



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

Síndrome de fragilidade e resultados adversos consequentes da institucionalização: um estudo de caso numa ERPI

Departamento de Educação, Desporto e Intervenção Social

Mestrado em Gerontologia Social

Carolina Cunha Mendes

Coimbra, 2022



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

Carolina Cunha Mendes

Síndrome de fragilidade e resultados adversos consequentes da institucionalização: um estudo
de caso numa ERPI

Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, apresentada ao Departamento de Educação,
Desporto e Intervenção Social da Escola Superior de Educação de Coimbra para obtenção do
grau de Mestre

Constituição do júri

Presidente: Professora Doutora Filipa Daniela Correia Marques

Arguente: Professora Doutora Ana Carolina Morgado Ferreira de Frias

Coorientador: Professor Doutor João Paulo de Almeida Tavares

Junho, 2022

Agradecimentos

Agradeço aos meus orientadores, Professora Doutora Sofia Silva e Professor Doutor João Tavares, pelo acompanhamento, incentivo e ajuda imprescindível durante todo este percurso de aprendizagem.

À instituição onde realizei o estudo, por me terem permitido a sua realização, pelo apoio e disponibilidade prestados durante todo o processo.

Aos idosos e familiares que aceitaram participar de forma voluntária no estudo, pois sem eles nada disto seria possível!

Aos meus pais, os meus pilares e maior inspiração de vida, por todo o amor, força e motivação que me foram transmitindo ao longo deste desafio e por nunca me deixarem desistir!

Ao meu namorado, pela paciência, carinho e confiança que me foi presenteando!

A todas as pessoas que colaboraram direta e indiretamente, para que este objetivo fosse possível de concretizar!

A todos o meu muito obrigada!

Síndrome de fragilidade e resultados adversos consequentes da institucionalização: um estudo de caso numa ERPI

Resumo

A síndrome de fragilidade (SF) é uma das síndromes geriátricas mais prevalentes na sociedade, resultado da acumulação de défices clínicos e estritamente relacionados com o envelhecimento. A presença desta síndrome nas pessoas idosas tem sido assinalada como preditor de institucionalização, enquanto o próprio processo de institucionalização tem sido visto como um preditor de fragilidade. De facto, a institucionalização é considerada um fator facilitador para a ocorrência de resultados adversos para a saúde. O presente estudo objetivou analisar a prevalência de resultados adversos de acordo com o grau de fragilidade de pessoas idosas institucionalizadas.

Para isso recorreu-se ao estudo de caso realizado numa estrutura residencial para pessoas idosas com uma amostra de 29 pessoas idosas. A recolha de dados decorreu de novembro de 2021 a fevereiro de 2022 e utilizaram-se os seguintes instrumentos: o questionário sociodemográfico, o Índice de Comorbidade de Charlson, o Índice de Barthel, a Escala Clínica de Fragilidade e a *checklist* de resultados adversos. Os dados foram analisados através de análise descritiva e testes de hipóteses.

Os resultados mostram que a prevalência de pessoas idosas frágeis na instituição é de 79,3%, enquanto a de não frágeis é de 20,7%. Dentre os resultados adversos mais prevalentes evidenciou-se as infeções do trato urinário (55,2%), o uso de contenção física (37,9%), o declínio funcional (34,5%) e o declínio cognitivo (27,6%). Os dados obtidos na fragilidade quanto às características da amostra, revelam uma correlação estatisticamente significativa com o índice de Barthel, com o índice de comorbidade de Charlson e com a tomada de decisão de institucionalização por terceiros. Quanto aos resultados adversos, observa-se uma correlação com o tempo de perda de peso, o uso de contenção física e as infeções do trato urinário.

A elevada prevalência da SF, bem como a sua relação com resultados adversos para a saúde, em especial, em pessoas idosas institucionalizadas releva a importância de identificar esta síndrome e implementar estratégias que visem a sua prevenção e/ou progressão.

Palavras-chave: Envelhecimento, síndrome de fragilidade, pessoas idosas, institucionalização, resultados adversos.

Frailty syndrome and adverse outcomes resulting from institutionalization: a case study in ERPI

Abstract

Frailty syndrome is one of the most prevalent geriatric syndromes in society, resulting from the accumulation of clinical deficits and strictly related to aging. The presence of this syndrome in the elderly has been identified as a predictor of institutionalization, while the institutionalization process itself has been seen as a predictor of frailty. In fact, institutionalization is considered a facilitating factor for the occurrence of adverse health outcomes.

The present study aimed to analyze the prevalence of adverse outcomes according to the degree of frailty of institutionalized elderly people.

For this, we used the case study carried out in a residential structure for elderly people with a sample of 29 elderly people. Data collection took place from November 2021 to February 2022 and the following instruments were used: the sociodemographic questionnaire, the Charlson Comorbidity Index, the Barthel Index, the Clinical Frailty Scale and the adverse outcome *checklist*. Data were analyzed through descriptive analysis and hypothesis testing.

The results show that the prevalence of frail elderly people in the institution is 79,3%, while that of non-frail is 20,7%. Among the most prevalent adverse outcomes were urinary tract infections (55,2%), use of physical restraint (37,9%), functional decline (34,5%) and cognitive decline (27,6%). The data obtained in the frailty regarding the characteristics of the sample, reveal a statistically significant correlation with the Barthel index, with the Charlson comorbidity index and with the decision-making of institutionalization by third parties. As for adverse outcomes, there is a correlation with time to weight loss, use of physical restraint and urinary tract infections.

The high prevalence of FS, as well as its relationship with adverse health outcomes, especially in institutionalized elderly people, highlights the importance of identifying this syndrome and implementing strategies aimed at its prevention and/or progression.

Keywords: Aging; frailty syndrome; elderly people; institutionalization; adverse outcomes.

Índice

Introdução.....	1
Parte I. Enquadramento Teórico.....	3
Capítulo I- Envelhecimento, respostas sociais e fragilidade	4
1.1. Envelhecimento e respostas sociais para a população idosa	4
1.2. Síndrome de fragilidade.....	7
1.2.1. Fatores de risco associados à fragilidade.....	11
1.2.2. Resultados adversos decorrentes da fragilidade	12
1.3. Fragilidade, institucionalização e resultados adversos.....	13
Parte II. Estudo Empírico.....	17
Capítulo II- Opções metodológicas	18
2.1. Questão de investigação, objetivos e método	18
2.2. Caracterização do contexto e dos participantes	19
2.3. Instrumentos de recolha de dados	20
2.4. Procedimentos de recolha de dados	22
2.5. Análise estatística dos dados	23
Parte III. Apresentação e Discussão dos Resultados.....	25
Capítulo III- Apresentação dos Resultados	26
3.1. Caracterização sociodemográfica, institucional e clínica	26
3.2. Resultado das comorbidades.....	27
3.3. Resultados ao nível da capacidade funcional	27
3.4. Resultados da fragilidade.....	29
3.5. Estudo da relação entre as características da amostra e a fragilidade	30

3.6. Caracterização dos resultados adversos.....	32
3.7. Estudo da relação entre os resultados adversos e a fragilidade	34
Capítulo IV- Discussão dos Resultados.....	36
Capítulo V- Limitações do estudo	44
Conclusão	45
Referências bibliográficas	46
Apêndices e Anexos	55
Apêndice I- Autorização da instituição para a realização do estudo.....	56
Apêndice II- Autorização de utilização da Escala Clínica de Fragilidade	57
Apêndice III- Parecer da Comissão de Ética da UICISA: E da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	58
Apêndice IV- Consentimento informado, livre e esclarecido	60
Apêndice V- Questionário Sociodemográfico.....	62
Apêndice VI- <i>Checklist</i> de Resultados Adversos	64
Anexo I- Índice de Barthel.....	66
Anexo II- Escala Clínica de Fragilidade	68

Lista de siglas

ABVD- atividades básicas de vida diária

AIVD- atividades instrumentais de vida diária

AVD- atividades de vida diária

DGSS- Direção-Geral da Segurança Social

ECF- Escala Clínica de Fragilidade

ERPI- Estrutura residencial para pessoas idosas

IB- Índice de Barthel

ICC- Índice de Comorbidade de Charlson

INE- Instituto Nacional de Estatística

IPSS- Instituição particular de solidariedade social

ITU- Infecção do trato urinário

SF- Síndrome de Fragilidade

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SOC- Otimização seletiva com compensação

SPSS- Statistical Package for Social Sciences

Lista de figuras

Figura 1- Pirâmide etária de Portugal, projeções para 2080	5
Figura 2- Modelo integral de fragilidade	9
Figura 3- Principais fatores de risco para desenvolver a fragilidade	12

Lista de tabelas

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica, institucional e clínica da amostra	26
Tabela 2- Índice de Comorbidades de Charlson das pessoas idosas institucionalizadas .	27
Tabela 3- Funcionalidade das pessoas idosas institucionalizadas avaliada com o Índice de Barthel.....	28
Tabela 4- Escala Clínica de Fragilidade (ECF) por grau, ponto de corte e demência	30
Tabela 5- Associação das características da amostra e a fragilidade (categórica e contínua)	31
Tabela 6- <i>Checklist</i> de resultados adversos	33
Tabela 7- Relação entre os resultados adversos e a fragilidade (categórica e contínua).	35

Introdução

O cenário demográfico de Portugal caracteriza-se pelo aumento constante do número de pessoas idosas, como consequência da diminuição da natalidade e da mortalidade e consequente aumento da esperança média de vida. Assim, os indivíduos vivem cada vez mais anos e é expectável que estes sejam vividos de forma o mais positiva possível. Porém, nem sempre esses anos correspondem a um grau de autonomia que possibilite uma vida de acordo com as suas necessidades e expectativas. De facto, o envelhecimento do indivíduo ocorre à medida que a idade aumenta, sendo um processo irreversível e heterogéneo.

Face às complicações inerentes ao processo de envelhecimento, as respostas sociais revelam-se fundamentais para a proteção desta população, objetivando a promoção da autonomia, a integração social e a saúde. A estrutura residencial para pessoas idosas é uma das respostas sociais que permite o alojamento temporário ou permanente da população idosa, com acesso a serviços de apoio biopsicossocial, de forma a promover a qualidade de vida e o envelhecimento autónomo e ativo.

À medida que envelhece, o ser humano está mais propício a desenvolver algumas patologias associadas ao processo de envelhecimento, sendo a síndrome de fragilidade umas das síndromes geriátricas mais prevalentes na sociedade atual (Certo et al., 2016). Os primeiros estudos sobre a fragilidade nas pessoas idosas começaram na década de 1980. Anteriormente era um termo pouco usual na literatura (Duarte & Paúl, 2015).

O surgimento do termo fragilidade emerge de duas correntes de investigação distintas. Por um lado, Vaupel et al. (1979) definem que a fragilidade é a tendência para os indivíduos terem vidas longas, sendo considerada como um atributo humano. Em oposição, os geriatras definem a fragilidade como o aumento do risco dos indivíduos a resultados adversos, sendo que este varia com a idade (Howlett & Rockwood, 2013).

A fragilidade física é considerada um processo de pré-incapacidade, sendo um ponto intermédio entre a independência e a incapacidade da pessoa idosa. A fragilidade está relacionada à idade e à deterioração da capacidade fisiológica, que colocam o indivíduo mais suscetível ao declínio funcional. Contudo, é importante realçar que nem todas as

peessoas idosas desenvolvem a síndrome de fragilidade e que existem casos de fragilidade que marcam o seu início antes dos 65 anos (Dent et al., 2019).

As pessoas idosas institucionalizadas são heterogéneas relativamente ao nível de incapacidade, multimorbidades, qualidade de vida e vulnerabilidade. Muitas das pessoas idosas com síndrome de fragilidade são institucionalizadas, sendo importante realizar intervenções individualizadas, de forma a prevenir a incapacidade, o declínio da funcionalidade, as quedas e a mortalidade (González-Vaca et al., 2014). Estes resultados adversos para a saúde são alguns exemplos decorrentes quer do próprio processo de institucionalização, quer da síndrome de fragilidade.

Neste sentido, a identificação e a sinalização dos fatores de risco da síndrome de fragilidade são importantes para que seja possível implementar medidas e estratégias que visem melhorar a qualidade de vida dos idosos e, conseqüentemente, prevenir a ocorrência de resultados adversos (Sequeira, 2018).

Deste modo, considerando que a fragilidade é uma síndrome e não uma doença, esta pode ser reversível, existindo a possibilidade de reverter ou mitigar a sua progressão através de intervenções que têm sido estudadas e apontadas na literatura. Estas intervenções podem e devem ser aplicadas nas estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI), de forma a garantir uma melhor qualidade de vida. Recentemente, Dent e colaboradores (2019) publicaram uma lista de recomendações em que assinalam que a atividade física, a nutrição, a suplementação proteica e a suplementação de vitamina D são intervenções que permitem prevenir e tratar a fragilidade.

Face ao exposto, este estudo pretende analisar a população idosa institucionalizada numa ERPI, de forma a verificar se as pessoas idosas frágeis têm maior prevalência de resultados adversos decorrentes da institucionalização do que as não frágeis.

Neste sentido, em termos de estrutura, o estudo está organizado em três partes. A parte I diz respeito ao enquadramento teórico, que foca o envelhecimento, às respostas sociais e à fragilidade (capítulo I). Na parte II apresenta-se o estudo empírico referente às opções metodológicas (capítulo II). Por fim, na parte III apresentam-se os resultados, a discussão dos resultados (capítulo III e IV).

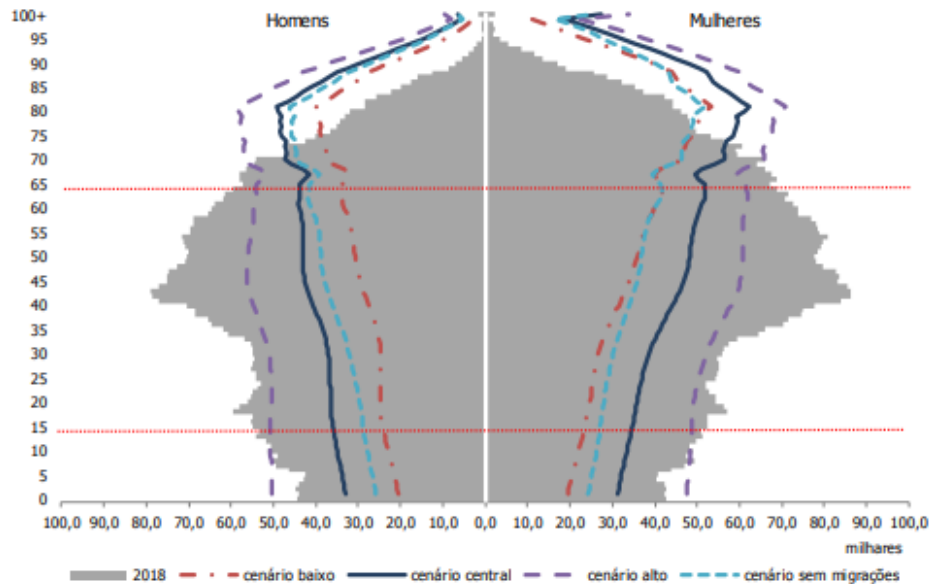
PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I- Envelhecimento, respostas sociais e fragilidade

1.1. Envelhecimento e respostas sociais para a população idosa

O envelhecimento da população é uma das transformações sociais mais significativas do século XXI. O significativo aumento do número de pessoas idosas e a diminuição do número de jovens, representa o fenómeno do duplo envelhecimento da população (Rosa, 2012). O índice de envelhecimento revela a evolução demográfica, que tem vindo a aumentar de forma significativa ao longo das últimas décadas. Em 2020, a estimativa do índice de envelhecimento centrava-se nos 165%, ou seja, existiam 165 idosos por cada 100 jovens, demonstrando que existiam mais idosos do que jovens (PORDATA, 2021). Para além de uma sociedade envelhecida, Portugal verifica um aumento do número de pessoas idosas dependentes, isto porque o índice de dependência de idosos também tem vindo a aumentar gradualmente ao longo das últimas décadas (PORDATA, 2021).

Segundo as projeções apresentadas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) em “Projeções de População Residente 2018-2080”, este fenómeno continuará a ocorrer, sendo que o número de jovens diminuirá de 1,4 para 1 milhão e o número de idosos aumentará de 2,2 para 3 milhões, atingindo o seu auge na década de 50 (cf. Figura 1). A população em idade ativa diminuirá de 6,6 para 4,2 milhões de pessoas. Perante estes dados, o índice de envelhecimento duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens em 2080 (INE, 2020). A população residente em Portugal, em 2080, poderá variar entre 6,1 e 10,6 milhões, revelando que será uma população muito envelhecida (INE, 2020).

Figura 1*Pirâmide etária de Portugal, projeções para 2080**Nota. Adaptado de INE (2020, p. 13)*

O envelhecimento revela ser assim uma tendência demográfica e considerando que as formas de viver a longevidade variam conforme os indivíduos, torna-se relevante abordar o envelhecimento individual que é um processo dinâmico complexo e multidimensional, vivenciado ao longo de toda a vida (Bastos, et al., 2015). É, ainda, um processo dependente de fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos, sendo definido como um processo progressivo de mudança biopsicossocial do indivíduo durante todo o ciclo de vida (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2017).

As mudanças biopsicossociais podem desencadear a dependência do idoso, tendo em consideração o declínio e a deterioração do funcionamento físico e psicológico que ocorrem com o aumentar da idade. Também, com o avançar da idade, maior é a probabilidade de aumentar o nível de dependência, sendo mais prevalente entre as mulheres para quase todas as atividades básicas e instrumentais de vida diária, comparativamente com os homens. Esta diferença pode ser explicada através da esperança de vida mais elevada nas mulheres do que nos homens, que por consequência aumenta o nível de dependência (Moreira, 2020).

Contudo, o envelhecimento individual não pode ser só entendido como um período de perdas, mas igualmente como uma fase em que também se podem alcançar alguns

ganhos. Contudo, não se pode negar o predomínio de perdas e declínios nas últimas décadas de vida. O que ocorre é uma mudança no equilíbrio entre a perda e o ganho e há um peso e frequência maior da perda em idades mais avançadas (Posada, 2005). Há, a respeito, modelos que procuram explicar os processos de adaptação às perdas biopsicossociais, de estabelecimento de um equilíbrio entre perdas e ganhos.

O modelo de otimização seletiva com compensação (SOC) de Baltes e Baltes (1990) refere que as pessoas idosas selecionam os objetivos mais importantes e que possam ser realizados, devido à consciencialização das perdas e dos ganhos na velhice. Para isso, adaptam o seu comportamento, otimizando as suas habilidades para atingirem os seus objetivos (Baltes & Baltes, 1990). Durante este processo são investidos recursos para manter os ganhos e reparar as perdas, de forma a limitar as suas consequências (Baltes & Baltes, 1990). Também Kahana et al. (2005) se referem à posição ativa das pessoas em termos de adoção de comportamentos preventivos e corretivos, com vista a maximizar a qualidade de vida relativamente a situações de stress e de doença crónica.

Face ao progressivo envelhecimento da população e às consequências inerentes para os indivíduos, foi necessário criar condições para auxiliar o crescente número de pessoas idosas. Segundo Almeida (2008, as cited in Neto, 2016), até há uns anos, a responsabilidade de cuidar das pessoas idosas era essencialmente da família. Contudo, este panorama foi-se alterando devido às alterações demográficas e sociais, pelo que esta responsabilidade foi transferida para o Estado ou para instituições privadas.

A institucionalização das pessoas idosas é cada vez mais uma realidade na sociedade, devido à falta de capacidade ou de condições da família para assegurar o cuidado do idoso, bem como à falta de respostas por parte do Estado para com os problemas que se impõem à família.

Neste contexto, a Segurança Social disponibiliza várias respostas sociais com o intuito de responder às necessidades da população idosa. Estas respostas visam assegurar a prevenção e a reparação de situações de carência e de dependência e podem ser desenvolvidas por instituições privadas com fins lucrativos ou por instituições particulares de solidariedade social (IPSS) ou equiparadas (Direção-Geral da Segurança Social [DGSS], 2020). Assim, existe uma variedade de respostas sociais para a população idosa tendo em

consideração as suas necessidades individuais e o seu grau de autonomia, englobando: o centro de convívio, o centro de dia, o centro de noite, as estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI), entre outras (DGSS, 2020). A ERPI é uma resposta que consiste no alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, onde são desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem (Portaria n.º 67/2012, de 21 de março).

Apesar de as ERPI se apresentarem como um recurso para os familiares de pessoas idosas, Ferreira e Yoshitome (2010) enfatizam a ideia que a institucionalização do idoso só deve ser considerada em última necessidade. Isto porque a alteração de um ambiente familiar para um ambiente desconhecido pode originar alterações psicológicas, cognitivas e funcionais, aumentando a dependência nas atividades de vida diária (AVD) e, em consequência, reduzindo a funcionalidade (Ferreira & Yoshitome, 2010).

Segundo Crispim (2021), a ausência de um cuidador familiar decorrente da indisponibilidade de familiares para cuidar da pessoa idosa ou a escassa rede de apoio, a existência de problemas psicopatológicos, neuropsiquiátricos e neuropsicológicos e a dependência de cuidados, quer nas atividades básicas de vida diária (ABVD) quer nas instrumentais (AIVD), são os principais preditores da institucionalização de pessoas idosas. Pinzón-Pulido et al. (2015) demonstram que não só o aumento do nível de dependência, a perda de consistência da rede de suporte ou as condições clínicas como a demência são fatores determinantes para a institucionalização, mas também o aumento da fragilidade da pessoa idosa.

De facto, segundo Borges et al. (2013), um dos fatores mais relevantes e com maior ênfase para a institucionalização de pessoas idosas é a fragilidade, sendo que os estudos apontam para que entre 10 e 25% da população idosa possua um preditor de fragilidade.

1.2. Síndrome de fragilidade

O estudo da síndrome de fragilidade torna-se relevante, por um lado, face ao crescente envelhecimento da população que prioriza o envelhecimento como uma área de atuação (Bergman et al., 2007). Por outro lado, tendo em consideração que o envelhecimento normal está associado a um declínio das capacidades, o indivíduo apresenta um risco elevado de declínio sendo descrito como frágil (Duarte & Paúl, 2015).

Conceito e modelos conceptuais

O conceito de síndrome de fragilidade não é consensual na comunidade científica. No entanto, há vários caminhos que são construídos para chegar a esse consenso. Existem diversas definições de fragilidade, sendo a de Morley et al. (2013) uma das mais importantes, definindo fragilidade como “uma síndrome médica com múltiplas causas e fatores contribuintes caracterizada pela diminuição de força, resistência e funções fisiológicas reduzidas que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo desenvolver dependência funcional e/ou morrer” (p.393).

Recentemente, uma análise sobre a definição e o conceito de fragilidade refere que devem ser incluídos cinco componentes para facilitar a compreensão desta síndrome. As componentes são referentes à vulnerabilidade, à génese, às características, ao fenótipo e aos resultados adversos. Junius-Walker e colaboradores (2018) concluem que existe uma compreensão crescente da fragilidade como um “sistema complexo”.

Atualmente, há na literatura três modelos centrais para operacionalizar a síndrome de fragilidade: o modelo biológico ou fenotípico de Fried e colaboradores (2001), o modelo integral da fragilidade de Gobbens e colaboradores (2010) e o modelo de acumulação de défices de Rockwood e colaboradores (2005).

O modelo fenotípico sustenta que a fragilidade é uma síndrome geriátrica definida por sinais e sintomas físicos que formam um perfil clínico complexo (Fried et al., 2001). Neste modelo, Fried et al. (2001) definem a fragilidade física como “(...) uma síndrome biológica de diminuição de reserva e resistência a stressores, resultantes de declínios cumulativos em vários sistemas fisiológicos e causando vulnerabilidade a resultados adversos” (p.146). Assim, a fragilidade é entendida como um ciclo caracterizado pela deterioração de diversos sistemas fisiológicos (Fried et al., 2001).

Contudo, uma definição mais recente de fragilidade física é defendida por Dent et al. (2019), que pode ser considerada como a pré-incapacidade, sendo esta definida como a necessidade de auxílio nas ABVD’S.

A identificação da fragilidade tem por base cinco componentes: perda de peso não intencional (5% do peso em seis ou menos meses), fraqueza (diminuição da força),

exaustão (autorrelato de fadiga), lentidão (velocidade de caminhada lenta) e baixo nível de atividade física (Fried et al., 2001). As pessoas que apresentem três ou mais critérios são consideradas frágeis, as que apresentem um ou dois critérios são consideradas pré-frágeis e as que não apresentam nenhum destes critérios são consideradas robustas (não frágeis).

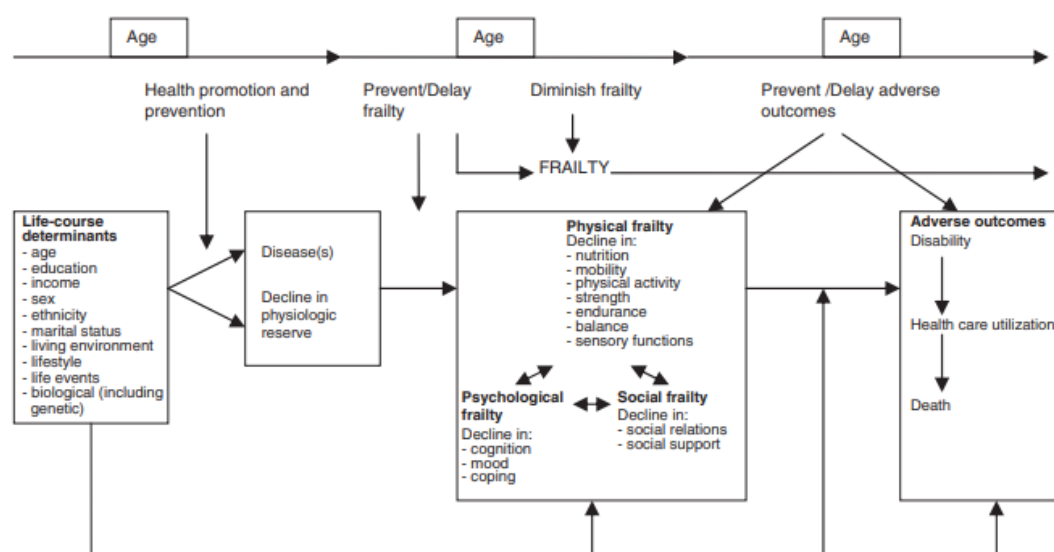
Este modelo prediz resultados adversos de forma independente (mais de três anos), de quedas incidentes, redução da mobilidade ou incapacidade nas atividades de vida diária, hospitalização e morte (Fried et al., 2001).

O Modelo integral de fragilidade apresenta uma concepção mais alargada do conceito e sustenta que a fragilidade deve englobar os domínios físico, psicológico e social (Gobbens et al., 2010).

Este modelo, defendido por Gobbens e colaboradores (2010), define fragilidade como um estado dinâmico que afeta um indivíduo, resultado de perdas de um ou mais domínios do funcionamento humano (físico, psicológico, social), causada pela influência de um conjunto de variáveis (determinantes de curso de vida, doenças e declínio da reserva fisiológica), que aumentam o risco de resultados adversos (incapacidade, utilização de cuidados de saúde e morte) (cf. Figura 2).

Figura 2

Modelo integral de fragilidade



Nota. Adaptado de Gobbens et al. (2010, p. 178)

Este modelo engloba as componentes física, a psicológica e a social. Estes fatores fazem parte de um sistema dinâmico e complexo e são influenciados por determinantes do curso de vida que influenciam o grau de fragilidade, os resultados adversos e a relação entre fragilidade e resultados adversos (Gobbens et al., 2010). Os determinantes referem-se ao contexto residencial e aos acontecimentos de vida das pessoas idosas (Gobbens et al., 2011). A doença tem um destaque central no modelo, uma vez que representa ser um determinante importante para o aparecimento da fragilidade (Gobbens et al., 2010). Este modelo expressa uma visão holística da pessoa e é voltado para uma abordagem multidisciplinar (Gobbens et al., 2010).

O Modelo de acumulação de défices resulta num equilíbrio entre componentes biomédicos e psicossociais da pessoa idosa relacionados com o envelhecimento, que revelam ser fatores que contribuem para o desenvolvimento da fragilidade (Rockwood et al., 2005). Rockwood e colaboradores (2005) definem a fragilidade como um estado resultante do efeito cumulativo de défices clinicamente relevantes e relacionados com o envelhecimento.

Neste modelo, os défices de saúde totais devem ser pelo menos entre 30, que são referentes a sintomas, sinais, doenças, alterações laboratoriais e incapacidades (Searle et al., 2008). Os défices de saúde devem seguir alguns critérios como: representar múltiplos domínios de funcionamento, a prevalência deve aumentar com a idade, não é muito frequente antes dos 65 anos e a prevalência não deve ser inferior a 1% (Rockwood & Mitnitski, 2007).

Para se calcular o índice de fragilidade é necessário contar os défices de saúde. O défice é cotado com “1” se a variável em análise apresentar um risco para a saúde do indivíduo, como é exemplo, a presença de doença, um valor de laboratório fora da faixa normal, a dependência em alguma atividade de vida diária. Caso contrário, ou seja, se não houver qualquer risco para a saúde, é cotado com “0”. Os défices são referentes a vários sistemas de órgãos e devem consistir em mais do que comorbidades ou funções (Rockwood & Howlett, 2019).

A partir das variáveis é calculado um índice de fragilidade através do rácio entre os défices presentes no indivíduo e o número total de défices considerados, sendo que

quanto maior for o número de défices, maior é a probabilidade de o indivíduo ser frágil (Rockwood & Mitnitski, 2007).

A par deste modelo de acumulação de défices, foi desenvolvida a Escala de Fragilidade Clínica, baseada no julgamento clínico, para avaliar a função e a fragilidade clínica geral, de forma a estratificar as pessoas idosas quanto ao seu grau relativo de vulnerabilidade (Rockwood et al., 2005). Esta escala inclui itens como comorbidade, comprometimento cognitivo e incapacidade, considerando a fragilidade associada a um conjunto de défices cumulativos físicos e psicossociais (Rockwood et al., 2005).

A análise destes modelos de fragilidade remete para um processo dinâmico e progressivo da fragilidade. Numa fase inicial, a fragilidade caracteriza-se com o acumular de danos moleculares, celulares e teciduais que ocorrem com o processo normal de envelhecimento. Numa fase mais avançada associa-se a resultados adversos crónicos, sendo o mais relevante a incapacidade. Assim sendo, a fragilidade pode ser vista como um estado de pré-incapacidade (Junius-Walker et al., 2018).

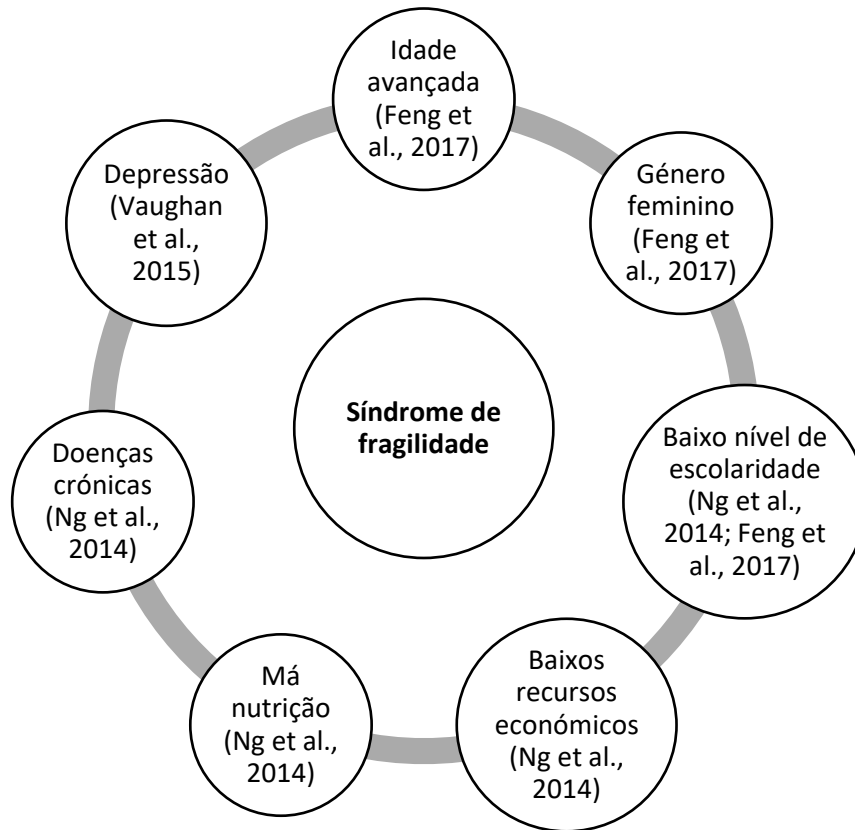
1.2.1. Fatores de risco associados à fragilidade

A síndrome de fragilidade apresenta uma etiologia complexa e multifatorial. Para o início ou progressão da síndrome de fragilidade, os fatores de risco abrangem os domínios sociodemográfico, clínico, estilo de vida e ainda biológico (Hoogendijk et al., 2019). Assim sendo, existe um grande número de riscos diretos e indiretos que estão envolvidos na causa da fragilidade (Ng et al., 2014).

Apesar de existirem diversos fatores de risco, a presença de doenças, especificamente a existência de episódios agudos de doença ou a exacerbação de doenças crónicas, pode acelerar o desenvolvimento de fragilidade ou piorar a sua apresentação clínica e respetivas consequências (Chen et al., 2014). Deste modo, a síndrome de fragilidade desenvolve-se devido à interação de múltiplos fatores (cf. Figura 3).

Figura 3

Principais fatores de risco para desenvolver a fragilidade



1.2.2. Resultados adversos decorrentes da fragilidade

O desenvolvimento da fragilidade leva a uma espiral gradual de declínio, sendo que está associada a um aumento do risco de desencadear resultados adversos para a saúde (Junius-Walker et al., 2018). Estes resultados adversos para a saúde são referentes: à incapacidade, ao declínio funcional, às quedas, ao comprometimento nas AVD, ao declínio cognitivo e à demência (Junius-Walker et al., 2018). Hoogendijk et al. (2019) identificam ainda um aumento de fraturas, da solidão e da depressão.

O risco aumentado de desenvolver resultados adversos para a saúde leva, consequentemente, a um aumento da utilização de cuidados de saúde, como a hospitalização, as visitas às urgências, o risco de cirurgia e a institucionalização (Junius-Walker et al., 2018). A fragilidade é ainda um preditor associado à mortalidade prematura (Junius-Walker et al., 2018).

1.3. Fragilidade, institucionalização e resultados adversos

Nas ERPI os cuidados às pessoas idosas compreendem diversos serviços médicos, sociais e de atenção pessoal, com o intuito de auxiliar as pessoas idosas a viver de forma mais independente e de maximizar os seus níveis de funcionamento físico e psicológico (Silva & Gutierrez, 2013). No entanto, os cuidados não se centram apenas na assistência básica de higiene, de alimentação e de cuidados, mas devem procurar provocar, nas pessoas idosas e nos cuidadores, o compromisso pela integralidade do cuidado, valorizando a satisfação e a qualidade de vida das pessoas idosas (Silva & Gutierrez, 2013).

Contudo, a institucionalização coloca as pessoas idosas, na maioria das vezes, em risco de resultados adversos que podem estar relacionados com condições inadequadas quanto à estrutura física das infraestruturas, aos recursos humanos e de assistência, que acabam por prejudicar o seu estado de saúde (Cavalcante et al., 2016). Neste sentido, uma cultura de segurança é importante na prestação de cuidados centrados na pessoa, uma vez que as ERPI são organizações orientadas para a segurança das pessoas idosas e é parte integrante de todos os aspetos da organização (Abusalem et al., 2019). Face ao exposto, são cada vez mais os estudos realizados no âmbito da identificação de resultados adversos nas pessoas idosas institucionalizadas.

No estudo de Abusalem e colaboradores (2019), com o objetivo de avaliar a relação entre a cultura de segurança do idoso e a taxa de eventos adversos em ERPI, verificou-se que o aumento da disponibilidade de cuidados de enfermagem e o aumento da cultura de segurança do idoso resulta numa influência significativa na diminuição de eventos adversos como úlceras de pressão, infeções do trato urinário (ITU) e quedas nas ERPI.

Também o estudo português realizado por Vagarinho (2018), com o objetivo de identificar e medir os eventos adversos mais frequentes numa estrutura residencial para pessoas idosas, identificaram que os mais frequentes eram: erros de medicação, as feridas, as quedas, as lesões por pressão, entre outros.

Damery e colaboradores (2017), com o objetivo de avaliar até que ponto o clima de segurança em ERPI de idosos pode ser melhorado e a incidência de eventos adversos reduzida, verificaram que pessoas com múltiplos problemas físicos e cognitivos constituem uma população de risco para eventos adversos tais como quedas, úlceras de

pressão, infeções urinárias, erros de medicação, atendimento ou internamento hospitalar e admissão de emergência.

No estudo de Ferreira e colaboradores (2016), os eventos adversos mais identificados foram a desnutrição, a doença diarreica, a desidratação, a lesão por pressão, a mortalidade, a queda com lesão e a escabiose.

Neste sentido, e como foi referido no ponto anterior, um dos resultados adversos da síndrome de fragilidade consiste na institucionalização, sendo que é comum em muitas pessoas idosas admitidas nas ERPI. Neste sentido, a fragilidade é um preditor da institucionalização e a própria institucionalização prediz um aumento da fragilidade. Tal como referem Melo et al. (2018) e Borges et al. (2013), as alterações do próprio processo de envelhecimento e as doenças simultâneas, associadas à dificuldade de adaptação dos indivíduos à instituição, podem contribuir para uma maior vulnerabilidade para a fragilidade e para o declínio funcional.

Também o facto de as pessoas idosas institucionalizadas não verem as suas necessidades satisfeitas pode contribuir para o aumento da depressão, da demência e da fragilidade (Ferreira et al., 2016). Assim sendo, verifica-se que é fundamental o cuidado permanente às pessoas idosas institucionalizadas de forma a prevenir a ocorrência de desfechos clínicos negativos (Borges et al., 2013).

Deste modo, segundo Liu e colaboradores (2020), a prevalência de fragilidade e pré-fragilidade em idosos institucionalizados, corresponde a 55,6% e 38,5%, respetivamente. De realçar que a fragilidade neste estudo revela maior incidência no sexo feminino (69,5%) do que no sexo masculino (30,5%). O estudo de Martínez-Velilla e colaboradores (2017) situa a prevalência de fragilidade nos 71,8%, 42,7% e 36,4%, de acordo com a Escala Clínica de fragilidade de Rockwood, Fragilidade em lares de idosos e o índice de fragilidade. No estudo de Arantes e colaboradores (2022), a fragilidade foi identificada em 81,33% dos participantes.

Tendo em consideração que a institucionalização de pessoas idosas adverte para a ocorrência de resultados adversos para a saúde, é importante realçar quais são os mais frequentes nas pessoas idosas frágeis. Luo e colaboradores (2015) referem que a fragilidade é um preditor para quedas recorrentes, dificuldade nas AVD, de hospitalização

e de morte. González-Vaca e colaboradores (2014) identificaram como resultados adversos a hospitalização, atendimentos de emergência e quedas, sendo que a perda de peso também é analisada quanto ao nível de fragilidade.

No estudo chinês de Liu et al. (2020), verificou-se uma elevada prevalência de desnutrição relacionada à fragilidade em instituições. O estudo de Ferreira et al. (2016) prevê que a prevalência de desidratação e de lesões por pressão sejam mais frequentes em pessoas idosas frágeis institucionalizadas.

Neste sentido, é importante ter em consideração a prevalência dos principais resultados adversos para a saúde nas pessoas idosas institucionalizadas e a sua incidência entre pessoas idosas frágeis e não frágeis.

As pessoas idosas institucionalizadas também apresentam um alto risco de desnutrição situando a prevalência em mais de 55% das pessoas idosas (Lannering et al., 2016). O estudo de Liu et al. (2020) demonstra que as pessoas idosas frágeis têm maior prevalência (60%) de serem desnutridas do que as pessoas idosas robustas.

A desidratação é muito frequente em pessoas idosas, apresentando uma taxa de prevalência entre 3,9 % e 23,6%. A desidratação pode agravar a saúde das pessoas idosas frágeis institucionalizadas, demonstrando ter mais impacto nas pessoas frágeis do que nas robustas (Ferreira et al., 2016).

A prevalência de perda de peso nas pessoas idosas institucionalizadas centra-se entre os 19% e os 20% (Rolland et al., 2009, as cited in Bell et al., 2013). No estudo de Ferreira e colaboradores (2021), a perda de peso não intencional revelou-se significativa nas pessoas idosas frágeis, representando cerca de 62%.

A contenção física é frequentemente utilizada em instituições e a sua prevalência nas pessoas idosas institucionalizadas varia entre os 6% e os 68% (Estévez-Guerra et al., 2017).

As quedas nas pessoas idosas institucionalizadas são consideradas um resultado frequente, com uma prevalência situada entre os 53% e os 62% (Rosendahl et al. 2003; Meyer et al. 2009, as cited in Lannering et al., 2016). González-Vaca e colaboradores (2014) demonstraram que as pessoas idosas frágeis têm maior prevalência (19,4%) do que as não frágeis (15%).

As lesões por pressão são também um resultado adversos sério e comum nas pessoas idosas institucionalizadas, sendo que a sua prevalência se situa nos 14% (Gunningberg et al, 2013, as cited in Lannering et al., 2016). Também há estudos que apontam para uma variação entre 11,1 e 23,2% (Cavalcante et al., 2016). Segundo Ferreira et al. (2016) as lesões por pressão são complicações que podem ocorrer principalmente em pessoas frágeis, tendo em consideração a idade avançada e a restrição da mobilidade.

A incidência das infeções do trato urinário nas pessoas idosas institucionalizadas, de acordo com o estudo de Silva e colaboradores (2021), é de aproximadamente 33%. Em pessoas idosas frágeis, as ITU são responsáveis por 25% a 30% de todas as infeções bacterianas em idosos institucionalizados (Nicolle, 2000, as cited in Richards, 2004).

A prevalência de visitas às urgências por parte das pessoas idosas institucionalizadas é muito elevada. Segundo o estudo de Gruneir e colaboradores (2018), cerca de 48,8% das pessoas idosas foi pelo menos uma vez à urgência. Segundo o estudo de González-Vaca e colaboradores (2014) a prevalência é mais elevada em pessoas idosas frágeis (25,1%) do que em não frágeis (14,9%).

A hospitalização é um dos resultados adversos que mais agrava o estado de saúde das pessoas idosas institucionalizadas apresentando uma prevalência de cerca de 23,9% (Duca et al., 2010). No estudo de Andrade e colaboradores (2020), a prevalência foi de 20,6%. O estudo de González-Vaca e colaboradores (2014) aponta uma prevalência maior em pessoas idosas frágeis (21,6%) do que em pessoas idosas não frágeis (11%).

A prevalência da mortalidade em pessoas idosas em ERPI apresenta uma taxa de 55,4% segundo o estudo de Luo e colaboradores (2015). A mortalidade é mais frequente nas pessoas idosas frágeis quando comparadas às não frágeis (Zhang et al., 2019).

De forma generalizada, verifica-se que as pessoas idosas frágeis apresentam uma maior incidência de resultados adversos para a saúde do que as pessoas idosas não frágeis. Deste modo, a identificação precoce desta síndrome é fundamental, tendo em consideração o impacto que têm na qualidade de vida das pessoas idosas e intervir para prevenir ou minimizar os seus efeitos.

PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo II- Opções metodológicas

2.1. Questão de investigação, objetivos e método

O ponto de partida deste estudo prende-se com a questão de investigação: Existe alguma diferença na prevalência de resultados adversos em relação ao grau de fragilidade de pessoas idosas institucionalizadas?

O presente estudo tem como objetivo geral analisar a prevalência de resultados adversos de acordo com o grau de fragilidade de pessoas idosas institucionalizadas.

No sentido de atingir este objetivo foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar a prevalência de síndrome de fragilidade nas pessoas idosas institucionalizadas;
- Analisar a relação entre o grau de fragilidade e as características sociodemográficas, institucionais e clínicas das pessoas idosas da ERPI;
- Analisar a relação entre o grau de fragilidade e o índice de Comorbidade de Charlson e o índice de Barthel de pessoas idosas institucionalizadas;
- Identificar a ocorrência de resultados adversos de pessoas idosas da ERPI;
- Analisar a relação entre o grau de fragilidade e os resultados adversos de pessoas idosas institucionalizadas.

O presente estudo, de natureza qualitativa, recorre à metodologia de estudo de caso, de uma estrutura residencial para pessoas idosas. A pesquisa do estudo de caso, quanto ao objetivo, é descritiva, permitindo descrever e analisar um tema específico. O estudo de caso permite ter uma visão holística e real dos fenómenos estudados, através do conhecimento e da explicação do caso (Yin, 2014).

Assim sendo, uma vez que o estudo de caso se orienta mais para a compreensão, do que para a medição, previsão e controlo, é frequente que a recolha de dados seja realizada através de diversas técnicas, como a observação e a análise de documentos. A diversidade de técnicas permite enriquecer o estudo e cruzar informações, confirmar ou

rejeitar hipóteses, descobrir novos dados, afastar suposições e formular hipóteses alternativas (Ludke & André, 1986, as cited in Morgado, 2012).

2.2. Caracterização do contexto e dos participantes

O estudo desenvolveu-se numa estrutura residencial para pessoas idosas (ERPI) de natureza lucrativa situada em Viana do Castelo. Para além de ter serviço de curta e longa duração, também tem uma unidade de convalescença, para descanso de cuidadores e estadias turísticas para pessoas idosas.

A ERPI destina-se ao alojamento temporário e de curta duração, em contexto humanizado e acompanhado, de pessoas: idosas, reformadas e em situação de maior risco de perda de independência e/ou autonomia.

Os principais objetivos subjacentes à prestação dos serviços consistem em:

- respeitar ao máximo a pessoa idosa, reformada ou em situação de risco de perda de independência e/ou autonomia, atendendo às suas especificidades biopsicossociais, independentemente, da sua nacionalidade, raça, credo ou condição social;
- proporcionar um acolhimento, o mais familiar possível, que garanta o conforto, bem-estar e os cuidados necessários aos seus clientes, promovendo e privilegiando, sempre, a sua autonomia;
- promover e incentivar a convivência familiar e intergeracional;
- prestar um conjunto de serviços de elevada qualidade que permitam aos seus clientes desfrutar de novas vivências nesta etapa da sua vida, memórias e que premeiam todo o seu esforço e trabalho desenvolvido ao longo da sua vida profissional.

A prestação de serviços tem por base os princípios orientadores da qualidade e de excelência dos serviços prestados, o interesse superior da pessoa idosa, reformada ou em situação de risco de perda de independência e/ou autonomia, a promoção da saúde e a prevenção das incapacidades e da perda de autonomia, a otimização e a compensação das funções cognitivas e o desenvolvimento e manutenção da participação social.

A capacidade máxima da estrutura residencial é de 45 clientes, sendo que na altura da realização do estudo tinha 30 residentes. Como critérios de inclusão de participação no estudo foram definidos: idade igual ou superior a 65 anos com capacidade para compreender e interpretar as questões do questionário. Em casos de demência registada em processo clínico, foi solicitada autorização ao representante legal para a recolha de dados. Foram excluídas pessoas que recusassem participar no estudo.

Após a aplicação dos critérios e dos pedidos de autorização para participarem no estudo foi possível formar uma amostra com 29 participantes, considerando que um familiar recusou participar, sendo 11 do sexo masculino e 19 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 76 e os 99 anos de idade.

2.3. Instrumentos de recolha de dados

Tendo em consideração os objetivos e as características do estudo de caso, foram utilizados os seguintes instrumentos: um questionário sociodemográfico, o índice de comorbidade de Charlson, o Índice de Barthel (Sequeira, 2018), a Escala Clínica de Fragilidade (Pinto et al., 2021) e a *checklist* de resultados adversos.

O questionário sociodemográfico (apêndice V) é um instrumento que visa recolher informações pessoais pertinentes, como a idade, o sexo, o estado civil, a escolaridade, a profissão exercida ao longo da vida, a decisão e o tempo de institucionalização, as principais patologias e o número de medicamentos. O questionário é de autoadministração, caso seja possível, ou de heteroadministração.

O Índice de Comorbidade de Charlson (ICC) foi calculado online, através da página MDCalc (<https://www.mdcalc.com/charlson-comorbidity-index-cci>). Este índice foi desenvolvido em 1987 por Mary Charlson e colaboradores para classificar comorbidade prognóstica em estudos longitudinais. O índice consiste em vários itens que correspondem a diferentes comorbidades médicas que têm diferentes pesos clínicos com base no risco ajustado de mortalidade em 1 ano, controlando a gravidade da doença. As condições e pesos associados, combinados com a idade, foram usados para prever a mortalidade por doença comórbida em 10 anos (Charlson et al., 1987; Charlson et al., 1994). A pontuação total do ICC consiste na soma dos pesos, sendo que pontuações mais

altas indicam não só um maior risco de mortalidade, mas também comorbidades mais graves (Charlson et al., 1994).

O Índice de Barthel (IB) (anexo I), de Mahoney e Barthel (1965), foi validado e adaptado para a população portuguesa por Sequeira (2018). O índice permite avaliar a capacidade funcional do idoso e determina o grau de dependência global e especificamente de cada atividade (Sequeira, 2018). Assim sendo, é um instrumento de avaliação das atividades básicas de vida diária (ABVD), composto por dez ABVD que estão organizadas em três domínios: mobilidade (alimentação, vestir, uso da casa de banho, subir escadas, transferência cadeira-cama e deambulação), higiene (banho e higiene corporal) e controlo de esfíncteres (controlo intestinal e controlo vesical). Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, sendo que 0 pontos corresponde a dependência total e 5, 10 ou 15 pontos correspondem a independência, variando consoante os níveis de diferenciação. A cotação global varia entre 0 e 100, sendo que quanto menor for a pontuação, maior é o grau de dependência, segundo os pontos de corte: o indivíduo é totalmente dependente se obtiver uma pontuação menor que 20, severamente dependente entre os 35 e os 20 pontos, moderadamente dependente entre os 40 e os 55 pontos, ligeiramente dependente entre os 60 e os 90 pontos e independente entre os 90 e os 100 pontos (Sequeira, 2018). O índice apresenta uma boa consistência interna avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha = 0,89$) (Sequeira, 2018).

A Escala Clínica de Fragilidade (ECF) (anexo II) foi desenvolvida por Rockwood em 2004, tendo sido validada para Portugal por Pinto e colaboradores (2021). Originalmente era uma escala com 7 itens clínicos/funcionais e sociais, com o intuito de avaliar o grau de vulnerabilidade de um indivíduo com base no julgamento clínico, envolvendo a cognição, a mobilidade, a funcionalidade e comorbidades, tendo em consideração a história e o exame físico realizado por um profissional de saúde (Pinto et al., 2021). Os 7 itens correspondem a 7 graus de classificação de fragilidade. Contudo, posteriormente, a escala passou a ser constituída por 9 itens, desde muito apto até doente terminal. A escala apresenta os itens clínicos de forma gráfico visual e escrita, de forma a auxiliar na classificação da fragilidade (Rodrigues et al., 2020). O ponto de corte da escala situa-se na categoria 5, definindo-se não frágil de 1 a 3, pré-frágil na categoria 4 e frágil de 5 a 9 (Pinto et al., 2021).

A validação da escala para português teve como amostra idosos internados em unidades de convalescença da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados do norte de Portugal, acompanhados em dois ambulatórios de instituições de solidariedade social. No estudo foram incluídos 51 pacientes, maioritariamente do sexo feminino, com uma média de idade de 78 anos. Mais de metade dos pacientes tinha escolaridade igual ou inferior a quatro anos e apenas 5,9% possuía o ensino superior. Um terço dos pacientes tinha duas ou mais doenças crónicas, cerca de 19 tinham demência e 43,1% dos pacientes era frágil (Pinto et al., 2021).

A *checklist* de resultados adversos (apêndice VI) é um instrumento elaborado para efeitos do presente estudo, de forma a identificar a ocorrência e a frequência de resultados adversos nas pessoas idosas da ERPI. Inclui os seguintes indicadores: declínio funcional, declínio cognitivo, uso de contenção física, desnutrição, desidratação, perda de peso não intencional, queda, lesão por pressão, visita à urgência e hospitalização. A identificação de um resultado adverso é sinalizada através de uma resposta dicotómica, sim ou não. Caso seja sinalizada positivamente existem diversas questões que podem ser de resposta dicotómica ou de resposta curta. No caso de não existir um diagnóstico ou informação existe a opção sem informação. Há ainda a possibilidade de identificar outros resultados adversos que não estejam inseridos na *checklist*.

2.4. Procedimento de recolha de dados

Numa primeira fase foi solicitada à instituição autorização para realização do estudo, a qual foi concedida (apêndice I). Também se solicitou, junto do autor responsável pela adaptação da Escala Clínica de Fragilidade, autorização para utilizar o instrumento no presente estudo (apêndice II). Obtidas as autorizações, o estudo foi apresentado à Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, com parecer favorável (nº 777-2021) (apêndice IV). De forma a salvaguardar a informação relativa às pessoas idosas institucionalizados, bem como os seus familiares, em momento algum foi referido o nome da instituição.

Posteriormente, as pessoas idosas da instituição foram convidadas a participar no estudo. No caso de apresentarem demência confirmada no processo clínico, foi solicitado ao representante legal, de acordo com o regulamento já instituído sobre o representante

legal na instituição, as devidas autorizações. Neste sentido, as pessoas idosas e os representantes legais receberam o consentimento livre e informado (apêndice III), onde se salvaguardava a privacidade e a confidencialidade dos dados recolhidos, que foram apenas utilizados para os fins do presente estudo.

A recolha de dados foi realizada através da aplicação da bateria de instrumentos já assinalada anteriormente. Para a aplicação dos instrumentos recorreu-se à técnica de observação, entrevista e à análise documental. O processo de recolha de dados iniciou-se em novembro de 2021 e terminou em fevereiro de 2022. A recolha começou com a aplicação do questionário sociodemográfico, do índice de Barthel e a avaliação do grau de fragilidade. No caso de pessoas idosas com demência confirmada no processo clínico, foi contactado, pessoalmente ou via telefónica, o representante legal para obtenção dos dados sociodemográficos. A avaliação da fragilidade foi realizada na parte da manhã, associada à rotina matinal. Na aplicação da Escala Clínica de Fragilidade contou-se com a participação de dois observadores, o investigador e um profissional de saúde da instituição.

A recolha de dados para o preenchimento da *checklist* de resultados adversos teve como principal fonte de informação os processos clínicos. Em caso de dúvidas, mediante a autorização das pessoas idosas e dos representantes legais, foi validada a informação com os profissionais e, na ausência de informação, os profissionais foram questionados.

Toda a informação recolhida foi relativa ao período de um ano, de janeiro a dezembro de 2021, sendo que toda a recolha de informação através da observação, como é o caso das atividades básicas de vida diária e o uso de contenção física, são referentes ao período diurno.

2.5. Análise estatística dos dados

Os dados obtidos com os diferentes instrumentos foram objeto de análise estatística descritiva e inferencial. Na análise descritiva foram tidos em consideração os objetivos do estudo e a natureza das variáveis. Neste sentido, para a caracterização da amostra recorreu-se a medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão) para variáveis contínuas; e frequências, absolutas (n) e relativas (%), para as variáveis categoriais. No que concerne às técnicas de estatística inferencial, não se tendo verificado

os pressupostos da normalidade da distribuição, nem da sua simetria, recorreu-se a testes de hipóteses não paramétricos como o teste de Mann-Whitney e o teste de Kruskal-Wallis. Na associação entre as variáveis utilizou-se o teste de qui-quadrado e o teste exato de Fisher, quando não estavam assegurados os pressupostos do qui-quadrado. Nas variáveis contínuas usou-se o coeficiente de correlação de Spearman. Para o tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao programa IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 25 para um nível de significância de 5%.

PARTE III- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Capítulo III- Apresentação dos resultados

O presente capítulo apresenta os resultados obtidos de acordo com as variáveis em análise e os objetivos de estudo.

3.1. Caracterização sociodemográfica, institucional e clínica

A amostra é composta por 29 pessoas idosas, 62,1% (n=18) do sexo feminino e 37,9% (n=11) do sexo masculino, com uma média de idade de $89,14 \pm 6,39$ anos, sendo que 58,6% tem 90 ou mais anos. Cerca de 75,9% das pessoas idosas não tem companheiro(a) e 51,7% tem 6 ou menos anos de escolaridade. Contudo, 31% das pessoas idosas é licenciada (cf. Tabela 1).

No que diz respeito à decisão da institucionalização, verifica-se que para 75,9% dos participantes foram terceiros a decidir (os filhos, irmãos ou sobrinhos), e que apresentam um tempo médio de institucionalização de $38,72 \pm 16,07$ meses (cf. Tabela 1).

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica, institucional e clínica da amostra

Variáveis	N (%)
Sociodemográficas	
Sexo	
Masculino	11 (37,9%)
Feminino	18 (62,1%)
Idade (M±Dp, anos)	89,14±6,39
70-79 anos	3 (10,3%)
80-89 anos	9 (31%)
90 ou mais anos	17 (58,6%)
Estado civil	
Pessoas sem companheiro(a)	22 (75,9%)
Pessoas com companheiro(a)	7 (24,1%)
Escolaridade	
≤6 anos de escolaridade	15 (51,7%)
12º ano	5 (17,2%)
Licenciatura	9 (31%)
Instituição	
Decisão	
Própria	7 (24,1%)
Terceiros	22 (75,9%)
Tempo instituição (M±Dp, meses)	38,72±16,07
Clínicas	
Demência	
Sim	12 (41,4%)
Não	17 (58,6%)
Morbidades (M±Dp)	4,14±1,68
1-4	17 (58,6%)
>5	12 (41,4%)
Número de medicamentos (M±Dp)	12,90±3,81
1-4	1 (3,4%)
5-9	6 (20,7%)
>=10	22 (75,9%)

Quanto à presença de demência, 58,6% não apresenta a patologia. No entanto, a sua prevalência é notória em 41,4% dos participantes. A média das morbidades situa-se em $4,14 \pm 1,68$ e 58,6% das pessoas idosas revela ter entre uma a quatro morbidades. A média do número de medicamentos é de $12,90 \pm 3,81$. Verifica-se que 96,6% das pessoas idosas é polimedicada uma vez que ingerem diariamente 5 ou mais comprimidos (cf. Tabela 1).

3.2. Resultado das Comorbidades

As comorbidades foram avaliadas através da aplicação do Índice de Comorbidades de Charlson. O score obtido revelou uma média de $4,96 \pm 0,80$, sendo que 48,3% das pessoas idosas apresenta um score de cinco comorbidades. O índice também prevê a sobrevida estimada a 10 anos em pessoas idosas com múltiplas comorbidades, tendo-se obtido uma média de $32,17 \pm 21,80$, sendo que 48,3% apresenta 21% de sobrevida em 10 anos (cf. Tabela 2).

Tabela 2

Índice de Comorbidades de Charlson das pessoas idosas institucionalizadas

Índice de Comorbidades de Charlson	M $\pm$ Dp
Score	4,69$\pm$0,806
3	2 (6,9%)
4	9 (31%)
5	14 (48,3%)
6	4 (13,8%)
Sobrevida estimada a 10 anos	32,17$\pm$21,80
2%	4 (13,8%)
21%	14 (48,3%)
53%	9 (31%)
77%	2 (6,9%)

3.3. Resultados ao nível da capacidade funcional

Analisando os dados apresentados na Tabela 3, verifica-se que nas atividades alimentação e higiene corporal a maioria da amostra é independente, 51,7% e 62,1% respetivamente. Por outro lado, a atividade banho é a que apresenta maior percentagem de dependentes, com 86,2% de dependentes, seguida de subir escadas com 51,7 % e do vestir-se com 48,3%.

Quanto à atividade uso da casa de banho, a distribuição dos resultados pela amostra revela-se mais equilibrada, uma vez que 34,5% são independentes, 27,6% necessitam de

ajuda e 37,9% são dependentes. O mesmo se verifica no controlo vesical, em que 41,4% são independentes, 13,8% são incontinentes ocasionais e 44,8% são incontinentes/algaliados (cf. Tabela 3).

Tabela 2

Funcionalidade das pessoas idosas avaliada com o índice de Barthel

Índice de Barthel	N (%)
Alimentação	
Independente	15 (51,7%)
Necessita de ajuda	10 (34,5%)
Dependente	4 (13,8%)
Vestir	
Independente	6 (20,7%)
Necessita de ajuda	9 (31%)
Dependente	14 (48,3%)
Banho	
Independente	4 (13,8%)
Dependente	25 (86,2%)
Higiene corporal	
Independente	18 (62,1%)
Dependente	11 (37,9%)
Uso da casa de banho	
Independente	10 (34,5%)
Necessita de ajuda	8 (27,6%)
Dependente	11 (37,9%)
Controlo intestinal	
Independente	10 (34,5%)
Incontinente ocasional	6 (20,7%)
Incontinente fecal	13 (44,8%)
Controlo vesical	
Independente	12 (41,4%)
Incontinente ocasional	4 (13,8%)
Incontinente/ algaliado	13 (44,8%)
Subir escadas	
Independente	9 (31%)
Necessita de ajuda	5 (17,2%)
Dependente	15 (51,7%)
Transferência cadeira-cama	
Independente	12 (41,4%)
Necessita de ajuda mínima	5 (17,2%)
Necessita de grande ajuda	4 (13,8%)
Dependente	8 (27,6%)
Deambulação	
Independente	9 (31%)
Necessita de ajuda	8 (27,6%)
Dependente	12 (41,4%)
Score	
Totalmente dependente	10 (34,5%)
Severamente dependente	4 (13,8%)
Moderadamente dependente	3 (10,3%)
Ligeiramente dependente	5 (17,2%)
Independente	7 (24,1%)
Moderadamente/totalmente dependente	17 (58,6%)
Ligeiramente dependente/independente	12 (41,4%)

Na atividade transferência cadeira-cama 41,4% são independentes, 27,6% são dependentes e 13,8% necessitam de grande ajuda. Contrariamente, na atividade deambulação 41,4% são dependentes e 31% são independentes. Na atividade controle intestinal 44,8% são incontinentes fecais e 34,5% são independentes (cf. Tabela 3).

De acordo com o score total obtido com o Índice de Barthel, foi possível caracterizar a capacidade funcional dos participantes em níveis de dependência. Neste sentido, a classificação com percentagem maior é a de pessoas idosas totalmente dependentes, com 34,5%, seguida de independentes com 24,1%. As restantes encontram-se divididas entre ligeiramente dependente (17,2%), moderadamente dependente (10,3%) e severamente dependente (13,8%) (cf. Tabela 3).

Para uma outra leitura dos dados, foram formados dois grandes grupos para a pontuação total do Índice de Barthel, os moderadamente/totalmente dependente e ligeiramente dependente/independente. Conforme esta classificação, verifica-se que a maioria das pessoas idosas (58,6%) é moderadamente ou totalmente dependente, enquanto 41,4% é ligeiramente dependente ou independente (cf. Tabela 3).

3.4. Resultados da Fragilidade

A fragilidade foi avaliada através da aplicação da Escala Clínica da Fragilidade, que apresenta nove graus. A maioria das pessoas idosas foi categorizada com fragilidade severa (27,6%), fragilidade muito severa (17,2%) e doença terminal (13,8%). Poucas são as categorizadas com controlado (3,4%) e boa forma física (6,9%) e nenhuma foi considerada estar em muito boa forma física (cf. Tabela 4).

Considerando o ponto de corte da escala para a fragilidade, apenas 20,7% dos participantes são não-frágeis, enquanto 79,3% são frágeis (cf. Tabela 4).

Tendo em consideração que 12 pessoas idosas têm demência, segundo a classificação da escala, quatro (33,3%) têm demência muito severa, cinco (41,7%) têm demência severa e três (25%) têm demência moderada. De salientar que a pontuação da demência está inserida na pontuação do grau da fragilidade (cf. Tabela 4).

Tabela 3*Escala Clínica de Fragilidade (ECF) por grau, ponto de corte e demência*

Escala Clínica de Fragilidade	N (%)
Grau	
1. Muito boa forma física	0
2. Boa forma física	2 (6,9%)
3. Controlado	1 (3,4%)
4. Fragilidade muito leve	3 (10,3%)
5. Fragilidade leve	3 (10,3%)
6. Fragilidade moderada	3 (10,3%)
7. Fragilidade severa	8 (27,6%)
8. Fragilidade muito severa	5 (17,2%)
9. Doença Terminal	4 (13,8%)
Ponto de corte	
Não frágeis <5	6 (20,7%)
Frágeis ≥ 5	23 (79,3%)
Demência	
7. Demência moderada	3 (25%)
8. Demência severa	5 (41,7%)
9. Demência muito severa	2 (33,3%)

3.5. Estudo da relação entre as características da amostra e a fragilidade

Os resultados do estudo da relação entre as variáveis ECF grupos (Frágil e Não Frágil) e ECF graus e as características da amostra são apresentados na Tabela 5.

Considerando a variável categorial ECF grupos, observou-se uma associação significativa entre o Índice de Barthel e a fragilidade, sendo que as pessoas idosas frágeis apresentam-se mais dependentes do que as não-frágeis ($p=0,002$). As pessoas idosas frágeis apresentam um Índice de Comorbidade de Charlson mais elevado ($p=0,016$) e uma probabilidade de sobrevivência aos 10 anos mais baixa do que as pessoas idosas não frágeis ($27,09 \pm 20,05$ versus $51,67 \pm 17,83$, $p=0,011$). Não se verificaram associações significativas com a variável sexo, estado civil, escolaridade, decisão, morbididades, medicação, idade e tempo de institucionalização (cf. Tabela 5).

Na análise das variáveis considerando a fragilidade como variável contínua, constatou-se que as pessoas idosas institucionalizadas por decisão de terceiros têm maior grau de fragilidade ($6,82 \pm 1,87$) comparadas com aquelas que tomaram decisão própria ($4,86 \pm 1,95$) ($p=0,024$). As pessoas com maior dependência apresentam-se mais frágeis ($7,76 \pm 0,83$) do que aquelas que apresentam menor nível de fragilidade ($4,33 \pm 1,44$) ($p<0,01$), isto é, considerando o score total, quanto menor for a capacidade funcional maior é o grau de fragilidade. Não se verificaram diferenças em função das variáveis sexo,

estado civil, escolaridade, morbididades, medicação, idade e tempo de institucionalização (cf. Tabela 5).

O Índice de Comorbidade de Charlson apresentou uma correlação positiva moderada com a fragilidade, isto é, quanto maior os resultados do ICC maior o grau de fragilidade ($r_s = 0,69$, $p < 0,01$). Por outro lado, quanto menor a sobrevida aos 10 anos maior o grau de fragilidade ($r_s = 0,69$, $p < 0,01$) (cf. Tabela 5).

Tabela 4

Associação das características da amostra e a fragilidade (categórica e contínua)

Caraterísticas	ECF grupos		ECF graus		
Variáveis qualitativas	Não-frágil (n=6)	Frágil (n=23)	Teste estatístico	M±Dp	Teste estatístico
Sexo					
Feminino	2 (11,1%)	16 (88,9%)	$\chi^2 = 2,653$	7±1,609	U= 56,5
Masculino	4 (36,4%)	7 (63,6%)	p= 0,164	5,27±2,284	p= 0,052
Estado civil					
Sem companheiro	4 (18,2%)	18 (81,8%)	$\chi^2 = 0,349$	6,41±2,016	U= 74
Com companheiro	2 (28,6%)	5 (71,4%)	p= 0,612	6,14±2,268	p= 0,877
Escolaridade					
≤6 anos	2 (13,3%)	13 (86,7%)	$\chi^2 = 5,707$		H= 2,981
12º ano	3 (60%)	2 (40%)	p= 0,064		p= 0,225
Licenciatura	1 (11,1%)	8 (88,9%)			
Decisão					
Própria	3 (42,9%)	4 (57,1%)	$\chi^2 = 2,763$	4,86±1,952	U= 33,5
Terceiros	3 (13,6%)	19 (86,4%)	p= 0,131	6,82±1,868	p= 0,024
Morbididades					
1-4	4 (23,5%)	13 (76,5%)	$\chi^2 = 0,202$	6,41±2,181	U= 92,5
5 ou mais	2 (16,7%)	10 (83,3%)	p= 1,000	6,25±1,913	p= 0,669
Medicação					
1-4	0	1 (100%)	$\chi^2 = 1,354$		H= 2,328
5-9	2 (33,3%)	4 (66,7%)	p= 0,667		p= 0,312
≥10	4 (18,2%)	18 (81,8%)			
Índice de Barthel					
Mod./total.					
dependente	0	17 (100%)	$\chi^2 = 10,717$	7,76±0,831	U= 0,000
Indep./ligeira.			p= 0,002		p= <0,01
dependente	6 (50%)	6 (50%)		4,33±1,435	
Variáveis quantitativas	M ± Dp		Teste estatístico	Teste estatístico	
Idade	87±9,359	89±5,522	U= 54,5	$r_s = 0,335$	
			p= 0,434	p= 0,076	
Tempo instituição	31,67±19,572	40,57±14,987	U= 50,5	$r_s = 0,213$	
			p= 0,318	p= 0,268	
Score ICC	4±0,632	4,87±0,757	U= 27	$r_s = 0,693$	
			p= 0,015	p < 0,01	
Sobrevida est. 10 anos	51,67±17,829	27,09±20,054	U= 27	$r_s = -0,693$	
			p= 0,015	p < 0,01	

3.6. Caracterização dos resultados adversos

Dos resultados adversos analisados evidenciam-se: a infeção do trato urinário (55,2%, n=16), o uso de contenção física (37,9%, n=11), o declínio funcional (34,5%, n=10) e o declínio cognitivo (27,6%, n=8) (cf. Tabela 6).

O declínio funcional apresentou um valor médio de $5,33 \pm 2,64$ meses e o declínio cognitivo um valor médio de $5 \pm 1,60$ meses. Quanto ao uso de contenção física, verificou-se a predominância do uso de cintos (31%, n=9), devido ao risco de queda (31%, n=9). No que se refere às infeções do trato urinário, constatou-se que das 55,2% pessoas idosas que tiveram uma infeção, 31% teve mais que uma infeção no período de um ano (cf. Tabela 6).

Outros resultados adversos foram identificados, embora com prevalências mais baixas. Destacam-se: perda de peso não intencional em 20,7% da amostra (n=6), quedas em 3,8% (n=4), lesão por pressão em 10,3% (n=3), visita à urgência em 13,8% (n=4) e hospitalização em 6,9% (n=2) (cf. Tabela 6). Não foi identificado nenhum caso de desnutrição e desidratação.

Tabela 5

Checklist de resultados adversos

Checklist resultados adversos	N (%)
Declínio funcional	
Sim	10 (34,5%)
Não	19 (65,5%)
DF (M±Dp, meses)	5,33±2,64
Declínio cognitivo	
Sim	8 (27,6%)
Não	21 (72,4%)
DC (M±Dp, meses)	5±1,60
Uso contenção física	
Sim	11 (37,9%)
Não	18 (62,1%)
Tipo contenção	
Punhos	1 (3,4%)
Cintos	9 (31%)
Luvas	1 (3,4%)
Motivo	
Risco de queda	9 (31%)
Risco de retirar sonda nasogástrica	2 (6,9%)
Perda de peso não intencional	
Sim	6 (20,7%)
Não	23 (79,3%)
Perda peso (M±Dp, meses)	7,20±1,78
Perda apetite	
Sim	0
Não	6 (20,7%)
Queda	
Sim	4 (13,8%)
Não	25 (86,2%)
Mais que uma queda	
Sim	2 (6,9%)
Não	2 (6,9%)
Serviço saúde	
Sim	1 (3,4%)
Não	3 (10,3%)
Fratura queda	
Sim	0
Não	4 (13,8%)
Lesão por pressão	
Sim	3 (10,3%)
Não	26 (89,7%)
Grau LP	
Grau 2	1 (3,4%)
Grau 3	2 (6,9%)
Local	
Calcanhar	2 (6,9%)
Nádega	1 (3,4%)
Visita à urgência	
Sim	4 (13,8%)
Não	25 (86,2%)
Quantas vezes (M±Dp)	1,50±0,57
Hospitalização	
Sim	2 (6,9%)
Não	27 (93,1%)
Infeção trato urinário	
Sim	16 (55,2%)
Não	13 (44,8%)
Mais que uma ITU	
Sim	9 (31%)
Não	7 (24,1%)

3.7. Relação entre os resultados adversos e a fragilidade

Os dados respetivos à relação entre as variáveis ECF grupos (Frágil e Não Frágil) e ECF graus e os resultados adversos decorrentes na instituição são apresentados na Tabela 7.

Considerando a variável fragilidade grupos, os dados evidenciaram uma diferença estatisticamente significativa entre o tempo de perda de peso e a fragilidade, sendo nas pessoas idosas frágeis um tempo superior (8 meses) comparativamente com as não frágeis (4 meses) ($p=0,046$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ao nível das variáveis declínio funcional, declínio cognitivo, uso de contenção, perda de peso não intencional, queda, lesão por pressão, visita à urgência, hospitalização, infeção do trato urinário e mais que uma ITU, tempo de declínio funcional, tempo de declínio cognitivo e número de visitas à urgência (cf. Tabela 7).

Na análise das variáveis considerando a fragilidade como variável contínua, observou-se uma diferença estatisticamente significativa ao nível do uso de contenção física, ou seja, as pessoas idosas que usam algum tipo de contenção física têm maior grau de fragilidade ($8,09 \pm 0,83$) quando comparadas às que não usam ($6,17 \pm 2,04$) ($p < 0,01$). As pessoas idosas frágeis têm mais infeções do trato urinário ($7,19 \pm 1,52$) quando comparadas às não frágeis ($5,31 \pm 2,18$) ($p=0,013$). No mesmo sentido, as pessoas idosas frágeis tiveram mais do que uma infeção do trato urinário ($7,89 \pm 0,93$) do que as não frágeis ($6,29 \pm 1,70$) ($p=0,039$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ao nível das variáveis declínio funcional, declínio cognitivo, perda de peso não intencional, queda, lesão por pressão, visita à urgência, hospitalização, tempo de declínio funcional, tempo de declínio cognitivo e número de visitas à urgência (cf. Tabela 7).

Tabela 6

Relação entre os resultados adversos e a fragilidade (categórica e contínua)

Resultados adversos	ECF grupos		ECF graus		
Variáveis qualitativas	Não-frágil (n=6)	Frágil (n=23)	Teste estatístico	M±Dp	Teste estatístico
Declínio funcional					
Sim	2 (20%)	8 (80%)	$\chi^2 = 0,004$	6,20±1,687	U= 84
Não	4 (21,1%)	15 (78,9%)	p= 1,000	6,42±2,244	p= 0,608
Declínio cognitivo					
Sim	1 (12,5%)	7 (87,5%)	$\chi^2 = 0,452$	6,50±1,411	U= 83,5
Não	5 (23,8%)	16 (76,2%)	p= 0,647	6,29±2,261	p= 0,980
Uso contenção					
Sim	0 (0%)	11 (100%)	$\chi^2 = 4,623$	8,09±0,831	U= 12,5
Não	6 (33,3%)	12 (66,7%)	p= 0,058	5,28±1,809	p< 0,01
Perda peso não intencional					
Sim	1 (16,7%)	5 (83,3%)	$\chi^2 = 0,075$	7±2,098	U= 49,5
Não	5 (21,7%)	18 (78,3%)	p= 1,000	6,17±2,037	p= 0,286
Queda					
Sim	0 (0%)	4 (100%)	$\chi^2 = 1,210$	6,25±1,258	U= 43
Não	6 (24%)	19 (76%)	p= 0,553	6,36±2,158	p= 0,653
Lesão por pressão					
Sim	0 (0%)	3 (100%)	$\chi^2 = 0,873$	7,33±0,577	U= 28
Não	6 (23,1%)	20 (76,9%)	p= 1,000	6,23±2,122	p= 0,424
Visita urgência					
Sim	1 (25%)	3 (75%)	$\chi^2 = 0,053$	6,75±2,630	U= 40
Não	5 (20%)	20 (80%)	p= 1,000	6,28±1,990	p= 0,520
Hospitalização					
Sim	0 (0%)	2 (100%)	$\chi^2 = 0,560$	7,50±0,707	U= 17,5
Não	6 (22,2%)	21 (77,8%)	p= 1,000	6,26±2,086	p= 0,406
Infeção urinária					
Sim	1 (6,3%)	15 (93,8%)	$\chi^2 = 4,535$	7,19±1,515	U= 48,5
Não	5 (38,5%)	8 (61,5%)	p= 0,064	5,31±2,175	p= 0,013
Mais uma ITU					
Sim	0 (0%)	9 (100%)	$\chi^2 = 1,371$	7,89±0,928	U= 12,5
Não	1 (14,3%)	6 (85,7%)	p= 0,438	6,29±1,704	p= 0,039
Variáveis quantitativas					
Tempo Decl. Func.	3±1,414	6±2,582	U= 1,500 p= 0,104		$r_s = 0,582$ p= 0,100
Tempo Decl. Cogn.	6±0	4,86±1,676	U= 2,000 p= 0,500		$r_s = -0,006$ p= 0,988
Tempo perda peso	4±0	8±0	U= 0,000 p= 0,046		$r_s = 0,725$ p= 0,165
Quantas urg.	2±0	1,33±0,577	U= 0,500 p= 0,317		$r_s = 0,000$ p= 1,000

Capítulo IV- Discussão dos resultados

Este estudo avaliou a prevalência de síndrome de fragilidade nas pessoas idosas institucionalizadas. Na presente amostra evidenciou-se uma prevalência de 79,3% de pessoas idosas frágeis e 20,7% de pessoas idosas não-frágeis. De acordo com a literatura, a prevalência de fragilidade encontrada vai ao encontro do intervalo percentual reportado em alguns estudos, que varia entre os 71,8% e os 81,3% (Arantes et al., 2022; Martínez-Velilla et al., 2017). A principal razão para explicar a diferença de prevalência encontrada prende-se com a diversidade de instrumentos utilizados nos estudos para avaliar a fragilidade. De facto, o estudo de Martínez-Velilla e colaboradores (2017) demonstra que a estimativa de prevalência de fragilidade difere de acordo com as quatro escalas utilizadas. De qualquer modo, encontrámos uma elevada prevalência de fragilidade nas pessoas idosas do estudo (79,3%), expectável, uma vez que as pessoas idosas institucionalizadas normalmente estão mais propícias ao agravamento do seu estado de saúde, o que as torna mais suscetíveis à síndrome de fragilidade (Fluetti et al., 2018).

Um dos objetivos deste estudo passou por analisar a relação entre o grau de fragilidade e as características sociodemográficas, institucionais e clínicas das pessoas idosas da ERPI. Os nossos resultados apontaram para a associação entre a fragilidade e a institucionalização tomada por decisão de terceiros. Que seja do nosso melhor conhecimento, esta variável não tem sido muito analisada com a fragilidade, contudo é consensual que um dos resultados adversos decorrentes da fragilidade é a institucionalização (Borges et al., 2013; Pinzón-Pulido et al., 2015; Junius-Walker et al., 2018). Neste sentido, uma das possíveis explicações para esta relação pode estar relacionada com o facto de as pessoas idosas serem mais frágeis, o que interfere na realização das AVD e nas suas relações sociais, tornando-se dependentes dos seus cuidadores ou familiares, aumentando assim a procura de cuidados a longo prazo (Arantes et al., 2022). Face a esta situação, as famílias acabam por institucionalizar as pessoas idosas devido aos cuidados que necessitam, derivados da fragilidade e das suas repercussões na sua saúde, e que não são possíveis de ser prestados no seio familiar.

Neste estudo não se verificou associação entre a fragilidade e as variáveis sexo, idade, estado civil, escolaridade, tempo de instituição, morbididades e medicação.

Considerando a variável sexo, verifica-se que os resultados encontrados no presente estudo não vão ao encontro dos resultados obtidos nos estudos conduzidos por González-Vaca et al. (2014), Luo et al. (20015) e Martínez-Velilla et al. (2017), que revelam que o sexo feminino está mais suscetível a ser frágil do que o sexo masculino. No entanto, tal como no nosso estudo, o estudo de Ng et al. (2014) e de Arantes et al. (2022) não revelaram associação entre a fragilidade e o sexo. Uma explicação possível para a inexistência de correlação no nosso estudo poderá dever-se ao tamanho e às próprias características da amostra, não sendo possível estabelecer uma associação.

Quanto à variável idade, a literatura revela que a frequência de fragilidade é maior com o aumento da idade, sendo assim mais prevalente entre os idosos mais velhos (com 80 ou mais anos) (e.g., Borges et al., 2013). Contudo, os resultados do estudo de Melo e colaboradores (2018), similares aos dos resultados encontrados no nosso estudo, não apresentam essa correlação. O que poderá justificar esta não coincidência entre diferentes estudos, pode ser o facto de a média de idades entre as pessoas idosas frágeis (89 anos) e não-frágeis (87 anos) não ser muito distinta, não sendo possível estabelecer uma associação entre as variáveis. Além disso, a idade analisada como variável isolada, por si só, não pode ser considerada um fator que potencie a fragilidade.

No que diz respeito à variável estado civil, os resultados encontrados no nosso estudo não revelam associação entre a fragilidade e pessoas sem companheiro(a) (solteiro, divorciado ou viúvo), sendo que vão de encontro aos resultados obtidos nos estudos de Borges et al. (2013) e Arantes et al. (2022). Este resultado pode dever-se ao facto de as pessoas idosas terem optado por estarem sozinhas, no que se refere à sua vida pessoal e, por isso, podem estar menos frágeis.

Neste estudo a escolaridade também não se apresentou como um fator de risco para a síndrome de fragilidade, contrariando os resultados de alguns estudos (e.g., Melo et al., 2018). Porém, o estudo de Martínez-Velilla et al. (2017) também não encontrou esta associação. A explicação para não existir correlação no nosso estudo poderá dever-se à distribuição quase similar das pessoas idosas com menos de 6 anos de escolaridade (15) e das que têm o 12º ano ou licenciatura (14), tendo em consideração o tamanho da amostra. Para além de que a variável escolaridade analisada de forma isolada pode não constituir um fator preditor de fragilidade.

Quanto à associação entre tempo de institucionalização e fragilidade, também não se verificou, o que vai ao encontro da literatura (Borges et al., 2013; Melo et al., 2018; Arantes et al., 2022). O tempo de institucionalização não parece ser determinante para o surgimento da fragilidade, mas pode contribuir para o seu agravamento. Além disso, muitas pessoas idosas podem ser institucionalizadas por já apresentarem fragilidade.

No que se refere às morbididades, o nosso estudo não demonstrou uma associação entre a fragilidade e o número de morbididades, contrários aos dados de Borges et al. (2013). Consideramos, a respeito, que a presença de fragilidade nem sempre está associada à comorbidade das pessoas idosas. Porém, apesar de a presença de morbididades nem sempre ser acompanhada de fragilidade, a sua existência pode aumentar o risco de resultados adversos para a saúde, tornando a pessoa idosa mais vulnerável à fragilidade pelas limitações físicas que podem surgir com o aparecimento das doenças. Como referem Fried et al. (2001), a fragilidade e a morbididade são entidades distintas que não ocorrem necessariamente associadas, mas que interagem entre si.

A variável medicação, no presente estudo, não se revelou associada à fragilidade, o que contraria os resultados obtidos noutros estudos (Borges et al., 2013; Melo et al., 2018). Esta discrepância pode ser explicada através da aplicação de um processo de desprescrição da medicação. A polimedicação pode conduzir a efeitos negativos na saúde, que podem ser mais graves nas pessoas idosas frágeis. Por isso, muitas vezes as equipas de saúde ajustam e reduzem ou adequam a medicação, em resposta às necessidades de cada pessoa (Anonymous, 2016).

O estudo pretendeu também analisar a relação entre o grau de fragilidade e o índice de Comorbidade de Charlson e o índice de Barthel de pessoas idosas institucionalizadas. Os nossos resultados revelaram uma associação entre a fragilidade e estas variáveis (comorbidade e funcionalidade). Na literatura é consensual a associação entre a fragilidade e a dependência funcional, uma vez que quanto maior for a dependência funcional maior é o grau de fragilidade (González-Vaca et al., 2014; Fluetti et al., 2018). Neste sentido, quanto menor for a capacidade de a pessoa idosa em realizar atividades básicas de vida diária, maior é a probabilidade de estar relacionada com a presença da síndrome de fragilidade (Fluetti et al., 2018). A presença de comorbidade também se associou à fragilidade de forma significativa. A literatura mostra-nos que a fragilidade está

associada a uma maior taxa de comorbidades (e.g., González-Vaca et al., 2014). Da mesma forma, a sobrevivência estimada a 10 anos, também se relacionou significativamente com a fragilidade, revelando que as pessoas idosas não-frágeis têm maior probabilidade de estarem vivas do que as frágeis. De facto, a existência de múltiplas comorbidades provoca um declínio na funcionalidade e na reserva fisiológica da pessoa idosa, aumentando, assim, o risco de fragilidade (Sequeira, 2018).

Outro dos objetivos do estudo consistiu em identificar a ocorrência de resultados adversos das pessoas idosas da ERPI, sendo que os resultados revelam a predominância das infecções do trato urinário, o uso de contenção física, o declínio funcional e o declínio cognitivo. Contudo, ainda se verificaram a perda de peso não intencional, as quedas, as lesões por pressão, as visitas às urgências e a hospitalização. O resultado adverso infecção do trato urinário foi aquele que apresentou mais ocorrências, revelando-se prevalente em 55,2% dos participantes. 31% dos participantes apresentou mais que uma infecção. Este resultado vai ao encontro da literatura, embora a prevalência de ITU do presente estudo se encontre bastante acima dos 33% encontrados por Silva et al. (2021). Para além do sexo feminino, da incontinência urinária e fecal e a diabetes tipo 1, que se revelaram fatores que predis põem as pessoas idosas institucionalizadas a ITU, também o uso de diuréticos e o uso de fraldas são fatores que aumentam a possibilidade de ITU (Silva et al., 2021).

O uso de contenção física também é um resultado adverso com algumas ocorrências, com 37,9% sendo que 31% dizem respeito ao uso de cintos nas cadeiras. Os dados demonstram que a sua prevalência varia entre os 6% e os 68%, sendo que os nossos resultados se encontram dentro do que é esperado (Estévez-Guerra et al., 2017). Tal como acontece no nosso estudo, Estévez-Guerra e colaboradores (2017), identificaram que 26,9% das pessoas idosas usa cinto na cadeira. Para além de que a contenção física é um procedimento muito utilizado em pessoas idosas para prevenir o risco de quedas, justificação que se enquadra no contexto do nosso estudo.

O declínio funcional foi identificado em 34,5% dos participantes do nosso estudo, resultados relativamente próximos dos obtidos por Melo et al. (2018), que apontam para um comprometimento entre 5 a 8 AVD's em 49,5% da amostra. Para além do declínio funcional, também se verificou declínio cognitivo. No presente estudo 27,6% das pessoas

idosas apresentou declínio. O estudo realizado por Fluetti e colaboradores (2018) aponta para a existência de défice cognitivo em 55,4% dos participantes uma percentagem bem mais elevada do que a encontrada no nosso estudo. Uma possível explicação para as diferenças encontradas entre estes estudos poderá dever-se à exposição das pessoas idosas a programas de atividade física e de estimulação cognitiva.

A perda de peso não intencional encontrada no nosso estudo em 20,7% dos participantes também tem sido relatada na literatura (Rolland et al., 2009, as cited in Bell et al., 2013). As pessoas idosas institucionalizadas são uma população de alto risco para perda de peso ou má nutrição, que por consequência se constituem em fatores de risco para a morbilidade e para a mortalidade (Bell et al., 2013).

A ocorrência de queda verificou-se em 13,8% dos participantes do presente estudo, uma prevalência bastante inferior à encontrada em estudos relativamente a pessoas idosas institucionalizadas, com valores situados entre os 53% e os 62% (Rosendahl et al. 2003, Meyer et al. 2009, as cited in Lannering et al., 2016). A diferença percentual entre os resultados do nosso estudo e os da literatura pode ser explicada pela baixa estimulação para a mobilidade ou pelo uso da contenção física, ou seja, as pessoas idosas caem menos porque se movimentam pouco e porque se encontram imobilizadas.

As lesões por pressão revelaram-se prevalentes em 10,3% das pessoas idosas, resultados que se apresentam ligeiramente inferiores ao que é apresentado por outros investigadores, apontando-se uma variação entre os 11,1% e os 23,2% (e.g., Cavalcante et al., 2016). Esta discrepância pode ser explicada através da utilização de diversas técnicas adotadas pelos profissionais da instituição na prestação de cuidados, permitindo prevenir o seu aparecimento, uma vez que um elevado número de idosos apresenta dificuldades na mobilidade.

As visitas à urgência apresentaram uma predominância de 13,8%, valor inferior ao apontado na literatura (e.g., Gruneir et al., 2018). Também a nível da hospitalização é apresentada uma baixa prevalência, 6,9%, quando comparada com a literatura no domínio (e.g., Duca et al., 2010). Uma das possíveis fundamentações para esta diferença de prevalências pode ser explicada pela humanização na prestação de cuidados de saúde, pela garantia de segurança por parte dos profissionais de saúde, bem pela supervisão e

controle dos sintomas das morbidades das pessoas idosas, sendo assim possível a sua gestão célere e adequada em meio institucional.

No que diz respeito aos resultados adversos desnutrição e desidratação, não fizeram parte das ocorrências. Contudo, não significa que não estejam presentes nas pessoas idosas. Podem é não ter sido avaliados pelos profissionais da especialidade ou documentados devidamente nos processos clínicos, uma vez que segundo Ferreira et al. (2016), a desidratação e a desnutrição são comuns em pessoas idosas institucionalizadas.

Por fim, o estudo pretendeu analisar a relação entre o grau de fragilidade e os resultados adversos das pessoas idosas institucionalizadas. Os resultados do nosso estudo demonstraram uma associação entre a fragilidade e as seguintes variáveis: o uso de contenção física, a infecção do trato urinário e o tempo de perda de peso não intencional. Embora os dados sejam ainda escassos, o uso de contenção física tem sido estritamente relacionado com a fragilidade (Estévez-Guerra et al., 2017). Tendo por base estes resultados, a visão da nossa cultura consiste na restrição da mobilidade nas ERPI, sendo importante que os profissionais da área social, entendam que trabalhar para e com as pessoas idosas consiste em aceitar desafios, promovendo a participação ativa e não a monotonia, que torna a pessoa idosa dependente. Assim sendo, é expectável que a interação entre o declínio funcional e cognitivo esteja associada ao uso de contenção física, sendo provável que as pessoas idosas estejam numa situação de fragilidade (Estévez-Guerra et al., 2017). Na mesma linha de pensamento, são escassos os estudos relativamente à presença de infeções do trato urinário associadas à fragilidade. Contudo, Richards (2004) revela que as ITU é considerada uma das infeções mais comuns em pessoas idosas frágeis residentes em instituições. Neste sentido, a presença de incontinência urinária, de cateteres urinários, a exposição a antimicrobianos e o declínio funcional são fatores de risco para as ITU recorrentes em pessoas idosas frágeis (Richards, 2004).

Quanto à relação entre tempo de perda de peso e fragilidade, a literatura aponta que a perda de peso por si só não apresenta correlação com a fragilidade. Na maioria dos estudos realizados neste domínio é utilizado o Fenótipo da Fragilidade, que incorpora a característica perda de peso (e.g., Ferreira et al., 2021), sendo que a associação pode depender da forma ou do instrumento que se utiliza para a sua avaliação. Contudo, no

nosso estudo verificou-se que quanto maior for o tempo de perda de peso não intencional maior é a probabilidade de a pessoa idosa ser frágil, uma vez que encontra mais fraca e vulnerável.

Contrariamente ao que se observa na literatura, no presente estudo não se verificou uma correlação entre a fragilidade e os resultados adversos declínio funcional, declínio cognitivo, perda de peso, queda, lesão por pressão, visita à urgência e hospitalização. A fragilidade no estudo não está associada ao declínio funcional, sendo que a principal razão poderá dever-se à presença, na instituição, de profissionais de fisioterapia, que avaliam e monitorizam as limitações individuais (Sequeira, 2018), e desenham intervenções adequadas de forma a retardar e a atrasar o declínio funcional e, em consequência, prevenir o aparecimento da fragilidade.

Tal como se verificou no nosso estudo, Fluetti e colaboradores (2018) também não encontraram uma associação entre a fragilidade e o estado cognitivo. Apesar de existir um risco aumentado de correlação entre a fragilidade e o declínio cognitivo, este declínio pode surgir de forma isolada não estando relacionado por si com a presença de fragilidade. Na presente instituição existem animadores socioculturais/gerontólogos que implementam intervenções individualizadas e desenvolvem atividades de estimulação cognitiva dirigidas às pessoas idosas com o intuito de estimular/manter as suas capacidades cognitivas e prevenir o avanço do declínio, o que pode, por sua vez, contrariar a fragilidade.

Os resultados do nosso estudo revelam que as quedas não estão associadas à presença de fragilidade. Estes resultados vão ao encontro dos estudos de González-Vaca e colaboradores (2014) e de Fluetti e colaboradores (2018), que também não encontraram uma associação entre a fragilidade e a ocorrência de quedas. Apesar de serem mais frequentes em pessoas idosas com idade mais avançada e com a presença de fragilidade, as suas causas podem ser diversas (fatores extrínsecos ou intrínsecos). Neste sentido, não se pode referir que a presença de quedas nas pessoas idosas esteja diretamente e simplesmente relacionada com a fragilidade, podendo ser a sua causa um fator extrínseco à pessoa. Contudo, sugere-se a realização de mais estudos no âmbito desta temática, que tenham como objetivos compreender a relação entre os resultados adversos para a saúde consequentes da institucionalização e a sua relação com a

fragilidade, de forma a atuar na prevenção desta síndrome e no agravamento da saúde das pessoas idosas.

No seguimento da mesma linha de ideias, as lesões por pressão não se revelaram associadas à fragilidade no nosso estudo. No entanto, as pessoas idosas institucionalizadas, na sua maioria, apresentam fragilidade e as lesões por pressão podem ser uma das consequências (Ferreira et al., 2016). Contudo, apesar da síndrome de fragilidade ser identificada em quase 80% dos participantes deste estudo, verificou-se uma baixa percentagem de idosos com a ocorrência de lesões por pressão, o que nos pode levar a pensar que nesta situação não seja a fragilidade a principal causa deste resultado adverso. Outros fatores, por exemplo, o tempo excessivo na cadeira de rodas ou na cama, associados à pele mais frágil que os idosos apresentam, pode aumentar o risco de pressão, causando uma lesão.

No mesmo sentido, nem as visitas à urgência nem a hospitalização se correlacionaram com a fragilidade. Contudo, os resultados do estudo de González-Vaca e colaboradores (2014) não corroboram os nossos, demonstrando existir associação entre a fragilidade e a visita às urgências e a hospitalização. Tendo por base os resultados do nosso estudo (um número elevado de pessoas idosas frágeis, maioritariamente dependentes nas ABVD, polimedicadas, com comorbidades, com declínio cognitivo, fatores preditores da fragilidade) seria expectável uma maior frequência de visitas à urgência e até mesmo hospitalizações. Contudo, o médico, apesar de não estar em permanência na instituição, mantém o contacto diário com a equipa de enfermagem, possibilitando o auxílio e a intervenção quase imediata na tomada de decisões. No mesmo sentido, a presença de uma equipa de enfermagem diária, e na ausência da mesma, o contacto permanente com as auxiliares de serviço, dá lugar a uma boa gestão do problema. Quando a situação é mais complexa e não há possibilidade de as auxiliares intervirem, devido à não especialização, os enfermeiros demonstram flexibilidade em se deslocarem à instituição. A articulação entre auxiliares, enfermeiros e médico permite que as visitas às urgências e a hospitalização sejam mínimas, sendo opção apenas quando estritamente necessário.

Capítulo V- Limitações do estudo

O presente estudo apresenta várias limitações. Uma delas é o facto de se tratar de uma amostra pequena ($n=29$), que limita as inferências e conclusões que possam ser extraídas dos dados obtidos. Por outro lado, a opção por um estudo de caso não permite generalizar as conclusões para outras situações/ contextos de estudo.

Outra limitação relaciona-se com os processos individuais dos participantes, que não continham toda a informação pessoal e clínica atualizada, situação que pode enviesar os resultados obtidos, mesmo que os profissionais tenham sido questionados no sentido de obtenção de informação atualizada.

Por fim, o facto de a investigadora ser uma profissional a exercer na presente instituição poder ter a vantagem de aceder mais facilmente ao contexto, por outro lado pode ter conduzido a eventual imparcialidade no processo de investigação, pese embora o envolvimento de outros profissionais no processo.

Conclusão

A síndrome de fragilidade apresenta uma elevada prevalência nas pessoas idosas institucionalizadas em estudo (79,3%). A fragilidade, no que diz respeito às características sociodemográficas, associa-se à tomada de decisão de institucionalização por terceiros. Constatou-se igualmente uma associação entre fragilidade e funcionalidade e entre fragilidade e comorbidade. Os principais eventos adversos foram a infecção do trato urinário, o uso de contenção física, o declínio funcional e o declínio cognitivo. No entanto, ainda se verificaram a perda de peso não intencional, as quedas, as lesões por pressão, as visitas às urgências e a hospitalização. A fragilidade relaciona-se com o uso de contenção física, as infecções do trato urinário e o tempo de perda de peso não intencional.

A elevada prevalência da SF, bem como a sua relação com resultados adversos para a saúde, em especial, em pessoas idosas institucionalizadas destaca a importância de identificar esta síndrome e implementar estratégias que visem a sua prevenção e/ou progressão. Neste sentido, o foco da Gerontologia consiste em prevenir, adiar ou atenuar a fragilidade e prevenir ou atrasar os resultados adversos.

O cuidado à pessoa idosa frágil, bem como a que se encontra na condição de pré-fragilidade ou não-frágil, deve ser potenciado nas instituições. Para isso é necessário o envolvimento de uma equipa multidisciplinar, através da avaliação multidimensional, que deve estar orientada para identificar e intervir nos problemas de saúde associados à SF e para delinear as intervenções e estratégias para prevenir ou minimizar os efeitos (Borges et al., 2013). Assim, a intervenção para além de intervir na SF, pretende promover o autocuidado e melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas.

Referências bibliográficas

- Abusalem, S., Polivka, B., Coty, M., Crawford, T. N., Furman, C. D., & Alaradi, M. (2019). The relationship between culture of safety and rate of adverse events in long-term care facilities. *Journal Patient Safety*, 0 (0), 1-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30889049/>
- Anonymous (2016). Frailty, polypharmacy and deprescribing. *Drug and Therapeutics Bulletin*, 54 (6), 69-72. <http://dx.doi.org/10.1136/dtb.2016.6.0408>
- Arantes, A. P. F., Silva, V. M., Vila, V. S. C., & Vitorino, P. V. O. (2022). Prevalência da fragilidade em idosos institucionalizados no município de Rio Verde- Goiás. *Research, Society and Development*, 11 (2), 1-10. <https://doi.org/10.33233/fb.v22i6.4123>
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge University Press. <https://www.cambridge.org/core/books/successful-aging/psychological-perspectives-on-successful-aging-the-model-of-selective-optimization-with-compensation/EAE9389C90617AE014260735DFFCEF82>
- Bastos, A., Faria, C., Gonçalves, D., & Lourenço, H. (2015). Envelhecimento ao longo da vida e prática gerontológica: Algures entre o pronto a vestir e o fato à medida? *EXEDRA- Revista científica da ESEC*, 11-28. Coimbra. <http://exedra.esec.pt/wp-content/uploads/2016/02/Cap1.pdf>
- Bell, C. L., Tamura, B. K., Masaki, K. H., & Amella, E. J. (2013). Prevalence and measures of nutritional compromise among nursing home patients: Weight-loss, low body mass index, malnutrition, and feeding dependency, a systematic review of the literature. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14 (2), 94-100. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.10.012>
- Bergman, H., Ferrucci, L., Guralnik, J., Hogan, D. B., Hummel, S., Karunanathan, S., & Wolfson, C. (2007). Frailty: An emerging research and clinical paradigm - Issues and controversies. *Journal of Gerontology*, 62 (7), 731-737. <https://doi.org/10.1093/gerona/62.7.731>

- Borges, C. L., Silva, M. J., Clares, J. W. B., Bessa, M. E. P., & Freitas, M. C. (2013). Avaliação da fragilidade de idosos institucionalizados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26 (4), 318-322. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000400004>
- Cavalcante, M. L. S., Borges, C. L., Moura, A. M. F., & Carvalho, R. E. F. (2016). Indicadores de saúde e a segurança do idoso institucionalizado. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 50 (4), 602-609. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500009>
- Certo, A., Sanchez, K., Galvão, A., & Fernandes, H. (2016). A síndrome da fragilidade nos idosos: revisão da literatura. *Actas de Gerontologia*, 2 (1), 1-11. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/12983>
- Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L., & MacKenzie, C. R. (1987). A new methods of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of Chronic Diseases*, 40 (5), 373-383. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8)
- Charlson, M., Szatrowski, T. P., Peterson, J., & Gold, J. (1994). Validation of a combined comorbidity index. *Journal of Clinical Epidemiology*, 47 (11), 1245-1251. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(94\)90129-5](https://doi.org/10.1016/0895-4356(94)90129-5)
- Chen, X., Mao, G., & Leng, S. X. (2014). Frailty syndrome: An overview. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 433-441. <https://doi.org/10.2147/CIA.S45300>
- Crispim, R. (2021). Institucionalização na velhice: uma revisão sistemática da literatura sobre preditores em contexto de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI). *Methaodos. revista de ciencias sociales*, 9 (2), 258-271. <https://doi.org/10.17502/mrcs.v9i2.499>
- Damery, S., Flanagan, S., Rai, K., & Combes, G. (2017). Improving safety in care homes: protocol for evaluation of the Walsall and Wolverhampton care home improvement programme. *BMC Health Services Research*, 17 (86), 1-9. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2013-x>
- Dent, E., Morley, J. E., Cruz-Jentoft, A. J., Woodhouse, L., Rodríguez-Manas, L., Fried, L. P., Woo, J., Aprahamian, I., Sanford, A., Lundy, J., Landi, F., Beilby, J., Martin, F. C., Bauer, J. M., Ferrucci, L., Merchant, R. A., Dong, B., Arai, H., Hoogendijk, E. O., Won, C. W.,

- ... & Vellas, B. (2019). Physical frailty: ICFSR internacional clinical practice guidelines for identification and management. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 23 (9), 771-787. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12603-019-1273-z>
- Direção-Geral da Segurança Social [DGSS] (2020). *Proteção social: Pessoas idosas*. http://www.seg-social.pt/documents/10152/16186053/Guia_protecao_social_pessoas_idosas.pdf/d5c582d0-595b-47e9-a650-21bf6035230e
- Duarte, M., & Paúl, C. (2015). Prevalência de fragilidade fenotípica em pessoas em processo de envelhecimento numa comunidade portuguesa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18 (4), 871-880. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14160>
- Duca, G. F., Nader, G. A., Santos, I. S., & Hallal, P. C. (2010). Hospitalização e fatores associados entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, 26 (7), 1403-1410. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000700019>
- Estévez-Guerra, G. J., Farina-López, E., Núñez-González, E., Gandoy-Crego, M., Calvo-Francés, F., & Capezuti, E. A. (2017). The use of physical restraints in long-term care in Spain: A multi-center cross-sectional study. *Biomed Central Geriatrics*, 17 (29), 1-7. <https://bmccgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-017-0421-8>
- Feng, Z., Lugtenberg, M., Franse, C., Fang, X., Hu, S., Jin, C., & Raat, H. (2017). Risk factors and protective factors associated with incident or increase of frailty among community-dwelling older adults: A systematic review of longitudinal studies. *PLOS ONE*, 12 (6), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178383>
- Ferreira, C. M. A., Nunes, V. M. A., Gama, Z. A. S., Costa, N. D. L., Piuvezam, G., & Sousa, A. C. P. (2016). Monitoramento de indicadores de saúde de idosos institucionalizados. *Revista Visa em Debate*, 4 (3), 57-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500009>

- Ferreira, D. C. O., & Yoshitome, A. Y. (2010). Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (6), 991-997. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600019>
- Ferreira, S. P., Palma, R. S., Ribeiro, K. S., Miranda, V. C. R., Teodoro, E. C. M., & Pereira, E. C. A. (2021). Prevalência da síndrome da fragilidade e perfil clínico e sociodemográfico dos idosos institucionalizados de Pindamonhangaba/SP. *Fisioterapia Brasil*, 22 (6), 809-823. <https://doi.org/10.33233/fb.v22i6.4123>
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 56 (3), 146-156. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
- Gobbens, R. J. J., Luijckx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J.M. G. A. (2010). Towards an integral conceptual model of frailty. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 14 (3), 175-181. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12603-010-0045-6>
- Gobbens, R. J., Assen, M, A. V., Luijckx, K. G., & Schols, J. M. (2011). Testing an integral conceptual model of frailty. *Journal of Advanced Nursing*, 1-14. <https://www.fct.unesp.br/Home/Pesquisa/labsim/34.pdf>
- González-Vaca, J., Rica-Escuín, M., Silva-Iglesias, M., Arjonilla-García, M. D., Varela-Pérez, R., Oliver-Carbonell, J. L., & Abizanda, P. (2014). Frailty in institutionalized older adults from Albacete. The final study: Rationale, design, methodology, prevalence and attributes. *Maturitas*, 77 (1), 78-84. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.10.005>
- Gruneir, A., Cigsar, C., Wang, X., Newman, A., Bronskill, S. E., Anderson, G. M., & Rochon, P. A. (2018). Repeat emergency department visits by nursing home residents: a cohort study using health administrative data. *Biomed Central Geriatrics*, 18 (157), 2-11. <https://bmccgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-018-0854-8>

- Hoogendijk, E. O., Afilalo, J., Ensrud, K. E., Kowal, P., Onder, G., & Fried, L. P. (2019). Frailty: implications for clinical practice and public health. *The Lancet*, 394 (10206), 1365-1375. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31786-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31786-6)
- Howlett, S. E. & Rockwood, K. (2013). New horizons in frailty: Ageing and the deficit-scaling problem. *Age and Ageing*, 42 (4), 416-423. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft059>
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2020). *Projeções de População Residente 2018-2080*. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=426127543&att_display=n&att_download=y
- Junius-Walker, U., Onder, G., Soleymani, D., Wiese, B., Albaina, O., Bernabei, R., & Marzetti, E. (2018). The essence of frailty: A systematic review and qualitative synthesis on frailty concepts and definitions. *European Journal of Internal Medicine*, 56, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2018.04.023>
- Kahana, E., King, C., Kahana, B., Menne, H., Webster, N. J., Dan, A., Kercher, K., Bohne, A., & Lechner, C. (2005). Successful aging in the face of chronic disease. In M. L. Wykle, P. J. Whitehouse & D. L. Morris (Eds.), *Successful aging through the life span: intergenerational issues in health* (pp. 101-126). Spring Publishing Company, Inc.
- Lannering, C., Bravell, M. E., Midlov, P., Ostgren, C., & Molstad, S. (2016). Factors related to falls, weight-loss and pressure ulcers - More insight in risk assessment among nursing home residents. *Journal of Clinical Nursing*, 25 (7-8), 940-950. <https://doi.org/10.1111/jocn.13154>
- Liu, W., Chen, S., Jiang, F., Zhou, C., & Tang, S. (2020). Malnutrition and physical frailty among nursing home residents: A cross-sectional study in China. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 24 (5), 1-7. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12603-020-1348-x>
- Luo, H., Lum, T. Y. S., Wong, G. H. Y., Kwan, J. S. K., Tang, J. Y. M., & Chi, I. (2015). Predicting adverse health outcomes in nursing homes: A 9-year longitudinal study and development of the Frail-minimum data set (MDS) quick screening tool. *Journal of*

- the American Medical Directors Association*, 16 (12), 1042-1047.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.09.006>
- Martínez-Velilla, N., Herce, P. A., Herrero, A. C., Gutiérrez-Valencia, M., Asteasu, M. L. S., Mateos, A. S., Zubillaga, A. C., Beroiz, B. I., Jiménez, A. G., & Izquierdo, M. (2017). Heterogeneity of different tools for detecting the prevalence of frailty in nursing homes: feasibility and meaning of different approaches. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18 (10), 1.e1-1.e8.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.06.016>
- MDCalc (2005-2022). *Índice de Comorbidade de Charlson (CCI)*.
<https://www.mdcalc.com/charlson-comorbidity-index-cci>
- Melo, E. M. A., Marques, A. P. O., Leal, M. C. C., & Melo, H. M. A. (2018). Síndrome da fragilidade e fatores associados em idosos residentes em instituições de longa permanência. *Saúde Debate*, 42 (117), 468-480. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811710>
- Moreira, M. J. (2020). *Como envelhecem os portugueses - envelhecimento, saúde, idadeismo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
<https://www.ffms.pt/documentos/7030/como-envelhecem-os-portugueses-envelhecimento-saude-idadeismo-pdf>
- Morgado, J. C. (2012). *O estudo de caso na investigação em educação* (1.ª ed). DE FACTO EDITORES.
- Morley, J. E., Vellas, B., Kan, G. A. V., Anker, S. D., Bauer, J. M., Bernabei, R., Cesari, M., Chumlea, W. C., Doehner, W., Evans, J., Fried, L. P., Guralnik, J. M., Katz, P. R., Malmstrom, T. K., McCartes, R. J., Robledo, L. M. G., Rockwood, K., Haeling, S. V., Vandewoude, M. F., & Walston, J. (2013). Frailty consensus: A call to action. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14 (6), 392-397.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4084863/>
- Neto, T. (2016). *Perspetivas dos idosos sobre a vida em lar* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa].

<https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/13531/1/Teresa%20Neto%20Exemplar%20.pdf>

Ng, T. P., Feng, L., Nyunt, M. S. Z., Larbi, A., & Yap, K. B. (2014). Frailty in older persons: Multisystem risk factors and the frailty risk index (FRI). *Journal of the American Medical Directors Association*, 15 (9), 635-642. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.03.008>

Pinto, M. P., Martins, S., Mesquita, E., & Fernandes, L. (2021). European Portuguese Version of the Clinical Frailty Scale: Translation, cultural adaptation and validation study. *Acta Médica Portuguesa*, 34 (11), 1-14. <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/14543>

Pinzón-Pulido, S., Pena, F. G., Alcázar, V. R., Lima-Rodríguez, J. S., Triano, M. F. R., Domene, M. M., & Trujillo, F. A. (2015). Factores predictores de la institucionalización de personas mayores en situación de dependencia en Andalucía. *Enfermería Clínica*, 26 (1), 23-30. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-factores-predictores-institucionalizacion-personas-mayores-S113086211500114X>

PORDATA (2021). *Indicadores de envelhecimento*. <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>

Portaria n.º 67/2012 de 21 de março. *Diário da República n.º 58- I Série*. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social.

Posada, F. V. (2005). El enfoque del ciclo vital: Hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento. In S. P. Hernandis & M. S. Martínez (coords.), *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas*. Pearson Educación.

Rockwood, K., & Howlett, S. E. (2019). Age-related deficit accumulation and the diseases of ageing. *Mechanisms of Ageing and Development*, 180, 107-116. <https://doi.org/10.1016/j.mad.2019.04.005>

Rockwood, K., & Mitnitski, A. (2007). Frailty in relation to the accumulation of deficits. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 62 (7), 722-727. <https://doi.org/10.1093/gerona/62.7.722>

- Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D. B., McDowell, I., & Mitnitski, A. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Medical Association Journal*, 173 (5), 489-495. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050051>
- Rodrigues, M. K., Rodrigues, I. N., Silva, D. J. V., Pinto, J. M. S., & Oliveira, M. F. (2020). Clinical frailty scale: Translation and cultural adaptation into the Brazilian portuguese language. *The Journal of Frailty & Aging*, 10 (1), 1-6. <https://link.springer.com/article/10.14283/jfa.2020.7>
- Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Relógio D'Água Editores.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (2.ª ed) Lidel.
- Serviço Nacional de Saúde [SNS] (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Silva, H. S., & Gutierrez, B. A. O. (2013). Cuidados de longa duração na velhice: Desafios para o cuidado centrado indivíduo. *Revista a Terceira Idade*, 24 (57), 7-17. https://www.academia.edu/42153003/Cuidados_de_longa_dura%C3%A7%C3%A3o_na_velhice_desafios_para_o_cuidado_centrado_no_indiv%C3%ADduo
- Silva, J. L. M., Fonseca, C. D., Stumm, E. M. F., Rocha, R. M., Silva, M. R., & Barbosa, D. A. (2021). Fatores associados à infecção de trato urinário em instituição de longa permanência para idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74 (2), 1-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0813>
- Vagarinho, M. P. M. S. P. (2018). *Eventos adversos no internamento do idoso: caraterização de uma estrutura residencial para pessoas idosas* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa]. https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/8516/1/Efeitos%20adversos%20no%20internamento%20do%20idoso_caracteriza%C3%A7%C3%A3o%20de%20uma%20estrutura%20residencial%20para%20pessoas%20idosas.pdf

- Vaupel, J. W., Manton, K. G., & Stallard, E. (1979). The impact of heterogeneity in individual frailty on the dynamics of mortality. *Demography*, 16 (3), 439-454. <https://link.springer.com/article/10.2307/2061224>
- Vaughan, L., Corbin, A. L., & Goveas, J. S. (2015). Depression and frailty in later life: A systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 1947-1958. <https://doi.org/10.2147/CIA.S69632>
- Yin, R. K. (2014). *Case study research: Design and methods* (5th ed.). SAGE.
- Zhang, X., Dou, Q., Zhang, W., Wang, C., Xie, X., Yang, Y., & Zeng, Y. (2019). Frailty as a predictor of all-cause mortality among older nursing home residents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20 (6), 657-663. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.11.018>

APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice I- Autorização da instituição para a realização do estudo

Pedido de autorização para a realização do estudo

Eu, Carolina Cunha Mendes, aluna do Mestrado em Gerontologia Social da Escola Superior de Educação de Coimbra, encontro-me a desenvolver a minha dissertação intitulada "Síndrome de fragilidade e resultados adversos consequentes da institucionalização: um estudo de caso numa ERPF", com o objetivo de analisar a prevalência de resultados adversos conforme o grau de fragilidade das pessoas idosas institucionalizadas. Para o efeito terei que aplicar aos participantes um questionário sociodemográfico e a Escala da Fragilidade Clínica, para avaliar o grau de vulnerabilidade do indivíduo. A recolha de dados será efetuada através da aplicação de um instrumento constituído pelo questionário sociodemográfico, a Escala Clínica de Fragilidade e a checklist de resultados adversos, recorrendo-se à observação, para a aplicação da escala, e à análise documental, dos processos individuais dos clientes para o preenchimento checklist.

Toda a informação recolhida é de natureza confidencial, certificando de que todos os dados recolhidos serão para uso exclusivo deste estudo. O participante tem o direito de desistir do estudo em qualquer momento, sendo respeitada a sua decisão.

Declaro que tomei conhecimento do objetivo do estudo, recebi a informação necessária, ficando esclarecida e aceito que se proceda ao estudo na estrutura residencial para pessoas idosas, na qual exerço funções de Diretora Técnica.

19/03/2021

*Assinatura da Diretora Técnica:


(Andreia Ferreira)

Apêndice II- Autorização de utilização da Escala Clínica de Fragilidade

Pedido de permissão de utilização da Escala de Fragilidade Clínica

Carolina Mendes

qua, 10/03/2021 16:23

Para: mariojcpinto@gmail.com

Exmo. Sr. Professor Doutor Mário Pinto,

O meu nome é Carolina Cunha Mendes e sou aluna do 2º ano de Mestrado em Gerontologia Social na Escola Superior de Educação de Coimbra.

Estou presentemente a realizar a Dissertação de Mestrado, cujo tema é “Síndrome de fragilidade e resultados adversos consequentes da institucionalização: um estudo de caso numa ERPI”, tendo como principal objetivo analisar a prevalência de resultados adversos conforme o grau de fragilidade das pessoas idosas institucionalizadas.

Neste sentido, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência a permissão para a utilização da Escala de Fragilidade Clínica, adaptada e validada para a versão portuguesa, para o estudo a que me proponho desenvolver.

Desde já agradeço a atenção dispensada e encontro-me disponível para qualquer esclarecimento.

Atentamente,

Carolina Mendes.

Mário Joaquim Carmo Pereira Pinto <mariojcpinto@gmail.com>

sex, 12/03/2021 11:01

Para: Você

Bom dia Carolina Mendes. Terei muito gosto em enviar a nova versão da escala Clínica de Fragilidade e se achar pertinente orientá-lo no seu uso. Pode ler o meu artigo na Acta Medica. Pode se achar conveniente ligar para o meu telemóvel, 961313607

Mário Pinto

Apêndice III- Consentimento informado, livre e esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Estudo:

Síndrome de fragilidade e resultados adversos consequentes da institucionalização: um estudo de caso numa ERPI
--

Este estudo está a ser desenvolvido no âmbito da dissertação em Gerontologia Social, ministrado na Escola Superior de Educação de Coimbra.

O seu objetivo principal é analisar a prevalência de resultados adversos conforme o grau de fragilidade das pessoas idosas institucionalizadas. Para o efeito será aplicado um questionário sociodemográfico, o Índice de Barthel para avaliar as atividades básicas de vida diária, a Escala clínica de fragilidade para avaliar o grau de vulnerabilidade e a checklist de resultados adversos para identificar a sua ocorrência e a frequência. Deste modo, pedimos o seu consentimento para consultar o seu processo clínico, acedendo aos seus dados clínicos, apenas para fins de investigação.

A confidencialidade e anonimato dos dados serão garantidos e a identificação far-se-á por um código, não existindo referência a dados de identificação.

Após a análise de toda a informação recolhida, os dados serão guardados numa base de dados protegida por palavra-passe. Os dados recolhidos são para uso exclusivo do estudo.

A sua participação é voluntária e em qualquer momento, poderá livremente recusar ou interromper a participação no estudo, sem qualquer tipo de penalização.

Este estudo não é financiado por qualquer bolsa ou fundo de investigação e mereceu a aprovação da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem do Politécnico de Coimbra.

Como investigadora, manifesto o meu agradecimento pela sua participação e a minha disponibilidade para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Investigador Principal do Projeto

Carolina Cunha Mendes

Assinatura da Investigadora: _____

Data: ____/____/____

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com a Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, o RGPD e a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Título do Estudo:

Síndrome de fragilidade e resultados adversos consequentes da institucionalização: um estudo de caso numa ERPI

Na qualidade de participante/ representante legal do participante (*riscar o que não interessa*) no estudo acima referido, declaro que compreendi todos os objetivos da minha participação no mesmo, pelas informações verbais e escritas que me foram fornecidas pela investigadora. Foi garantida a confidencialidade e anonimização dos dados, e a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas. Desta forma, aceito de livre vontade a participação / daquele que legalmente represento (*riscar o que não interessa*), neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação, aceitando também a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome Completo: _____

Assinatura: _____ ... Data: ____/____/____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE /INCAPACIDADE

(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME: _____

BI/CC Nº: _____ DATA OU VALIDADE ____/____/____

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA _____

ESTE DOCUMENTO É FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA QUEM CONSENTE

Apêndice IV- Pedido de autorização à Comissão de Ética da UICISA: E da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

COMISSÃO DE ÉTICA	
da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)	
Parecer Nº / 777 -2021	
Título do Projecto: Síndrome de fragilidade e resultados adversos consequentes da institucionalização; um estudo de caso numa ERPI	
Identificação dos Proponentes Nome(s): Carolina Cunha Mendes Sofia Silva João Tavares Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E). Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro Investigador Responsável: Carolina Cunha Mendes Orientador: N.A.	
Relator: Carla Barbosa	
Parecer O estudo apresentado, que é um estudo de <i>natureza quantitativa, recorre à metodologia de estudo de caso, em que a unidade de análise será a estrutura residencial para pessoas idosas em que será realizado o estudo. A pesquisa do estudo de caso, quanto ao objetivo, é descritiva, permitindo descrever e analisar um tema específico e pretende analisar a população idosa institucionalizada numa estrutura residencial para pessoas idosas (ERPI), de forma a verificar se os idosos frágeis e pré-frágeis têm maior prevalência de resultados adversos decorrentes da institucionalização do que os idosos não frágeis.</i> Apresenta como objetivos: <i>Objetivo geral: analisar a prevalência de resultados adversos de acordo com o grau de fragilidade das pessoas idosas institucionalizadas.</i> <i>Objetivos específicos:</i> - Avaliar a prevalência de síndrome de fragilidade nas pessoas idosas institucionalizadas; - Analisar a relação entre o grau de fragilidade e as características sociodemográficas das pessoas idosas da ERPI; - Identificar a ocorrência de os resultados adversos das pessoas idosas da ERPI; - Analisar a relação entre o grau de fragilidade e os resultados adversos das pessoas idosas institucionalizadas. A amostra é composta por 30 pessoas idosas: 11 do sexo masculino e 19 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 76 e os 99 anos de idade. Capazes ou em caso de incapacidade com consentimento prestado pelo representante legal.	



Associação das Universidades
e Politécnicos de Portugal



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

FCT Fundação
para a Ciência
e a Tecnologia

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENFC)

Instrumento: *-Questionário sociodemográfico: utilizado para a recolha de informações pessoais pertinentes.*

-Índice de Barthel: para avaliar a capacidade funcional do idoso e determinar o grau de dependência global e especificamente de cada atividade básica de vida diária (ABVD).

-Escala clínica de fragilidade: para avaliar o grau de vulnerabilidade de um indivíduo com base no julgamento clínico.

-Checklist de resultados adversos: é um instrumento elaborado de forma a identificar a ocorrência e a frequência de resultados adversos nas pessoas idosas da ERPI.

Participação Voluntária. Os dados serão pseudoanonimizados. A investigadora juntou as autorizações à utilização dos instrumentos. Alterou o Protocolo de forma correta. O consentimento foi retificado e está, neste momento, adequado.

Parecer favorável.

Assinado com Assinatura
Digital Qualificada por:
CARLA LILIANA FERREIRA
BARBOSA BAPTISTA
Data: 22-09-2021 09:49:11

O relator: Carla Barbosa

Data: 12/9 /2021 A Presidente da Comissão de Ética: Helena Romana De Almeida



Apêndice V- Questionário Sociodemográfico**1. Questionário Sociodemográfico****Código de identificação:** _____

De seguida, encontra um conjunto de questões, às quais deve assinalar com uma cruz (X) dentro do quadrado a que mais se adequa ao seu caso ou escrevendo no espaço disponível.

1) Qual é a sua idade? _____

2) Qual é o seu sexo?

Masculino	☐
Feminino	☐

3) Qual é o seu estado civil?

Solteiro	☐
Casado	☐
União de facto	☐
Separado	☐
Divorciado	☐
Viúvo	☐

4) Qual o seu nível de escolaridade?

Não sabe ler nem escrever	☐
Sabe ler e/ou escrever	☐
1º-4º ano	☐
5º-6º ano	☐
7º-9º ano	☐
10º-12º ano	☐
Licenciatura	☐
Mestrado	☐
Doutoramento	☐

5) Qual a profissão que exerceu ao longo da sua vida? _____

6) Há quanto tempo está na instituição? _____

6.1) Voto para a instituição por:

Decisão própria	
Decisão de terceiros	

7) Apresenta algum tipo de patologia(s) significativa(s)?

Sim	
Não	

7.1) Se respondeu "Sim", indique qual(ais) a(s) patologia(s): _____

8) Por dia, quantos medicamentos toma? _____

Apêndice VI- Checklist de Resultados Adversos

4. Checklist de resultados adversos

	Sim	Não	SI ¹
Declínio funcional			
1. O idoso apresentou declínio funcional?			
1.1. Se sim, durante que período de tempo?			
Declínio cognitivo			
2. O idoso apresentou declínio cognitivo?			
2.1. Se sim, durante que período de tempo?			
Uso de contenção física			
3. O idoso foi alvo de algum tipo de contenção?			
3.1. Se sim, durante que período de tempo?			
3.2. Que tipo de contenção utiliza?			
3.3. Qual o motivo para o uso de contenção?			
Desnutrição			
4. O idoso apresentou desnutrição?			
4.1. Se sim, durante que período de tempo?			
Desidratação			
5. O idoso apresentou desidratação?			
5.1. Se sim, durante que período de tempo?			
Perda de peso não intencional			
6. O idoso perdeu peso involuntariamente?			
6.1. Se sim, durante que período de tempo?			
6.2. Quantos quilos aproximadamente?			
6.3. Apresentou perda de apetite?			
Queda			
7. O idoso sofreu uma queda?			
7.1. Se sim, mais que uma?			
7.1.1. Quantas?			
7.2. Devido à(s) queda(s) teve que procurar o serviço de saúde?			

¹ Sem informação

7.3. Sofreu alguma fratura?			
5.3.1. Se sim, onde?			
Lesão por pressão			
8. O idoso apresentou lesão por pressão?			
8.1. Se sim, mais que uma?			
8.1.1. Quantas?			
8.2. Qual o(s) grau(s)?			
8.3. Em que local(ais)?			
Ida à urgência			
9. O idoso foi à urgência?			
9.1. Se sim, quantas vezes?			
Hospitalização			
10. O idoso foi hospitalizado?			
10.1. Se sim, quantas vezes?			
10.2. Qual o maior tempo de hospitalização?			
Outro:			
Outro:			

Anexo I- Índice de Barthel

2. Índice de Barthel

Índice de Barthel: ABVD

Itens	ABVD	Cotação
Alimentação	Independente (capaz de usar qualquer instrumento, come num tempo razoável).	10
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.).	5
	Dependente.	0
Vestir	Independente (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.).	10
	Necessita de ajuda (pelo menos, em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo).	5
	Dependente.	0
Banho	Independente (toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros).	5
	Dependente.	0
Higiene corporal	Independente (lava a face, mãos e dentes. Faz a barba).	5
	Dependente.	0
Uso da casa de banho	Independente (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho).	10
	Necessita de ajuda (para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa).	5
	Dependente.	0
Controlo intestinal	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-lo sozinho).	10
	Incontinente ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres).	5
	Incontinente fecal.	0
Controlo vesical	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho).	10
	Incontinente ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor).	5
	Incontinente ou algaliado.	0

Subir escadas	Independente (sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio).	10
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas).	5
	Dependente.	0
Transferência cadeira-cama	Independente (não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho).	15
	Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima e supervisão).	10
	Necessita de grande ajuda (é capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência).	5
	Dependente.	0
Deambulação	Independente (caminha, pelo menos, 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas).	15
	Necessita de ajuda (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão).	10
	Independente com cadeira de rodas (anda, pelo menos, 50 metros).	5
	Dependente.	0

Anexo II- Escala Clínica de Fragilidade

3. Escala Clínica de Fragilidade

ESCALA CLÍNICA DE FRAGILIDADE v2.0 (CFS) Versão Portuguesa Portugal

CATEGORIA	CARACTERÍSTICAS
1 ☐ Muito boa forma física 	- Ativo, vigoroso, muito motivado, forte - Tendência atividade física regular - Muito boa forma para a idade
2 ☐ Boa forma física 	- Sem sintomas de doenças ativas - Menos apto que na categoria anterior - Atividade física ocasional ou sazonal
3 ☐ Controlado 	- Comorbilidades controladas - Sintomas de doenças controlados - Sem atividade física para além da marcha habitual
4 ☐ Viver com Fragilidade Muito Leve 	- Sintomas de doença não controlados. Cansaço durante o dia. - Independente nas atividades da vida diária - Alteração na marcha (marcha lenta – slowed down) - Limitação funcional de acordo com os sintomas da doença
5 ☐ Viver com Fragilidade Leve 	- Dependente em grau reduzido nas atividades instrumentais de vida diária mais complexas (transporte, finanças, ajuda na lida da casa mais pesado) - Supervisão ir às compras e preparação das refeições e caminhadas ao ar livre - Supervisão na toma da medicação - Começa com limitação de tarefas domésticas leves
6 ☐ Viver com Fragilidade Moderada 	- Supervisão e ajuda no banho e no vestir - Ajuda em todas as atividades fora de casa e na manutenção da casa - Dificuldade/impossibilidade de subir escadas
7 ☐ Viver com Fragilidade Severa 	- Dependente em todas as Atividades da Vida Diária (cuidados Pessoais) - Dependente do cuidador por causa física ou cognitiva - Estável e sem risco de morrer nos próximos 6 meses
8 ☐ Viver com Fragilidade Muito Severa 	- Completamente dependente em grau elevado em todas as atividades da vida diária - Próximo do fim de vida - Pode não recuperar de doença menor
9 ☐ Doença terminal 	- Próximo do fim de vida pode exercitar-se até muito perto da morte - Expectativa de vida inferior a 6 meses - Sem outra evidência de fragilidade
Na presença de Demência, o grau de fragilidade geralmente corresponde ao grau de demência.	
☐ 1 – Demência leve	Inclui esquecimento de detalhes de um evento recente, embora ainda se lembre do próprio evento, repetindo a mesma questão/história e apresenta isolamento social.
☐ 2 - Demência moderada	A memória recente está muito prejudicada, mesmo que aparentemente se possam lembrar bem da vida passada, necessitam de orientação nos autocuidados.
☐ 3 - Demência Severa	São totalmente dependentes todos autocuidados sem ajuda.
☐ 4 – Demência Muito Severa	Confinados á cama, muitos estão virtualmente mudos

© 2009. Version 1.2_EN. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only. Translated and adapted with permission to Portuguese by Dr. Mário Pinto, Porto, 2017.

