduzindo-se num aumento paralelo da incapacidade funcional (OMS, 2015).

O envelhecimento demográfico em Portugal continuou a acentuar-se de forma muito expressiva, salientando os desequilíbrios já evidenciados na década anterior. De acordo com os CENSOS 2021 (dados provisórios), o índice de envelhecimento da população, indicador que compara a população com 65 e mais anos com a população dos 0 aos 14 anos, passou de 128 idosos em 2011, para 182 em 2021 por cada 100 jovens

(INE, 2021). Os problemas de saúde que caracterizam o decurso de vida das pessoas mais velhas, são frequentemente associados a condições crónicas que levam a declínios significativos na capacidade funcional dos mesmos (OMS, 2015).

Ribeiro & Pinto (2014) desenvolveram um estudo em que os motivos mais frequentes associados à dependência foram as comorbilidades (63,6%), seguidos da velhice (31,5%), tornando-se conseqüentemente duas das maiores causas da institucionalização dos idosos. Rodrigues et al. (2019), referem como principais motivos de institucionalização o défice de tempo dos familiares para cuidar do idoso (23%), viver sozinho (20,7%), o agravamento do estado de saúde (20%) e o facto de os familiares viverem numa região geográfica diferente (7,4%). Para além disso, são também apontados como fatores de institucionalização a ausência de cônjuge, não ter filhos, apresentar comprometimento cognitivo e a dificuldade em realizar tarefas de vida diárias (Lini et al., 2016).

Segundo o estudo D'Agostini e Zucchi (2018), a institucionalização de idosos está a tornar-se uma prática cada vez mais frequente na nossa sociedade, pois, as famílias estão a prescindir de cuidar e passam a responsabilidade para as instituições de longa permanência. Além disso, concluíram ainda que, os principais motivos para a institucionalização foram a dependência física e mental, a dificuldade por parte dos familiares em cuidar da pessoa idosa e a negligência (violência) ou abandono.

Portanto, entender os motivos que levam as famílias ou os idosos a recorrerem à institucionalização, assim como, o perfil dos idosos institucionalizados, contribui para o acréscimo e melhoria de políticas públicas, que trabalham para melhorar efetivamente a qualidade de vida dos idosos, institucionalizados ou não.

A institucionalização do idoso deve ser um processo impulsionador da melhoria da qualidade de vida, a possibilidade de preservar e melhorar as capacidades funcionais, assim como promover o autocuidado de forma contínua, sendo essencial a presença do EEER, uma vez que, segundo o regulamento das suas competências específicas, esta é a *“especialidade multidisciplinar que compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas, sendo o objetivo maximizar o potencial funcional e independência”* (OE, 2019, p. 1).

### 1.1.1 Necessidades do idoso institucionalizado

O processo de crescimento populacional tem trazido a necessidade de melhoria da qualidade de vida dos idosos, que ocupam cada vez mais espaço na sociedade. Dada a atual transição demográfica, tornou-se importante que houvesse uma intervenção com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças, sendo o principal objetivo o envelhecimento ativo e saudável, e a manutenção da funcionalidade, independência e autonomia dessas pessoas (Silva et al., 2021).

Contudo, o envelhecimento é visto como uma fase da vida em que existe uma dependência funcional progressiva, o que leva à presença de limitações nas AVD e a uma dificuldade crescente em conservar a independência (Roig et al., 2016). Para além disso, o aumento do risco de declínio funcional, associado à alta incidência de doenças crônicas e demência, predispõem o idoso à perda da autonomia e independência, fatores que contribuem para a sua institucionalização.

Deste modo, de forma a promover a qualidade de vida e o bem-estar emocional, é importante atender às necessidades do idoso institucionalizado, que dependem de vários fatores: condição de saúde, preferências pessoais, características individuais e o tipo de instituição em que está inserido. No entanto, existem algumas necessidades comuns que devem ser atendidas para garantir o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos em instituições de cuidados de longa duração (Hill & Gregg, 2002).

De forma a sistematizar a temática em estudo, utilizou-se a teoria das Necessidades, Objetivos e Recursos de Steverink e Lindenberg (2006) para agrupar as necessidades do idoso institucionalizado. Deste modo, os autores definem um conjunto limitado de necessidades fundamentais físicas e sociais que devem ser atendidas, para que o indivíduo experimente bem-estar. Assim, os autores propõem a existência de duas necessidades físicas básicas: a necessidade de conforto e a necessidade de estimulação. Além dessas, existem ainda três necessidades de cariz social fundamentais: a necessidade de afeto, a necessidade de confirmação do comportamento e a necessidade de status.

Relativamente às necessidades físicas, nomeadamente as necessidades de conforto, que se relacionam com a evicção de estímulos prejudiciais como fome e sede, destaca-se a nutrição adequada. Uma dieta equilibrada e adaptada às necessidades nutricionais dos idosos é fundamental para manter a saúde e a energia. Isso inclui a oferta

de refeições saudáveis e a consideração de restrições dietéticas individuais (Garcia & Silva, 2019). Da mesma forma é perentório um ambiente seguro e confortável. As instalações devem ser projetadas para garantir a segurança e o conforto dos idosos, com acessibilidade adequada, iluminação adequada, mobiliário confortável e medidas de prevenção de quedas (Brown, 2018). A gestão da medicação é outra necessidade sensível ao cuidado de enfermagem. Muitos idosos precisam de ajuda para administrar medicamentos de forma adequada e no horário correto, evitando erros e complicações de saúde.

Ainda no âmbito das necessidades físicas, as necessidades de estimulação poderão ser colmatadas com atividades físicas e recreativas, apropriadas à idade e ao nível de mobilidade dos idosos. Estas, contribuem para manter a saúde física e mental, reduzir o isolamento social e melhorar a qualidade de vida (Garcia & Silva, 2019).

Para além das necessidades físicas básicas, existem também as de cariz social. Os idosos, mesmo estando institucionalizados, enfrentam muitas vezes sentimentos de solidão e isolamento, sendo fundamental o apoio emocional (interações sociais regulares, visitas familiares e atividades de grupo), para o seu bem-estar emocional. Estas necessidades podem ser agrupadas na categoria necessidades de afeto (Brown, 2018).

As necessidades de confirmação do comportamento são atendidas quando o indivíduo percebe ter agido corretamente diante de pessoas importantes para ele e para si mesmo (Steверink & Lindenberg, 2006).

A necessidade de status é alcançada por meio de relações onde o indivíduo se sente respeitado, independente e autónomo (Steверink & Lindenberg, 2006). Deste modo, é importante proporcionar oportunidades para que os idosos encontrem significado, propósito e satisfação nas suas vidas, mesmo quando estão institucionalizados. É fundamental que os idosos sejam tratados com respeito, consideração e que tenham o direito de tomar decisões sobre a sua própria vida, sempre que possível. A promoção da autonomia, dentro das capacidades de cada um é fundamental, bem como garantir que os idosos possam comunicar de maneira eficaz com a equipa de cuidados e outros residentes, de forma a atender às suas necessidades individuais e garantir que as suas preocupações são ouvidas (Hill & Gregg, 2002).

Segundo Olsen et al. (2016), o idoso em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) apresenta menor qualidade de vida, redução da função cognitiva,

mobilidade prejudicada, ausência de atividades sociais, maior risco de depressão e baixo desempenho nas AVD, uma vez que não se sentem em casa e não costumam participar das atividades, tendendo a ficar desocupados grande parte do dia, prejudicando assim a sua capacidade funcional.

A capacidade funcional pode ser definida como o potencial que os idosos apresentam para decidirem e atuarem nas suas vidas de forma independente, no seu quotidiano. A incapacidade funcional refere-se à dificuldade ou necessidade de ajuda para o indivíduo executar tarefas no seu dia-a-dia abrangendo as AVD. Verifica-se que o declínio da capacidade funcional se agrava com o sedentarismo e prevalece mais entre os idosos que residem em ILPI, devido a este ser um ambiente não familiar, o que os torna detentores de várias consequências decorrentes da inatividade (Barbosa et al., 2014).

Por isso, a avaliação da capacidade funcional dos idosos institucionalizados possibilita selecionar intervenções de enfermagem adequadas para o combate das dependências previsíveis e a promoção de uma vida mais ativa e saudável (Barros et al., 2016).

O maior desafio do cuidado à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, ela possa redescobrir possibilidades de viver a sua própria vida com a máxima qualidade possível. Assim, é relevante para o enfermeiro, na implementação do plano de cuidados, possuir conhecimento sobre o processo de envelhecimento e sua singularidade, para realizar intervenções fundamentadas em conhecimentos científicos, planeando a sua prática clínica, junto do idoso institucionalizado, de modo individualizado com vista a otimizar a autonomia funcional e minimizar os efeitos deletérios da senilidade.

Deste modo, a assistência de enfermagem deve ser uma ação global, de acordo com a necessidade do idoso, e não deve ser reconhecida por uma dimensão apenas biológica. Assim, os cuidados de enfermagem devem ser analisados, entre outros, pelo bem-estar sentido pelo idoso e, conseqüentemente, o atendimento às suas necessidades de saúde (Creutzberg & Gonçalves, 2011). Contudo, importa lembrar que para o cuidado denominado técnico, relacionado a aspetos predominantemente físicos, existem manuais, modelos de intervenções, rotinas de procedimentos, que padronizam e fundamentam cada ação. Porém, no que diz respeito ao cuidado humano, denominado de cuidado não físico, não existem normativas nem manuais. Nessa perspetiva e reconhecendo que a prática de

enfermagem é um processo interativo, torna-se essencial que essa prática seja experienciada e tenha significado tanto para quem a realiza, o enfermeiro, quanto para quem a recebe, o cliente (Melo et al., 2011).

Em suma, cada idoso é único, manifesta as suas próprias necessidades e desejos, pelo que é importante que os cuidados sejam planejados de forma personalizada, levando em consideração as características individuais.

## 1.2 AUTOUIDADO

O Autocuidado desempenha um papel crucial na Enfermagem e representa uma característica central para os enfermeiros. A definição desse conceito tem passado por modificações ao longo dos anos. Conforme destacado por Petronilho (2012), o autocuidado está intrinsecamente ligado autonomia, independência, responsabilidade, higiene pessoal e acessível. Dessa forma, o autocuidado é percebido como um aspeto complexo e multidimensional. Este conceito envolve uma ideia de ser inato, mas também adquirida ao longo do tempo. Na perspectiva do autocuidado, os indivíduos são vistos como capazes de exercer vontade, iniciativa, motivação e responsabilidade, intervindo de maneira positiva em todo o processo de reabilitação. Essa participação ativa é considerada um potencial para os processos de saúde e doença, contribuindo para a promoção da saúde e bem-estar.

O autocuidado abrange as atividades fundamentais para satisfazer as necessidades básicas diárias, que são aprendidas gradualmente ao longo da vida e se tornam hábitos de manutenção da saúde e bem-estar (Carpenito-Moyet, 2012). O enfermeiro desempenha um papel crucial ao avaliar e identificar o nível de participação da pessoa.

Segundo Orem (1983), o autocuidado é definido como um conjunto de atividades básicas diárias iniciadas pela pessoa, com vista a melhorar o seu bem-estar e aceitação pelos próximos. Cada pessoa tem o dever e o direito de contribuir na manutenção do seu autocuidado, sendo responsável pelos maus hábitos, no entanto perante um obstáculo, as suas capacidades podem ser insuficientes para minimizar a situação, quer por dependência física, quer pela fragilidade emocional, provocando um défice de autocuidado.

Assim, o autocuidado “é a capacidade adquirida, complexa, para atender às exigências de continuar a cuidar de si próprio, reguladora dos processos de vida, manutenção ou promoção da integridade, da estrutura e do funcionamento humano, bem como, do seu desenvolvimento e promoção do bem-estar” (Orem, 2001, p.254).

Todos os adultos saudáveis têm a capacidade de cuidar de si mesmos. Contudo, quando, por qualquer razão, a necessidade de autocuidado ultrapassa a capacidade do indivíduo, resultando em um déficit de autocuidado, pode ser necessário auxílio para satisfazer as suas necessidades. Esse apoio pode vir de familiares, amigos ou profissionais de saúde. Portanto, uma pessoa torna-se dependente quando, por um período mais ou menos extenso, requer assistência de outra pessoa ou de dispositivos para realizar determinadas AVD (Ribeiro & Pinto, 2014).

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) (2017), o autocuidado define-se como a atividade de “tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as AVD”.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), associa o autocuidado a atividades como alimentar-se, lavar-se, arranjar-se, tomar banho, usar o sanitário, vestir-se ou despir-se, divertir-se, elevar-se, transferir-se e virar-se, cuidado da pele e autogestão do risco de doença (ICN, 2017).

O termo autocuidado refere-se a um conceito abrangente que abarca todas as atividades destinadas a promover benefícios para assegurar o bem-estar e a saúde. Este conceito não se limita apenas às AVD e instrumentais. De acordo com o mesmo autor, a habilidade de praticar o autocuidado, com o objetivo de manter, restabelecer ou melhorar a saúde e o bem-estar, desempenha um papel crucial na minimização dos sintomas e complicações das doenças. Além disso, contribui para reduzir o tempo de recuperação e, por conseguinte, diminuir as taxas de hospitalização e re-hospitalização (Fonseca et al., 2018).

Segundo a OE (2019), é no domínio do autocuidado que o enfermeiro capacita a pessoa com dependência, maximizando o seu bem-estar e permitindo a sua reinserção social. Este aspeto é possível através da capacitação para a realização das AVD, dotando o cliente com estratégias para fazer face à deficiência ou, quando é totalmente incapaz de o fazer, capacitando o seu cuidador. Acrescenta ainda que, nas próximas décadas, as

necessidades de cuidados aos idosos devem aumentar, aumentando a prevalência de doenças com evolução prolongada, com graus de dependência elevados.

A OMS define o autocuidado como a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades de promover e manter a saúde, prevenir doenças e lidar com dependência e incapacidade, seja com ou sem o suporte de um profissional de saúde. Nesse contexto, engloba atividades como a promoção da saúde, prevenção e controlo de doenças, autoadministração de medicamentos, cuidados a pessoas dependentes, procura por cuidados hospitalares, especializados ou primários, se necessário, e a participação em processos de reabilitação, inclusive cuidados paliativos (World Health Organization [WHO] 2022).

O papel do enfermeiro é de facilitador para a autodeterminação da pessoa idosa relativamente ao autocuidado, conseguindo através de diferentes estratégias, procurar a melhoria da autonomia para cuidar de si nas diferentes AVD.

### **1.2.1 Modelos assistenciais em Enfermagem no domínio do autocuidado**

Diante do crescente fenómeno de uma sociedade envelhecida na Europa, o problema relacionado com a prestação de cuidados adequados para a população idosa torna-se um desafio frequente e significativo para todos os profissionais de saúde, tanto do ponto de vista médico, social, cultural, político e económico (Cardoso et al., 2022; Puto et al., 2021).

O idoso tem necessidades bem conhecidas e estudadas, como já mencionado anteriormente neste trabalho, bem como doenças crónicas, fragilidades, elevados custos financeiros e escassez de recursos sociais. Consequentemente, envelhecer envolve alguma perda funcional, pelo que o cuidado à pessoa idosa deve ser estruturado e alicerçado no autocuidado (Silva & Reis, 2020).

Deste modo, o aumento da população idosa afeta significativamente a prática de Enfermagem, pois exige cuidados específicos devido às condições crónicas, complexas e características únicas desse grupo, o que resulta numa maior demanda nos sistemas de saúde e na sociedade (Cardoso et al., 2022).

A Enfermagem recorre a teorias para construir e consolidar o conhecimento científico, sendo Florence Nightingale uma figura fundamental na criação dos primeiros

paradigmas científicos. Esses paradigmas, assentaram-se em conceitos *nightingaleanos*: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem, que são transversais a todas as teorias em Enfermagem, sendo o cerne da prestação de cuidados (Souza et al., 2022).

O mesmo autor refere ainda que, nas ciências humanas, as teorias são o conjunto de conceitos que ajudam a compreender, descrever, explicar e orientar a prática profissional, fornecendo uma base científica para as suas ações. Além disso, os modelos teóricos na Enfermagem contribuem para a formação desses conceitos com significados específicos, orientando metas, ações e abordagens de cuidado. Nesse sentido, as teorias de Enfermagem são essenciais para a construção do conhecimento na área, consolidando-a como uma ciência.

A compreensão de teorias no campo das ciências em Enfermagem, o seu estudo e aplicação contribui para a valorização do corpo de conhecimento da profissão, proporcionando uma abordagem mais científica para o trabalho dos enfermeiros, bem como uma melhor operacionalização do processo de enfermagem. O processo de enfermagem é um instrumento metodológico que orienta os cuidados de Enfermagem, com base na aplicação prática de Teorias de Enfermagem, e é desenvolvido seguindo as seguintes etapas: colheita de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento de cuidados de enfermagem, implementação, avaliação de enfermagem. Assim, as teorias e modelos teóricos de Enfermagem têm contribuído para o processo de cuidados, levando à observação de fenômenos, intervenções e resultados de enfermagem (Cardoso et al., 2022).

O enfermeiro deverá conhecer e utilizar as Teorias de Enfermagem para fundamentar o seu cuidado. Uma vez que existem inúmeras Teorias de Enfermagem, optou-se por expor, neste trabalho, as que se percebem como tendo uma relevância fulcral no cuidado à pessoa idosa institucionalizada. Deste modo, de entre as diferentes teóricas existentes, destaca-se Virgínia Henderson, como um marco histórico de referência para a prática clínica de Enfermagem. Esta teórica descreve a Enfermagem como parte de uma equipa de saúde interdisciplinar, que utiliza conhecimentos científicos na solução de problemas da sua prática e baseia as suas ações para um cuidado individualizado e humano. Esta teoria baseia-se no pressuposto que a pessoa tem catorze necessidades fundamentais comuns a qualquer ser humano, cuja satisfação é alcançada a partir de uma visão integral que contempla os aspetos biológicos, psicológicos,

socioculturais e espirituais (Henderson, 1958). Os cuidados básicos de Enfermagem, na concepção de Virgínia Henderson, têm como proposta ajudar a pessoa na manutenção ou criação de uma estratégia saudável de vida e é da responsabilidade do Enfermeiro auxiliar a pessoa nas suas AVD que, rotineiramente, executaria sem assistência (Henderson, 1958).

Virgínia Henderson utiliza os princípios das necessidades humanas fundamentais, abrangendo aspetos biofisiológicos, culturais e de interação-comunicação. Essa abordagem confere à sua teoria uma amplitude dinâmica em relação às diversas necessidades das pessoas. A subdivisão dos 14 componentes contempla as necessidades das pessoas em diferentes domínios, tornando a teoria facilmente aplicável em contextos clínicos. A estrutura do modelo incorpora os seis elementos do processo de enfermagem: avaliação, diagnóstico de enfermagem, resultado, planeamento, implementação e avaliação (Ahtisham & Jacoline, 2015).

As 14 Necessidades humanas básicas identificadas na teoria de Virgínia Henderson são a respiração; comer e beber adequadamente; eliminação; mover-se e manter uma postura desejável; sono e repouso; vestir e despir roupa adequada; manter a temperatura corporal dentro de valores normais pelo ajuste de vestuário e modificação do ambiente; manter o corpo limpo e proteger os tegumentos; evitar o perigo e evitar ferir outros; comunicar com os outros, exprimindo emoções, necessidades, medos e opiniões; agir de acordo com a sua fé; sensação de realização; jogar e participar em várias formas de recreação; aprender, descobrir ou satisfazer a sua curiosidade que leva ao desenvolvimento normal e saúde e utilizar as instalações de saúde disponíveis (Bernardo & Sá, 2018; Henderson, 1958).

Virgínia Henderson acredita que a saúde é essencial para o desenvolvimento humano, sendo que a doença pode provocar dependência. Assim, o objetivo dos profissionais de saúde, nomeadamente do EEER, é permitir a transição de uma situação de dependência para uma situação de independência (Bernardo & Sá, 2018), assistindo a pessoa no desempenho das atividades que realizaria sem ajuda, se tivesse a força, vontade ou conhecimento necessários, contribuindo para a saúde ou para a sua recuperação (ou para a morte pacífica) (Gligor & Domnariu, 2020).

Na generalidade, esta teoria é bastante adequada à prática clínica e adotável aos cuidados de enfermagem em vários contextos clínicos (Ahtisham & Jacoline, 2015). O

destaque atribuído por Virgínia Henderson às necessidades humanas fundamentais, centrando-as como o fulcro da prática de Enfermagem, conduziu a um aprofundamento teórico significativo sobre as necessidades individuais e o papel da enfermagem na sua satisfação.

Seguidamente, expõe-se a Teoria de Dorothea Orem que é comumente utilizada na Enfermagem por apresentar elementos fundamentais no desenvolvimento dos cuidados. A adaptação a diferentes cenários faz dessa teoria uma ferramenta importante para conhecer o ser humano dentro do seu contexto e orientar a atividade profissional de acordo com as necessidades individuais e específicas de cada pessoa (Souza et al., 2022).

Segundo Orem, a intervenção de enfermagem torna-se essencial quando a pessoa não consegue atender às suas próprias necessidades biológicas, psicológicas, de desenvolvimento ou sociais, ou seja, quando as exigências de autocuidado ultrapassam a capacidade individual de autogestão (Gligor & Domnariu, 2020).

Para Orem (2001), o autocuidado é considerado a ação realizada pelo indivíduo com benefício de manter, restaurar e melhorar a sua própria saúde e bem-estar. Assim, a prática do autocuidado é adquirida através de experiências cognitivas, culturais e sociais. Na perspectiva da mesma autora, o autocuidado é composto por dois conceitos interligados, mas distintos: o agente de autocuidado e o comportamento de autocuidado.

O agente de autocuidado refere-se à capacidade de uma pessoa desenvolver comportamento de autocuidado, que envolve diversos domínios, incluindo o domínio cognitivo, o domínio físico, o domínio emocional ou psicossocial e finalmente, o domínio comportamental. O comportamento de autocuidado consiste na prática de atividades que as pessoas iniciam e executam num determinado período, no interesse próprio da manutenção da vida, do funcionamento saudável, da continuidade do desenvolvimento pessoal e do bem-estar (Orem, 2001).

No que diz respeito ao conceito de "Enfermagem", a autora anteriormente referida define-a como um serviço humano que tem como objetivo ajudar as pessoas a obter e recuperar as suas habilidades e afirma que os aspetos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais da saúde do indivíduo são inseparáveis. Nesse contexto, os enfermeiros precisam avaliar a capacidade de autocuidado individualizado e realizar o processo de enfermagem de acordo com as etapas enumeradas anteriormente, à semelhança da teoria de Virgínia Henderson (Marques et al., 2022).

Deste modo, a atuação dos enfermeiros deve ir de encontro às necessidades de autocuidado, pelo que o Sistema de Enfermagem explica as relações necessárias para atender às necessidades de autocuidado de cada indivíduo. Orem dá ênfase aos 10 fatores condicionantes básicos de autocuidado, dividindo-os em internos ou intrínsecos: idade, sexo, estado de desenvolvimento e estado de saúde; e externos ou extrínsecos: orientação sociocultural, fatores do sistema de saúde, fatores do sistema família, padrão de vida, fatores ambientais e disponibilidade e adequação de recursos. Todos os conceitos centrais, secundários e periféricos, estão interrelacionados com a finalidade de promover a vida, a saúde e o bem-estar ou qualidade de vida (Marques et al., 2022; Orem, 2001).

A teoria de Orem está assente em três pressupostos teóricos: teoria do autocuidado, teoria do déficit de autocuidado e teoria dos sistemas de enfermagem.

A Teoria do Autocuidado parte do pressuposto que as pessoas cuidam de si mesmas para manter uma vida saudável, abrangendo as suas funções físicas e mentais no contexto de vida. O autocuidado é descrito como um conjunto de comportamentos individuais que regula os fatores que afetam o próprio desenvolvimento, funcionalidade, saúde ou bem-estar (Fonseca et al., 2018).

A Teoria do Déficit de Autocuidado oferece uma explicação para as necessidades individuais de autocuidado quando as pessoas não têm a capacidade de atendê-las por si mesmas. Assim, quando as pessoas se encontram incapazes de satisfazer as suas próprias necessidades ou as necessidades de seus dependentes, necessitam de apoio de estruturas externas, como os serviços disponíveis na comunidade. De acordo com essa teoria, os enfermeiros utilizam cinco métodos para auxiliar as pessoas a atenderem às suas necessidades: substituir e realizar as atividades pela pessoa, orientar a pessoa, oferecer suporte à pessoa, criar um ambiente que estimule o desenvolvimento pessoal em relação às futuras demandas e instruir a pessoa (Fonseca et al., 2018).

Relativamente à Teoria dos Sistemas de Enfermagem, Orem (2001) estabelece três sistemas e identifica-os como "totalmente compensatório", quando a pessoa não consegue realizar ações de autocuidado; "parcialmente compensatório", situação em que tanto a pessoa como o enfermeiro realizam ações de autocuidado; e "de apoio-educação", quando o indivíduo é capaz, por meio da orientação do enfermeiro, de realizar e aprender, destacando-se o papel dos enfermeiros no processo de educação para a saúde. Nesta Teoria dos Sistemas de Enfermagem o papel do enfermeiro é identificar os déficits e

definir as modalidades de apoio para que a prática de cuidados seja adequada às necessidades de autocuidado e à capacidade das pessoas de realizar as ações. Perceciona-se ainda uma relação de reciprocidade e corresponsabilidade pelo cuidado, especialmente quando adaptado a pessoas com condições de saúde crónicas, que exigem uma rotina de cuidados diários para manutenção da sua saúde (Marques et al., 2022).

A utilização desta teoria contribui para o desenvolvimento da Enfermagem como ciência, melhorando o processo de prestação de cuidados em enfermagem, uma vez que direciona a atuação do enfermeiro para ações baseadas no autocuidado (Souza et al., 2022). Esta teoria é perfeitamente aplicável à população idosa, uma vez que a presença de doenças crónicas e a morbilidade implícita implica uma necessidade contínua de um autocuidado eficaz (Marques et al., 2022), além disso, pelo facto de precisar de motivação, capacidade e treino para realizar os comportamentos necessários para manter e melhorar a sua saúde e qualidade de vida fornece uma estrutura apropriada para o cuidado (Khademian et al., 2020).

Desta forma, torna-se pertinente avaliar o perfil de autocuidado e dependência do idoso institucionalizado, pois através do reconhecimento de necessidade de cuidados, podemos atuar em conformidade e com base na evidência, prestar cuidados de enfermagem de reabilitação especializados, cuja importância será abordada posteriormente.

### **1.2.2 Instrumentos de avaliação no domínio do autocuidado e na dependência de cuidados em Enfermagem de Reabilitação**

Segundo o Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, o processo normal de envelhecimento condiciona, embora com intensidades variáveis, o estado físico, mental e funcional dos indivíduos, que, por sua vez, pode condicionar o grau de dependência da pessoa idosa, nas diversas áreas da sua vida individual e social (Duque et al., 2017).

Deste modo, numa sociedade em que a população idosa tem vindo a aumentar, a avaliação do grau de dependência deste grupo populacional é extremamente importante, tanto para a monitorização do estado de saúde das pessoas idosas, quer na planificação dos cuidados, de forma a atender às necessidades específicas individuais (Araújo et al.,

2007). Esta avaliação faz parte da avaliação geriátrica global que é composta por avaliação clínica, física, mental, funcional e social, e é da responsabilidade de toda a equipa interdisciplinar: médico, enfermeiro, técnico de serviço social e fisioterapeuta (Duque et al., 2017).

Assim sendo, uma vez que é de extrema importância a avaliação do grau de funcionalidade das pessoas, a OE elaborou um documento, em 2016, que menciona alguns instrumentos a utilizar para a recolha de dados e documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação para a pessoa idosa, no âmbito do autocuidado: Índice de Barthel (IB), a Medida de Independência Funcional (MIF), o Índice de Katz e a Escala de Lawton & Brody (OE, 2016).

O IB é um dos instrumentos mais utilizado na investigação e na prática clínica para avaliar a capacidade funcional para a realização de atividades de vida essenciais. Este instrumento avalia o nível de independência da pessoa para a realização de 10 atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney, F.I. & Barthel, 1965, cit. por OE, 2016). Este é um instrumento que tem como objetivo avaliar a capacidade funcional básica para realizar as atividades de vida diária, disponibilizando informação sobre o grau de dependência. Para cada tipo de atividades existe uma pontuação que pode assumir os valores 0, 5 ou 10 pontos, sendo que a pontuação global pode assumir valores entre 0-100 pontos (Araújo et al., 2007). O grau de dependência varia consoante o score obtido após a aplicação da escala, existindo diferentes pontos de corte consoante os diversos autores que estudaram a escala. Porém, a pontuação de 60 corresponde ao ponto de viragem entre independência/ dependência para a maioria dos autores (F. Araújo et al., 2007). Os pontos de corte apresentados por Sequeira (2010) permitem uma estratificação do grau de dependência sendo que uma pontuação inferior a 20 corresponde a dependência total, uma pontuação entre 20 e 35 a dependência severa, uma pontuação entre 40 e 55 a dependência moderada, uma pontuação entre 60 e 89 dependência ligeira e pontuações acima de 90 a independência.

Desde a sua divulgação, o IB visa "quantificar" e monitorizar a independência ou dependência dos indivíduos nas AVD. Atualmente, o IB mantém a sua relevância, sendo extensivamente utilizado, principalmente em ambientes hospitalares, unidades de convalescença e centros de reabilitação. Vários autores consideram-no como o

instrumento mais apropriado para avaliar a capacidade de autocuidado. A facilidade de aplicação e interpretação, o baixo custo, a possibilidade de ser repetido em intervalos regulares e a eficiência no preenchimento são algumas das características que tornam essa medida, fundamentada em evidências empíricas, uma das mais prevalentes na prática clínica e em pesquisas, para a avaliação do grau de dependência. (Araújo et al., 2007).

Apesar do uso alargado do IB, desconheciam-se o estudo das propriedades psicométricas deste instrumento em Portugal, até que Araújo et al. (2007), validaram a escala para a língua e cultura portuguesa, numa amostra de idosos não institucionalizados. O estudo das propriedades psicométricas do instrumento revela que é efetivamente um instrumento com um nível de fidelidade elevado (alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) de 0,96), apresentando os itens da escala correlações com a escala total entre  $r=0,66$  e  $r=0,93$ , pelo que facilmente pode constituir uma estratégia de avaliação do grau de dependência das pessoas idosas, de uma forma objetiva, nos serviços de saúde. O IB apresentou uma correlação positiva e estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ) com a escala de Lawton e Brody, que avalia as atividades instrumentais (Araújo et al., 2007).

Para além destas qualidades, um estudo de revisão sobre 30 instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso confirmou que o IB é o que possui resultados de fidelidade e validade mais consistentes (Paixão & Reichenheim, 2005).

A Medida de Independência Funcional (MIF) é uma escala elaborada para diagnosticar o nível de capacidade ou incapacidade funcional em adultos e idosos. Esta avalia o desempenho da pessoa e a assistência necessária para realizar uma variedade de tarefas motoras e cognitivas associadas às atividades diárias. Além disso, a MIF pode ser utilizada para acompanhar a evolução da pessoa ao longo de programas de reabilitação. (OE, 2016).

Este instrumento de apoio à tomada de decisão é constituído por 18 itens dos quais seis se referem ao Autocuidado (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir a metade superior do corpo, vestir a metade inferior do corpo, utilização do sanitário), dois ao controlo de esfíncteres (controlo de urina e de fezes), três à mobilidade/transferência, dois à locomoção (marcha/cadeira de rodas, escadas), dois à comunicação (compreensão; expressão) e três à cognição social (interação social; resolução de problemas; memória) (Laíns, 1990).

A pontuação é efetuada atribuindo pontos de acordo com o grau de dependência: sete pontos correspondem à independência completa, seis pontos a independência modificada, cinco pontos à necessidade de supervisão durante a realização da tarefa, quatro pontos a ajuda mínima, três pontos a ajuda moderada, dois a ajuda máxima e um a ajuda total. No total dos 18 itens avaliados podem ser identificadas duas subescalas: motora (agrega 13 itens referentes aos domínios de autocuidado, controlo dos esfíncteres, mobilidade/transferência e locomoção) e cognitiva (agrega cinco itens referentes a comunicação e cognição social). O total máximo é de 126 pontos e indica independência total e o mínimo é de 18 pontos e designa dependência total e podem ser identificados quatro pontos de corte: 18 pontos (dependência completa); 19 – 60 pontos (dependência modificada com assistência até 50% da tarefa); 61 – 103 pontos (dependência modificada, com assistência até 25% da tarefa); 104 – 126 pontos (independência completa) (Laíns, 1990).

O Índice de Katz tem como público-alvo pessoas idosas e pessoas com patologias crónicas, sendo de acesso livre (OE, 2016). O objetivo da sua aplicação é avaliar a independência nas AVD: banho, vestir, utilização da sanita, transferência do cadeirão/cadeira de rodas para a cama, controlo de esfíncteres e alimentação. Esta informação pode ser obtida através da observação direta do idoso e/ou do questionário direto ao idoso, familiares ou cuidadores. Pode ser aplicado por médicos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde. Para cada AVD o idoso é classificado como dependente (atribuindo-lhe a pontuação zero) ou independente (atribuindo-lhe a pontuação um). Se o idoso recusa, ou não está habituado a fazer determinada tarefa, classifica-se como dependente nessa atividade. A pontuação final resulta da soma da pontuação das seis AVD e varia entre zero (dependente total) a seis pontos (independente), correspondendo a pontuação ao número de AVD em que o idoso é independente (Duque et al., 2017).

Relativamente à Escala de Lawton & Brody, esta trata-se de uma escala de acesso livre e já se encontra validada por Araújo et al. (2008) para a população portuguesa. Esta escala tem como alvo os idosos e como objetivo avaliar o seu nível de independência no que se refere à realização das atividades instrumentais de vida diária: utilização do telefone, realização de compras, preparação das refeições, tarefas domésticas, lavagem da roupa, utilização de meios de transporte, manejo da medicação e responsabilidade de

assuntos financeiros. À semelhança da escala anterior, a informação pode ser obtida através do questionário direto ao idoso, familiares ou cuidadores (OE, 2016).

Neste sentido, existem três versões desta escala com três diferentes pontuações e interpretações, sendo que a versão original foi criada em 1969 por Lawton e Brody e a segunda versão data de 2003, proposta por Azeredo e Matos (OE, 2016). A terceira versão foi criada por Sequeira (2007) e cada item apresenta três, quatro ou cinco níveis diferentes de dependência, pelo que cada atividade é pontuada de um a três, de um a quatro ou de um a cinco, em que a maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência. A pontuação varia entre oito e 30, apresentando-se os seguintes pontos de corte: oito pontos (independente); nove a 20 pontos (moderadamente dependente); superior a 20 pontos (severamente dependente).

Atualmente, em Portugal, os instrumentos mais utilizados para avaliar o nível de dependência são os supracitados, que abrangem as atividades básicas, as atividades instrumentais e as atividades avançadas de vida (Sequeira, 2010). No decorrer da pesquisa para a realização desta dissertação de mestrado, surgiu uma escala, traduzida e validada para a população portuguesa em 2015, a Care Dependency Scale for Rehabilitation (CDS-R), cuja tradução para português é Escala de Dependência de Cuidados em Reabilitação (EDC-R) (Bernardo & Sá, 2018).

A EDC-R distingue-se das escalas referidas anteriormente por permitir avaliar aspetos psicossociais, nomeadamente a adaptação da pessoa à sua situação de doença, através do item “capacidade para lidar”. Deste modo, a EDC-R torna-se um instrumento de medida que avalia a dependência, nos seus aspetos físicos e psicossociais, determinantes no processo de reabilitação (Bernardo & Sá, 2018).

Esta foi desenvolvida, inicialmente, em 1994, na Holanda, designada por *Care Dependency Scale*, com o objetivo de avaliar as necessidades dos utentes e a sua dependência nos lares holandeses, podendo ser utilizada em várias faixas etárias, não só em lares, mas também na comunidade ou em hospitais. E posteriormente, em 2011 a austríaca Juliane Eichhorn-Kissel, acrescentou o item “capacidade de lidar”, tornando-se autora da EDC-R (Eichhorn-Kissel, 2011).

No seu processo de desenvolvimento, a mesma foi baseada nas 14 necessidades humanas básicas de Virgínia Henderson e o seu preenchimento está dependente da observação do comportamento do idoso, por isso a precisão da avaliação depende do

quanto o profissional de saúde conhece a pessoa, as suas necessidades e a forma de as satisfazer (Bernardo & Sá, 2018).

Cada um dos itens da escala é avaliado através de uma resposta tipo Likert, sendo que na EDC-R podem-se obter valores que variam entre 16 e 80, ou seja, quanto mais baixo o valor obtido maior o grau de dependência do idoso em cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Cada item da EDC-R é avaliado de um a cinco, sendo que a pontuação um é considerada nas pessoas completamente dependentes e o valor cinco nas praticamente independentes (Bernardo & Sá, 2018).

Os autores da escala original propõem os seguintes pontos de corte: 15–24 completamente dependente; 25–44 dependente em grau elevado; 45–59 parcialmente dependente; 60–69 dependente em grau reduzido; 70–75 praticamente independente (Dijkstra et al., 2012). Porém, esta versão inicial da escala só contempla 15 itens. Uma vez que na elaboração deste trabalho se utilizou a versão da CDS-R adaptada para a população e cultura portuguesa, onde o item “capacidade de adaptação” está contemplado, os pontos de corte apresentados não podem ser utilizados.

Assim, a EDC-R permite avaliar a capacidade das pessoas para: comunicar com os outros; interagir com os outros, independentemente e de forma adequada; reconhecer regras e valores e de agir socialmente de forma adequada; lidar com desafios e realizar as atividades instrumentais de vida diária; usar racionalmente o tempo livre; participar nas atividades recreativas e ocupacionais; adquirir e/ou reter conhecimentos e competências aprendidas anteriormente; lidar com a sua situação atual de doença, emocional e psicologicamente (Bernardo & Sá, 2018).

A EDC-R é um instrumento válido e fiável, com valor de alfa de Cronbach de 0,971 e a percentagem de variação explicada de 71,7%, o que demonstra que a escala tem validade de construto. Deste modo, a escala permite que os EEER avaliem o grau de independência e autonomia da pessoa em processo de transição de saúde (Bernardo & Sá, 2018).

A utilização dos diversos instrumentos de apoio à tomada de decisão é fundamental para que a intervenção do EEER permita uma avaliação holística das necessidades do idoso, permitindo a identificação de áreas de intervenção prioritárias e a elaboração de um plano de reabilitação individualizado, com vista à otimização da autonomia e qualidade de vida do idoso institucionalizado. Neste seguimento e tendo em

conta que a capacidade para o autocuidado do ser humano, potencialmente, diminui com a idade, é necessário o estabelecimento de programas de reabilitação que promovam e melhorem as capacidades existentes na pessoa idosa, visando as competências destes para se manterem autónomos e melhorando a sua qualidade de vida. Neste sentido, a reflexão do contributo do EEER no cuidado do idoso institucionalizado é fundamental, motivo pelo qual o próximo capítulo aborda particularmente esta temática.

### 1.3 CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

As mudanças socioculturais, económicas, políticas e dos perfis demográficos e epidemiológicos da sociedade atual remetem para a necessidade de cuidados de saúde especializados. Sendo a Enfermagem de Reabilitação preponderante nos cuidados à pessoa ao longo do ciclo de vida, esta será mais consciente se fundamentada na ciência e nos reguladores da profissão, mas também em referenciais teóricos (Silva et al, 2019).

O aumento da esperança média de vida, aliado à prevalência de doenças crónicas e suas repercussões na autonomia e capacidade de autocuidado das pessoas, resulta num aumento significativo na procura por serviços e cuidados de saúde. Esse fenómeno introduz um paradigma relevante nos cuidados de saúde, especialmente na Enfermagem de Reabilitação, com implicações significativas no desenvolvimento das perspetivas ontológicas sobre o envelhecimento (Fonseca et al., 2018).

O autocuidado é parte integrante da pessoa, é uma prática do indivíduo adulto que tem como objetivo manter a saúde e o bem-estar e prevenir ou ter aptidão para lidar com a doença ou incapacidade. O EEER tem por objetivo maximizar as capacidades funcionais da pessoa com deficiência ou incapacidade, minimizando o impacto na sua vida e prevenindo complicações inerentes à sua situação (Santos et al., 2021).

Considerando a intervenção do EEER, esta visa:

promover o diagnóstico precoce e as ações preventivas de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais das pessoas, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como, proporcionar intervenções terapêuticas e melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades

de vida diária e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente ao nível das funções neurológicas, respiratórias, cardíaca e outras deficiências e incapacidades (Regulamento nº 392/2019, Regulamento Das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Reabilitação, 2019, p. 1).

Desde meados da década de 70 do século XX que as escolas de Enfermagem se empenham na formação de Enfermeiros de Reabilitação, acreditando ser esta uma especialidade que intervém ao longo do ciclo de vida, perante pessoas com patologia aguda e/ou crónica a experienciarem os diferentes processos de vida. Hoje verifica-se que o foco de ação do EEER mantém-se, embora, notoriamente, mais fundamentado na evidência científica (Silva et al., 2019).

Recorrendo ao Regulamento nº 392/2019 (Regulamento Das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Reabilitação, 2019, p.2), as competências são:

Cuidar de pessoas com necessidade especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidado; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

No âmbito da capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade (onde se inserem grande parte das pessoas idosas) e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, são ainda competências do EEER: “elaborar e implementar programas de treino de AVD, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida; promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social” (Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, p. 4).

O plano de cuidados do EEER incide sobre a pessoa ao longo do ciclo de vida, prevenindo a doença e promovendo o processo de readaptação. Para além disso, pretendem como resultados a satisfação da pessoa e a maximização da sua funcionalidade,

na qual têm um papel imprescindível no acompanhamento de pessoas que transitam de uma situação de independência/autonomia plena para a dependência (Silva et al, 2019).

No que respeita ao foco de estudo deste trabalho, o idoso institucionalizado, vários documentos, nomeadamente os emanados pelo Grupo de Projeto de Trabalho Colaborativo (2022) e pelo Grupo de Trabalho Interministerial (2017) estabelecem como elementos centrais da assistência ao idoso a sua proteção, uma vez que se trata de uma população particularmente vulnerável, e das suas necessidades de cuidados, perspetivando a recuperação e a manutenção dos melhores níveis de saúde possíveis de cada um. O objetivo central destes documentos é a promoção da saúde e bem-estar dos idosos, sendo relevante a importância que atribuem aos benefícios do envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida.

Segundo a OMS, em relação à estratégia para promover o envelhecimento ativo, advoga-se a implementação de cuidados próximos durante o processo de envelhecimento. Esta abordagem deve ser centrada na pessoa, integrada e assegurar a promoção contínua da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico e tratamento de problemas de saúde, bem como a reabilitação clínica e social. Destaca-se, especialmente, a importância de orientar os serviços para atender às necessidades específicas do idoso institucionalizado (WHO, 2015).

Assim sendo, a institucionalização de idosos deve ser num local onde lhes seja facultada uma melhoria da qualidade de vida, onde possam preservar e melhorar as suas capacidades funcionais e ter a oportunidade de serem o mais autónomos possível. Devem, no entanto, ter alguém que os capacite a esse nível e é neste campo que o EEER intervém, de acordo com as suas competências.

Quando falamos em instituições para idosos, em particular das ERPI, o papel do enfermeiro na equipa interdisciplinar é evidente e está descrito pelo Grupo de Projeto de Trabalho Colaborativo (2022), sendo este o profissional com responsabilidade e competência para otimizar o máximo potencial do idoso, e promover a sua saúde, bem-estar e qualidade de vida. No âmbito da promoção da saúde, este implementa programas educacionais para adoção de estilos de vida saudáveis, onde se inclui o exercício físico. São ainda funções do enfermeiro limitar a incapacidade e promover a autonomia no autocuidado e implementar programas de reabilitação física, psíquica e social, de modo a garantir ao idoso a permanência no meio em que vive, exercendo de forma independente

as suas funções na sociedade. Contudo, embora algumas das responsabilidades acima descritas remetam para domínios da competência do EEER, a sua existência não está contemplada em nenhum dos documentos analisados.

Analisando ainda a portaria n.º 67/2012 de 21 de março, que descreve as condições de organização, funcionamento e instalação das ERPI, esta refere que as instituições devem dispor de um enfermeiro por cada 40 residentes, sendo que, na presença de idosos com elevados níveis de dependência, o rácio deverá ser um enfermeiro por cada 20 residentes. Assim, embora os rácios de enfermagem estejam claramente descritos, a necessidade da presença nestas instituições de um EEER não está mencionada. Porém, se nos focarmos na literatura, o seu papel é fulcral na promoção da autonomia no autocuidado. Deste modo, realça-se a escassez de estudos no âmbito do papel do EEER em ERPI, pelo que seria importante um maior investimento na investigação nesta área.

De acordo com o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde de 2015 (WHO, 2015), os cuidados devem considerar a presença de três subgrupos distintos de idosos, diferenciando aqueles com uma capacidade relativamente elevada e estável, daqueles com declínio na capacidade e daqueles que enfrentam perdas significativas na capacidade. Desse modo, se as necessidades desses subgrupos forem atendidas, a maioria das pessoas idosas terá a sua capacidade funcional aumentada.

Cada idoso deve possuir um plano individual de cuidados do qual constem registos completos e claros dos serviços prestados, incluindo a avaliação inicial e regular do grau de dependência (Índice de Barthel), risco de queda (Escala de Quedas de Morse) e risco de úlcera de pressão (Escala de Braden). A aplicação dos instrumentos de apoio à tomada de decisão supracitados, bem como a interpretação dos resultados obtidos e suas implicações, insere-se no âmbito das competências dos enfermeiros, sendo determinantes para o processo de cuidar e de adequação dos cuidados a prestar a cada residente (Grupo de Projeto de Trabalho Colaborativo, 2022).

Percebe-se então que, entre outros focos de atenção, a dependência física com comprometimento das AVD e do autocuidado são um indicador de qualidade nos cuidados prestados ao idoso, uma vez que é sugerido como boa prática, pelo Grupo de Projeto de Trabalho Colaborativo (2022), a avaliação inicial e contínua do grau de dependência, de acordo com o Índice de Barthel.

Baker et al. (2019) afirmam que treinar a pessoa para o autocuidado é descrito como um processo faseado, com o intuito de facilitar a reabilitação, maximizar o seu esforço e prestar assistência diferenciada. Este processo requer que os enfermeiros se envolvam na tomada de decisões clínicas para avaliar a capacidade da pessoa e o resultado desejado, selecionando estratégias para alcançar os resultados. O enfermeiro precisa de estar emocionalmente envolvido com as pessoas nas suas ações e interações, a fim de ensiná-los a cuidar de si mesmos.

Gutenbrunner et al. (2021) reforçam a ideia que fortalecer o papel da enfermagem na reabilitação é um fator vital para a prestação de cuidados de qualidade e para garantir que a reabilitação satisfaça as necessidades da população que vive com deficiência e alcance ótimos resultados em saúde. A aquisição da independência no autocuidado é significativa para o doente, pois mantém-no na vida ativa, melhora a sua autoestima e qualidade de vida (Santos et al., 2020).

Em suma, o cuidado ao idoso nas ERPI exige uma abordagem multicausal e multidimensional, assente num sistema prestador que está organizado em torno de um elemento central, o idoso. Esta deve ser entendida como um todo no contexto de uma visão holística, dirigida para a recuperação ou manutenção dos melhores níveis de saúde possíveis face aos processos de envelhecimento (Grupo de Projeto de Trabalho Colaborativo, 2022).

## 2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A fase metodológica de uma investigação científica é aquela em que o investigador delinea o plano de investigação, ou seja, a estratégia adotada para alcançar respostas para as perguntas de pesquisa, verificar hipóteses e atingir os objetivos estabelecidos (Fortin et al., 2009). Os mesmos autores indicam que esse plano deve ser construído de maneira lógica e sólida, previamente estabelecido, de modo a garantir e superar possíveis desafios que possam surgir durante o desenvolvimento da pesquisa, assegurando assim a confiabilidade, rigor e controle de todo o procedimento.

Tendo estas premissas em conta, neste capítulo descrevem-se as opções metodológicas adotadas no presente estudo. Inicia-se com a descrição adicional da problemática em estudo, os seus objetivos e finalidade, seguindo-se a descrição do tipo de estudo, as variáveis, a população e amostra, os instrumentos de colheita de dados utilizados e os procedimentos de recolha dos mesmos, bem como as considerações éticas subjacentes.

### 2.1 PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

O rápido envelhecimento populacional está a ocorrer em todos os países e espera-se que, até 2050, uma em cada cinco pessoas terá mais de 60 anos (INE, 2020). Para além do envelhecimento da população, os problemas de saúde que caracterizam o decurso de vida das pessoas mais velhas são frequentemente associados a condições crónicas, que levam a declínios significativos na capacidade funcional dos mesmos (OMS, 2015). Deste modo, o aumento da idade está descrito como a segunda maior causa de institucionalização dos idosos, que é apenas precedida pelas comorbilidades, constituindo os motivos mais frequentes para a dependência (Ribeiro & Pinto, 2014).

Contudo, a institucionalização de pessoas mais velhas, algumas vezes, não pressupõe automaticamente uma condição de dependência, sendo crucial reconhecer que a idade não define necessariamente a capacidade funcional (Santos, 2021). Manter os idosos ativos e envolvidos nas suas AVD é essencial para preservar a sua autonomia e qualidade de vida. Nesse contexto, destaca-se a importância de profissionais de saúde qualificados, nomeadamente o EEER, que poderá desempenhar um papel fundamental

nas ERPI na manutenção da autonomia e função, assim como na promoção na participação ativa dos idosos em atividades adaptadas às suas capacidades individuais.

A escolha desta temática, prende-se com o facto de se tratar de uma problemática atual, com claras necessidades de aprofundamento, encontrando-se alinhada com a experiência profissional da investigadora. Além destes aspetos, a caracterização do idoso institucionalizado nos domínios do autocuidado e dependência em cuidados de reabilitação é relevante, pois escasseiam estudos nesta área, possibilitando, após a realização de um diagnóstico de situação, refletir sobre as intervenções em ER.

Deste modo, torna-se pertinente conhecer as características desta população, o que permitirá ao EEER promover o diagnóstico precoce e ações preventivas, de forma a manter capacidades funcionais, prevenir complicações e evitar incapacidades, estimulando o autocuidado, percebendo-se assim, a importância de instituições capazes de dar resposta à carência dos idosos, de forma a proporcionar um envelhecimento ativo, promovendo uma melhor qualidade de vida.

Tendo em conta esta problemática, define-se como questão de investigação: *“Qual o perfil de autocuidado e dependência em cuidados de enfermagem de reabilitação do idoso institucionalizado?”*.

## 2.2 OBJETIVOS E FINALIDADE

O objetivo do estudo apresenta-se como um enunciado declarativo que determina a orientação da investigação, segundo o nível do conhecimento estabelecido no domínio em questão, sendo indicativo do porquê da investigação (Fortin et al., 2009).

No presente estudo definiu-se como objetivos:

- Caracterizar o idoso institucionalizado numa ERPI;
- Avaliar o nível de dependência dos cuidados de enfermagem de reabilitação do idoso institucionalizado, através da EDC-R;
- Avaliar o grau de dependência para o autocuidado do idoso institucionalizado, através IB.

Este estudo tem, portanto, como finalidade refletir sobre a intervenção efetiva do EEER nos domínios do autocuidado e dependência em cuidados de reabilitação do idoso institucionalizado.

## 2.3 TIPO DE ESTUDO

Tendo em conta os objetivos definidos, optou-se por um estudo quantitativo descritivo e exploratório.

A abordagem quantitativa consiste num conjunto de métodos que faz uso de procedimentos matemáticos, mesmo quando aplicada ao estudo de fenómenos sociais e humanos. O objetivo principal é a mensuração desses fenómenos. Trata-se de um processo de investigação que visa a compreensão de um problema, orientado por uma teoria composta por variáveis quantificáveis e analisado por meio de análise estatística (Pocinho, 2012).

O estudo descritivo tem como objetivo enunciar os fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo (Fortin et al., 2009).

O processo de recolha de dados ocorreu num momento único, junto de cada participante, o que o classifica como transversal. O objetivo deste tipo de estudos é mensurar a frequência de um acontecimento, permitindo assim examinar um grupo de indivíduos, num certo tempo, em relação a determinado processo ou fenómeno (Fortin et al., 2009).

## 2.4 VARIÁVEIS EM ESTUDO

Segundo Polit et al. (2017), em estudos quantitativos os conceitos são geralmente chamados de variáveis, sendo que a maioria das características humanas são variáveis. Assim, uma variável é qualquer qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume valores diferentes. As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação, podendo ser qualificadas de acordo com o papel que desempenham, ou seja, podem ser independentes, dependentes, de investigação, de atributo ou estranhas (Fortin, 2009).

Neste estudo foram consideradas variáveis dependentes e independentes. A variável dependente é a que o investigador pretende compreender, explicar ou prever (Polit et al., 2017). Por outras palavras, a variável dependente é aquela que é afetada e/ou

explicada pelas variáveis independentes e que irá sofrer alterações com as transformações por ela originadas, enquanto a variável independente é a variável manipulada pelo investigador com a finalidade de estudar os seus efeitos na variável dependente (Fortin, 2009). Neste estudo, as variáveis dependentes são o nível de dependência dos cuidados em enfermagem de reabilitação e o grau de dependência para o autocuidado.

Para melhor compreender o nosso estudo, consideraram-se como variáveis independentes de caracterização sociodemográfica (sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão anteriormente desempenhada, tempo de institucionalização, conviventes significativos, motivos de institucionalização) e de condição clínica (índice de massa corporal (IMC), antecedentes de saúde, presença de feridas, alteração da acuidade visual, alteração da acuidade auditiva, utilização de ajudas técnicas e medicação habitual).

## 2.5. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Uma população refere-se a um grupo de elementos ou indivíduos que partilham características comuns, determinadas por critérios específicos. Por outro lado, a população-alvo é composta pelos elementos que atendem aos critérios de seleção previamente estabelecidos (Fortin et al., 2009). A população é descrita como o conjunto total de casos sobre os quais se deseja retirar conclusões e a amostra como uma parte dos casos que constituem essa população devendo ser representativa dessa população para se poderem extrapolar as conclusões para a população com confiança (Hill & Hill, 2016).

Uma vez que não é possível, neste estudo, aceder à totalidade da população-alvo, selecionou-se uma amostra não probabilística por conveniência, que é constituída por idosos institucionalizados numa ERPI na região norte durante o período de colheita de dados definido para a execução do presente Curso de Mestrado, e que cumprissem os critérios de elegibilidade do estudo.

Os participantes elegíveis para este estudo são pessoas institucionalizadas numa ERPI, com mais de 65 anos, com consentimento informado assinado por si, ou seu representante legal. Como critério de exclusão definiram-se pessoas com menos de 65 anos e com data de admissão na ERPI posterior à data de início da colheita de dados.

O tamanho da amostra foi determinado pelo número de pessoas que cumpriram os critérios de elegibilidade no período compreendido entre um de julho e um de setembro de 2023.

## 2.6. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTO DA COLHEITA DE DADOS

Para dar continuidade à investigação, é imprescindível colher dados objetivos da amostra, utilizando escalas e questionários de avaliação para obter os resultados desejados. A escolha do instrumento de colheita de dados é guiada pelas variáveis e sua operacionalização, levando em consideração o objetivo da pesquisa, o conhecimento do investigador e a natureza do fenômeno em análise (Fortin, 2009).

Neste estudo, a colheita de dados foi realizada com a aplicação de um formulário que compreende uma caracterização sociodemográfica e clínica, o IB para avaliar o grau de dependência para o autocuidado e a EDC-R para avaliação do nível de dependência dos cuidados em enfermagem de reabilitação do idoso institucionalizado (Apêndice I).

A colheita de dados, decorreu de acordo com o seguinte procedimento: pedido de colaboração voluntária na investigação; fornecimento da informação ao participante (Apêndice II); e obtenção do consentimento informado (Apêndice III).

A colheita de dados foi realizada de forma presencial pela investigadora, onde a própria colocou as questões e preencheu o formulário de acordo com os dados fornecidos, permitindo esclarecer as questões e, simultaneamente, ter uma maior adesão nas respostas, evitando respostas omissas.

### 2.6.1. Formulário sociodemográfico e clínico

O formulário de caracterização sociodemográfica e clínica foi elaborado no âmbito deste estudo, com o objetivo de permitir a recolha de informação subjetiva de cada participante, bem como outras informações que possam ser relevantes para a realização do estudo. É constituído por questões que permitem descrever os participantes quanto às suas características demográficas, como sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão desempenhada anteriormente, tempo e motivo de institucionalização e convivente significativo, e clínicas, como, IMC, antecedentes de saúde, presença de feridas, alteração

da acuidade visual, alteração da acuidade auditiva, utilização de ajudas técnicas e medicação habitual.

### **2.6.2. Índice de Barthel**

O IB é um instrumento de apoio à tomada de decisão que avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez AVD: comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama e subir e descer escadas. Na versão original a pontuação da escala varia de 0 a 100 (com intervalos de 5 pontos). A pontuação mínima de zero corresponde à máxima dependência para todas as AVD avaliadas, e a máxima de 100 equivale à independência total para as mesmas AVD (Mahoney & Barthel, 1965, citado por Araújo et al., 2007).

Em estudos internacionais, é um instrumento de avaliação das AVD que apresenta resultados de confiabilidade e validade muito consistentes (Paixão, 2005). O estudo das propriedades psicométricas do instrumento revela que é efetivamente um instrumento com um nível de fidelidade elevado (alfa de Cronbach de 0,96), apresentando os itens da escala correlações com a escala total entre  $r= 0,66$  e  $r= 0,93$ , pelo que facilmente pode constituir uma estratégia de avaliação do grau de autonomia das pessoas idosas, de uma forma objetiva, nos serviços de saúde, para além disso, apresenta uma correlação positiva e estatisticamente significativa ao nível de  $p < 0,01$ , com a escala de Lawton e Brody que avalia as atividades instrumentais (Araújo et al., 2007).

Continua a ser amplamente utilizado, essencialmente em contexto hospitalar, unidades de convalescença, centros de reabilitação, e vários autores (Araújo et al., 2007; Imaginário et al., 2020; Rodrigues et al., 2019; Santos et al., 2020) consideram-no o instrumento mais adequado para avaliar a incapacidade para a realização das AVD no idoso. A sua fácil aplicação e interpretação, rapidez de preenchimento, baixo custo de aplicação, a possibilidade de poder ser repetido periodicamente (o que permite monitorizações longitudinais), são algumas características que fazem desta escala uma das mais utilizadas na prática clínica e na investigação para avaliar o grau de dependência dos idosos em realizar dez atividades básicas do seu quotidiano (Araújo et al., 2007).

Atualmente já não carece de autorização de utilização, apresentando acesso livre para fins não comerciais (OE, 2016).

Evidencia-se ainda que no Referencial de boas práticas na prestação de cuidados de saúde nas ERPI (Grupo de Projeto de Trabalho Colaborativo, 2022), a avaliação inicial e contínua do grau de dependência, de acordo com este índice, surge como obrigatória, o que revela a sua particular importância.

### **2.6.3 Escala de dependência de cuidados em enfermagem de reabilitação**

A EDC-R, desenvolvida em 1994 na Holanda por Dijkstra et al. (2006), é uma versão modificada da *Care Dependency Scale*, realizada na Áustria pela autora Eichhorn-Kissel (2011). O seu objetivo é criar um instrumento rápido e válido para avaliar as necessidades e dependência dos utentes de diferentes faixas etárias em lares holandeses, na comunidade ou em hospitais.

Baseada nas 14 necessidades básicas humanas de Virgínia Henderson, a EDC-R reconhece que a saúde é essencial para o desenvolvimento humano e que a doença pode levar à dependência. Portanto, os profissionais de saúde têm como objetivo auxiliar os utentes na transição de uma situação de dependência para uma situação de independência. É composta por 16 itens – comer e beber, continência, postura corporal, mobilidade, padrão de sono/vigília, vestir-se e despir-se, temperatura corporal, higiene, evitar perigos, comunicação, interação social, conceito de regras e valores, atividades instrumentais, atividades recreativas, capacidade de aprender e capacidade de adaptação.

O último item "capacidade de adaptação" foi adicionado à EDC-R devido à sua relevância na reabilitação, especialmente em utentes com doenças crónicas ou prolongadas, em que é importante conhecer como eles lidam com a sua saúde e incapacidades. Permite avaliar o estado psicológico e emocional do utente (Eichhorn-Kissel, 2011 citado por Bernardo & Sá, 2018).

Avalia: a capacidade de comunicação e interação adequada com os outros, a compreensão e cumprimento de regras e valores sociais; o lidar com desafios e realizar atividades diárias; a capacidade de usar o tempo livre de forma racional; participar em atividades recreativas e adquirir conhecimentos e habilidades; a capacidade de lidar com a situação atual de doença emocional e psicologicamente (Bernardo & Sá, 2018).

A EDC-R permite a avaliação do grau de dependência física e psicossocial e a sua precisão depende da observação do comportamento e do conhecimento do profissional de saúde sobre as necessidades do utente e como as satisfazer (Dijkstra et al., 2006).

Cada item na escala é avaliado através de uma resposta do tipo Likert, pontuado de 1 a 5, onde 1 é considerado completamente dependente e 5 praticamente independente (Dijkstra et al., 2006). Somando todas as questões, obtém-se um score final que varia de 16 a 80. Quanto menor o valor obtido, maior é o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem de reabilitação (Eichhorn-Kissel, 2011 citado por Bernardo & Sá, 2018).

Para avaliação das propriedades psicométricas da escala, foram analisadas a fiabilidade (consistência interna e estabilidade temporal) e a validade de constructo. Os valores do alfa de Cronbach foram considerados aceitáveis de acordo com Polit et al. (2017), que afirmam que os valores de consistência interna devem ser de 0,90 ou mais para permitir a aplicação individual do instrumento. Esse valor também corresponde ao valor obtido pela autora original da CDS-R que foi de 0,97 (Bernardo & Sá, 2018).

Os valores do alfa de Cronbach, excluindo cada um dos itens da escala, variaram entre 0,967 e 0,973. Todas as correlações item-total são positivas. Os resultados da análise de variância (ANOVA) de medidas repetidas mostraram que as diferenças não são estatisticamente significativas, não existindo diferenças entre as três avaliações ( $F = 1,083$ ; sig. = 0,301). Isso significa que os valores obtidos nas três avaliações não são estatisticamente significativos, garantindo a estabilidade temporal da escala. A análise fatorial exploratória dos itens que compõem a EDC-R mostrou que a percentagem de variação explicada foi elevada, atingindo 71,7%. Portanto, considera-se que a escala possui validade de constructo (Bernardo & Sá, 2018).

Atualmente, em Portugal, os instrumentos mais utilizados para avaliar o nível de dependência abrangem as atividades básicas, as atividades instrumentais e as atividades avançadas de vida (Sequeira, 2010 cit por Bernardo & Sá, 2018). A EDC-R destaca-se dessas escalas por permitir avaliar aspetos psicossociais, nomeadamente a adaptação da pessoa à sua situação de doença, através do item “capacidade para lidar”. Como resultado, torna-se um instrumento de medida que avalia a dependência nos seus aspetos físicos e psicossociais, que são determinantes no processo de reabilitação (Bernardo & Sá, 2018).

A autorização de utilização da escala foi solicitada à autora, recebendo o parecer positivo (Anexo I).

## 2.7. TRATAMENTO DE DADOS

O tratamento de dados foi efetuado utilizando técnicas de estatística descritiva, que permitem descrever as características da amostra e analisar os dados colhidos com recurso (Fortin, 2009), a distribuições de frequência, medidas de tendência central e medidas de dispersão.

A análise estatística é fundamental para o sucesso de um trabalho de investigação, pois possibilita responder às questões previamente definidas e compreender os dados numéricos. Neste estudo, as técnicas da estatística descritiva foram utilizadas para caracterizar a amostra, utilizando distribuições de frequência absoluta e percentual, medidas de tendência central (média, mediana, moda e percentis) e medidas de dispersão (desvio padrão, intervalo de variação e coeficiente de variação) (Polit et al., 2017).

Os dados foram inseridos numa base de dados criada no IBM® SPSS® Statistics (Statistical Package for the Social Sciences) versão 28, permitindo a organização, análise e apresentação dos resultados com recurso a métodos e técnicas específicas.

Importa ressaltar que este estudo foi realizado num contexto exploratório, onde o comportamento e as relações entre as variáveis medidas são desconhecidas pelo investigador (Fortin, 2009).

## 2.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Dado que a pesquisa científica envolve a participação de seres humanos, é imperativo que se adotem procedimentos formais e éticos para proteger os seus direitos. É fundamental que as considerações éticas sejam uma prioridade desde a conceção até à implementação do projeto. Devem ser assegurados os princípios éticos, incluindo consentimento livre e esclarecido, respeito por grupos vulneráveis, preservação da privacidade, confidencialidade das informações pessoais, justiça e equidade, equilíbrio entre benefícios e riscos, redução de inconvenientes e otimização das vantagens (Fortin, 2009).

O presente estudo regeu-se pelo Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, no que diz respeito aos cuidados a ter com o tratamento de dados pessoais, de forma a manter a confidencialidade dos participantes e proteção dos dados (Retificação do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, 2018).

Os participantes foram instruídos sobre o propósito e finalidade do estudo, assim como a importância da sua participação, garantindo-se o seu direito de não participar sem qualquer tipo de penalização ou prejuízo. Portanto, os princípios do consentimento livre e esclarecido foram respeitados, e os participantes, ou seu representante legal, aceitaram e assinaram a respetiva declaração.

A presente investigação cumpriu todos os requisitos legais e éticos ao seu desenvolvimento, sendo que a sua realização careceu de autorização do local (Anexo II) e de um parecer prévio da Comissão de Ética da ESSSM para a sua realização, tendo este sido favorável e com o código de Parecer CE2023/15.01 (Anexo III).

### 3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Serve o presente capítulo para abordar e descrever os dados obtidos na investigação, sendo efetuada a caracterização: sociodemográfica e clínica; do autocuidado do idoso institucionalizado; da dependência em cuidados de enfermagem de reabilitação do idoso institucionalizado.

Assim, os dados foram colhidos numa ERPI da Região Norte entre os dias um de julho e um de setembro de 2023, aos idosos institucionalizados neste local e que cumpriram os critérios de elegibilidade previamente identificados.

Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos através da aplicação do formulário, recorrendo-se a tabelas construídas com auxílio do programa Office Excel com base no *output* do *IBM SPSS® Statistics* para uma análise mais sucinta dos mesmos.

A estatística descritiva visa sumariar e descrever os atributos mais veementes dos dados. Portanto, neste capítulo, representam-se os dados através da utilização da exposição de frequências absolutas ( $n$ ) e relativas (%), valores mínimos e máximos, medidas de tendência central (média, moda) e de dispersão (desvio padrão). Este aspeto vai de encontro à descrição das características da amostra, dando resposta a parte dos objetivos deste estudo, apresentados anteriormente.

#### *Caracterização sociodemográfica da amostra*

A amostra do presente estudo é constituída por 52 participantes ( $n= 52$ ; 100%), sendo que não existem valores omissos em nenhum campo do formulário. A idade dos participantes varia entre os 69 e os 99 anos, com uma média de idades de 86,96 ( $\pm 7,295$ ) anos, sendo que metade dos idosos institucionalizados têm idade até 87 anos (mediana de 87,50 anos).

Relativamente à caracterização do “*sexo*”, “*estado civil*” e “*escolaridade*” (tabela 1), verificou-se que a amostra é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino ( $n= 39$ ), representando 75% da amostra, em comparação com os indivíduos do sexo masculino ( $n= 13$ ; 25%). Quanto ao estado civil, a maioria é viúvo ( $n= 32$ ; 61,54%), seguindo-se o de solteiro ( $n= 12$ ; 23,08%), o de casados/união de facto ( $n= 7$ ; 13,46%) e o divorciado ( $n= 1$ ; 1,92%).

Em relação à escolaridade, destacou-se o 1º ciclo do ensino básico ( $n=36$ ; 69,23%), seguindo-se o não sabe ler ( $n=12$ ; 23,07%), o 2º ciclo do ensino básico ( $n= 2$ ; 3,85%) e o 3º ciclo do ensino básico ( $n= 2$ ; 3,85%).

**Tabela 1**

*Caracterização da Amostra Relativamente às Variáveis “Sexo”, “Escolaridade” e “Estado civil”.*

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	39	75,00%
Masculino	13	25,00%
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	12	23,08%
Casado/União de facto	7	13,46%
Viúvo	32	61,54%
Divorciado	1	1,92%
<b>Escolaridade</b>		
Não sabe ler	12	23,07%
1º ciclo Ensino básico	36	69,23%
2º ciclo Ensino básico	2	3,85%
3º ciclo Ensino básico	2	3,85%
Ensino secundário	0	----
Licenciatura/ Bacharelato	0	----

Relativamente à profissão anteriormente desempenhada (tabela 2), para melhor compreensão optou-se por utilizar a categorização dos grandes grupos da Classificação Portuguesa das Profissões (INE, 2010). Constatou-se que 19 participantes eram trabalhadores não qualificados (36,54%), seis pertenciam ao grupo dos trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices (11,54%), três incluem-se nos trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores (5,77%), dois eram especialistas das atividades intelectuais e científicas (3,85%), um era profissional das forças armadas (1,92%), um pertencia a técnicos e profissões de nível intermédio (1,92%), um enquadrava-se no pessoal administrativo (1,92%), e um nos agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta (1,92%). Apurou-se ainda que 18 participantes não têm profissão declarada (34,62%).

**Tabela 2**

*Caracterização da Amostra Relativamente à Variável “Profissão anteriormente desempenhada”*

	<b>n</b>	<b>%</b>
Trabalhadores não qualificados	19	36,54%
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	6	11,54%
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	3	5,77%
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	2	3,85%
Profissões das Forças Armadas	1	1,92%
Técnicos e profissões de nível intermédio	1	1,92%
Pessoal administrativo	1	1,92%
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	1	1,92%
Não tem profissão declarada	18	34,62%

No que se refere ao convivente significativo, tempo e motivo de institucionalização (tabela 3), verificou-se que 41 dos idosos tem convivente significativo (78,85%) e 11 não têm (21,15%).

Quanto ao tempo de institucionalização, destacou-se a institucionalização entre 1 e 5 anos ( $n= 23$ ; 44,23%), seguindo-se o entre 5 e 10 anos ( $n= 14$ ; 26,92%), há menos de um ano ( $n= 8$ ; 15,39%) e há mais de 10 anos ( $n= 7$ ; 13,46%).

Relativamente aos motivos de institucionalização, verificou-se que variam entre agravamento do estado de saúde após doença ( $n=16$ ; 30,77%) e a incapacidade/dificuldade em realizar as AVD ( $n=15$ ; 28,85%), seguindo-se a vontade própria ( $n=11$ ; 21,15%), o comprometimento cognitivo ( $n= 5$ ; 9,62%), o internamento compulsivo/ negligência ( $n= 3$ ; 5,77%) e quedas frequentes ( $n= 2$ ; 3,85%).

**Tabela 3**

*Caracterização da Amostra Relativamente às Variáveis “Convivente significativo”, “Tempo de institucionalização” e “Motivo de Institucionalização”.*

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Convivente significativo</b>		
Sim	41	78,85%
Não	11	21,15%
<b>Tempo de institucionalização</b>		
Menos de 1 ano	8	15,39%
Entre 1 e 5 anos	23	44,23%
Entre 5 e 10 anos	14	26,92%
Mais de 10 anos	7	13,46%
<b>Motivo de institucionalização</b>		
Vontade própria	11	21,15%
Quedas frequentes	2	3,85%
Agravamento do estado de saúde após doença	16	30,77%
Comprometimento cognitivo	5	9,62%
Internamento compulsivo/ negligência	3	5,77%
Incapacidade/ Dificuldade em realizar as AVD's	15	28,85%

*Legenda: AVD's – Atividades de vida diária*

#### *Caracterização da condição clínica*

No que concerne ao IMC (Tabela 4) para uma melhor interpretação foram tidos em atenção os valores de referência promulgados pela OMS para o estado nutricional em adultos (WHO, 2010) . Constatou-se que o valor mínimo de IMC foi 16,4 kg/m<sup>2</sup> (baixo peso) e o máximo foi 40,3 kg/m<sup>2</sup> (obesidade grau II), sendo o valor médio 22,946 (± 4,9823) kg/m<sup>2</sup> (pré-obesidade). Além disso, verificou-se que se destaca, o peso normal (n= 30; 57,69%), seguindo-se a pré-obesidade (n= 10; 19,23%), o baixo peso (n= 9; 17,31%), a obesidade grau I (n= 2; 3,85%) e por fim a obesidade grau II (n=1; 1,92%).

**Tabela 4***Caracterização da Amostra Relativamente à Variável “Índice de Massa Corporal”*

	<b>n</b>	<b>%</b>
Baixo peso (IMC<18,5)	9	17,31%
Peso normal (18,5<IMC<24,9)	30	57,69%
Pré-obesidade (25<IMC<29,9)	10	19,23%
Obesidade I (30<IMC<34,9)	2	3,85%
Obesidade II (IMC>40)	1	1,92%

*Legenda: IMC – Índice de massa corporal*

Ao se analisar os dados relativos aos antecedentes de saúde dos participantes (Tabela 5), verificou-se que a Hipertensão Arterial (HTA) é o antecedente mais frequente, tendo sido manifestada por 44 participantes (84,62%), seguindo-se a demência ( $n= 29$ ; 55,77%), a Diabetes Mellitus (DM) ( $n= 25$ ; 48,08%), a doença psiquiátrica ( $n= 16$ , 30,77%), a doença respiratória ( $n= 9$ ; 17,31%), o Acidente Vascular Cerebral (AVC) ( $n= 6$ ; 11,54%), os hábitos etílicos ( $n=3$ ; 5,77%), os Traumatismo Cranioencefálico (TCE) ( $n=1$ ; 1,92%) e hábitos tabágicos ( $n=1$ ; 1,92%).

**Tabela 5***Caracterização da Amostra Relativamente à Variável “Antecedentes de Saúde”*

	<b>n</b>	<b>%</b>
HTA	44	84,62%
Demência	29	55,77%
DM	25	48,08%
Doença psiquiátrica	16	30,77%
Doença respiratória	9	17,31%
AVC	6	11,54%
Hábitos etílicos	3	5,77%
TCE	1	1,92%
Hábitos tabágicos	1	1,92%

*Legenda: HTA- Hipertensão arterial; DM- Diabetes Mellitus; AVC- Acidente Vascular Cerebral; TCE- Traumatismo Cranioencefálico.*

Relativamente à presença de feridas, 50 participantes não apresentam feridas ( $n=50$ ; 96,15%) e dois participantes apresentam feridas ( $n=2$ ; 3,85%).

No que diz respeito à alteração da acuidade auditiva, 29 dos participantes apresentam alteração ( $n=29$ ; 55,77%) e 23 participantes não apresentam ( $n=23$ ; 44,23%).

Quanto à alteração da acuidade visual, 28 dos participantes não apresentam alteração ( $n=28$ ; 53,84%) e 24 apresentam ( $n=24$ ; 46,16%).

Relativamente à utilização de ajudas técnicas, 35 participantes utilizam ajudas técnicas ( $n=35$ ; 67,31%) e 17 participantes não utiliza ( $n=17$ ; 32,69%).

Todos os utentes têm medicação habitual prescrita, pelo que na Tabela 6, podem analisar-se os dados relativos à mesma, sendo a relativa ao sistema cardiovascular a mais frequente ( $n=43$ ; 82,69%), seguindo-se a do sistema nervoso central ( $n=40$ ; 76,92%), sistema digestivo ( $n=21$ ; 40,38%), sistema endócrino ( $n=20$ ; 38,46%), sistema respiratório ( $n=10$ ; 19,23%), sistema esquelético ( $n=9$ ; 17,31%), sistema sensorial ( $n=7$ ; 13,46%), sistema muscular ( $n=6$ ; 11,54%), sistema tegumentar ( $n=3$ ; 5,77%) e sistema imunológico ( $n=2$ ; 3,85%). Para além destes, 12 idosos estão medicados para outros sistemas, tais como, o urinário.

**Tabela 6**

*Caracterização da Amostra Relativamente à Variável “Medicação Habitual”*

	<i>n</i>	%
Sistema Cardiovascular	43	82,69%
Sistema Respiratório	10	19,23%
Sistema Digestivo	21	40,38%
Sistema Nervoso Central	40	76,92%
Sistema Endócrino	20	38,46%
Sistema Esquelético	9	17,31%
Sistema Muscular	6	11,54%
Sistema Imunológico	2	3,85%
Sistema Sensorial	7	13,46%
Sistema Tegumentar	3	5,77%
Outros	12	23,07%

Quanto ao IB, a pontuação final variou entre 0 e 100 pontos, sendo o valor médio de 46,73 ( $\pm$  34,69) pontos, o que revela uma amostra moderadamente dependente (Sequeira, 2010).

De acordo com os pontos de corte apresentados por Sequeira (2010), a maioria dos participantes no estudo são totalmente dependentes ( $n= 17$ ; 32,69%), seguindo-se dos ligeiramente dependentes ( $n= 15$ ; 28,85%), nove participantes são independentes ( $n= 9$ ; 17,30%), seis participantes severamente dependentes ( $n= 6$ ; 11,54%) e cinco são moderadamente dependentes ( $n= 5$ ; 9,62%).

Através da análise da tabela 7 verificou-se que 18 participantes necessitam de ajuda na “alimentação” ( $n= 18$ ; 34,62%) e sete participantes são dependentes ( $n= 7$ ; 13,46%). Verifica-se que 18 participantes necessitam de ajuda para o “vestir e despir” ( $n= 18$ ; 34,62%) e 26 participantes são dependentes para esta tarefa ( $n= 26$ ; 50,00%). Também para o “banho”, 42 participantes apresentam dependência ( $n= 42$ ; 80,77%). Na tarefa “higiene corporal” 30 participantes são dependentes ( $n= 30$ ; 57,69%). Na tarefa “uso da casa de banho” 19 participantes necessitam de ajuda ( $n= 19$ ; 36,54%) e 21 são dependentes ( $n=21$ ; 40,38%). Quanto ao controlo intestinal 17 são incontinentes fecais ( $n= 17$ ; 32,70%) e 11 são incontinentes ocasionais ( $n= 11$ ; 21,15%). Relativamente ao controlo vesical 19 são incontinentes ou algaliados ( $n=19$ ; 36,54%) e 13 são incontinentes ocasionais ( $n= 13$ ; 25,00%).

Na tarefa “subir escadas”, 15 participantes necessitam de ajuda ( $n= 15$ ; 28,85%) e 29 são dependentes ( $n= 29$ ; 55,77%). No que diz respeito à “transferência cadeira-cama”, 13 participantes necessitam de uma ajuda mínima ( $n= 13$ ; 25,00%), 16 participantes necessitam de uma grande ajuda ( $n= 16$ ; 30,77%) e dez são dependentes ( $n= 10$ ; 19,23%). Quanto à “deambulação”, dez participantes necessitam de ajuda ( $n= 10$ ; 19,23%), quatro são independentes com cadeira de rodas ( $n= 4$ ; 7,69%) e 19 são dependentes para esta tarefa ( $n= 19$ ; 36,54%).

**Tabela 7***Caracterização da Amostra Relativamente à Variável “Índice de Barthel”*

<b>Alimentação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Controlo Intestinal</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Independente	27	51,92%	Independente	24	46,15%
Necessita de Ajuda	18	34,62%	Incontinente ocasional	11	21,15%
Dependente	7	13,46%	Incontinente Fecal	17	32,70%
<b>Vestir e despir</b>			<b>Controlo Vesical</b>		
Independente	8	15,38%	Independente	20	38,46%
Necessita de ajuda	18	34,62%	Incontinente ocasional	13	25,0%
Dependente	26	50,00%	Incontinente ou algaliado	19	36,54%
<b>Banho</b>			<b>Subir Escadas</b>		
Independente	10	19,23%	Independente	8	15,38%
Dependente	42	80,77%	Necessita de ajuda	15	28,85%
<b>Higiene Corporal</b>			Dependente	29	55,77%
Independente	22	42,31%	<b>Transferência Cadeira-Cama</b>		
Dependente	30	57,69%	Independente	13	25,0%
<b>Uso da Casa de Banho</b>			Necessita de ajuda mínima	13	25,0%
Independente	12	23,08%	Necessita de grande ajuda	16	30,77%
Necessita de ajuda	19	36,54%	Dependente	10	19,23%
Dependente	21	40,38%	<b>Deambulação</b>		
			Independente	19	36,54%
			Necessita de ajuda	10	19,23%
			Independente com cadeira de rodas	4	7,69%
			Dependente	19	36,54%

Relativamente à EDC-R a pontuação final variou entre 16 e 80 pontos, sendo o valor médio de 51,44 ( $\pm$  22,65) pontos.

Através da análise da Tabela 8 verificou-se que:

- **A – Comer e Beber:** 27 participantes são praticamente independentes para a tarefa ( $n= 27$ ; 51,92%), nove são dependentes em grau reduzido ( $n= 9$ ; 17,31%), oito são totalmente dependentes ( $n= 8$ ; 15,38%), cinco são parcialmente dependentes ( $n= 5$ ; 9,62%) e três são dependentes em grau elevado ( $n=3$ ; 5,77%);
- **B – Continência:** 22 participantes são praticamente independentes ( $n=22$ ; 42,31%), 13 são totalmente dependentes ( $n=13$ ; 25,00%), nove são dependentes em grau reduzido ( $n=9$ ; 17,31%), sete são dependentes em

grau elevado ( $n=7$ ; 13,46%) e um é parcialmente dependente ( $n=1$ ; 1,92%);

- **C – Postura Corporal:** 20 participantes são praticamente independentes ( $n=20$ ; 38,46%), 12 são parcialmente dependentes ( $n=12$ ; 23,08%), nove são dependentes em grau elevado ( $n=9$ ; 17,31%), oito são dependentes em grau reduzido ( $n=8$ ; 15,38%) e três são totalmente dependentes ( $n=3$ ; 5,77%);
- **D – Mobilidade:** 16 participantes são praticamente independentes ( $n=16$ ; 30,77%), 13 são totalmente dependentes ( $n=13$ ; 25,00%), 11 são dependentes em grau elevado ( $n=11$ ; 21,15%), sete são dependentes em grau reduzido ( $n=7$ ; 13,46%) e cinco são parcialmente dependentes ( $n=5$ ; 9,62%);
- **E – Padrão de sono/Vigília:** 20 participantes são praticamente independentes ( $n=20$ ; 38,46%), 11 são dependentes em grau reduzido ( $n=11$ ; 21,15%), oito são dependentes em grau elevado ( $n=8$ ; 15,38%), oito são totalmente dependentes ( $n=8$ ; 15,38%) e cinco são parcialmente dependentes ( $n=5$ ; 9,62%);
- **F – Vestir/Despir-se:** 15 participantes são totalmente dependentes ( $n=15$ ; 28,84%), 14 são praticamente independentes ( $n=14$ ; 26,92%), 10 são dependentes em grau elevado ( $n=10$ ; 19,23%), oito são parcialmente dependentes ( $n=8$ ; 15,38%) e cinco são dependentes em grau reduzido ( $n=5$ ; 9,62%);
- **G – Temperatura Corporal:** 16 participantes são praticamente independentes ( $n=16$ ; 30,77%), 14 são dependentes em grau elevado ( $n=14$ ; 26,92%), 12 são dependentes em grau reduzido ( $n=12$ ; 23,08%), cinco são parcialmente dependentes ( $n=5$ ; 9,62%) e cinco são totalmente dependentes ( $n=5$ ; 9,62%);
- **H – Higiene:** 18 participantes são totalmente dependentes ( $n=18$ ; 34,62%), 13 são praticamente independentes ( $n=13$ ; 25,00%), nove são dependentes em grau elevado ( $n=9$ ; 17,31%), oito são parcialmente dependentes ( $n=8$ ; 15,38%) e quatro são dependentes em grau reduzido ( $n=4$ ; 7,69%);

- **I – Evitar Perigos:** 17 participantes são totalmente dependentes ( $n=17$ ; 32,70%), 14 são praticamente independentes ( $n=14$ ; 26,92%), oito são parcialmente dependentes ( $n=8$ ; 15,38%), sete são dependentes em grau reduzido ( $n=7$ ; 13,46%) e seis são dependentes em grau elevado ( $n=6$ ; 11,54%);
- **J – Comunicação:** 20 participantes são praticamente independentes ( $n=20$ ; 38,46%), 11 são dependentes em grau reduzido ( $n=11$ ; 21,15%), nove são parcialmente dependentes ( $n=9$ ; 17,31%), seis são totalmente dependentes ( $n=6$ ; 11,54%) e seis são dependentes em grau elevado ( $n=6$ ; 11,54%);
- **K – Interação Social:** 17 participantes são praticamente independentes ( $n=17$ ; 32,69%), 11 são dependentes em grau reduzido ( $n=11$ ; 21,15%), 10 são parcialmente dependentes ( $n=10$ ; 19,23%), sete são totalmente dependentes ( $n=7$ ; 13,46%) e sete são dependentes em grau elevado ( $n=7$ ; 13,46%);
- **L – Conceito de Regras e Valores:** 17 participantes são praticamente independentes ( $n=17$ ; 32,70%), 10 são dependentes em grau elevado ( $n=10$ ; 19,23%), nove são dependentes em grau reduzido ( $n=9$ ; 17,31%), oito são totalmente dependentes ( $n=8$ ; 15,38%) e oito são parcialmente dependentes ( $n=8$ ; 15,38%);
- **M – Atividades Instrumentais:** 17 participantes são totalmente dependentes ( $n=17$ ; 32,70%), 15 são praticamente independentes ( $n=15$ ; 28,84%), oito são parcialmente dependentes ( $n=8$ ; 15,34%), sete são dependentes em grau elevado ( $n=7$ ; 13,46%) e cinco são dependentes em grau reduzido ( $n=5$ ; 9,62%);
- **N – Atividades Recreativas:** 16 participantes são praticamente independentes ( $n=16$ ; 30,77%), 15 são totalmente dependentes ( $n=15$ ; 28,84%), oito são dependentes em grau elevado ( $n=8$ ; 15,38%), oito são parcialmente dependentes ( $n=8$ ; 15,38%) e cinco são dependentes em grau reduzido ( $n=5$ ; 9,62%);
- **O – Capacidade de Aprender:** 15 participantes são praticamente independentes ( $n=15$ ; 28,84%), 14 são totalmente dependentes ( $n=14$ ;

26,92%), 11 são dependentes em grau elevado ( $n=11$ ; 21,15%), seis são parcialmente dependentes ( $n=6$ ; 11,54%) e seis são dependentes em grau reduzido ( $n=6$ ; 11,54%);

- **P – Capacidade de Adaptação:** 16 participantes são totalmente dependentes ( $n=16$ ; 30,77%), 14 são praticamente independentes ( $n=14$ ; 26,92%), oito são parcialmente dependentes ( $n=8$ ; 15,38%), oito são dependentes em grau reduzido ( $n=8$ ; 15,38%) e seis são dependentes em grau elevado ( $n=6$ ; 11,54%);

**Tabela 8**

*Caracterização da Amostra Relativamente à Variável “Escala de Dependência de Cuidados de Enfermagem em Reabilitação”*

<b>A – Comer e Beber</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>I – Evitar Perigos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Totalmente dependente	8	15,38%	Totalmente dependente	17	32,70%
Dependente em grau elevado	3	5,77%	Dependente em grau elevado	6	11,54%
Parcialmente dependente	5	9,62%	Parcialmente dependente	8	15,38%
Dependente em grau reduzido	9	17,31%	Dependente em grau reduzido	7	13,46%
Praticamente independente	27	51,92%	Praticamente independente	14	26,92%
<b>B - Continência</b>			<b>J - Comunicação</b>		
Totalmente dependente	13	25,00%	Totalmente dependente	6	11,54%
Dependente em grau elevado	7	13,46%	Dependente em grau elevado	6	11,54%
Parcialmente dependente	1	1,92%	Parcialmente dependente	9	17,31%
Dependente em grau reduzido	9	17,31%	Dependente em grau reduzido	11	21,15%
Praticamente independente	22	42,31%	Praticamente independente	20	38,46%
<b>C – Postura Corporal</b>			<b>K – Interação Social</b>		
Totalmente dependente	3	5,77%	Totalmente dependente	7	13,46%
Dependente em grau elevado	9	17,31%	Dependente em grau elevado	7	13,46%
Parcialmente dependente	12	23,08%	Parcialmente dependente	10	19,23%
Dependente em grau reduzido	8	15,38%	Dependente em grau reduzido	11	21,15%
Praticamente independente	20	38,46%	Praticamente independente	17	32,69%
<b>D - Mobilidade</b>			<b>L – Conceito de Regras e Valores</b>		
Totalmente dependente	13	25,00%	Totalmente dependente	8	15,38%
Dependente em grau elevado	11	21,15%	Dependente em grau elevado	10	19,23%
Parcialmente dependente	5	9,62%	Parcialmente dependente	8	15,38%
Dependente em grau reduzido	7	13,46%	Dependente em grau reduzido	9	17,31%
Praticamente independente	16	30,77%	Praticamente independente	17	32,70%
<b>E – Padrão de Sono/vigília</b>			<b>M – Atividades Instrumentais</b>		
Totalmente dependente	8	15,38%	Totalmente dependente	17	32,70%
Dependente em grau elevado	8	15,38%	Dependente em grau elevado	7	13,46%
Parcialmente dependente	5	9,62%	Parcialmente dependente	8	15,38%
Dependente em grau reduzido	11	21,15%	Dependente em grau reduzido	5	9,62%
Praticamente independente	20	38,46%	Praticamente independente	15	28,84%
<b>F – Vestir e despir-se</b>			<b>N – Atividades Recreativas</b>		
Totalmente dependente	15	28,84%	Totalmente dependente	15	28,84%
Dependente em grau elevado	10	19,23%	Dependente em grau elevado	8	15,38%
Parcialmente dependente	8	15,38%	Parcialmente dependente	8	15,38%
Dependente em grau reduzido	5	9,62%	Dependente em grau reduzido	5	9,62%
Praticamente independente	14	26,92%	Praticamente independente	16	30,77%
<b>G – Temperatura Corporal</b>			<b>O – Capacidade de Aprender</b>		
Totalmente dependente	5	9,62%	Totalmente dependente	14	26,92%
Dependente em grau elevado	14	26,92%	Dependente em grau elevado	11	21,15%
Parcialmente dependente	5	9,62%	Parcialmente dependente	6	11,54%
Dependente em grau reduzido	12	23,08%	Dependente em grau reduzido	6	11,54%
Praticamente independente	16	30,77%	Praticamente independente	15	28,84%
<b>H – Higiene</b>			<b>P – Capacidade de Adaptação</b>		
Totalmente dependente	18	34,62%	Totalmente dependente	16	30,77%
Dependente em grau elevado	9	17,31%	Dependente em grau elevado	6	11,54%
Parcialmente dependente	8	15,38%	Parcialmente dependente	8	15,38%
Dependente em grau reduzido	4	7,69%	Dependente em grau reduzido	8	15,38%
Praticamente independente	13	25,00%	Praticamente independente	14	26,92%

#### 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo é realizada a discussão e reflexão sobre os resultados apresentados anteriormente, pelo que se torna pertinente a análise e interpretação dos mesmos à luz dos objetivos da pesquisa e da literatura relevante. Serão igualmente abordados os pontos fortes e limitações encontradas no decorrer deste estudo.

Assim, de forma a definir a população alvo que incorporou o presente estudo, esta consiste nos participantes residentes numa ERPI da Região Norte, com idade superior a 65 anos, entre os dias um de julho e um de agosto de 2023.

A amostra foi constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino ( $n=39$ ), representando 75% da amostra, o que vai de encontro aos dados fornecidos nos CENSOS 2021, em que a população masculina recenseada em Portugal é de 4 921 170 e a população feminina 5 423 632 (INE, 2021). A relação de masculinidade é de 90,7 homens por 100 mulheres, refletindo um maior desequilíbrio entre os volumes populacionais dos dois sexos.

Para além disso, o número de homens é significativamente inferior ao de mulheres, no grupo com idades acima dos 65 anos, uma vez que os níveis de mortalidade da população masculina são maiores, contrariamente aos níveis de longevidade da população feminina (INE, 2021). Assim, uma vez que a idade dos participantes varia entre os 69 e os 99 anos, com uma média de idades de 86,96 ( $\pm 7,295$ ) anos, seria expectável esta distribuição entre os sexos.

Outros estudos, nomeadamente o de Figueiredo & Jacob-Filho (2018), o do Imaginário, et al. (2018) e o do Jerez-Roig, et al. (2016) realizados com idosos institucionalizados, que usaram amostras mais robustas, referem a maior prevalência de participantes do sexo feminino, com média de idades semelhante à do presente estudo.

No que diz respeito ao estado civil dos participantes no estudo, a maioria é viúvo ( $n=32$ ; 61,54%), sendo os restantes solteiros ( $n=12$ ; 23,08%), sete são casados/união de facto ( $n=7$ ; 13,46%) e apenas um é divorciado ( $n=1$ ; 1,92%). Estes dados são semelhantes aos estudos de Araújo et al. (2017) e Imaginário et al. (2020) onde a maioria das amostras são compostas por pessoas viúvas.

Relativamente à escolaridade, a maior percentagem da amostra frequentou o 1º ciclo do ensino básico ( $n=36$ ; 69,23%), seguindo-se de 12 participantes que não sabiam

ler ( $n=12$ ; 23,07%), apenas quatro frequentaram o 2º e 3º ciclos do ensino básico. A literatura também descreve que os idosos institucionalizados, normalmente, têm baixa escolaridade, sendo muitas vezes aliterados, até porque pertencem a uma faixa etária em que a escolaridade não era uma prioridade (Ambrósio-Accordi & Accordi, 2020; Figueredo & Jacob-Filho, 2018; Imaginário et al., 2020).

A família tem uma importância fulcral na vida e na manutenção do bem-estar do idoso, uma vez que ela é a sua fonte de suporte (Alves-Silva et al., 2013), pelo que também se investigou acerca da presença de um convivente significativo, sendo que 41 dos idosos têm ( $n= 41$ ; 78,85%), porém 11 idosos não têm. Corroborando os estudos de Ambrósio-Accordi & Accordi (2020) e de I. Araújo et al. (2017), nos quais a maioria dos idosos entrevistados afirmaram ainda possuir vínculos familiares considerados fortes e recebiam visitas regularmente. Segundo Araújo et al. (2017), o apoio familiar é fundamental em ambientes diferentes, nomeadamente a nível das ERPI, facilitando a permanência das pessoas institucionalizadas, mantendo a sua integridade física e psicológica.

Relativamente ao tempo de institucionalização, mais de metade dos idosos estão institucionalizados há menos de cinco anos, sendo que apenas 14 residem na ERPI entre 5 e 10 anos ( $n= 14$ ; 26,92%) e sete há mais de 10 anos ( $n= 7$ ; 13,46%). Esta variável tem relevância, uma vez que estudos indicam que o ambiente institucional é um local de disciplina, com rotinas bem estabelecidas, o que às vezes pode comprometer o processo de tomada de decisão da pessoa idosa e o exercício da sua autonomia (Furtado et al., 2021). Seria interessante uma análise de estatística inferencial entre esta variável e o IB e a EDC-R, porém as circunstâncias inerentes ao processo de desenvolvimento deste trabalho não o permitiram. Ribeiro e Pinto (2014) salientam, também, que o ambiente físico que rodeia a pessoa dependente pode exercer uma influência positiva ou negativa no processo de dependência.

Analisando os motivos de institucionalização dos idosos, a bibliografia refere como principais motivos: a família não conseguir continuar a assumir o papel; conflito e exclusão familiar; institucionalização compulsiva; e vontade própria do idoso (Ambrósio-Accordi & Accordi, 2020). Outros estudos realçam ainda que viver sozinho, o agravamento do estado de saúde e a dificuldade em realizar as AVD, com consequente perda de autonomia, também são identificados como motivos de institucionalização dos

idosos (Rodrigues et al., 2019; Santos, 2021). De facto, na amostra do presente estudo verificou-se que a maior percentagem da amostra está institucionalizada por agravamento do estado de saúde após doença ( $n= 16$ ; 30,77%), seguindo-se da incapacidade/dificuldade em realizar as AVD ( $n= 15$ ; 28,85%), sendo que 11 idosos estão institucionalizados por vontade própria ( $n= 11$ ; 21,15%) e os restantes por comprometimento cognitivo, quedas frequentes e compulsivamente/ por negligência.

A incapacidade é determinada por deficiências físicas que podem ser causadas por condições médicas subjacentes e por fatores externos, como apoio social, apoio financeiro e meio ambiente. Quando vários problemas de saúde subsistem, podemos deparar-nos com condições de incapacidade (Colón-Emeric et al., 2013). Deste modo, a análise das várias comorbilidades apresentadas pelos idosos da amostra torna-se relevante. Assim, a HTA é a mais frequente, tendo sido manifestada por 44 participantes (84,62%), seguindo-se a demência ( $n= 29$ ; 55,77%), a DM ( $n= 25$ ; 48,08%) e a doença psiquiátrica ( $n= 16$ , 30,77%). A doença respiratória e o AVC estão presentes na amostra, mas em percentagens inferiores (17,31% e 11,54%, respetivamente). Os estudos de Araújo et al. (2017), Colón-Emeric et al. (2013), Jerez-Roig et al. (2016) e Rodrigues et al. (2019), reforçam o nosso estudo, reportando estas mesmas patologias como causadoras de dependência no idoso, além disso, mencionam ainda a patologia osteoarticular, porém, na amostra esta situação não se verifica.

Um estudo conduzido por Schüssler et al. (2016) em lares austríacos, que teve como objetivo comparar um grupo de pessoas com demência e outro sem demência, concluiu que a demência contribui para um aumento do nível de dependência, e ainda que das pessoas sem demência que participaram no estudo, 28,9% são parcialmente dependentes, 27,7% são praticamente independentes, 26,5% dependentes em grau reduzido, 14,1% dependentes em grau elevado e 2,8% completamente dependentes. Enquanto no grupo de residentes com demência, 20,6% são completamente dependentes e apenas 4,3% são praticamente independentes.

No estudo realizado por Jerez-Roig et al. (2016), 94,7% dos idosos institucionalizados têm prescrito regime medicamentoso, sendo que a média de fármacos por dia era de 4.5 e os mais frequentemente utilizados eram para o sistema nervoso central, seguidos daqueles para o sistema cardiovascular, sistema digestivo e endócrino.

De facto, os idosos são os maiores consumidores de fármacos, uma vez que é neste grupo etário que se verifica uma maior incidência de doenças crónicas, a que se associam, frequentemente, regimes medicamentosos complexos (Ribeiro & Pinto, 2014). No nosso estudo verificou-se que todos os participantes têm regimes medicamentosos diários, sendo os fármacos que atuam no sistema cardiovascular os mais frequentes ( $n=43$ ; 82,69%), seguindo-se os do sistema nervoso central ( $n=40$ ; 76,92%), o sistema digestivo ( $n=21$ ; 40,38%), o sistema endócrino ( $n=20$ ; 38,46%) e por fim o sistema respiratório ( $n=10$ ; 19,23%).

No que diz respeito à acuidade auditiva e visual, que, estando comprometidas, poderão ser causadoras de alguma limitação funcional no idoso, verificamos que 29 dos participantes apresentam alteração da acuidade auditiva ( $n=29$ ; 55,77%) e 24 apresentam alteração da acuidade visual ( $n=24$ ; 46,16%). O mesmo não se verificou no estudo de Rodrigues et al. (2019), em que a percentagem de idosos com comprometimento da acuidade auditiva e visual é bastante inferior, sendo de 15,6% e 35,9%, respetivamente. Sendo de notar a elevada percentagem de limitações da acuidade visual e auditiva dos participantes, que podem ser corrigidas com intervenções médicas/ cirúrgicas melhorando a capacidade das pessoas idosas (Colón-Emeric et al., 2013).

Analizou-se, ainda, a utilização de ajudas técnicas, uma vez que pode ser um preditor de alguma incapacidade, verificando-se que a maioria dos participantes ( $n=35$ ; 67,31%) as usam, talvez por auxiliarem na realização das AVD, otimizando assim a capacidade das pessoas e promovendo a sua autonomia (Colón-Emeric et al., 2013).

Refletindo sobre o objetivo que almejava avaliar o nível de dependência para o autocuidado do idoso institucionalizado, o mesmo foi atingido através da aplicação do IB.

Respetivamente à análise do IB, verificou-se um valor médio de 46,73 ( $\pm 34,69$ ) pontos, o que revela uma amostra moderadamente dependente (Sequeira, 2010). Com a aplicação deste instrumento de apoio à tomada de decisão, percebeu-se que as tarefas para as quais os idosos apresentaram maior dependência foram o “banho”, “higiene corporal”, “subir escadas” e “vestir e despir”, uma vez que a percentagem de dependentes é superior a 50%. Verificou-se ainda altas percentagens de dependência ou de uma necessidade de ajuda para as tarefas como “alimentação”, “uso da casa de banho”, “controlo intestinal”, “controlo vesical”, “transferência cadeira-cama” e “deambulação”.

Segundo Araújo et al. (2017), a dependência é vivenciada pela maioria dos idosos institucionalizados em Portugal. Os dados do seu estudo vão de encontro às características desta amostra, uma vez que a maioria dos idosos (75.7%) foram classificados com um grau de dependência elevada para a realização das AVD.

O número elevado de idosos dependentes na amostra pode estar relacionado com a idade elevada da amostra (média de idades de aproximadamente 87 anos) e uma elevada prevalência das doenças crónicas (Ribeiro & Pinto, 2014). Segundo estas autoras, à medida que a idade avança aumentam as limitações funcionais, que são muitas vezes agravadas pela coexistência de doenças crónicas. Colón-Emeric et al. (2013) acrescentam ainda que a coexistência de duas ou mais patologias condicionam ainda mais o estado funcional da pessoa, e pela análise dos antecedentes de saúde da amostra em estudo, percebe-se que esta amostra se insere nesta condição.

No estudo de Jerez-Roig et al. (2016), as tarefas como “banho”, “vestir e despir” e “higiene corporal” à semelhança do nosso estudo, foram as que revelaram maiores graus de dependência, explicando que existe uma hierarquia no que diz respeito à perda da capacidade funcional do idoso, sendo que esta se inicia pela perda das capacidades para o autocuidado destas tarefas, seguindo-se o controlo de esfíncteres.

Relativamente à escala EDC-R, em comparação com outros instrumentos de apoio à tomada de decisão, é mais diferenciada, significativa e precisa, assim como mais abrangente, permitindo uma avaliação mais individualizada de cada pessoa no que diz respeito à avaliação da (in)dependência em cuidados de reabilitação. Tal facto deve-se à integração de aspetos psicossociais e ao foco que a escala atribui à enfermagem (Eichhorn-Kissel et al., 2010).

Analisando os dados resultantes da aplicação da EDC-R, cujo valor médio foi de 51,44 ( $\pm 22,65$ ) pontos, revelaram que os participantes são parcialmente dependentes em cuidados de reabilitação nos domínios físicos, mas também nos domínios psicossociais. Estes resultados, não são consensuais com outros estudos, Ozveren et al. (2021), aplicaram a EDC-R em 354 pessoas com idade superior a 65 anos e a média observada foi de 68.7 ( $\pm 15.3$ ) pontos, indicando dependência em grau reduzido. Também o estudo de Dijkstra et al. (2015), em que se pretendeu estudar as diferenças na EDC-R, dos participantes de um hospital no Japão e de um lar na Holanda, com idades superiores a 60 anos, obtiveram a média na avaliação da EDC-R de 38.51 ( $\pm 19.16$ ) pontos e 39,92

(±15.42), respectivamente, indicando dependência em grau elevado. Além disso, praticamente todos os participantes se incluíam no grupo de “completamente dependente” (35,1% dos participantes no Japão; 20,0% no grupo da Holanda) ou “dependente em grau elevado” (Japan: 24.7%; the Netherlands: 45.0%), ou “parcialmente dependente” (Japan: 22.1%; the Netherlands: 21.7%).

No nosso estudo, nos domínios físicos que a escala permite avaliar, realça-se o elevado número de participantes com dependência na “mobilidade”, “vestir-se e despir-se” e “higiene”, à semelhança da avaliação resultante do IB. Na nossa pesquisa poucos foram os estudos encontrados com a aplicação desta escala, contudo o estudo de Schüssler et al. (2015) em que 45,5% das pessoas residentes em lares (sem demência) são completamente dependentes ou dependentes em grau elevado, corrobora os nossos resultados nomeadamente nos domínios “vestir-se e despir-se” e “higiene”. Quanto ao domínio da “mobilidade”, Dijkstra et al. (2015) também reforçam o nosso estudo, sendo este um dos que se observam maior dependência.

Para além da dependência nos domínios físicos, no nosso estudo percecionam-se ainda, elevados níveis de dependência nos domínios psicossociais, particularmente nos “evitar perigos”, “atividades instrumentais”, “atividades recreativas”, “capacidade de aprender” e “capacidade de adaptação”. Os achados da bibliografia consultada, vão também ao encontro dos nossos resultados designadamente nos domínios “Evitar Perigos” (Dijkstra et al., 2015; Schüssler et al., 2015) e “Capacidade de Aprender” (Dijkstra et al., 2015). Quanto aos domínios “atividades instrumentais”, “atividades recreativas”, “capacidade de adaptação”, não encontramos estudos que possam reforçar ou contradizer o nosso estudo.

#### 4.1. LIMITAÇÕES E PONTOS FORTES DO ESTUDO

No presente subcapítulo pretende-se expor a análise e reflexão sobre os pontos fortes e as limitações do presente trabalho no âmbito do mestrado em Enfermagem de Reabilitação, prática fundamental para garantir a qualidade do mesmo e de trabalhos futuros.

Então, realça-se a escolha do tema em estudo, que é de extrema importância para a Enfermagem de Reabilitação, uma vez que, como evidenciado neste estudo não tem

ainda um lugar sólido nas ERPI. Porém, como demonstrado pelos resultados o idoso institucionalizado apresenta dependência no autocuidado. Para além das limitações no domínio físico, apresenta ainda limitações nos domínios psicossociais, conforme relevado pela aplicação da EDC-R. Assim, sendo competências do EEER “cuidar de pessoas com necessidade especiais ao longo do ciclo de vida... capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania... maximizar a funcionalidade ... da pessoa” (Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, p. 2), este deve ter um lugar privilegiado nas ERPI na prestação de cuidados ao idoso com dependência no autocuidado, ponto que se percebe como sendo evidente após a realização desta investigação.

Salienta-se ainda a característica exploratória e descritiva deste estudo, uma vez que se possibilitou a análise detalhada de uma amostra em relação a diversas variáveis, cuja descrição neste estudo pode instigar outros estudos de investigação.

Para além disso, a utilização da EDC-R revelou-se uma mais-valia, uma vez que a utilização individual do IB não oferece uma avaliação abrangente das necessidades de cuidado, pois focaliza-se apenas em aspetos físicos (Eichhorn-Kissel et al., 2012).

Contudo, alguns aspetos limitaram a realização deste estudo, pelo que a sua exposição e reflexão é extremamente importante para o processo de aprendizagem e utilização em estudos futuros.

Uma das maiores limitações foi o desafio em conciliar a vida familiar, profissional com os prazos estabelecidos. Porém, com autodisciplina e a orientação assertiva disponibilizada o término deste trabalho foi conseguido, optando pela realização de um estudo primário, quantitativo.

Uma outra limitação diz respeito ao tamanho da amostra e ao facto de a colheita de dados ter sido realizada numa única instituição, o que confere um cariz regional ao estudo e com menos robustez científica, pelo que os dados não podem ser extrapolados para a população em geral e deverão ser interpretados com cautela. Contudo, os dados obtidos são fundamentais para, a nível local, dar a conhecer os níveis de dependência de autocuidado e de cuidados de Enfermagem de Reabilitação do idoso institucionalizado e, assim, promover a implementação de programas de intervenção, pelo EEER.

Por fim, a ausência de análise estatística inferencial entre as variáveis em estudo, representa outra limitação significativa. Porém, pensa-se fazê-lo à posteriori, uma vez que

os dados se encontram colhidos. Através desta análise prevê-se investir na divulgação científica, tão necessária na disciplina de Enfermagem de Reabilitação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho permitiu identificar necessidades e problemas manifestados pelos idosos institucionalizados numa ERPI da região Norte de Portugal nomeadamente nos domínios do autocuidado e dependência em cuidados de reabilitação. Recorreu-se a um estudo quantitativo, descritivo e exploratório, com a finalidade de refletir sobre a intervenção efetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação nesses domínios.

Portanto, acredita-se que os resultados obtidos são relevantes, podendo colaborar para aprimorar a prática clínica, fomentar a educação e identificar temas de interesse para trabalhos de investigação futuros.

A literatura evidencia que existem algumas lacunas nas ERPI, no que concerne à gestão dos cuidados e organização destas instituições, nomeadamente no sentido de promover a autonomia da pessoa idosa (Grupo de Projeto de Trabalho Colaborativo, 2022).

As competências do EEER abrangem a prestação de cuidados a indivíduos com necessidades especiais ao longo de todo o ciclo de vida, sendo o objetivo da sua intervenção capacitar as pessoas que enfrentam limitações na atividade e restrições na participação social, visando maximizar a sua funcionalidade (Nabais & Sá, 2018).

Portanto, o EEER desempenha um papel crucial na promoção da saúde e qualidade de vida dos idosos nas ERPI. A sua abordagem holística, centrada na pessoa, e a colaboração com outros profissionais de saúde contribuem para um cuidado abrangente e adaptado às necessidades específicas deste grupo populacional. É imperativo reconhecer e valorizar a importância deste papel na construção de comunidades residenciais que promovam o envelhecimento ativo e saudável (Grupo de Projeto de Trabalho Colaborativo, 2022; Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República).

Constatou-se que os 52 idosos institucionalizados numa ERPI da Região Norte de Portugal é maioritariamente do sexo feminino (75%), com uma média de idades de 87 ( $\pm$  7) anos, com baixa escolaridade (69% frequentaram o 1º ciclo do Ensino Básico) e viúvos (61%). Além disso, a generalidade dos idosos institucionalizados tem pelo menos um convivente significativo (79%), 44% está institucionalizado entre um e cinco anos e os

motivos mais frequentes de ingresso na instituição são o agravamento do estado de saúde após doença (31%) e a incapacidade/ dificuldade em realizar as AVD (29%).

Relativamente ao estado de saúde, verificou-se que 58% dos idosos apresenta um IMC normal e não se evidenciam extremos significativos. Quanto às comorbilidades, a HTA é a mais comum (85%), seguindo-se a demência (56%) e a DM (48%). Em conformidade com as patologias identificadas, todos os idosos têm medicação habitual prescrita, sendo a relativa ao sistema cardiovascular a mais frequente (83%), seguindo-se a do sistema nervoso central, sistema digestivo e sistema endócrino (77%, 40% e 38%, respetivamente).

Quanto à acuidade auditiva, 56% apresentavam comprometimento dessa capacidade, bem como 54% comprometimento da acuidade visual, acrescentando-se que 67% utilizam ajudas técnicas no seu quotidiano, tais como moletas, andarilho e cadeira de rodas.

Verificou-se ainda um grau de dependência moderado para o autocuidado (valor médio do IB de 46,73 pontos), sendo que 33% são totalmente dependentes. Os domínios do autocuidado para os quais os participantes revelam maior dependência são o “banho”, “higiene corporal”, “subir escadas” e “vestir e despir”. Contudo, nos outros domínios do autocuidado também se verificou níveis elevados de dependência.

A aplicação da EDC-R revelou um valor médio de 51,44 pontos, denotando que a amostra revela que os participantes são parcialmente dependentes em cuidados de reabilitação nos domínios físicos, mas também nos domínios psicossociais. Assim, os domínios “mobilidade”, “vestir e despir-se”, “higiene”, “evitar perigos”, “atividades instrumentais”, “atividades recreativas”, “capacidade de aprender” e “capacidade de adaptação” foram os itens que apresentaram maior grau de dependência.

Atendendo aos resultados do IB e da EDC-R e tendo em conta as competências do EEER, torna-se crucial que as ERPI contemplem a Enfermagem de Reabilitação como uma estratégia para a maximização do potencial do idoso e promoção do envelhecimento saudável.

Assim, conclui-se que os propósitos originalmente estabelecidos para esta Dissertação de Mestrado foram atingidos, partindo-se da pergunta inicial que norteou o estudo.

O EEER desempenha um papel crucial nas ERPI contribuindo com competências específicas para melhorar a qualidade de vida e funcionalidade do idoso institucionalizado, como a: avaliação holística; elaboração de planos de cuidados personalizados; implementação de programas de reeducação funcional; intervenção em equipa multidisciplinar; educação e orientação; monitorização contínua; gestão da dor e desconforto; promoção na participação social e promoção do respeito, dignidade e individualidade de cada pessoa. Estas competências refletem a importância do EEER no contexto das ERPI, como abordado anteriormente, contribuindo para a promoção da saúde, reabilitação e qualidade de vida da pessoa idosa (Grupo de Projeto de Trabalho Colaborativo, 2022).

Por conseguinte, este trabalho suscita alguns temas de interesse para trabalhos de investigação futuros, tais como a importância da manutenção das relações sociais e da influência do acompanhamento da família para o bem-estar e qualidade de vida do idoso. Poderiam também analisar-se relações entre algumas variáveis, tais como o tempo de institucionalização ou a condição de saúde dos participantes e os indicadores IB e EDC-R. Também seria interessante investigar a capacidade cognitiva da pessoa idosa e estratégias para a sua promoção em ambiente de uma ERPI. No âmbito da Enfermagem de Reabilitação, o envelhecimento ativo é uma temática relevante, pelo que o desenvolvimento de estudos com a implementação de programas de exercício físico no idoso institucionalizado, medidos com instrumentos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação e com robustez científica seria uma enorme mais-valia para a profissão e disciplina.

No que concerne aos contributos deste trabalho para a formação seria fundamental incorporar os resultados desta pesquisa em iniciativas de capacitação para enfermeiros, destacando a relevância do treino das AVD e do autocuidado. Além disso, é crucial sensibilizar os enfermeiros para a influência significativa que esses aspetos têm na qualidade de vida do idoso institucionalizado e na promoção da sua autonomia. No âmbito da formação especializada, a introdução de conteúdos programáticos que abordassem o papel do EEER no envelhecimento ativo e na promoção da saúde do idoso seria uma mais-valia.

No que diz respeito às contribuições para a prática clínica, este estudo destacou o nível de dependência do idoso institucionalizado numa ERPI no que concerne ao

autocuidado, assim como o nível de dependência dos cuidados de enfermagem de reabilitação do idoso institucionalizado, sabendo que os princípios de atuação destas instituições integra a “Avaliação integral das necessidades do residente” e a “Promoção e manutenção da funcionalidade e da autonomia” tendo, entre outros objetivos, “Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo” e “Potenciar a integração social”(Ministério da Segurança Social, 2012, p.1324-1325), torna-se pertinente a intervenção do EEER cujas competências específicas respondem às necessidades do idoso e aos princípios e objetivos enumerados.

Portanto, seria altamente benéfico divulgar estes resultados, com o intuito de promover a mudança, a atualização de políticas e serviços nesta área que se adequem à evolução da sociedade e neste caso, que se adequem às novas características e necessidades do idoso, nomeadamente no que se refere à manutenção e melhoria da sua independência e qualidade de vida. As ERPI devem ser sensíveis e capazes de atender às necessidades físicas, emocionais e sociais dos idosos e além disso, proporcionar um ambiente seguro e estimulante tendo em conta o potencial individual de cada um.

O trabalho apresentado enfatiza a necessidade fundamental da presença de pelo menos um EEER nas ERPI, responsável pela implementação de programas abrangentes de reeducação funcional, abordando aspetos motores, sensoriais, cognitivos, cardiorrespiratórios, alimentares, de eliminação e relacionados à sexualidade, isto é, promover o envelhecimento ativo e tendo como foco a melhoria da qualidade dos cuidados e da qualidade de vida.

Concluindo, o envelhecimento tem ganho maior visibilidade e é considerado um processo natural da vida onde ocorrem mudanças físicas (como perda de força física, vitalidade e diminuição da coordenação corporal), psicológicas e sociais, pelo que se espera que este trabalho tenha contribuído para aprofundar o conhecimento sobre o idoso institucionalizado numa ERPI na Região Norte de Portugal, nomeadamente no que diz respeito ao Autocuidado e Dependência em cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahtisham, Y., & Jacoline, S. (2015). Integrating nursing theory and process into practice; Virginia's Henderson Need Theory. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 443–450. [www.internationaljournalofcaringsciences.org](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org)
- Alves-Silva, J., Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. (2013). Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(4), 820–830. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000400023>
- Ambrósio-Accordi, A., & Accordi, I. (2020). Motivos da institucionalização do idoso e suas vivências diárias. *Revista Mundi Saúde e Biológicas (ISSN: 2525-4766)*, 5(2). <https://doi.org/10.21575/25254766msb2020vol5n21180>
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66. <http://hdl.handle.net/10362/95522>
- Araújo, I., Jesus, R., Araújo, N., & Ribeiro, O. (2017). Percepção do apoio familiar do idoso institucionalizado com dependência funcional. *Enfermería Universitaria*, 14(2), 97–103. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.003>
- Araújo, M., & Martins, T. (2016). Avaliação dos cuidados: Considerações e Orientações para a prática. In T. Martins, M. Araújo, M. Peixoto, & P. Machado (Eds.), *A pessoa dependente & o familiar cuidador* (pp. 113–130). ESEP.
- Barbosa, B., Almeida, J., Barbosa, M., Rossi-Barbosa, L. (2014). Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Cien Saude Colet*, 19(8):3317-25. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.06322013>
- Barros, T., Santos, A., Gonzaga, J., Lisboa, M., & Brand, C. (2016). Capacidade funcional de idosos institucionalizados: revisão integrativa. *ABCS Health Sciences*, 41(3). <https://doi.org/10.7322/abcshs.v41i3.908>
- Bernardo, S., & Sá, M. (2018). Cross-cultural validation for the Portuguese population of the Care Dependency Scale for Rehabilitation. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (19), 137–146. <https://doi.org/10.12707/RIV18046>
- Brown, A. (2018). Saúde Mental e Bem-Estar entre Idosos em Instituições. In S. White (Ed.), *Cuidados Geriátricos: Tendências Atuais* (pp. 45–62).

- Cardoso, R., Caldas, C., Brandão, M., Souza, P., & Santana, R. (2022). Healthy aging promotion model referenced in Nola Pender's theory. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0373>
- Carvalho, D., Castro, L., Morita, A., Loyola, W., Fujisawa, D., & Probst, V. (2021). The impact of chronic obstructive pulmonary disease in patients' lives: The perception of the health professionals. *Physiotherapy Research International*, 26(1), e1886. <https://doi.org/10.1002/pri.1886>
- Colón-Emeric, C., Whitson, H., Pavon, J., & Hoenig, H. (2013). Functional decline in older adults. *Am Fam Physician*, 88(6), 388–394. <https://doi.org/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3955056/>
- Creutzberg, M., & Gonçalves, L. (2011). Acoplamento entre instituições de longa permanência para idosos e universidades. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13(4), 620–628. <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a05.htm>
- D'Agostini, C., & Zucchi, J. (2018). *Envelhecimento e instituição de longa permanência para idosos: institucionalização como processo final da vida?* [Poster presentation]. Seminário De Iniciação Científica E Seminário Integrado De Ensino, Pesquisa E Extensão. <https://periodicos.unoesc.edu.br/siepe/article/view/18237/9790>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 da Presidência do Conselho de Ministros, Diário da República: I série, no 157 (16 de Agosto) (2018). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Dijkstra, A., Buist, A. H., Dassen, T., & van den Heuvel, W. J. A. (2012). Het meten van zorgafhankelijkheid met de ZorgAfhankelijkheidsSchaal (ZAS): een handleiding [The measurement of care dependency with the Care Dependency Scale (CDS): a Manual]. Research Institute SHARE, UMCG/Rijksuniversiteit Groningen
- Dijkstra, A., Smith, J., & White, M. (2006). *Care Dependency Scale (CDS) A manual*. [www.care2share.eu](http://www.care2share.eu)
- Dijkstra, A., Suzuki, M., Kazimier, H., Fujiwara, M., & Saegusa, T. (2015). Relationship between care dependency and behavioral symptoms among elderly in-patients with Alzheimer's disease in Japan and the Netherlands. *SAGE Open Medicine*, 3, 205031211559042. <https://doi.org/10.1177/2050312115590425>

- Duque, A., Gruner, H., Clara, J., Ermida, J., & Veríssimo M. (2017). *Avaliação Geriátrica: Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina*. GERMI. [http://www.spmi.pt/wp-content/uploads/GERMI\\_36.pdf](http://www.spmi.pt/wp-content/uploads/GERMI_36.pdf)
- Eichhorn-Kissel, J., Dassen, T., & Lohrmann, C. (2010). The clinical utility of the Care Dependency Scale in rehabilitation: nurses' perception. *Journal of Research in Nursing, 15*(6), 547–561. <https://doi.org/10.1177/1744987110369461>
- Eichhorn-Kissel, J., Dassen, T., & Lohrmann, C. (2012). Responsiveness of the Care Dependency Scale for Rehabilitation (CDS-R). *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 26*(1), 194–202. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00907.x>
- Figueredo, D., & Jacob-Filho, W. (2018). Comparison between subjective and objective evaluations of self-care performance in elderly inpatients. *Einstein (São Paulo), 16*(1). <https://doi.org/10.1590/s1679-45082018ao3987>
- Fonseca, C., Correia, J., Redol, F., & Fernandes, C. (2018). Os Indicadores sensíveis dos cuidados de enfermagem de reabilitação, ao nível do autocuidado, nas pessoas com alterações do foro respiratório, revisão sistemática da literatura. *Journal of Aging and Innovation, 7*(1), 48–57. <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/10-processo-cir.pdf>
- Fortin, M.-F. (2009). *O processo de investigação: Da concepção à realização* (5th ed.). Lusociência.
- Fortin, M.-F., Côte, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Furtado, I., Velloso, I., & Galdino, C. (2021). Constituição do discurso da autonomia de idosos no cotidiano de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 24*(3). <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.200334>
- Gligor, L., & Domnariu, C. (2020). Patient care approach using nursing theories - comparative analysis of Orem's Self-Care Deficit Theory and Henderson's Model. *Acta Medica Transilvanica, 25*(2), 11–14. <https://doi.org/10.2478/amtsb-2020-0019>
- Granger, C., Hamilton, B., Keith, R., Zielezny, M., & Sherwin, F. (1986). Advances in functional assessment for medical rehabilitation. In *Topics on Geriatric Rehabilitation* (Vol. 1, pp. 59–74). Aspen Publishers, Inc.

[https://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/abstract/1986/04000/advances\\_in\\_functional\\_assessment\\_for\\_medical.7.aspx](https://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/abstract/1986/04000/advances_in_functional_assessment_for_medical.7.aspx)

Grupo de Projeto de Trabalho Colaborativo para a elaboração de um referencial de boas práticas na prestação de cuidados de saúde nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI). (2022). [https://www.igas.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/05/ERPI\\_Referencial\\_de\\_Boas\\_Praticas\\_VFinal.pdf](https://www.igas.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/05/ERPI_Referencial_de_Boas_Praticas_VFinal.pdf)

Grupo de Trabalho Interministerial. (2017). Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial: Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (Despacho n.º12427/2016). <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Henderson, V. (1958). Principios fundamentales de los cuidados de Enfermeria. *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana*, 217–240. <http://www.cij.gob.mx/tratamiento/pages/pdf/PRINCIPIOSBASICOS.pdf>

Hill, M., & Hill, A. (2016). *Investigação por questionário*. Lisboa: Silabo.

Hill, R., & Gregg, C. (2002). Older adults in residential care: a population at risk. In Hill, R., Thorn, B., Bowling, J., Morrison, A. *Geriatric Residential Care*. LEA: London. <https://www.routledge.com/Geriatric-Residential-Care/Hill-Thorn-Bowling-Morrison/p/book/9780805838473>

Imaginário, C., Rocha, M., Machado, P., Antunes, C., & Martins, T. (2020). Functional capacity and self-care profiles of older people in senior care homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(1), 69–77. <https://doi.org/10.1111/scs.12706>

Instituto de Segurança Social, I. P. (2011). *Estrutura Residencial para Idosos - Manual de Processos-Chave*. Instituto de Segurança Social, I.P. [https://www.seg-social.pt/documents/10152/13652/gqrs\\_lar\\_estrutura\\_residencial\\_idosos\\_Processos-Chave/1378f584-8070-42cc-ab8d-9fc9ec9095e4](https://www.seg-social.pt/documents/10152/13652/gqrs_lar_estrutura_residencial_idosos_Processos-Chave/1378f584-8070-42cc-ab8d-9fc9ec9095e4)

Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2010). *Classificação Portuguesa das Profissões*. INE.

[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt)

Instituto Nacional de Estatística (2020). *Projeções de população residente em Portugal*. Instituto Nacional de Estatística.

- [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUE\\_Sdest\\_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUE_Sdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)
- Instituto Nacional de Estatística (2021). *CENSOS 2021 — Provisional results*. Instituto Nacional de Estatística. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUE\\_Sdest\\_boui=526271534&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUE_Sdest_boui=526271534&DESTAQUESmodo=2)
- Instituto Nacional de Estatística (2022). *Anuário Estatístico de Portugal - 2021*. Instituto Nacional de Estatística, IP. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=6174083&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=6174083&PUBLICACOESmodo=2)
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser*. International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Jerez-Roig, J., Souza, D., Andrade, F., Filho, B., Medeiros, R., Oliveira, N., Neto, S., & Lima, K. (2016). Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. *Ciência & Saúde Coletiva*, *21*(11), 3367–3375. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.15562015>
- Júnior, C., & Reichenheim, M. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, *21*(1), 7–19. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100002>
- Khademian, Z., Kazemi Ara, F., & Gholamzadeh, S. (2020). The effect of self care education based on Orem’s nursing theory on quality of life and self-efficacy in patients with hypertension: A quasi-experimental study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, *8*(2), 140–149. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2020.81690.0>
- Laíns, J. (1990). *Guia para uso do Sistema Uniformizado de Dados para Reabilitação Médica*.
- Marques, F., Charlo, P., Pires, G., Radovanovic, C., Carreira, L., & Salci, M. (2022). Nursing diagnoses in elderly people with diabetes mellitus according to Orem’s Self-Care Theory. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *75*(suppl 4). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1171>
- Melo, I., Kubrusly, E., & Junior, A. (2011). Perfil das instituições de longa permanência para idosos no Estado de Alagoas no período de 2007 a 2008. *Epidemiologia e*

*Serviços de Saúde*, 20(1), 75–83. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742011000100009>

- Ministério da Segurança Social. (2012). Portaria 67/2012, de 21 de março. Diário da República: série I, n.º 58 (2012) <http://cnis.pt/respostas-sociais/idosos/erpi/>
- Olsen, C., Pedersen, I., Bergland, A., Enders-Slegers, M.-J., Jøranson, N., Calogiuri, G., & Ihlebæk, C. (2016). Differences in quality of life in home-dwelling persons and nursing home residents with dementia – a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 16(1), 137. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0312-4>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Ozveren, H., Faydali, S., Sasmaz, S., Dokuz, H., & Gulnar, E. (2021). Care dependency and quality of life in older adult patients. *International Journal of Caring Sciences*, 14(1), 319–325. [http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/34\\_gulnar\\_original\\_14\\_1.pdf](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/34_gulnar_original_14_1.pdf)
- Petronilho, F. (2007). *Preparação Do Regresso A Casa*. Formasau.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem: da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)*. FORMASAU - Formação e Saúde, Lda.
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de investigação e comunicação do conhecimento científico*. Lidel.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2017). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem* (10ª ed.). Artmed.
- Puto, G., Sowińska, I., Ścisło, L., Walewska, E., Kamińska, A., & Muszalik, M. (2021). Sociodemographic factors affecting older people's care dependency in their daily living environment according to Care Dependency Scale (CDS). *Healthcare*, 9(2), 114. <https://doi.org/10.3390/healthcare9020114>

- Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: II série, n.º 85 (03 de Maio) (2019).  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>
- Retificação do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, Jornal Oficial da União Europeia L 127/2 (23 de Maio de 2018).  
[https://www.sg.pcm.gov.pt/media/33583/01pdf\\_dados.pdf](https://www.sg.pcm.gov.pt/media/33583/01pdf_dados.pdf)
- Ribeiro, O., & Pinto, C. (2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 27–36.  
<https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.07.001>
- Rodrigues, V., Costa, C., Carvalho, A., Vidal, M., Caiado, M., Antunes, C., Almeida, A., & Almeida, C. (2019). Solidão no Idoso Institucionalizado com Dependência Funcional. *Motricidade*, 15(4), 36–40.
- Sá, P. (2018). *Envelhecimento e qualidade de vida– discursos políticos e narrativas de grupos de idosos sobre os seus quotidianos* [Master Thesis, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/117836/2/304183.pdf>
- Santa Casa da Misericórdia. (2020). *Políticas Públicas na Longevidade*. Edições Santa Casa.
- Santos, G., Bjaije, J., Sabino, L., Porto, M., & Pegoraro, V. (2019). A fragilidade da população idosa. *Revista Brasileira de Ciências Do Envelhecimento Humano*, 16(1), 50–53. <https://doi.org/10.5335/rbceh.v16i1.10244>
- Santos, J., Costa, F., Oliveira, A., Júnior, C., Neto, A., Silva, D., & Souza, L. (2020). Avaliação da independência funcional e percepção da qualidade de vida de idosas praticantes de atividades físicas: um estudo piloto. *Motricidade*, 16(S1), 64–71.  
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.22280>
- Santos, T. (2021). Institucionalização de idosos: Principais motivos que aumentam a demanda. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7(9), 502–512. <https://doi.org/10.51891/rease.v7i9.2232>
- Schüssler, S., Dassen, T., & Lohrmann, C. (2015). Comparison of care dependency and related nursing care problems between Austrian nursing home residents with and

- without dementia. *European Geriatric Medicine*, 6(1), 46–52.  
<https://doi.org/10.1111/JOCN.123841>
- Schüssler, S., Dassen, T., & Lohrmann, C. (2016). Care dependency and nursing care problems in nursing home residents with and without dementia: a cross-sectional study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 28(5), 973–982.  
<https://doi.org/10.1007/s40520-014-0298-8>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel.
- Silva, J., & Reis, R. (2020). Capacidade de autocuidado de pessoas idosas hospitalizadas. *Enfermagem Brasil*, 19(5), 381–393. <https://doi.org/10.33233/eb.v19i5.3968>
- Silva, M., Nogueira, V., & Souza, C. (2021). Importância do enfermeiro na promoção da qualidade de vida do idoso. *Scire Salutis*, 12(1), 190–198.  
<https://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2022.001.0021>
- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 35–44.  
<https://www.researchgate.net/publication/337313131>
- Simões, A., Ferreira, P., & Dourado, M. (2018). Medição da autonomia em atividades da vida diária. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(1), 9–15.  
<https://doi.org/10.1159/000492139>
- Souza, A., Hammerschmidt, K., Betioli, S., Paula, A., Paes, R., & Fugaça, N. (2022). Teoria do autocuidado de Orem nas teses de enfermagem brasileira: Estudo bibliométrico. *Revista Nursing*, 25(288), 7731–7742.
- Steverink, N., Lindenberg, S. (2006). Which social needs are important for subjective well-being? What happens to them with aging? *Psychol Aging*, 21(2), 281–290.  
[https://doi: 10.1037/0882-7974.21.2.281](https://doi:10.1037/0882-7974.21.2.281)
- Tibana, R., Vieira, D., Tajra, V., Nascimento, D., Farias, D., Silva, A., Teixeira, T., Prestes, J., Karnikowski, M., Funghetto, S., de Oliveira, R. J., Fonseca, R. M. C., & James Navalta. (2013). Decreased functional capacity and muscle strength in elderly women with metabolic syndrome. *Clinical Interventions in Aging*, 1377.  
<https://doi.org/10.2147/CIA.S50333>

- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: Demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 548–554. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>
- World Health Organization (WHO). (2010). *A healthy lifestyle - WHO recommendations*. WHO. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle--who-recommendations>
- World Health Organization (WHO). (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. World Health Organization. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf.;jsessionid=F338CBC315CA616E5CD2C0E062664521?sequence=6](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf.;jsessionid=F338CBC315CA616E5CD2C0E062664521?sequence=6)
- World Health Organization (WHO). (2018). *Age-friendly Environments*. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/age-friendly-environments>
- World Health Organization (WHO). (2022). *WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>

## **ANEXOS**

ANEXO I – Declaração de Autorização de Utilização da EDC-R



**Sara Bernardo**

Para: Marta Pereira >

12/11/22



Boa tarde Sra Enf Ana Marta

O meu principal objectivo com a tradução e validação para a população portuguesa da escala Care Dependency Scale for Rehabilitation (CDS-R) é que esta possa ser um instrumento útil para todos os profissionais (e utentes) que a utilizam, por isso, autorizo que a utilize no estudo que pretende realizar.

Aproveito para lhe comunicar que a minha tese de mestrado (que consistiu na tradução e validação da CDS-R) se encontra disponível no repositório científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra sob o título "Independência/Autonomia da pessoa em processos de transição de saúde."

Após a sua validação a escala passou a denominar-se Escala de Dependência de Cuidados em Reabilitação (EDC-R), que se encontra em anexo.

Peço-lhe que, após a conclusão da sua tese, me dê conhecimento da mesma, assim como se publicar um artigo científico sobre o seu estudo.

Votos de um excelente trabalho.

Com os melhores cumprimentos  
Sara Rita da Fonseca Bernardo

Carreiró <[carreiro@esenfc.pt](mailto:carreiro@esenfc.pt)> escreveu no dia quarta, 9/11/2022 à(s) 19:26:



EDC-R.pdf  
199 KB

ANEXO II – Declaração de Autorização do Local onde se realizou o Estudo

Perfil de autocuidado e dependência em cuidados de enfermagem de reabilitação do idoso institucionalizado

Título do estudo de investigação

### **Responsável pela Instituição**

Na qualidade de Responsável, declaro que autorizo a realização do Estudo de Investigação acima mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

A Instituição:

[Redacted]

Nome da Instituição

[Redacted]

Nome do Responsável da Instituição

01 / 11 / 2012

[Redacted]

ANEXO III - Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Santa Maria

## **Comissão de Ética - CE2023-15.01 - Parecer**

Ex.mo(a) Sr.(a),

Sendo que V. Ex.a se encontra identificada como Investigador Principal, incumbe-me a Presidente da Comissão de Ética da ESSSM de informar que foi emitido um parecer favorável à realização do projeto de investigação.

Mais informo que para efeitos de identificação deste parecer no estudo de investigação é suficiente mencionar o código CE2023/15.01.

## **APÊNDICES**

APÊNDICE I – Formulário de Colheita de Dados

PERFIL DE AUTOCUIDADO E DEPENDÊNCIA EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

CÓDIGO ATRIBUÍDO \_\_\_\_\_

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE SANTA MARIA**  
**2ºCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**TÍTULO DE INVESTIGAÇÃO:**

PERFIL DE AUTOCUIDADO E DEPENDÊNCIA EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

**INVESTIGADORA:**

ANA MARTA BARBOSA DA VEIGA PEREIRA CARVALHO

**EQUIPA PEDAGÓGICA DE ORIENTAÇÃO:**

PROF. TÂNIA RODRIGUES E PROF. CATARINA RIBEIRO

**CONTACTO TELEFÓNICO:**



**E-MAILS:**



**GRUPO I – INFORMAÇÃO PESSOAL**

CÓDIGO ATRIBUÍDO \_\_\_\_\_

DATA DE COLHEITA DE DADOS \_\_\_\_\_

## GRUPO II – INFORMAÇÃO GERAL

### CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

**1. Sexo:**

- Feminino
- Masculino

**2. Idade:** \_\_\_\_\_(anos)

**3. Estado civil:**

- Solteiro (a)
- Casado (a)/ União de facto
- Viúvo(a)
- Divorciado (a)

**4. Escolaridade:**

- Não sabe ler
- Ensino básico
- 2ª ciclo
- 3ª ciclo
- Ensino secundário
- Licenciatura/ Bacharelato
- Mestrado/ Doutoramento

**5. Profissão desempenhada anteriormente:** \_\_\_\_\_

**6. Convivente significativo:**

**Sim**

**Não**

**7. Tempo de institucionalização:** \_\_\_\_\_ (anos e meses)

**8. Motivo de institucionalização:**

- Vontade própria
- Episódios de quedas frequentes
- Agravamento do estado de saúde após doença

- Comprometimento cognitivo
- Internamento compulsivo/negligência
- Incapacidade/ Dificuldade em realizar as atividades de vida diárias
- Fatores Financeiros
- Outras \_\_\_\_\_

## CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

9. IMC: \_\_\_\_\_ (Kg/m<sup>2</sup>)

**10. Antecedentes de Saúde:**

- Hipertensão Arterial
- Acidente Vascular Cerebral
- Hábitos Tabágicos
- Traumatismo cranioencefálico
- Doença Respiratória
- Obesidade
- Diabetes *Mellitus*
- Hábitos Etílicos
- Doença Psiquiátrica
- Cirurgia Recente

**11. Tem feridas?**

- Sim
- Não

**12. Tem alteração da acuidade auditiva?**

- Sim
- Não

**13. Tem alteração da acuidade visual?**

- Sim
- Não

**14. Utiliza ajuda técnicas?**

- Sim
- Não

**15. Faz medicação habitualmente:**

PERFIL DE AUTOCUIDADO E DEPENDÊNCIA EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

CÓDIGO ATRIBUÍDO \_\_\_\_\_

- Sistema Cardiovascular
- Sistema Respiratório
- Sistema Digestivo
- Sistema Nervoso Central
- Sistema Endócrino
- Sistema Esquelético
- Sistema Muscular
- Sistema Imunológico
- Sistema Sensorial
- Sistema Tegumentar

Outro \_\_\_\_\_

**GRUPO III – AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO, ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS E DA DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**ÍNDICE DE BARTHEL**

Versão original de Mahoney FI, Barthel D (1965)

<b>1. Alimentação</b> INDEPENDENTE (Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável) NECESSITA DE AJUDA (Necessita de ajuda para cortar os alimentos, levar à boca, etc.) DEPENDENTE	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
<b>2. Vestir e despir</b> INDEPENDENTE (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.) NECESSITA DE AJUDA (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo) DEPENDENTE	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
<b>3. Banho</b> INDEPENDENTE (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros) DEPENDENTE	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
<b>4. Higiene Corporal</b> INDEPENDENTE (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba) DEPENDENTE	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
<b>5. Uso da Casa de Banho</b> INDEPENDENTE (Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho) NECESSITA DE AJUDA (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa) DEPENDENTE	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
<b>6. Controlo Intestinal</b> INDEPENDENTE (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-lo sozinho) INCONTINENTE OCASIONAL (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas e clisteres) INCONTINENTE FECAL	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
<b>7. Controlo Vesical</b> INDEPENDENTE (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector, fá-lo sozinho) INCONTINENTE OCASIONAL (Episódios ocasionais de incontinência, necessita de ajuda para uso de cateter vesical e saco colector) INCONTINENTE OU ALGALIADO	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
<b>8. Subir Escadas</b> INDEPENDENTE (Sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio) NECESSITA DE AJUDA (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas) DEPENDENTE	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
<b>9. Transferência Cadeira-Cama</b> INDEPENDENTE (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa cadeira de rodas, transfere-se sozinho) NECESSITA DE AJUDA MÍNIMA (Ajuda mínima e supervisão) NECESSITA DE GRANDE AJUDA (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência) DEPENDENTE	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
<b>10. Deambulação</b> INDEPENDENTE (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas) NECESSITA DE AJUDA (Caminha 50 metros com ajuda ou supervisão) INDEPENDENTE COM CADEIRA DE RODAS (anda pelo menos 50 metros) DEPENDENTE	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
<b>Total</b>	

**ESCALA DE DEPENDÊNCIA EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO (EDC – R)**

<b>ITENS</b>	
<b>A – Comer e beber – Avalia em que medida é capaz de comer e beber, bem como preparar a comida/bebida, de forma independente</b>	
1	Totalmente dependente – Não é capaz de preparar as refeições e de comer/beber de forma independente e não é capaz de assegurar que come e bebe o suficiente. Necessita sempre de ajuda total.
2	Dependente em grau elevado – É capaz, de forma limitada, de garantir que come e bebe o suficiente. Não é capaz de preparar as refeições/bebidas sem uma ajuda considerável (por exemplo: devido a parésia) mas é capaz de comer/beber de forma independente.
3	Parcialmente dependente – Até determinado ponto, é capaz de preparar refeições e comer/beber, e é capaz de garantir que come e bebe o suficiente. No entanto, necessita de ajuda moderada (por exemplo: cortar alimentos).
4	Dependente em grau reduzido – É capaz de preparar refeições e comer/beber, e é capaz de garantir que come e bebe o suficiente. No entanto, necessita de ajuda mínima (por exemplo: abrir garrafas ou orientações dietéticas).
5	Praticamente independente - É capaz de preparar as refeições e comer/beber de forma independente, sem necessidade de ajuda. É capaz de garantir que come e bebe de forma suficiente todos os dias.
<b>B – Continência – Avalia em que medida é capaz de controlar a micção e a dejeção de forma voluntária e tomar as medidas apropriadas</b>	
1	Totalmente dependente – Não é capaz de avisar quando sente a necessidade de urinar ou defecar nem é capaz de manter a continência. Consequentemente, é sempre incontinente.
2	Dependente em grau elevado – Não é capaz de usar a casa de banho sem ajuda. Mas, pontualmente, é capaz de avisar quando sente a necessidade de urinar ou defecar. Necessita de ajuda considerável para usar dispositivos de apoio (por exemplo: parésias).
3	Parcialmente dependente – É capaz de avisar quando sente a necessidade de urinar ou de defecar e, quase sempre, é capaz de manter a continência. No entanto, necessita de ajuda moderada para usar dispositivos de apoio.
4	Dependente em grau reduzido – É capaz de controlar a micção e a dejeção voluntariamente e tomar as medidas apropriadas. No entanto, necessita de ajuda mínima (por exemplo: instruções) para usar dispositivos de apoio.
5	Praticamente independente – É capaz de controlar a micção e a dejeção voluntariamente e tomar as medidas apropriadas sem necessidade de ajuda. No caso de precisar de dispositivos de apoio, é capaz de usá-los.
<b>C – Postura Corporal – Avalia em que medida é capaz de adotar posições apropriadas para determinadas atividades.</b>	
1	Totalmente dependente - Devido à situação de doença, não é capaz de adotar posições apropriadas para determinadas atividades. Necessita sempre de ajuda total para mudar de posição corporal ou usar dispositivos de apoio.
2	Dependente em grau elevado – É capaz, de forma limitada, de adotar ou manter posições apropriadas para determinadas atividades. Necessita de ajuda considerável para mudar de posição corporal ou usar dispositivos de apoio.
3	Parcialmente dependente - É capaz de adotar ou manter posições apropriadas para determinadas atividades. No entanto, necessita de ajuda moderada para mudar de posição corporal ou usar dispositivos de apoio.
4	Dependente em grau reduzido - É capaz de adotar ou manter posições apropriadas para determinadas atividades. No entanto, necessita de ajuda mínima (por exemplo: instruções) para usar dispositivos de apoio.
5	Praticamente independente - É capaz de adotar ou manter posições apropriadas para determinadas atividades, sem ajuda.

PERFIL DE AUTOCUIDADO E DEPENDÊNCIA EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

CÓDIGO ATRIBUÍDO \_\_\_\_\_

<b>D - Mobilidade - Avalia em que medida é capaz de movimentar-se independentemente e sem ajuda.</b>	
1	Totalmente dependente – Devido a doença, encontra-se imóvel e não é capaz de se mover sem ajuda. Neste sentido, necessita sempre de ajuda total para se movimentar.
2	Dependente em grau elevado – É capaz, de forma limitada, de andar curtas distâncias. Neste sentido, necessita de ajuda considerável para andar ou usar dispositivos de apoio.
3	Parcialmente dependente – É capaz de andar curtas distâncias, de forma independente. Contudo, necessita de ajuda moderada para andar distâncias maiores, subir/descer escadas ou usar dispositivos de apoio.
4	Dependente em grau reduzido - É capaz de andar diferentes distâncias e subir/descer escadas de forma segura. Contudo, necessita de ajuda mínima (por exemplo: instruções) para usar dispositivos de apoio.
5	Praticamente independente – É capaz de andar diferentes distâncias e subir/descer escadas de forma segura, sem necessidade de ajuda. No caso de necessitar de dispositivos de apoio, é capaz de usá-los de forma independente e sem ajuda.
<b>E - Padrão de sono/vigília - Avalia em que medida é capaz de manter um ciclo dia/noite adequado, de forma independente.</b>	
1	Totalmente dependente – Não é capaz de dormir o suficiente à noite e ser adequadamente ativo durante o dia (por exemplo: estado confusional).
2	Dependente em grau elevado – Dorme durante longos períodos durante o dia e pouco tempo durante a noite. Necessita de ajuda considerável para manter o ciclo dia/noite adequado.
3	Parcialmente dependente – Devido a doença (por exemplo: depressão), necessita de considerável apoio e de motivação de forma a manter-se ativo durante o dia e a dormir o suficiente durante a noite.
4	Dependente em grau reduzido – Por vezes tem dificuldade em iniciar ou conciliar o sono durante a noite. Necessita de ajuda mínima (por exemplo: falar/desabafar com alguém).
5	Praticamente independente - É capaz de dormir o suficiente durante a noite e é adequadamente ativo durante o dia.
<b>F - Vestir-se e Despir-se - Avalia em que medida é capaz de vestir-se e despir-se sem necessitar de ajuda.</b>	
1	Totalmente dependente – Não é capaz de vestir-se e despir-se. Como tal, necessita sempre de ajuda total.
2	Dependente em grau elevado – É capaz, de forma limitada, de vestir-se e despir-se sozinho. Portanto, necessita de ajuda considerável para realizar as tarefas necessárias (por exemplo: parésia).
3	Parcialmente dependente – Na maior parte das vezes, é capaz de vestir-se e despir-se sozinho. No entanto, necessita de ajuda moderada para realizar as tarefas necessárias (por exemplo: tremores).
4	Dependente em grau reduzido - É capaz de vestir-se e despir-se sozinho. Contudo, por vezes necessita de ajuda mínima (por exemplo: instruções) para realizar tarefas que envolvam motricidade fina.
5	Praticamente independente - É capaz de vestir-se e despir-se sozinho no espaço de tempo adequado e é capaz de escolher a roupa adequada atendendo às condições climatéricas e a ocasião.
<b>G - Temperatura Corporal - Avalia em que medida é capaz de proteger a temperatura corporal de influências externas.</b>	
1	Totalmente dependente – Não é capaz de detetar alterações da temperatura e tomar as medidas apropriadas. Como tal, necessita sempre de ajuda total.
2	Dependente em grau elevado – É, de forma limitada, capaz de detetar alterações da temperatura e tomar as medidas apropriadas. Neste sentido, necessita de ajuda considerável e instruções/aconselhamento (por exemplo: perturbações sensoriais).
3	Parcialmente dependente – É capaz de detetar alterações da temperatura e tomar as medidas apropriadas. No entanto, necessita de ajuda moderada (por exemplo: pedir cobertores).
4	Dependente em grau reduzido - É capaz de detetar alterações da temperatura e tomar as medidas apropriadas. No entanto, necessita de ajuda mínima (por exemplo: vestir um casaco).
5	Praticamente independente - É capaz de detetar alterações na temperatura e tomar as medidas apropriadas.

<b>H – Higiene - Avalia em que medida é capaz de cuidar da sua higiene pessoal.</b>	
1	Totalmente dependente – Não é capaz de cuidar da sua higiene pessoal. Portanto, necessita sempre de ajuda total.
2	Dependente em grau elevado – É capaz de lavar sozinho, com uma pequena ajuda, a parte superior do corpo, mas necessita de ajuda considerável para lavar a parte inferior do corpo.
3	Parcialmente dependente – É capaz de cuidar de grande parte da sua higiene pessoal. No entanto, necessita de ajuda moderada.
4	Dependente em grau reduzido - É capaz de cuidar da sua higiene pessoal. Contudo, necessita de ajuda mínima (por exemplo: lavar as costas ou os pés).
5	Praticamente independente – É capaz de cuidar da sua higiene pessoal num espaço de tempo adequado.
<b>I - Evitar Perigos - Avalia em que medida é capaz de garantir a sua segurança e reconhece possíveis situações de perigo (por exemplo: quedas, queimaduras).</b>	
1	Totalmente dependente – Não é capaz de reconhecer situações de perigo à sua volta de forma adequada (por exemplo: estado confusional). Como tal, necessita sempre de ajuda total para evitar perigos.
2	Dependente em grau elevado – É capaz, de forma limitada (por exemplo: mobilidade ou visão reduzida), de reconhecer situações de perigo à sua volta e tomar medidas adequadas. Como tal, necessita de ajuda considerável.
3	Parcialmente dependente – É capaz de reconhecer situações de perigo à sua volta. No entanto, só em certa medida, é capaz de reagir adequada e atempadamente. Neste sentido, necessita de ajuda moderada (por exemplo: ajuda de terceiros).
4	Dependente em grau reduzido - É capaz de reconhecer situações de perigo à sua volta. No entanto, ocasionalmente, necessita de ajuda mínima (por exemplo: instruções) para evitar perigos.
5	Praticamente independente – É capaz de reconhecer situações de perigo à sua volta e rapidamente tomar medidas adequadas, sem necessitar de ajuda.
<b>J – Comunicação - Avalia em que medida é capaz de comunicar com outros verbalmente (discurso) e não-verbalmente (por exemplo: gestos, expressão facial).</b>	
1	Totalmente dependente – Não é capaz de ouvir o que é dito e/ou compreender o seu conteúdo e não é capaz de comunicar com outros verbal e não-verbalmente.
2	Dependente em grau elevado - É capaz, de forma limitada, de ouvir o que é dito e/ou compreender o seu conteúdo, e de comunicar com outros verbal e não-verbalmente (por exemplo: distúrbios da fala). Como tal, necessita de ajuda considerável.
3	Parcialmente dependente – Até determinado ponto, é capaz de ouvir o que é dito (por exemplo: diminuição da acuidade auditiva) e é capaz de compreender o seu conteúdo e de comunicar com outros verbal e não-verbalmente. Neste sentido, necessita de supervisão, instruções/aconselhamento e ajuda moderada.
4	Dependente em grau reduzido - É capaz de ouvir o que é dito e/ou compreender o seu conteúdo e de comunicar com outros verbal e não-verbalmente. No entanto, necessita de ajuda mínima (por exemplo: colocar aparelho auditivo).
5	Praticamente independente - É capaz de ouvir o que é dito e/ou compreender o seu conteúdo e de comunicar com outros verbal e não-verbalmente.
<b>K - Interação Social - Avalia em que medida é capaz de interagir com os outros, independentemente e de forma adequada.</b>	
1	Totalmente dependente – Não é capaz de interagir com os outros de forma socialmente adequada. Como tal, necessita sempre de ajuda total.
2	Dependente em grau elevado – É capaz de interagir com um número limitado de pessoas mas necessita de ajuda considerável (por exemplo: apoio e vigilância devido a cegueira).
3	Parcialmente dependente – Devido a doença (por exemplo: mobilidade reduzida), é capaz de interagir com um número limitado de pessoas, mas necessita de ajuda moderada.
4	Dependente em grau reduzido - É capaz de interagir com os outros, mas necessita de ajuda mínima (por exemplo: diminuição da acuidade visual).

PERFIL DE AUTOCUIDADO E DEPENDÊNCIA EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

CÓDIGO ATRIBUÍDO \_\_\_\_\_

5	Praticamente independente – É capaz de interagir com os outros, independentemente e de forma adequada.
<b>L - Conceito de regras e valores - Avalia em que medida é capaz de reconhecer regras e valores e de agir socialmente de forma adequada.</b>	
1	Totalmente dependente – Não é capaz de reconhecer regras e valores para agir de forma socialmente adequada. Como tal, necessita sempre de ajuda total.
2	Dependente em grau elevado – É capaz, de forma limitada (por exemplo: estado confusional), de reconhecer regras e valores e de agir socialmente de forma adequada. No entanto, necessita de ajuda considerável.
3	Parcialmente dependente – Devido a doença (por exemplo: alterações da memória) é capaz de reconhecer regras e valores e de agir socialmente de forma adequada. No entanto, necessita de ajuda moderada (por exemplo: informação repetida).
4	Dependente em grau reduzido – É capaz de reconhecer regras e valores e de agir socialmente de forma adequada. Necessita de ajuda mínima (por exemplo: instruções em situações novas).
5	Praticamente independente – É capaz de reconhecer regras e valores e de agir socialmente de forma adequada.
<b>M - Atividades instrumentais - Avalia em que medida é capaz de lidar com desafios e realizar atividades instrumentais (por exemplo: telefonar, marcar consultas, ir ao cabeleireiro)</b>	
1	Totalmente dependente – Não é capaz de realizar e gerir atividades instrumentais de forma independente (por exemplo: estado confusional). Neste sentido, necessita sempre de ajuda total.
2	Dependente em grau elevado – É capaz, de forma limitada (por exemplo: parésia), de realizar e gerir atividades instrumentais. Neste sentido, necessita de ajuda considerável.
3	Parcialmente dependente – É capaz de realizar e gerir a maior parte das atividades instrumentais de forma independente. Neste sentido, necessita de ajuda moderada (por exemplo: apoio na deslocação).
4	Dependente em grau reduzido – É capaz de realizar e gerir atividades instrumentais de forma independente. No entanto, necessita de ajuda mínima (por exemplo: instruções).
5	Praticamente independente – É capaz de realizar e gerir atividades instrumentais de forma independente.
<b>N - Atividades Recreativas - Avalia em que medida é capaz de usar racionalmente o tempo livre nas instalações que frequenta e participar nas atividades recreativas/ocupacionais disponíveis.</b>	
1	Totalmente dependente – Não é capaz de organizar e usar racionalmente o tempo livre nas instalações que frequenta e participar nas atividades recreativas/ocupacionais disponíveis (por exemplo: tetraplegia). Como tal, necessita sempre de ajuda total.
2	Dependente em grau elevado – É capaz, de forma limitada, de organizar e usar racionalmente o tempo livre nas instalações que frequenta e participar nas atividades recreativas/ocupacionais disponíveis. No entanto, necessita de ajuda considerável (por exemplo: motivação substancial, instrução e aconselhamento devido a humor depressivo).
3	Parcialmente dependente – É capaz de organizar e usar racionalmente o tempo livre nas instalações que frequenta e participar nas atividades recreativas/ocupacionais disponíveis. No entanto, necessita de ajuda moderada (por exemplo: para gerir a situação que limita a participação).
4	Dependente em grau reduzido – É capaz de organizar e usar racionalmente o tempo livre nas instalações que frequenta e participar nas atividades recreativas/ocupacionais disponíveis. No entanto, necessita de ajuda mínima (por exemplo: usar o comando).
5	Praticamente independente – É capaz de organizar e usar racionalmente o tempo livre nas instalações que frequenta e participar nas atividades recreativas/ocupacionais disponíveis, sem ajuda.
<b>O - Capacidade de Aprender - Avalia em que medida é capaz de adquirir e/ou reter conhecimentos/competências que aprendeu anteriormente.</b>	
1	Totalmente dependente - Não é capaz de adquirir, reter e colocar em prática novos conhecimentos/competências. Como tal, necessita sempre de ajuda total.

PERFIL DE AUTOCUIDADO E DEPENDÊNCIA EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

CÓDIGO ATRIBUÍDO \_\_\_\_\_

2	Dependente em grau elevado – É capaz, de forma limitada, de adquirir e reter novos conhecimentos/competências. Necessita de ajuda considerável para aprender coisas novas gradualmente e colocá-las em prática (por exemplo: instrução e treino consideráveis no caso de demência).
3	Parcialmente dependente – É capaz de adquirir e reter novos conhecimentos/competências. No entanto, necessita de ajuda moderada para colocar os conhecimentos/competências em prática (por exemplo: repetidas instruções e treino na utilização de produtos de apoio).
4	Dependente em grau reduzido - É capaz de adquirir, reter e pôr em prática novos conhecimentos/competências. No entanto, necessita de ajuda mínima (por exemplo: instrução repetida).
5	Praticamente independente – É capaz de adquirir, reter e colocar em prática novos conhecimentos/competências.
<b>P - Capacidade de adaptação - Avalia em que medida é capaz de lidar com a sua situação atual/doença, emocional e psicologicamente.</b>	
1	Totalmente dependente – Não é capaz de lidar com a sua situação atual/doença, emocional e psicologicamente.
2	Dependente em grau elevado - É capaz, de forma limitada, de lidar com a sua situação atual/doença, emocional e psicologicamente. Como tal, necessita de ajuda considerável (por exemplo: motivação e vigilância devido a humor depressivo).
3	Parcialmente dependente - É capaz, por vezes, de lidar com a sua situação atual/doença, emocional e psicologicamente através do diálogo com familiares. No entanto, necessita de ajuda moderada (por exemplo: motivação para participar em atividades terapêuticas ou recreativas).
4	Dependente em grau reduzido - É capaz de lidar com a sua situação atual/doença, emocional e psicologicamente. No entanto, necessita de uma ajuda mínima (por exemplo: recorrer a uma consulta).
5	Praticamente independente – É capaz de lidar com a sua situação atual/doença, emocional e psicologicamente, através do diálogo com familiares ou profissionais, ou participando em atividades terapêuticas ou recreativas.

Total da escala: \_\_\_\_\_

A investigadora: \_\_\_\_\_

APÊNDICE II – Documento de Informação ao Participante

Excelentíssimo(a) Senhor(a),

Vimos por este meio convidá-lo(a) a participar no estudo acima referido.

Para que possa tomar uma decisão informada **CARO PARTICIPANTE**,

Previamente à decisão de participar ou não no estudo em questão, deve compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, os riscos e os benefícios da sua colaboração. Peço que leia todo o documento e se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretender antes de aceitar fazer parte do estudo.

O meu nome é Ana Marta Carvalho e encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Saúde de Santa Maria. Neste momento, estou a desenvolver um estudo na área da pessoa idosa institucionalizada, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tânia Rodrigues e coorientação da Prof.<sup>a</sup> Catarina Ribeiro.

O estudo que se intitula “Perfil de autocuidado e dependência em cuidados de enfermagem de reabilitação do idoso institucionalizado”, tem por objetivo caracterizar o idoso institucionalizado numa estrutura residencial para Pessoas Idosas, avaliar o nível de dependência dos cuidados de enfermagem de reabilitação e o grau de dependência para o autocuidado dos idosos institucionalizados.

Esta investigação demonstra-se de particular importância considerando que a identificação das reais necessidades dos indivíduos potencia a implementação de intervenções holísticas e específicas para a condição de cada pessoa. As necessidades da pessoa idosa institucionalizada, no domínio do autocuidado e dependência em cuidados de enfermagem de reabilitação, são frequentemente observadas, dado o aumento da longevidade, mas também, das mais difíceis de atender. Abrem-se, portanto, novas possibilidades no campo da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, particularmente na proposta de linhas orientadoras para uma prática efetiva de cuidados em enfermagem de reabilitação, no idoso institucionalizado. Assim sendo, o mapeamento dos cuidados necessários a estes doentes é indispensável para a formação neste campo e para o desenvolvimento das competências profissionais.

Esta investigação tem aprovação do Responsável da Instituição e da Comissão de Ética para a Saúde da Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Para a recolha da informação utilizar-se-á um formulário de colheita de dados, composto por uma caracterização sociodemográfica e clínica, o Índice de Barthel e a Escala de Dependência de Cuidados em Reabilitação (EDC-R).

A sua participação no estudo é voluntária, tendo tempo para refletir sobre o pedido de participação, inclusive poder ouvir opinião de outros. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento. A realização do estudo poderá permitir para uma maior e melhor adequação dos cuidados às necessidades do utente.

Comprometo-me a respeitar a confidencialidade, a prestar todas as informações que entenda necessárias, a disponibilizar os resultados do estudo no final do mesmo, desde que o requeiram. Em qualquer momento da sua participação pode terminar a sua colaboração, devendo para tal contactar-me através do contacto eletrónico:



Grata pela sua colaboração.

A investigadora,

---

(Ana Marta Barbosa da Veiga Pereira Carvalho)

Porto, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

APÊNDICE III- Declaração de Consentimento Informado

A Declaração de Consentimento Informado deve ser específica do estudo de investigação (o modelo deve ser adaptado ao estudo de investigação em causa, acrescentando outros dados considerados pertinentes ou eliminando partes não aplicáveis). Compete ao Investigador Principal prestar aos participantes do estudo as informações necessárias ao consentimento livre e esclarecido.

**Declaração de Consentimento Informado**

Conforme a lei 67/98 de 26 de Outubro e a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000; Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008, Fortaleza 2013). [conforme o caso]

Perfil de autocuidado e dependência em cuidados de enfermagem de reabilitação do idoso institucionalizado

Título do estudo de investigação

Eu, abaixo-assinado [NOME COMPLETO DO PARTICIPANTE DO ESTUDO] ou Eu, abaixo-assinado [NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL DO PARTICIPANTE DO ESTUDO], na qualidade de representante legal de [NOME COMPLETO DO PARTICIPANTE DO ESTUDO]: [conforme o caso]

Fui informado de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a caracterizar o idoso institucionalizado, avaliar o nível de dependência dos cuidados de enfermagem de reabilitação e grau de dependência para o autocuidado do idoso institucionalizado do idoso nesta Estrutura Residencial para Pessoas Idosas.

Sei que neste estudo está prevista a realização de um formulário que compreende uma caracterização sociodemográfica e clínica, a Escala de Dependência de Cuidados em Reabilitação (EDC-R) e o Índice de Barthel tendo-me sido explicado em que consistem.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes do estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de efetuar perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado ou Autorizo de livre vontade a participação daquele que legalmente represento no estudo acima mencionado. [conforme o caso]

Autorizo, também, a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo a confidencialidade e o anonimato.

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura

O Investigador Principal: Ana Marta Barbosa da Veiga Pereira Carvalho,



\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Data

|

\_\_\_\_\_  
Assinatura