

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços em Enfermagem

ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE IDOSOS EM INTERNAMENTO DE LONGA DURAÇÃO

ORGANIZATION OF OLDER CARE IN LONG-TERM INTERNATIONATION

Dissertação académica orientada pela
Professora Doutora Maria Manuela Martins
e coorientada pela
Mestre Andreia Lima Novo

Ângela Alexandra Gesta Ribeiro de Andrade
Porto | 2018

*”O intervalo de tempo entre a juventude e a
velhice é mais breve do que se imagina.
Quem não tem prazer ao penetrar no mundo
dos idosos não é digno da sua juventude (...)
o ser humano morre quando, de alguma
forma, deixa de se sentir importante.”*

Augusto Cury, in “O Vendedor de Sonhos”.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora Doutora Maria Manuela Martins na ajuda imprescindível na realização deste projeto assim como toda a disponibilidade, incentivo, apoio e momentos de entusiasmo durante este percurso de aprendizagem.

À mestre Andreia Lima Novo pelo apoio e ajuda prestada.

Ao diretor clínico e enfermeira coordenadora da instituição do grande Porto onde foi aplicado este estudo, por terem permitido a realização do mesmo e pelo incentivo prestado.

Aos meus pais por todo o amor, força, confiança e por tudo o que fizeram e significam para mim. Tenho muito orgulho em vocês.

À minha irmã pelo companheirismo, carinho e alegrias.

Ao meu marido Rafael por ser quem é, pela presença, confiança e ajuda constante, por todos os momentos maravilhosos que me faz viver, por estar sempre ao meu lado.

A todos aqueles que direta ou indiretamente colaboraram, para que este projeto chega-se ao fim.

ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD`s – Atividades Instrumentais da Vida Diárias

APEGEL – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança

DR – Diário da República

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

IFR – Índice de Relação Familiar

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RESUMO

Assistimos, na atualidade, a um envelhecimento exponencial. Bastará, a este propósito, verificar que o índice de envelhecimento em 1961 era de 27,5% tendo atingido, em 2015, os valores de 148,7%. Este facto, per si, constitui, efetivamente, um desafio para as respostas sociais face ao envelhecimento, razão que leva à procura das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI's).

Acresce ainda que a grande maioria dos ocupantes destas estruturas possuem um elevado nível de dependência e, igualmente, inúmeras patologias clínicas.

Este é um estudo de natureza quantitativa, descritivo, exploratório, cuja população refere-se aos idosos que residem em três ERPI's na região do grande Porto, obtendo uma amostra de 78 idosos.

A colheita de dados foi efetuada através de um questionário que está a ser utilizado no estudo a desenvolver na ESEP "Viver bem com mais idade: do contexto familiar ao apoio institucional".

Os resultados do estudo indicam que a amostra é constituída maioritariamente por mulheres. Apresentam na maioria mais do que uma patologia, tomam cinco ou mais medicamentos diariamente, as doenças de origem osteoarticular e a hipertensão arterial são as patologias mais comuns, a maioria dos idosos apresenta um índice de massa corporal superior a 23 e cerca de metade é dependente nas atividades instrumentais da vida diárias, por último, mais de metade da amostra apresenta défice cognitivo.

O motivo da institucionalização em mais de metade da amostra é a limitação na atividade diária e a ausência/fragilidade na rede de suporte familiar.

A maioria dos idosos da amostra percebe a sua saúde e qualidade de vida como razoável.

Os dados demonstram a necessidade de uma maior dotação de profissionais com competências específicas para responder a pessoas com grande dependência nas atividades de vida diárias, polimedicação, défices cognitivos e multipatologias o que nos indica carências de cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: idosos, institucionalização, dependência.

ABSTRACT

We are now witnessing an exponential aging. It will suffice for this purpose to verify that the aging rate in 1961 was 27, 5%, reaching 148, 7% in 2015. This in itself constitutes a challenge for social responses to aging, a reason that leads to the search for Residential Structures for the Elderly (ERPis).

Moreover, the great majority of the occupants of these structures have a high level of dependence and, also, numerous clinical pathologies.

This is a quantitative, descriptive, exploratory study whose population refers to the elderly living in 3 ERPI's from the city of Oporto, obtaining a sample of 78 elderly.

Data were collected through a questionnaire that is being used in the ESEP study "Viver bem com mais idade: do contexto familiar ao apoio institucional"

The results of the study indicate that the sample is composed mostly of women. They present more than one pathology, take five or more medications daily, osteoarticular diseases and arterial hypertension are the most common pathologies, the majority of the elderly have a body mass index of more than 23 and about half are dependent on the instrumental activities of daily living, finally, more than half of the sample has a cognitive deficit.

The reason for institutionalization in more than half of the sample is the limitation in daily activity and absence / fragility in the family support network.

Most of the elderly in the sample perceive their health and quality of life as reasonable.

The data demonstrate the need for a greater number of professionals with specific skills to respond to people with high dependence on daily life activities, polymedication, cognitive deficits and multipathologies, which indicates deficiencies in nursing care.

Key words: elderly, institutionalization, dependency.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. GESTÃO DE CUIDADOS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	14
1.1 Conceção de cuidados ao idoso	15
1.2 Serviços de longa duração.....	21
1.2.1 Assistência multiprofissional	24
1.2.2 Condições ambientais dos lares / residências	26
1.3 A qualidade assistencial em idosos	29
1.3.1 Segurança dos idosos internados em instituições de longa duração	32
2. PREPARAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO	36
2.1 Do contexto do estudo à amostra	37
2.2 Variáveis em estudo	38
2.3 População e Amostra	45
2.4 Colheita de dados	45
2.4.1 Instrumento de colheita de dados	46
2.4.2 Procedimentos de colheita e análise dos dados	47
2.4.3 Procedimentos éticos.....	47
3. DA ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL ÀS CARATERÍSTICAS DOS IDOSOS	49
3.1 Equipa assistencial	49
3.2 Suporte à assistência	50
3.3 Caraterísticas sociodemográficas	52
3.4 Caraterísticas clínicas	58
3.5 Atividades Instrumentais da Vida diária (AIVD).....	67
3.6 Autocuidado	71
3.7 Em torno do fenómeno da institucionalização	82
3.8 Perceção dos idosos sobre as relações familiares	87
3.9 Auto perceção da saúde / qualidade de vida.....	89
4. TRANSFORMAR AS FRAQUEZAS EM OPORTUNIDADES ASSISTENCIAIS	92
4.1. Gestão dos cuidados face à realidade dos idosos	92
4.2 Oportunidade para o crescimento organizacional	99
CONCLUSÃO	106
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
ANEXOS	116
ANEXO I - Questionário “ Viver bem com mais idade do contexto familiar ao apoio institucional”	116

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Número de Respostas Sociais – Portugal Continental. Ano de 2015	23
Quadro 2 - Variáveis Sociodemográficas	39
Quadro 3 - Variável Condições de Saúde.....	40
Quadro 4 - Variável Estado Nutricional	41
Quadro 5 - Variável Atividades Instrumentais da Vida Diárias	42
Quadro 6 - Variável AutoCuidado	43
Quadro 7 - Variável Relações Familiares.....	44

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra por sexo.....	52
Tabela 2 – Distribuição da amostra por idade	52
Tabela 3 – Distribuição da amostra por estado civil	53
Tabela 4 – Distribuição da amostra por número de filhos	53
Tabela 5 - Distribuição da amostra por conhecimentos de leitura.....	54
Tabela 6 - Distribuição da amostra por conhecimentos de escrita	54
Tabela 7 - Distribuição da amostra por escolaridade	54
Tabela 8 – Tempo de institucionalização dos idosos	55
Tabela 9 - Participação em atividades de lazer.....	56
Tabela 10 - Distribuição da amostra por quantidade de medicação administrada.....	58
Tabela 11- Número de patologias associadas por idoso	59
Tabela 12- Distribuição da amostra consoante os tipos de apoio à locomoção	59
Tabela 13- Distribuição da amostra em função da causa extrínseca de quedas.....	60
Tabela 14- Distribuição do número de quedas no último ano	60
Tabela 15- Representação de tipos de lesões na sequência de queda	61
Tabela 16– Local de queda.....	61
Tabela 17- Medo de cair	62
Tabela 18 – Distribuição sobre a situação de perda de peso	62
Tabela 19 – Distribuição sobre a diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade de mastigar ou deglutir nos últimos 3 meses	63
Tabela 20 - Distribuição da situação de mobilidade	63
Tabela 21 – Distribuição da existência de doença aguda ou stress psicológico nos últimos três meses	64
Tabela 22 – Distribuição de Problemas Neuro-psicológicos.....	64
Tabela 23 - Distribuição do Índice de Massa Corporal	65
Tabela 24 – Distribuição da autonomia no uso do telefone.....	67
Tabela 25 – Distribuição da autonomia no ato de realizar compras	67
Tabela 26 – Distribuição da autonomia na preparação da comida	68

Tabela 27 – Distribuição da avaliação da independência nos cuidados domésticos.....	68
Tabela 28 – Distribuição da capacidade de organizar medicação	69
Tabela 29 – Distribuição da autonomia na lavagem de roupa	69
Tabela 30 - Distribuição da amostra consoante meio de transporte utilizado.....	70
Tabela 31 – Distribuição da autonomia na gestão financeira.....	70
Tabela 32 – Distribuição da capacidade de se posicionar de pé	71
Tabela 33 - Capacidade de locomoção em escadarias	71
Tabela 34 – Distribuição da capacidade de locomoção em curta distância	72
Tabela 35 – Distribuição da autonomia na transferência cadeira-cama	72
Tabela 36 – Distribuição da capacidade de movimentação de corpo	73
Tabela 37 – Distribuição da capacidade de elevar parte do corpo.....	73
Tabela 38 – Distribuição da capacidade para posicionar na sanita ou equivalente	74
Tabela 39 – Distribuição da capacidade para erguer-se da sanita	74
Tabela 40 – Distribuição da capacidade para ajustar a roupa após higiene íntima	75
Tabela 41 – Distribuição da autonomia no uso do sanitário	75
Tabela 42 – Distribuição da capacidade para abrir recipientes.....	76
Tabela 43 – Distribuição da capacidade para segurar no copo	76
Tabela 44 – Distribuição da autonomia no uso de talheres de refeição	76
Tabela 45 – Distribuição da autonomia para pentear o cabelo.....	77
Tabela 46 – Distribuição da autonomia para cuidar das unhas.....	77
Tabela 47 – Distribuição da capacidade para aplicar desodorizante.....	77
Tabela 48 – Distribuição dos cuidados de Higiene Oral.....	78
Tabela 49 – Distribuição da capacidade para escolher a roupa	78
Tabela 50 – Distribuição da capacidade para vestir a roupa	78
Tabela 51 – Distribuição da capacidade para abotoar as roupas	79
Tabela 52 – Distribuição da capacidade para calçar as meias	79
Tabela 53 – Distribuição da capacidade para obter objetos para o banho	80
Tabela 54 – Distribuição da capacidade para abrir a torneira.....	80
Tabela 55 – Distribuição da autonomia para lavar o corpo.....	80
Tabela 56 – Distribuição da autonomia para preparar a medicação.....	81
Tabela 57 – Distribuição da autonomia para tomar a medicação	81
Tabela 58 – Distribuição de causa de internamento por diagnóstico médico	82
Tabela 59 – Distribuição de causa de internamento por dependência na atividade diária ..	83
Tabela 60 – Distribuição da causa de internamento por morar só	83
Tabela 61 – Distribuição do motivo de institucionalização devido ao estado civil	83
Tabela 62 – Distribuição do motivo de internamento devido à situação mental	84
Tabela 63 – Distribuição do motivo de internamento por ausência de suportes sociais.....	84
Tabela 64 – Distribuição do motivo de internamento por fragilidade do suporte familiar ..	84
Tabela 65 – Distribuição do motivo de internamento por situação de pobreza.....	85
Tabela 66 – Distribuição sobre a institucionalização por vontade própria	85
Tabela 67 - Perceção de saúde	89
Tabela 68 - Saúde em comparação com terceiros.....	90
Tabela 69 - Qualidade de vida.....	90
Tabela 70 - Satisfação com a vida	91
Tabela 71 – Exemplo de uma Análise SWOT.....	99

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição das respostas relativas à pontuação do MINI-COG	56
Gráfico 2 - Distribuição das respostas relativas à participação dos idosos nas atividades de lazer.....	57
Gráfico 3 - Representação das patologias dos idosos da amostra	58
Gráfico 4 - Risco/medo de cair por parte dos idosos.....	62
Gráfico 5 - Resultados da Avaliação da Nutrição	66

INTRODUÇÃO

Assistimos, na atualidade, a um envelhecimento exponencial. Bastará, a este propósito, verificar que o índice de envelhecimento (de forma simplificada este índice é medido pelo número de idosos a cada 100 jovens), em 1961, era de 27,5% tendo atingido, em 2015, os valores de 148,7% (PORDATA, 2015). Este facto, per si, constitui, efetivamente, um desafio para as respostas sociais face à temática do envelhecimento.

O envelhecimento da população em Portugal tem aumentado de forma drástica ao longo dos anos, segundo dados do INE:

“Entre 1960 e 2000 a proporção de jovens (0-14 anos) diminuiu de cerca de 37% para 30%. Segundo a hipótese média de projeção de população mundial das Nações Unidas, a proporção de jovens continuará a diminuir, para atingir os 21% do total da população em 2050. Ao contrário, a proporção da população mundial com 65 ou mais anos regista uma tendência crescente, aumentando de 5,3% para 6,9% do total da população, entre 1960 e 2000, e para 15,6% em 2050, segundo as mesmas hipóteses de projecção. De referir ainda que o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem” (INE, 2002, p. 188).

Mas as respostas sociais não são suficientes para dar resposta ao rápido aumento do envelhecimento. Um inquérito nacional de saúde realizado em 2014 pelo INE dá-nos a noção de que as doenças crónicas têm aumentado ao longo dos anos (INE, 2015). Com isto ficamos a perceber que é fundamental focarmo-nos em dar uma resposta na área da saúde à população idosa.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), consideram-se idosos de acordo com o nível socioeconómico de cada nação. Nos países em desenvolvimento considera-se idoso a partir dos 60 anos de idade, nos países desenvolvidos, considera-se idoso a partir dos 65 anos.

Fatores como o declínio da natalidade e o aumento da longevidade são determinantes no processo de envelhecimento demográfico que se tem verificado ao longo dos anos, razão pela qual as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI's) são cada vez mais procuradas. Consta-se que a grande maioria dos ocupantes destas estruturas possuem um elevado nível de dependência e, igualmente, inúmeras patologias clínicas. Segundo Pinto et al., (2013, p. 109) *“hoje em dia, as opções por manter o idoso na comunidade através de uma rede de serviços têm mudado o perfil da população residente em institui-*

ções de longa permanência, constituindo-se predominantemente por idosos com idades mais avançadas, com graves perdas funcionais e com demências”.

Os idosos institucionalizados podem ter várias alterações tais como psicológicas, cognitivas e funcionais muitas vezes provocadas por alterações do ambiente familiar para um ambiente desconhecido e isso conduz a um aumento de dependência, de isolamento, inatividade física e solidão (Ferreira et al., 2010). Não sendo recente, a preocupação de que as organizações prestadoras de serviços de internamento a pessoas idosas devem ser ajustadas às suas necessidades é uma ideia que tem vindo a adquirir cada vez mais força. Na década de noventa vários autores referiam que os lares de Idosos devem *“proporcionar serviços adequados à satisfação das necessidades dos residentes e devem ser habitados por pessoas de 65 e mais anos cuja situação/problema não lhes permita permanecer no seu meio habitual de vida”* (Bonfim et al., 1996, p. 7). É neste contexto, portanto, de envelhecimento associado à realidade da vida nos lares, que a qualidade de vida se impõe como imprescindível e que nos leva a questionar se as dotações dos enfermeiros estão ajustadas às necessidades dos idosos.

Embora se sinta que o perfil dos idosos institucionalizados tem vindo a modificar-se no sentido de ter tanto necessidades sociais como de saúde, as dotações das estruturas residenciais para pessoas idosas não se têm vindo a modificar e não encontramos estudos sobre as reais necessidades de dotação de enfermeiros nesta área.

Contudo a Ordem dos Enfermeiros (OE) defende que *“os enfermeiros são os pilares das Estruturas Residenciais para Idosos, prestando cuidados de excelência como: formação das equipas; organização; gestão; articulação; apoio e acompanhamento dos residentes e familiares com uma atitude proactiva na desmistificação do processo de envelhecimento”* (OE, 2013), torna-se absolutamente necessário compreender o importante papel desempenhado por estes profissionais de saúde neste tipo de instituições.

Encaminhamo-nos assim para o estudo de um problema com a potencialidade de questionar até que ponto as dotações existentes nos lares em termos de enfermagem garantem segurança de cuidados aos idosos face às suas condições de saúde?

Estamos perante uma cultura de dotações que se enquadra numa tipologia de idosos independentes com fortes necessidades sociais e passamos agora a ter idosos com perfis diferentes o que nos obriga a refletir no problema em estudo.

Em contexto de ciclo de vida, o ser humano passa por vários momentos de transição e o envelhecimento é, pois, um desses momentos. É importante também considerar, e

não descurar, as alterações que as mudanças de habitat do idoso, que passa a viver em lares, podem ser desencadeadas pelo sistema organizativo das residências.

Sustentados na reflexão teórica de Meleis in Abreu, (2008, p. 18) que considera que *“assistir utentes em processos de transição constitui o papel mais relevante da disciplina de enfermagem”*, consideramos que este será o modelo que melhor nos ajudará a discutir os resultados e a reconstruir orientações para melhorar a assistência nesta área.

Aqui apresentamos os resultados de um estudo de natureza quantitativo, descritivo, exploratório, cuja população refere-se aos idosos que residem em três ERPI's pertencentes a uma instituição na região do grande Porto.

Embora este estudo seja independente, aqui apenas serão apresentados os resultados desta realidade, ele faz parte de um estudo alargado em desenvolvimento na ESEP *“VIVER BEM COM MAIS IDADE: DO CONTEXTO FAMILIAR AO APOIO INSTITUCIONAL”*.

Movidas pela aprendizagem sobre o processo de investigação temos por objetivo neste relatório descrever o processo que criamos, desenvolvemos e que irá produzir conhecimento para melhorar a assistência aos idosos com necessidades de saúde.

O presente trabalho divide-se em quatro capítulos. Na primeira parte será elaborado o enquadramento teórico abordando-se os conceitos e problemáticas mais importantes. No segundo capítulo, irá proceder-se ao enquadramento metodológico, explicando-se as etapas utilizadas. No terceiro capítulo segue-se a apresentação e análise dos resultados obtidos que serão, posteriormente, discutidos no quarto capítulo, efetuando a síntese dos resultados mais relevantes de forma a contribuir, através de um modelo de organização, para a garantia da qualidade assistencial e segurança no cuidado - quer por meio das condições físicas como pela saúde - do idoso.

Com esta dissertação pretende-se reconhecer a organização das ERPI's como forma de oferecer a melhoria contínua da qualidade de vida dos idosos, assim como criar ferramentas que nos levem à excelência dos cuidados prestados.

Consideramos que, com este trabalho de investigação, apresentaremos uma forte contribuição para a organização dos cuidados aos idosos pela conceção de um modelo de organização tanto através das condições físicas como de saúde, garantindo a qualidade assistencial e a segurança no cuidado.

1. GESTÃO DE CUIDADOS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Até há poucos anos atrás o cuidar das pessoas idosas era responsabilidade das famílias mas com a modernização, com a entrada das mulheres no mercado de trabalho, a preocupação na evolução do percurso académico, a necessidade de investir nas carreiras, as migrações, alterações das dinâmicas das famílias, estas foram ficando cada vez menos disponíveis aumentando assim a necessidade de colocar os idosos em estruturas residenciais particularmente quando estes perdem a autonomia e surgem o aparecimento de doenças que comprometem a realização das atividades de vida diárias (Almeida, 2008).

O facto das famílias tradicionalmente multigeracionais terem dado lugar a famílias nucleares, conduz a um isolamento cada vez maior dos idosos e à falta de recursos familiares para cobrir a necessidade dos idosos.

Tornou-se um verdadeiro desafio para a maioria das famílias conciliar a vida familiar e profissional com o cuidar de uma pessoa dependente. Contudo, esta dificuldade depende do nível de dependência do idoso a cuidar, pois cuidar de um idoso com reduzido nível de dependência é diferente de prestar cuidados a um idoso com elevado grau de dependência. Segundo José e Wall:

“É diferente porque as exigências colocadas aos cuidadores são diferentes, ou seja, as necessidades manifestadas por um idoso altamente dependente (ex.: um idoso acamado por motivos de um AVC que precisa de “cuidados básicos” de higiene, ajuda na ingestão de refeições, etc.) não são da mesma natureza das manifestadas por um idoso com um baixo grau de dependência (ex.: um idoso sem problemas graves de saúde que precisa apenas de “supervisão” nalgumas atividades quotidianas). Isto quer dizer que diferentes necessidades “exigem” diferentes soluções de prestação de cuidados” (São José e Wall, 2004, p. 66).

O cuidar de um idoso dependente nos dias de hoje acarreta novos desafios para o modelo organizacional e de gestão de cuidados assim como para as famílias prestadoras de cuidados.

Em Portugal, dependendo do nível de dependência do idoso e das possibilidades das famílias para prestarem os cuidados necessários, estão disponíveis vários tipos de respostas sociais como lares de idosos, centros de dia, apoio domiciliário, que têm como objetivo melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa, por isso, a resposta deve ser a mais adequada, de acordo com a vontade da pessoa idosa.

Para melhor entender a evolução da gestão dos cuidados aos idosos é importante compreender como foi o desenvolvimento ao longo dos tempos destas instituições e como era feita esta assistência.

No final do século XV os estabelecimentos que prestavam assistência à população eram Albergarias, Hospitais, Gafarias ou Leprosarias e Mercearias (Lima, 2013). De acordo com o mesmo autor, a partir do século XVII a solidariedade começa a não ter apenas um sentido religioso e começa a ser encarada como um dever social e da sociedade civil e nos finais do século XVIII é criada a Casa Pia.

“Pode ser considerada como uma referência para o lançamento da assistência social com origem pública/estatal em Portugal” (...) “Foi com a Constituição de 1976 (artigo nº 63) que surgiu pela primeira vez o termo IPSS. Apoiando preferencialmente os mais carenciados, desenvolveram-se em organizações de acolhimento e de apoio educativo de crianças e jovens, de atividades e ocupação promocional de tempos livres, de acompanhamento e favorecimento de convívio, da residência e da valorização de idosos, de acolhimento promoção, formação e encaminhamento para a vida ativa de pessoas com deficiência” (Lima, 2013, p. 33).

Relativamente às IPSS, *“dispõem de uma intensa capacidade de resposta, seja na área da solidariedade e apoio social, da educação ou da saúde. De acordo com o artigo n.º 1 do Decreto-Lei n.º 119/83 de 25 de Fevereiro, as IPSS são entidades jurídicas constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa privada, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico” (Lima, 2013, p.36).*

Mediante o processo histórico podemos validar que muito da cultura das IPSS se fundamentam numa forte componente social e os cuidados de enfermagem surgem como um acontecimento esporádico ou limitado no tempo.

1.1 Conceção de cuidados ao idoso

O ato de cuidar está inerente à profissão de enfermagem. Não é possível falar em enfermagem sem associar a arte do cuidar, considera-se até que esteve na origem da profissão de enfermagem.

Durante vários anos o cuidar foi associado apenas às mulheres, como sendo obrigação e função apenas destinada a estas, *“é ela que dá à luz, é ela que tem o encargo de “tomar conta” de tudo o que mantém a vida quotidiana” (Collière, 1999, p. 40).* Com o decorrer dos anos esta realidade foi sendo alterada e na primeira metade do século XX assiste-se à construção da mulher enfermeira baseando a sua prática num papel moral e técnico, com Florence Nightingale (Collière, 1999). Para uma prestação de cuidados eficaz é

necessário que estes sejam baseados numa visão holística, com base em conhecimentos científicos e teóricos, com conhecimento acerca de especificidades dos clientes e suas necessidades, logo seguindo uma metodologia científica e baseada na melhor evidência.

Segundo Ávila (2009, p. 47), *“o processo de cuidar é entendido como um conjunto de interações com a finalidade de melhorar ou manter as potencialidades do indivíduo no seu processo saúde/doença”* e que dá uma característica específica ao cuidado do idoso.

Para Hesbeen (2000, p. 201), os cuidados de enfermagem consideram-se como *“sendo uma atenção particular prestada por um (a) enfermeiro (a) a uma pessoa e aos seus familiares, ou a um grupo de pessoas, com vista a ajudá-los na sua situação, utilizando, para concretizar essa ajuda, as competências e as qualidades que fazem deles profissionais de saúde”* o que implica ir para além de teorias específicas.

No decorrer dos anos, em especial nos dias de hoje, o tema envelhecimento tornou-se um tema verdadeiramente preocupante. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) *“idosos são todas as pessoas com 60 ou mais anos, se residem em países em desenvolvimento, e com 65 e mais anos se residem em países desenvolvidos”*.

Para compreender a conceção do cuidado ao idoso recorreremos a Brink (2001, p. 472), *“o envelhecimento é um fenómeno biológico e psicológico universal, que pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais do indivíduo associado a conotações positivas e negativas, determinadas pelo ambiente cultural”*. Carvalho refere que *“o envelhecimento conduz a implicações na autonomia, funcionalidade e mobilidade e conseqüentemente na qualidade de vida da pessoa idosa”* (Carvalho, 1999, p. 95).

Na verdade quando se reflete sobre a gestão de cuidados aos idosos não podemos deixar de ter em conta as suas características pois o processo de gestão é *“a utilização de modo eficiente e tendo em vista a realização dos objetivos de uma organização, dos recursos (humanos e materiais) disponíveis ou angariáveis e desenvolve-se através de um processo que abrange o exercício de determinadas funções, suportadas por um conjunto diversificado de comportamentos que integram o papel dos gestores”* (Reis, 2007, p. 58).

Os lares de idosos são instituições complexas com várias dimensões envolvidas mas a que tem, ainda maior predominância é a social, contudo, vários profissionais de várias áreas exercem funções nestas instituições. Com este fato é fundamental que se tenha em conta a importância de se aplicar uma gestão eficaz para que se prestem cuidados de qualidade tendo em vista uma visão holística dos idosos. Atualmente a legislação é clara quanto às características e condições que as estruturas residenciais para pessoas idosas têm de possuir.

Por outro lado face à mudança do perfil dos idosos facilmente podemos admitir que temos que mudar a natureza do trabalho que se tem que gerir.

Se em tempos os idosos eram de classes desfavorecidas sem condições económicas de sobrevivência, hoje temos idosos com maior poder reivindicativo que por opção, para não sobrecarregar as suas famílias, vão viver para um lar, mas sentem-se frequentemente não utilizadores de um espaço mas clientes de um serviço pago por eles ou com contribuição do estado.

A terceira face do problema é que a condição de saúde de muitos destes idosos também mudam, e frequentemente o que se tem que gerir são mesmo cuidados de enfermagem.

Recordemos que os enfermeiros são os profissionais que na sociedade portuguesa *“contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”* (Padrões da qualidade da OE, 2001, p. 18). Segundo o mesmo documento:

“Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente” (Padrões da qualidade da OE, 2001, p. 11).

Como referido no artigo 5.º do REPE, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro o que caracteriza os cuidados de enfermagem são os laços de interação com os utentes e toda a comunidade, apoiado no método e rigor científico onde se inclui a identificação dos problemas, a recolha e apreciação dos dados em enfermagem, elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem e a execução dos mesmos de forma correcta e adequada. Numa segunda fase, deve-se avaliar e se necessário reformular os cuidados de enfermagem que dependendo do grau de dependência do utente podem ter diferentes formas de atuação desde a complementação ou substituição da competência funcional do utente, e ainda orientação e informação sobre estilos de vida saudáveis e por último, numa lógica de cuidados multidisciplinares orientar e encaminhar os utentes para outros técnicos de saúde quando assim é recomendado.

Com a criação da ordem dos enfermeiros, era de suma importância definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, o que veio a ocorrer em 2001.

Instâncias internacionais como a OMS e o Conselho Internacional de Enfermeiros e também organizações nacionais referem a necessidade de implementar sistemas de qualidade.

Segundo o estatuto da Ordem dos Enfermeiros, compete ao Conselho de Enfermagem definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e os colégios de especialidades e conselho de enfermagem regionais zelar pela avaliação contínua dos padrões de qualidade e atribuindo às instituições de saúde competências para criar recursos e estruturas para o exercício profissional de qualidade.

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro com um utente ou um grupo de utentes, o enfermeiro através da sua formação e experiência compreende e respeita os outros numa perspetiva multicultural, abstendo-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem.

Os cuidados de enfermagem devem ter como resultado final, devolver a maior independência possível na realização de atividades assim como garantir as necessidades humanas fundamentais num contínuo processo de aprendizagem do cliente.

Tendo em conta que a ação profissional dos enfermeiros insere-se num meio multiprofissional, a sua intervenção poderá ser por si iniciada assumindo a responsabilidade pela prescrição e implementação ou iniciada por outros técnicos de saúde, por exemplo, as prescrições médicas onde o enfermeiro responsabiliza-se pela sua implementação.

De forma a descrever a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem foram implementados os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Os enunciados são definidos por seis categorias, a primeira constituída pela satisfação dos clientes. O enfermeiro deve estabelecer uma parceria baseada no respeito pela natureza do cliente e onde a empatia esteja sempre presente. Outra categoria é a promoção da saúde, incentivando estilos de vida saudáveis, oferecendo informações que possibilitem a aquisição de novas capacidades. Na prevenção de complicações e no bem-estar e ao autocuidado dos clientes, o enfermeiro deve realizar no âmbito da sua competência uma eficaz identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente e se necessário a sua referenciação para outros profissionais. Deve supervisionar as atividades no âmbito da enfermagem e responsabilizar-se pelas mesmas. A readaptação funcional passa por diversos processos, deve ocorrer um processo contínuo de cuidados de enfermagem onde se procura um máximo aproveitamento dos diferentes recursos disponíveis e a otimização das capacidades do doente. E por último a organização dos serviços de enfermagem em que para tal é necessário a existência de sistemas nomeadamente de melhoria contínua da qualidade do serviço em enfermagem, sistema de registo de cuidados de enfermagem, entre outros dados, assim como a criação de metodologias de organização que

promovam a qualidade, garantir o número de enfermeiros adequado às necessidades e promover a satisfação dos mesmos no âmbito das suas funções. (Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, OE, 2001).

Face à situação atual dos idosos nos lares é necessário compreender que os cuidados que há para gerir não são apenas sociais daí a importância de ter enfermeiros a tempo inteiro com cobertura de 24 horas com uma forte capacidade de tomar decisões sobre os cuidados a desenvolver permanentemente. Há mesmo atividades que pela sua especificidade não devem ser delegadas a profissionais de outras áreas ou a profissionais não qualificados. Centra-se assim a gestão de cuidados a idosos num novo paradigma face à sua caracterização e necessidades.

Freitas et al., (2006, p. 904) referem que *“a Organização Mundial de Saúde manifesta, reiteradamente, a sua preocupação com o aumento da expectativa de vida, principalmente considerando o espectro assustador da incapacidade e da dependência, as maiores adversidades da saúde associadas ao envelhecimento”*. Torna-se, por isso, essencial compreender o processo do envelhecimento e quais as alterações que decorrem no ser humano para conceber e organizar cuidados de enfermagem ajustados a esta população.

Em contexto de ciclo de vida, o ser humano passa por vários momentos de transição e o envelhecimento é, pois, um desses momentos. Meleis estudou o processo facilitador das transições promotoras de sentimentos de bem-estar e, através da teoria das transições, compreendemos como as pessoas lidam com o processo de mudança (Meleis et al., 2000) e que nos aproxima para seguir os padrões de qualidade de enfermagem também nestes contextos.

Refira-se ainda que, de acordo com este autor, *“a enfermagem diz respeito ao processo e às experiências dos seres humanos vivenciando transições, sendo que a prática de enfermagem pode facilitar essas mesmas transições promovendo o sentido de bem-estar”* (Silva, 2011, p. 27).

Em boa verdade a enfermagem possui legitimidade para atuar, tanto a nível individual como familiar, em todas as transições que podem ocorrer. Neste sentido podemos identificar principalmente três tipos de transições: as desenvolvimentais, quando decorrem ao longo do ciclo de vida; as situacionais, quando ocorrem devido a alterações de papéis ou contextos e as denominadas transições saúde-doença, decorrentes de um processo de doença.

Todas as transições são suscetíveis de provocar alterações a nível comportamental, já que o indivíduo terá de adquirir um novo conhecimento. Meleis in Abreu (2008, p.18)

considera que *“assistir utentes em processos de transição constitui o papel mais relevante da disciplina de enfermagem”*.

O envelhecimento é, efetivamente, um momento de transição que leva ao aparecimento de doenças e a vários tipos de limitações físicas e emocionais. Trata-se de um período de problemas gerontológicos relacionados com a identidade, com a reforma mas também geriátrica pois muitos dos idosos têm doença crónica. Este processo corresponde a uma transição saúde – doença com o surgimento de alterações decorrentes de um processo de doença em que mudanças abruptas ocorrem, resultantes da passagem de um estado de bem-estar para um estado agudo de doença ou de um estado de bem-estar para outro de doença crónica. Se acrescentarmos o facto de um idoso sair da sua casa para passar a viver num lar de idosos, tal significa a vivência de uma transição situacional, ao adquirir um novo papel e adaptar-se a uma nova realidade e a uma nova cultura.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros in Silva (2012, p.14) no que se refere ao processo de conceção de cuidados, *“o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo e prescreve intervenções no sentido de produzir resultados positivos ou ganhos em saúde”* e este será o primeiro caminho a ter em conta quando se gere os cuidados da pessoa idosa.

Recorrendo aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, verificamos que temos de ter em conta a saúde, a pessoa, o ambiente envolvente e os cuidados de enfermagem que são prestados. Relativamente aos cuidados de enfermagem, procura-se *“prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente”* (Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, OE, 2001, p.11).

De acordo com o mesmo documento, os enfermeiros atuam num contexto multidisciplinar, com intervenções autónomas e interdependentes. Quanto às intervenções autónomas, o enfermeiro é responsável pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção. Relativamente às intervenções interdependentes, estas são prescritas por outros profissionais de saúde e aqui o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação.

Nas tomadas de decisão o enfermeiro deve aplicar intervenções baseadas em evidência empírica, em guias orientadores de boas práticas para obter uma melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. Depois de refletida a conceção dos cuidados ao idoso não

podemos deixar de reiterar que os cuidados vão para além da conceção e devem ser planeados, executados e avaliados sistematicamente e diariamente pela enfermagem para garantir qualidade.

1.2 Serviços de longa duração

A realidade assistencial dos idosos tem vindo a alterar-se considerando os avanços conseguidos com o conhecimento científico, bem como as mudanças sociais o que implica cuidados de saúde cada vez mais complexos, muitos dos quais só podem ser prestados por profissionais de saúde. Muitas famílias sentem necessidade de colocar os seus familiares em situação de dependência em instituições que assegurem os cuidados necessários, pois estas não têm conhecimentos nem condições para responder à complexidade dos cuidados necessários.

Também situações como a solidão, a perda dos contactos familiares e sociais, a carência de recursos económicos ou de suporte social e a perda de autonomia são algumas das razões apontadas para a necessidade de institucionalização dos idosos (Costa, 2005).

Em Portugal existem dois tipos de rede de suporte de dependências: Rede Informal e Rede Formal.

Conforme referido na Carta Social – Rede de serviços e equipamentos, da rede *“informal – em que uma pessoa que presta cuidados a outra o faz numa base de solidariedade, como um voluntário, ou de um sentimento pessoal, como amizade, ou de vínculo de parentesco, como de pais para filhos, sem esperar contrapartidas pecuniárias ou outras”* (...) A rede *“formal – em que a pessoa que presta cuidados a outra o faz numa base contratual, isto é, neste caso a relação que estabelece com o utente / cliente é profissional e qualificada, comprometendo-se a prestar-lhe cuidados sob obrigações específicas, sob recompensa pecuniária e/ou material pelo exercício das suas funções.”* (IDS, 2002, p. 10).

Devido à cada vez maior complexidade dos cuidados que os idosos necessitam e pelos motivos já mencionados anteriormente, são várias as instituições construídas no sentido de prestarem este apoio. Não sendo recente, a preocupação de que as organizações prestadoras de serviços de internamento a pessoas idosas devem ser ajustadas às suas necessidades é uma realidade que tem vindo a adquirir cada vez mais força. Os lares de idosos devem *“proporcionar serviços adequados à satisfação das necessidades dos residentes e devem ser habitados por pessoas de 65 e mais anos cuja situação/problema não lhes permita permanecer no seu meio habitual de vida”* (Bonfim et al., 1996, p. 7).

Facilmente podemos compreender que na atualidade as necessidades são diferentes, de há anos atrás, até porque as características sociodemográficas e de saúde dos idosos mudaram. A força das mudanças ocorridas leva a mudar a designação lar de idosos para Estrutura Residencial para Pessoas Idosas. *“Considera-se Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem”* (DR Nº 58, 1.ª série, 2012, p. 1324). A estrutura residencial pode assumir um das seguintes modalidades de alojamento: Tipologias habitacionais, designadamente apartamentos e ou moradias; Quartos e Tipologias habitacionais em conjunto com o alojamento em quartos (DR Nº 58, 1.ª série, 2012, p. 1324).

De acordo com os dados da Carta Social, o número de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas tem aumentado ao longo dos anos. Em 2015 existiam 2418 destas estruturas em Portugal verificando-se o maior número em Lisboa e Porto, como podemos observar no quadro seguinte.

Quadro 1 - Número de Respostas Sociais – Portugal Continental. Ano de 2015

Distritos	Creche	Centro de Atividades Ocupacionais	Lar Residencial	Centro de Dia	Estrutura Residencial para Idosos (Lar de Idosos e Residência)	Serviço de Apoio Domiciliário (Idosos)
Aveiro	216	31	23	146	126	169
Beja	33	5	6	50	67	63
Braga	212	30	22	124	155	213
Bragança	27	6	7	79	100	91
Castelo Branco	59	10	10	129	98	146
Coimbra	138	24	18	160	134	185
Évora	53	11	9	88	101	78
Faro	129	10	8	61	81	79
Guarda	49	14	9	180	135	204
Leiria	127	18	18	116	153	137
Lisboa	655	87	56	242	396	334
Portalegre	42	6	7	71	79	69
Porto	399	71	37	199	223	297
Santarém	95	15	14	132	164	151
Setúbal	240	23	13	106	137	115
Viana do Castelo	52	18	5	54	61	84
Vila Real	55	9	5	50	74	109
Viseu	92	21	16	99	134	183
TOTAL	2.673	409	283	2.086	2.418	2.707

Fonte: GEP, Carta Social - <http://www.cartasocial.pt>

Quando falamos em serviços de longa duração, associa-se este termo a Unidades de Cuidados Continuados contudo, há estruturas diferentes designadas por ERPI's – Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas que não possuem estas unidades, focando-se nos serviços relativos à estruturação do modelo organizacional, sendo eles de carácter administrativo, de cuidados pessoais e de saúde, atividades de desenvolvimento pessoal, nutrição e alimentação, higiene segurança e limpeza.

A Estrutura Residencial para Idosos, designada de uma ERPI é considerada uma *“Resposta Social, desenvolvida em equipamento, destinada a alojamento coletivo, num contexto de “residência assistida”, para pessoas com idade correspondente à idade estabelecida para a reforma, ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia que, por opção própria, ou por inexistência de retaguarda social, sem dependências causadas por estado agravado de saúde do qual decorra a necessidade de cuidados médicos e paramédicos continuados ou intensivos, pretendem integração em estrutura residencial, podendo aceder a serviços de apoio biopsicossocial, orientados para a promoção da qualidade de vida e para a condução de um envelhecimento sadio, autónomo, ativo e plenamente integrado”* (Segurança Social; 2011, p. 2).

Estas estruturas têm na missão a promoção de qualidade de vida dos idosos, através de serviços adequados que prestem cuidados holísticos, contudo o que está aqui em causa e o que muda são as características biopsicossociais dos idosos e que leva a uma diferenciação na resposta que por sua vez exige uma intervenção multidisciplinar ajustada. A garantia da qualidade de vida para os idosos vai para além da higiene, alimentação e ocupação, torna-se necessário manter os idosos ativos e saudáveis, mesmo com dependências e com doenças crónicas.

1.2.1 Assistência multiprofissional

A assistência formal dos idosos de hoje não se esgota na intervenção de um só profissional mesmo que seja perito na área de envelhecimento, o desenvolvimento do conhecimento na área da gerontologia e geriatria tem apontado para a necessidade de intervenção multiprofissional.

Quando falamos em assistência multiprofissional, falamos em trabalho em equipa. Este é *“realizado por diversos grupos profissionais, de categorias diferentes, para cumprir um objetivo comum”* (Rodrigues et al., 1996, p. 8), na particularidade aqui explorada o idoso é o objeto e o objetivo é a qualidade de vida, o bem-estar da pessoa é a autonomia, pelo que se exige contributos de profissionais com conhecimentos diferentes, para alcançar este objetivo.

A procura da assistência nas estruturas residenciais torna-se também diferenciada, pois cada vez mais os idosos procuram lugares em condições habitacionais agradáveis, com boas condições, condicentes com a vida que levavam, mas estes também são cada vez mais dependentes, com mais doenças crónicas e sem suporte social. Perante esta realidade é fundamental demonstrar a extrema importância do contributo de cada profissional e uma gestão de recursos humanos eficaz, contribui no aumento da qualidade de vida, para o objetivo geral e os ganhos que se podem ter com a intervenção de cada profissional.

Estamos convictas que os enfermeiros são os profissionais com responsabilidades e competências para a promoção da autonomia, da vigilância de saúde, da reabilitação, da prevenção de complicações, da garantia de qualidade de vida, sendo de salientar que de acordo com os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem *“a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e que tem um contexto de aplicação local”*, concluindo assim o

papel fundamental dos enfermeiros (Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, OE, 2001, p. 6).

Atualmente tornou-se imprescindível criar sistemas de qualidade em saúde. Esta necessidade é referida pela OMS e pelo Conselho Internacional de Enfermeiros e a OE determina que os enfermeiros devem prestar cuidados segundo os padrões de qualidade mas não pode ser esquecido que as instituições têm o dever de *“adequar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade”* (Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, OE, 2001, p. 7).

As ERPI's podem não ser consideradas instituições de saúde mas de acordo com o seu regulamento de funcionamento, é obrigatório ter enfermeiros a desempenhar funções, logo a qualidade em saúde é uma das preocupações e obrigações destas instituições e nos cuidados de enfermagem *“procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente”* (Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, OE, 2001, p. 11).

A exigência de mais enfermeiros nas ERPI's advém do contínuo aumento da esperança média de vida que, conseqüentemente, acarreta mais problemas de saúde e, por esse motivo, aumentam as doenças e quando isto acontece, ou seja, quando o idoso não possui saúde, este pode deparar-se com *“uma perda progressiva de autonomia e por uma maior dependência do apoio exterior, familiar ou social”* (Rosa, 2012). Decorre deste facto que é incontornável ter-se profissionais qualificados a prestarem cuidados de saúde em lares de idosos / estruturas residenciais, nomeadamente os enfermeiros.

A legislação em vigor determina os diferentes profissionais que devem participar no funcionamento de uma ERPI, salientando para a enfermagem que o número varia em função da população residente.

Torna-se então importante conhecer os rácios que estão determinados para as ERPI's. De acordo com o Diário da República, 1.ª série — N.º 58 — 21 de março de 2012 refere no artigo 12.º Pessoal:

“A estrutura residencial deve dispor de pessoal que assegure a prestação dos serviços 24 horas por dia”, e sobre a natureza dos profissionais é expresso: “a estrutura residencial, para além do diretor técnico, deve dispor no mínimo de: um(a) animador(a) sociocultural ou educador(a) social ou técnico de geriatria, a tempo parcial por cada 40 residentes; um(a) enfermeiro(a), por cada 40 residentes; um(a) ajudante de ação direta, por cada 8 residentes; um(a) ajudante de ação direta por cada 20 residentes, com vista ao re-

forço no período noturno; um(a) encarregado(a) de serviços domésticos em estabelecimentos com capacidade igual ou superior a 40 residentes; um(a) cozinheiro(a) por estabelecimento; um(a) ajudante de cozinheiro(a) por cada 20 residentes; um(a) empregado(a) auxiliar por cada 20 residentes” (DR, Nº 58, 1ª Série 2012, p.1326).

É ainda de salientar que sempre que a estrutura residencial acolha idosos em situação de grande dependência, os rácios de pessoal de enfermagem, modifica e é recomendado: *“Um(a) enfermeiro(a), para cada 20 residentes”* (de acordo com a referência anterior), esta indicação deixa-nos dúvidas considerando que as necessidades dos idosos são muitas e não encontramos dados científicos que justifiquem estas orientações.

O voluntariado é uma situação aceite estando referido *“A estrutura residencial pode contar com a colaboração de voluntários, devidamente enquadrados, não podendo estes ser considerados para efeitos do disposto nos números anteriores”* (DR, Nº 58, 1ª Série 2012, p. 1326).

Os enfermeiros possuem um papel de extrema importância nas equipas multidisciplinares, pois possuem competência comunicacional nos processos de interação com a equipa assistencial, capacidade de colaboração, credibilidade, compaixão que impulsiona a coesão da equipa e promovendo ambiente de respeito pelos outros e capacidade de liderança (Tavares, 2012).

A assistência nos lares é semelhante ao serviço de saúde, estes *“devem fomentar o trabalho em equipa, bem como assegurar recursos humanos em número apropriado e com combinação adequada de conhecimento científico”* (Tavares, 2012, p. 32), para apresentarem os melhores resultados, isto é, de qualidade.

Os diferentes profissionais que fazem parte das equipas multidisciplinares devem trabalhar numa inter-relação com o objetivo de serem prestados cuidados holísticos, com uma atitude humanizada e uma abordagem mais ampla e resolutive do cuidado.

Ficamos com a ideia de que não há estudos sobre dotações seguras nas ERPI's face à realidade Portuguesa.

1.2.2 Condições ambientais dos lares / residências

As condições ambientais dos estabelecimentos construídos para a residência de idosos vão determinar, em grande parte, a qualidade de vida com que estes vivem e a organização da assistência. A institucionalização, por si só, provoca muitas vezes sentimentos

negativos, stress, solidão e muitos dos pensamentos dos idosos são acerca da morte, recordemos que *“foi notório, durante muito tempo, a existência dos ancestrais “asilos”, assim como a passagem destes à designação de Lar, não deixando contudo de, no lar, persistirem as características do antigo asilo, sobretudo porque as pessoas são retiradas do seu meio e congregadas à volta de uma mesma finalidade, com um “timing” previsto para as actividades, incapacitando o que ainda de criativo persiste em cada pessoa”* (Cordeiro, 2008, p. 380).

Ainda nos dias de hoje, quando se fala em institucionalização de idosos ou lares de idosos, o termo é muitas vezes associado a asilo, tristeza, solidão, pode até sugerir que os familiares destes idosos não querem saber deles e fazem uma espécie de “despejo” dos mesmos nestes estabelecimentos.

O contexto ambiental, em que a pessoa idosa está inserida, pode influenciar o seu estado de saúde, assim como a sua satisfação de viver e quando este é inadequado, ameaçando a integridade das pessoas idosas, estas podem regredir e ver o seu estado de saúde deteriorar-se rapidamente (Cordeiro, 2008).

Devido aos défices que os idosos apresentam, estes são particularmente vulneráveis às modificações do ambiente e quando este é inadequado podem gerar uma ameaça à integridade das pessoas e o estado de saúde pode deteriorar-se rapidamente, por isto é tão importante focar-nos na importância das condições ambientais e refletir na organização necessária para manter a qualidade de vida dos idosos.

Temos assistido ao desenvolvimento de conhecimento específico relacionado com a gerontologia como disciplina e isso faz com que este conhecimento também influencie as condições ambientais, além de um aprofundamento da psicologia como é o caso da Psicologia Ambiental que estuda o indivíduo e a sua relação com o ambiente que o rodeia e de que forma vai influenciar os seus comportamentos na vida. Para Moser (1998, p. 21), a *“Psicologia Ambiental estuda a pessoa em seu contexto, tendo como tema central as inter-relações – e não somente as relações – entre a pessoa e o meio ambiente físico e social”*, havendo desta forma a noção de que existe um intercâmbio entre pessoa e ambiente e de que o próprio ambiente vai influenciar os comportamentos.

Os investigadores Proshansky, Ittelson e Rivlin (1970) fundaram a Psicologia Ambiental e desenvolveram vários estudos de forma a compreenderem de que forma esta interação entre o indivíduo e o meio ambiente influenciam os comportamentos. Foi através de um estudo numa ala psiquiátrica em que tentaram compreender de que forma as instala-

ções de uma ala psiquiátrica influenciava os seus doentes terapêuticamente e chegaram às seguintes conclusões:

“O comportamento humano, relativamente a um dado contexto físico, é duradouro e consistente no tempo e de situação para situação; desta forma, podem ser identificados padrões característicos de comportamento para esse contexto físico; o comportamento humano num dado contexto físico revela diversidades no espaço em qualquer dado momento do tempo, e uma variedade contínua no tempo, para qualquer espaço considerado; o contexto físico que define e estrutura qualquer situação concreta não é um sistema fechado: as suas fronteiras não são fixas nem no tempo nem no espaço”, entre outras, tendo-se desta forma elaborado a “Magna carta da psicologia ambiental” (Soczka, 2005, p. 65).

Quando um indivíduo altera a sua residência, mesmo por sua vontade, isso provoca alterações, como ansiedade, estranheza por estar a deixar o seu lugar habitual e ter de adaptar-se a um novo local, novas rotinas, mas quando falamos em alterações no habitat em idosos isto pode provocar sérios efeitos negativos a nível físico, psicológico e na qualidade de vida.

Como refere Paúl (2005, p. 247), *“com as alterações da paisagem e dos comportamentos a ela associados... o idoso perde inevitavelmente parte da sua identidade pessoal histórica (...). Relativamente ao ambiente social (...) verifica-se no mundo ocidental uma alteração clara na estrutura familiar e na relação inter individual que se organiza actualmente com base na partilha de interesses e de poder de compra, em cada momento”*, contudo ainda assistimos nos dias de hoje a rotinas sistemáticas.

Grande contributo para a organização do ambiente é a Gerontologia Social que estuda a composição das habitações, tempo de residência, satisfação relativa ao local de residência, tempo em que o idoso vive na sua habitação atual, alterações no lar e respetivo impacto na vida do idoso, a importância das vizinhanças, entre outros aspetos. O ambiente pode ser um fator otimizador ou inibidor no processo de envelhecimento na autonomia e na indução de ambientes sociais favoráveis ou desfavoráveis ao bem-estar dos idosos (Almeida, 2008, p. 84).

De acordo com Quintela (2001), existem três grandes desafios aos lares de terceira idade, sendo eles: *“Conciliar a coletivização com a individualidade; Satisfazer a população, apesar de, em princípio, a sua permanência neste local ser imposta; Satisfazer, tanto quanto possível, a insuficiência de recursos”* (Almeida, 2014, p. 23). Não pode ser esquecido que os idosos possuem uma história de vida e são vários os fatores que vão influenciar a forma como encaram uma institucionalização, como por exemplo, as dependências físicas, diminuindo a autonomia e até a socialização.

Da mesma forma que o espaço físico das habitações é importante para qualquer indivíduo, desejando-se espaços limpos e arrumados, amplos, que satisfaçam as necessidades trazendo o máximo de conforto, tranquilidade, segurança e satisfação, isto torna-se ainda mais importante quando se trata de habitações para pessoas com inúmeras limitações físicas e psicológicas.

As habitações para idosos deveriam ter características como, *“acessibilidade e uso; conservação de energia; facilidade de circulação, especificamente no que diz respeito ao conforto, à conveniência e à possibilidade de escolha”* (Perracini, 2011, p. 1144). As condições ambientais das residências para idosos vão determinar muitos aspetos importantes como o estado de saúde, qualidade de vida, a condição social e psicológica, bem como na organização da assistência.

1.3 A qualidade assistencial em idosos

Com todos os processos inerentes ao envelhecimento e pelo facto de muitos idosos viverem em lares, é impreterível que vivam com qualidade de vida. A este propósito, Kane defende que a qualidade de vida dos lares de idosos é consequência de quatro fatores, sendo eles o estado de saúde do utente, a situação social nomeadamente o apoio familiar fora do lar, a personalidade e o cuidado e ambiente oferecido ao utente (Kane R., 2003).

Ao assumir que determinado idoso institucionalizado tem qualidade de vida, estamos a pressupor que tem qualidade assistencial pois estes dois conceitos estão intimamente relacionados.

Lima et al., (2010, p. 868) ajuda-nos a compreender a diferença entre o modelo de cuidar e o modelo assistencial. O *“modelo de cuidar”* é uma atividade intelectual deliberada, pela qual a prática do atendimento é implementada de forma sistemática e ordenada, sendo uma tentativa de melhorar a assistência. É baseada em crenças, valores e significados no processo de viver dos envolvidos no seu cotidiano”, por seu lado, o *“modelo assistencial”* é uma construção histórica, política e social, organizada num contexto dinâmico para atender aos interesses dos grupos sociais. É uma forma de organização do Estado e da sociedade civil, instituições de saúde, trabalhadores e empresas que atuam no setor para produzir serviços de saúde”.

A qualidade assistencial vai traduzir-se em qualidade de vida que é o que qualquer pessoa que habita nas ERPI’s e seus familiares desejam e traduzindo-se também em qualidade e satisfação no trabalho dos trabalhadores destas instituições. Mas o que significa a palavra assistência quando relacionada com a enfermagem? *“(…) a assistência contribui efetivamente para que o exercício profissional do enfermeiro seja visto pela sociedade como*

arte do cuidar, deslocando-a para ciência que aponta para uma metodologia própria por meio do saber técnico-científico” (Chrizostimo, et al., 2009, p. 22).

Para uma compreensão da assistência ao idoso é importante questionarmo-nos como deverá ser a qualidade assistencial pelo que organizamos este subcapítulo.

Isto faz compreender de forma clara a importância que os enfermeiros têm em instituições como as próprias para acolher idosos. Com as implicações próprias do envelhecimento é fundamental que existam profissionais qualificados com conhecimento técnico e científico capacitado para dar resposta a todas as necessidades.

A falta de recursos nas instituições coloca, pois, em causa a qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos idosos, razão pela qual, para a Ordem dos Enfermeiros, as dotações seguras têm sido uma preocupação constante. Saiba-se que a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem foi aprovada, em Assembleia Geral, a de 30 de Maio de 2014. *“Estudos publicados internacionalmente identificam que a presença de enfermeiros aumenta a qualidade dos cuidados prestados” (OE, 2013).*

Quando se coloca em discussão a qualidade assistencial temos que articular dois aspetos importantes, as necessidades dos idosos e as dotações necessárias para garantir segurança nos cuidados, contudo atualmente, a nível de gestão organizacional, debate-se sobre o meio mais eficaz de aumentar a qualidade e capacidade produtiva, sendo, no entanto, economicamente viável (Cunha et al., 2010).

São vários os estudos que demonstram a importância que os enfermeiros têm na qualidade de vida dos idosos. Para Canepa et al., 2014, p. 58), *“é muito importante que os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, acolham os idosos de maneira adequada e forneçam apoio emocional e respeito, para uma assistência ajustada a suas necessidades. Afinal, ainda que o envelhecimento seja uma conquista das nações civilizadas e progressistas, cabe lembrar que não basta apenas maximizar a expectativa de vida, mas também buscar por uma melhor qualidade de vida”.*

Para garantir qualidade assistencial terão que ser prestados cuidados humanizados, com o objetivo de tornar a vida, neste caso dos idosos, com qualidade e por isso mais significativa em que se compatibilize a vivência em comum e o respeito pela individualidade e privacidade o que implica uma organização de cuidados fundamentada num método de cuidados individualizado e com uma prática sustentada em princípios científicos bem como uma continuidade diária ao longo do tempo de permanência no lar.

Quando falamos de qualidade na assistência temos que repensar nas práticas de enfermagem e trazer para a discussão princípios que organizam a qualidade pelo que faz sentido recordar o Modelo de Donabedian que faz uma avaliação da qualidade em saúde.

O termo Qualidade, derivado do latim *Qualitas*, é considerado um conceito subjetivo e está relacionado com as necessidades que os indivíduos possuem, com as percepções, e com os resultados que obtêm e pode ser aplicada a vários contextos. Quanto à qualidade em saúde *“é a partir de estudos de Donabedian (1989) que a garantia de qualidade se desenvolve concetual e metodologicamente, e se difunde graças ao apoio da Organização Mundial de Saúde”* (Parente, 2012, p.7).

O Modelo de Donabedian foca-se na estrutura, nos processos e nos resultados e segundo este, estas três componentes relacionam-se entre si. Só através dessa relação é que a qualidade será influenciada, portanto, a estrutura provocará influência nos processos e os processos nos resultados, embora possam existir fatores externos a estas componentes que sejam de difícil controlo. Estas três componentes ditarão se a qualidade é boa ou má (Donabedian, 2003).

A componente de estrutura diz respeito aos recursos humanos, físicos, materiais e financeiros essenciais à assistência. Aqui inclui-se o nível de formação dos profissionais (Donabedian, 2003). Com isto, podemos compreender a importância que o número de enfermeiros por turno vai ter na influência da qualidade, *“a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros sofre a influência das competências profissionais, habilidades e dos conhecimentos que fundamentam a acção de cada enfermeiro e, por sua vez, influencia as dimensões mais abrangentes da qualidade em saúde”* (Pereira, 2009, p. 86).

A componente do processo refere-se ao papel que os profissionais de saúde desempenham e suas atividades, considerando também o papel do próprio cliente e família. As atividades referem-se ao diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e educação (Donabedian, 2003). O processo de enfermagem faz parte desta componente, *“o enfermeiro diagnostica e prioriza os problemas, procurando recolher e analisar os dados mais relevantes que lhe permitem estabelecer objectivos e um plano de cuidados fundamentado no e para o qual assume a parceria efectiva do cliente/cuidadores. Cria momentos de avaliação em todo o processo e procede às respectivas alterações sempre que considera necessário, visando a qualidade dos cuidados.”* (Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, OE, 2011, p. 16).

A componente resultado diz respeito às mudanças no estado de saúde influenciada pelos cuidados de saúde. Faz parte da pessoa ou população e da sua resposta aos cuidados

prestados. Estas mudanças dizem respeito a alterações do estado de saúde, comportamentos e conhecimentos adquiridos (Donabedian, 2003).

Torna-se importante ter conhecimento acerca de quais são as condições particulares de saúde/dependência dos idosos em meio institucional de longa duração para que se cumpra a garantia da qualidade assistencial.

1.3.1 Segurança dos idosos internados em instituições de longa duração

Construir a qualidade em lares é também garantir segurança para os idosos. Há uns anos atrás considerava-se que o importante nas instituições de longa duração para idosos seria apenas o acesso a alimentação, cuidados de higiene, quarto para dormir e alguma vigilância e companhia, contudo sabemos nos dias de hoje que isso não é o suficiente mas sim o básico. Estas instituições têm de garantir segurança aos seus residentes para que possam ter qualidade de vida e não terem complicações que advêm do processo de envelhecimento.

A caracterização física das estruturas residenciais para idosos deve atender a vários princípios. No DR (Nº 58, 1.ª série, 2012, p.1324), estão definidos de forma clara as características e especificidades que as estruturas residenciais para pessoas idosas devem conter de forma a promover segurança para os seus residentes e trabalhadores, de acordo com este, “ *o presente diploma vem uniformizar a legislação existente, integrando as respostas residenciais para pessoas idosas sob uma designação comum, e proceder ao ajustamento desta resposta social às exigências de uma gestão eficaz e eficiente dos recursos e a uma gestão da qualidade e segurança das estruturas físicas, prevendo diversas modalidades de alojamento, designadamente, o alojamento em tipologias habitacionais e ou em quartos*”.

Com isto conseguimos perceber a preocupação que existe com a gestão da qualidade e segurança destas instituições.

A segurança é um aspeto essencial a respeitar e de extrema importância quando nos referimos a idosos pois pode, por exemplo, reduzir o risco de quedas e de infeções, reduzir o número de idas à urgência hospitalar, promover a independência e a autonomia do cliente idoso, entre outros, o que está intimamente ligado aos cuidados de enfermagem.

Muitos idosos julgam que não vão cair, que isso não lhes acontece, acabando por não terem os cuidados necessários e cabe aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros, terem atitudes que melhorem a segurança no sentido do bem maior do idoso. É fundamental um ambiente seguro com boa iluminação, sem obstáculos nos pisos, sem tapetes no chão, que os chuveiros tenham barras de segurança, corrimão nas escadas, promover o uso de calçado e roupas adequadas que permitam uma locomoção eficaz. Deve ser tido em atenção o facto de nesta faixa etária haver um défice de visão e de locomoção e de que medicações como analgésicos, antidepressivos, ansiolíticos podem provocar quedas e se o ambiente não estiver criado com base em critérios de segurança isso trará danos para a saúde e bem-estar dos clientes idosos (Guedes et al., 2009).

Quando falamos em segurança nos idosos internados em instituições de longa duração, é imprescindível mencionar o que a Ordem dos Enfermeiros define na Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos cuidados de enfermagem, aprovada na reunião de Conselho Diretivo de 6 e 7 de maio de 2014, p. 30): *“As horas de cuidados de enfermagem necessárias, nas 24 horas, são, no mínimo, as seguintes: para residentes independentes, com dependência ligeira ou moderada, 5 horas por cada 10 residentes (de acordo com uma média de 30 minutos por cada residente); para os residentes com nível de dependência severa ou total, aplica-se a fórmula de cálculo utilizada nas Unidades de Longa Duração e Manutenção da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”*.

O recurso a uma Prática Baseada na Evidência deveria ser considerado um recurso imprescindível das instituições para uma prestação de cuidados de excelência e segurança dos cuidados e neste sentido os enfermeiros têm um papel crucial na visibilidade da área da qualidade e segurança.

Os idosos só conseguem ter segurança nestas instituições com todas as condições reunidas para o bom funcionamento e com pessoal qualificado em número suficiente para dar resposta às necessidades provenientes deste grupo etário.

A segurança dos idosos está para além das quedas, pois os restantes riscos que correm quer em relação ao meio quer às suas condições físicas e psicológicas também podem constituir-se como fatores de segurança.

Ao considerar o resultado da assistência, torna-se essencial a criação de indicadores nas instituições de longa duração para idosos para que seja possível monitorizar aspetos que contribuem para a qualidade de vida e também, desta forma, compreender a influência dos enfermeiros na assistência.

Segundo Aleixo et al., (2011, p. 142), em Portugal, ainda existe pouca informação e investigação acerca das alterações demográficas e suas implicações nas necessidades de cuidados de enfermagem, isto faz com que ainda se considere desnecessário e economicamente inviável investir na continuidade de cuidados e no aumento da presença de enfermeiros nos lares, *“esquecendo-se, assim, os benefícios para a área da saúde, de resto já comprovados pela experiência de outros países, associados a este investimento.*

Garantir a qualidade na componente resultados implica *“a existência de um conjunto de indicadores da qualidade nos cuidados de saúde, prestados por enfermeiros em instituições para idosos, mais do que uma necessidade é hoje um imperativo, na medida em que, poderá traduzir-se numa importante ferramenta de gestão de recursos humanos, de materiais e a nível financeiro”* (Aleixo et al., 2011, p. 142).

Várias entidades como o Instituto da Segurança Social I.P. e o Instituto Português da Qualidade criaram indicadores de desempenho sensíveis aos vários serviços que se prestam nos lares de idosos mas, quanto a cuidados de saúde, não são definidos indicadores específicos, sendo apenas realizada uma abordagem global, com a definição de indicadores gerais (Aleixo et al., 2011).

Por este motivo e por defenderem que a presença de enfermeiros nas estruturas residenciais para pessoas idosas aumenta a qualidade dos cuidados e serem uma importante ferramenta de gestão de recursos humanos, materiais e financeiros, os autores referenciados anteriormente, realizaram estudos tendo emergido um conjunto de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem que possibilitam a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde prestados nos lares de idosos em Portugal, sendo eles:

“Recursos às urgências hospitalares e número de dias de internamento; Diminuição dos recursos às urgências; Diminuição total de dias de internamento em unidades de recuperação avançadas; Diminuição de alguns atos médicos; Função sensorial (incidência de depressão, demência), comunicação, relações sociais, participação da família; Presença de cateteres urinários, incontinência; Perda de funcionalidade e atividades de vida diárias (imobilização e doentes acamados); Uso controlado de fármacos (anti-psicóticos, controlo de fármacos – número e modo de administração); Uso de nove ou mais medicamentos diferentes; Nutrição (perda de peso, obstipação, desidratação); Controlo de infeção (pneumonias, infeções urinárias); Prevalência do número de úlceras por pressão; Controlo da dor; Prevalência de quedas” (Aleixo et al., 2011, p. 147).

Para que se verifique um real aumento da qualidade de vida nas ERPI's é essencial que se invista no desenvolvimento de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem nestas instituições e para que seja possível a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade.

Em forma de síntese da revisão teórica, Portugal é um país cada vez mais envelhecido e à medida que os idosos vão vivendo mais anos, vão também aumentando o grau das dependências. Para dar resposta a este aumento da dependência, muitas famílias colocam os seus familiares idosos em instituições criadas para esse efeito. Contudo, este tipo de instituições, como os lares de idosos ou ERPI's têm uma maior predominância social.

O cuidar de um idoso dependente acarreta novos desafios para o modelo organizacional e de gestão de cuidados.

Para garantir qualidade assistencial terão que ser prestados cuidados humanizados, com o objetivo de tornar a vida, neste caso, dos idosos, com qualidade e por isso mais significativa em que se compatibilize a vivência em comum e o respeito pela individualidade e privacidade o que implica uma organização de cuidados fundamentada num método de cuidados individualizado e com uma prática sustentada em princípios científicos bem como uma continuidade diária ao longo do tempo de permanência nas instituições.

O ato de cuidar está inerente à profissão de enfermagem. O artigo 5º do REPE, DL nº 161/96, de 4 de Setembro, é claro na caracterização dos cuidados de enfermagem e aqui compreendemos a importância do processo de assistência em enfermagem. A colheita de dados, o diagnóstico de enfermagem, a elaboração de um plano de cuidados, a execução correta e adequada dos cuidados necessários e a avaliação, verificando os resultados das intervenções de enfermagem. Os registos de enfermagem têm uma importância fulcral em todo este processo.

É fundamental que se tenha em conta a importância de se aplicar uma gestão eficaz para que sejam prestados cuidados de qualidade tendo em vista uma visão holística dos idosos.

Para tornar a gestão um processo fundamentado é necessário conhecer as realidades e os seus intervenientes o que nos encaminha para um estudo de campo que passaremos a descrever nas partes que se seguem.

2. PREPARAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO

A motivação para a realização deste trabalho de investigação prende-se, com o facto de, à data, não existirem dados que ajudem a compreender as dotações dos enfermeiros face às necessidades dos idosos nos internamentos de longa duração e, mais concretamente, em três ERPI's pertencentes a instituição do grande Porto.

Trata-se de um estudo de natureza quantitativo, descritivo, exploratório.

Para Fortin, *“O método de investigação quantitativa é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador”* (Fortin, 2003, p. 22).

Um estudo de natureza descritiva tem por natureza a apresentação do que está a ser observado. De acordo com Freixo, *“este método assenta em estratégias de pesquisa para observar e descrever comportamentos, incluindo a identificação de factores que possam estar relacionados com um fenómeno em particular”* (Freixo, 2009, p. 106).

O estudo exploratório descreve o fenómeno em estudo, *“os estudos exploratórios visam proporcionar uma maior familiaridade com o problema, no sentido de torná-lo explícito ou de facilitar a formulação de hipóteses. São usados para conhecer as variáveis desconhecidas, necessárias a uma investigação mais específica e profunda”* (Vilelas, 2009, p. 119).

Com todas as alterações que o envelhecimento provoca no ser humano não pode ser ignorada a importância que os enfermeiros apresentam nesta etapa da vida.

O envelhecimento demográfico é, assim, uma realidade cada vez mais presente na atualidade e, conseqüentemente tem aumentado o número de lares de idosos ou ERPI's – assim como as questões relativas aos modelos assistenciais. Estas questões agudizam-se particularmente no que se refere à gestão de recursos humanos, por forma a garantir qualidade nesta área, ajustada às necessidades dos idosos. Formulamos, então, a seguinte questão como ponto de partida para este estudo: *“Quais são as condições particulares de saúde/dependência dos idosos que implicam uma organização de cuidados em meio institucional de longa duração?”*

Partindo da pergunta de investigação delineamos os seguintes objetivos:

- i) compreender as características dos idosos que estão institucionalizados;
- ii) analisar as condições de saúde e de cuidados dos idosos internados em lares;
- iii) analisar a percepção de que os idosos têm das quedas, da relação com a sua família, da saúde, da satisfação com a vida e da qualidade de vida;

Ao longo deste trabalho daremos resposta aos objetivos mencionados e pretendemos assim dar um contributo para melhorar a assistência dos idosos valorizando e questionando as necessidades em cuidados de enfermagem.

2.1 Do contexto do estudo à amostra

Com o envelhecimento a aumentar o pretendido é que esse envelhecimento seja ativo e saudável e que seja experienciado com um grau elevado de autonomia, nomeadamente poder viver na sua própria casa ou na de familiares e realizar as atividades que mais gosta mesmo que com recurso a apoios. Contudo, em grande parte dos casos isto não acontece e por isso foi necessário criar-se estruturas que acolhessem estes idosos. Estas estruturas denominam-se estruturas residenciais para pessoas idosas e podem ser de carácter provisório ou permanente.

De acordo com o manual de processos chave para as estruturas residenciais para idosos, estas devem estar inseridas num contexto humanizado e personalizado onde as vivências de cada idoso são parte integral da sua pessoa e devem ser tidos em conta os desejos e interesses de cada um, *“é requerida para as estruturas residenciais uma abordagem holística e integrada na sua concepção, na organização e prestação dos seus serviços”* (Manual de processos chave para as estruturas residenciais para idosos, p. 2).

Pretende-se com estas estruturas promover a qualidade de vida dos idosos; proporcionar serviços permanentes atendendo às componentes biopsicossocial; retardar ou estabilizar o processo de envelhecimento; privilegiar a interação familiar; promover a autonomia e a autoestima.

É de salientar o que diz o manual de processos chave relativamente a quem é destinado este tipo de resposta, *“pessoas com idade correspondente à idade estabelecida para a reforma, ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de auto-*

nomia que, por opção própria, ou por inexistência de retaguarda social, sem dependências causadas por estado agravado de saúde do qual decorra a necessidade de cuidados médicos e paramédicos continuados ou intensivos, pretendem integração em estrutura residencial, podendo aceder a serviços de apoio biopsicossocial, orientados para a promoção da qualidade de vida e para a condução de um envelhecimento sadio, autónomo, activo e plenamente integrado” (Segurança Social - Manual de processos chave para as estruturas residenciais para idosos, p. 2).

A população deste estudo foram os idosos residentes em três ERPI's pertencentes a instituição do grande Porto. Desta população habitavam à data da recolha de dados 233 idosos no total tendo sido obtida uma amostra não probabilística de 78 indivíduos institucionalizados.

2.2 Variáveis em estudo

Segundo Fortin (2009, p. 171), *“as variáveis são qualidades, propriedades ou características de pessoas, de objetos ou de situações que são estudadas numa investigação”*.

De acordo com os objetivos delineados para o estudo foram consideradas como variáveis: as características sociodemográficas dos idosos institucionalizados, as condições de saúde, as condições de dependência, o suporte familiar e a qualidade de vida.

Os quadros que se seguem descrevem a componente, a dimensão e o indicador das variáveis:

Quadro 2: Variáveis Sociodemográficas

DIMENSÕES	INDICADORES	CODIFICAÇÃO
Sexo	Masculino	0
	Feminino	1
Idade	Nº anos completos decorridos entre o nascimento e o dia de aplicação do questionário	Variável Numérica
Estado Civil	Solteiro(a)	0
	Casado(a)	1
	Separado (a)	2
	Divorciado(a)	3
	Viúvo(a)	4
Número de Filhos	Nº de filhos vivos à data da aplicação do questionário	Variável Numérica
Alfabetismo (saber ler e escrever)	Não	0
	Sim	1
Nível de Escolaridade	Nenhuma	0
	1º Ciclo	1
	2º Ciclo	2
	3º Ciclo	3
	12º ano (7º ano do liceu/ propedêutico)	4
	Ensino pós-secundário/ Curso de Especialização Tecnológica	5
	Bacharelato	6
	Licenciatura	7
	Mestrado	8
	Doutoramento	9

Com a obtenção das características sociodemográficas conseguimos traçar o perfil das características dos sujeitos da amostra.

Relativamente à descrição da variável “Condições de Saúde” foram avaliados os componentes como o estado de saúde, o IMC, doenças, sintomas/manifestações e quedas.

Quadro 3: Variável Condições de Saúde

DIMENSÕES	INDICADORES	CODIFICAÇÃO
Número de medicamentos	Nenhum	0
	Um	1
	Dois	2
	Três	3
	Quatro	4
	Cinco ou mais	5
Doenças	Osteoporose	Sim / Não
	Doença de Parkinson	
	Doença cerebrovascular	
	Hipertensão	
	Outras doenças cardiovasculares	
	Doença Oftalmológicas	
	Osteoporose	
	Doença osteoarticular	
	Doença de Parkinson	
	Incontinência fecal	
	Doença oncológica	
	Demência	
	Depressão	
	Síndromes Vertiginosas	
Incontinência urinária		
Doença respiratória (DPOC, asma, bronquite)		
Número de Quedas (último ano)	Nenhuma	0
	Uma vez	1
	Duas vezes	2
	Três ou mais vezes	3
Local da Última Queda	Lar	0
	Transportes Públicos	1
	Rua	2
Lesões Resultantes	Nenhuma	0
	Fraturas	1
	Escoriação	2
	Contusão	3
	Laceração	4
	Alteração da consciência	5

De forma a fazer avaliação mais pormenorizada dos idosos da amostra realizou-se uma avaliação das condições de saúde.

Devido à grande prevalência de comorbilidades nos idosos, torna-os mais suscetíveis a sofrerem lesões consequentes de quedas e, portanto, torna-se essencial identificar fatores de risco e tratar fatores etiológicos (Perracini, 2005).

Os problemas de desnutrição são frequentes nesta faixa etária e são uma problemática que necessita de intervenção precoce, nesse sentido torna-se importante fazer uma correta avaliação do estado nutricional dos idosos.

Quadro 4: Variável Estado Nutricional

DIMENSÕES	INDICADORES	CODIFICAÇÃO
Diminuição da ingestão por falta de apetite, problemas digestivos ou dificuldade de mastigação	Diminuição grave	0
	Diminuição moderada	1
	Sem diminuição	2
Perda de peso (últimos 3 meses)	Superior a 3 quilos	0
	Não sabe informar	1
	Entre 1 e 3 quilos	2
	Sem perda de peso	3
Mobilidade	Restrito ao leito e cadeira de rodas	0
	Deambula mas não é capaz de sair de casa	1
	Normal	2
Stress psicológico ou doença aguda (últimos 3 meses)	Sim	0
	Não	1
Problemas neuropsicológicos	Demência / depressão grave	0
	Demência ligeira	1
	Sem problemas psicológicos	2
Índice massa corporal	0-19	0
	19-21	1
	21-23	2
	≥ 23	3
Circunferência da perna (CP)	CP menor que 21 cm	0
	CP maior ou igual a 31 cm	1
Pontuação da triagem	12-14 (estado nutricional normal)	
	8-11(risco de desnutrição)	
	0-7 (desnutrido)	

Para avaliar o estado nutricional foi utilizado o “MNA” sendo um dos instrumentos recomendados que permite uma avaliação rápida do estado nutricional de idosos.

É simples e de utilização fácil, identificando-se os casos de desnutrição através da pontuação obtida após o preenchimento dos parâmetros.

Outra variável de extrema importância relaciona-se com a capacidade do idoso em exercer atividades que lhe proporcionem independência na comunidade (Sequeira, 2010).

No próximo quadro descreve-se a variável relacionada com as atividades instrumentais da vida diárias.

Quadro 5: Variável Atividades Instrumentais da Vida Diárias

DIMENSÕES	INDICADORES	CODIFICAÇÃO
Utilização do telefone	Utiliza o telefone por iniciativa própria.	0
	É capaz de marcar bem alguns números familiares.	1
	É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar.	2
	Não é capaz de usar o telefone.	3
Fazer compras	Realiza todas as compras necessárias.	1
	Realiza independentemente pequenas compras.	2
	Necessita de ir acompanhado(a) para fazer qualquer compra.	3
	É totalmente incapaz de comprar.	4
Preparar refeições	Organiza, prepara e serve as refeições sozinha(a) e adequadamente.	0
	Prepara adequadamente as refeições se lhe fornecem os alimentos.	1
	Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada.	2
	Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições	3
Tarefas domésticas	Mantém a casa arrumada sozinha(a) ou com ajuda ocasional (para trabalhos pesados).	0
	Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama.	1
	Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza.	2
	Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas. Não participa em nenhuma tarefa doméstica	3 4
Lavagem da roupa	Lava sozinho(a) toda a sua roupa.	0
	Lava sozinho(a) pequenas peças de roupa.	1
	A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros	2
Utilização de meios de transporte	Viaja sozinho(a) em transporte público ou conduz o seu próprio carro.	0
	É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte.	1
	Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado(a).	2
	Só utiliza o táxi ou o automóvel com a ajuda de terceiros. Não viaja.	3 4
Responsabilidade com a sua medicação	É capaz de tomar a medicação à hora e dose corretas.	0
	Toma a medicação se a dose é preparada previamente.	1
	Não é capaz de tomar a sua medicação	2
Responsabilidade de assuntos financeiros	Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho(a).	0
	Realiza as compras diárias mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco.	1
	Incapaz de manusear o dinheiro	2

A capacidade funcional instrumental dos idosos da amostra foi avaliada tendo por base a escala de Lawton & Brody (1969), adaptada para uma população portuguesa por Araújo et al. (2008), em que a pontuação mais baixa corresponde a pior funcionalidade.

Quadro 6: Variável AutoCuidado

DIMENSÕES	INDICADORES	CODIFICAÇÃO
Autocuidado: Andar Suporta o próprio corpo na posição de pé Sobe e desce degraus Percorre distâncias moderadas		
Autocuidado: Transferir-se Transferir-se da cama para a cadeira/cadeirão e da cadeira/cadeirão para a cama		
Autocuidado: Virar-se Move o corpo, virando-se de um lado para o outro		
Autocuidado: Elevar-se Levantar parte do corpo		
Autocuidado: Uso do sanitário Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira Ergue-se da sanita Ajusta as roupas após a higiene íntima		
Autocuidado: Alimentar-se Prepara os alimentos para a ingestão Abre os recipientes Pega no copo ou chávena Leva os alimentos à boca com os utensílios		
Autocuidado: Arranjar-se Penteia ou escova os cabelos Cuida das unhas Aplica o desodorizante Mantém a higiene oral	Dependente, não participa	0
	Necessita de ajuda de pessoa	1
	Necessita de equipamento	2
	Completamente independente	3
Autocuidado: Vestir-se/Despir-se Escolhe as roupas Veste as roupas na parte inferior do corpo Abotoa as roupas Usa cordões para amarrar Calça as meias		
Tomar Banho Obtém objetos para o banho .Abre a torneira Lava o corpo		
Tomar a medicação. Prepara os medicamentos Toma os medicamentos		

Esta variável é avaliada pela versão reduzida do instrumento de Avaliação da Dependência do Autocuidado (FADA) consiste num conjunto de 27 afirmações, sobre as quais cada indivíduo é avaliado numa escala de Likert, com 4 opções de resposta, que vão de 1 (Dependente, não participa) a 4 (Completamente independente).

A condição cognitiva será avaliada com recurso ao teste do **Mini-Cog**. Este é utilizado para avaliar se o indivíduo apresenta algum grau de comprometimento cognitivo que possa levar a alteração da sua funcionalidade, tendo consequências na sua capacidade de

autonomia. São realizados 3 exercícios que consistem em ouvir 3 palavras, desenhar um relógio e por último repetir as 3 palavras memorizadas no 1º exercício.

Quadro 7: Variável Relações Familiares

DIMENSÕES	INDICADORES	CODIFICAÇÃO
Eu penso que a minha família é fantástica uns com os outros	Nunca Raramente Às vezes A maior parte das vezes Sempre	0 1 2 3 4
Eu penso que a minha família é fantástica		
A minha família enerva-me		
Eu gosto da minha família		
Eu posso realmente contar com a minha família		
Eu não gosto realmente de estar com a minha família		
Eu gostava de não fazer parte desta família		
Eu dou-me bem com a minha família		
Os membros da minha família discutem muito		
Não há sentimento de união na minha família		
Sinto-me como um estranho na minha família		
A minha família não me compreende		
Há demasiado ódio na minha família		
Os membros da minha família são realmente bons uns para os outros		
A minha família é respeitada por aqueles que nos conhecem		
Parece existir muito atrito na minha família		
Existe muito amor na minha família		
Os membros da minha família dão-se bem uns com os outros		
Viver na minha família é geralmente desagradável		
A minha família representa uma grande alegria para mim		
Eu sinto orgulho da minha família		
Outras famílias parecem entender-se melhor do que a nossa		
A minha família é uma verdadeira fonte de conforto para mim		
Eu sinto-me posto (a) de parte na minha família		
A minha família é infeliz		

A avaliação da severidade/magnitude dos problemas de funcionamento pessoal e social dos idosos da amostra no domínio do ajustamento familiar (stress intra-familiar) foi avaliada com recurso ao Índice de Relações Familiares (Pereira et al., 2010).

2.3 População e Amostra

De acordo com Fortin (1999, p. 202) *“uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”*.

A probabilidade de fazer parte deste estudo está limitada aos idosos institucionalizados na instituição em estudo, especificamente os que se encontram nas ERPI's pelo que a nossa população são os 233 idosos institucionalizados.

Uma amostra é parte de uma população e de acordo com a natureza do estudo esta pode ser probabilística ou não probabilística, pelo que neste estudo temos uma amostra não probabilística considerando que vamos seleccionar os idosos pelos critérios de inclusão estabelecidos e assim: estar institucionalizados numa ERPI; ter capacidade de comunicar conservada; ter capacidades cognitivas conservadas.

Ainda de acordo com Fortin (1999) uma amostra é considerada não probabilística quando toda a população não teve a mesma possibilidade de ser seleccionada.

Os critérios serão aplicados pelo investigador e com recurso a uma avaliação prévia dos idosos com recurso ao Mini-Cog.

A amostra não terá a ambição de ser representativa nem levará a generalizações pelo que só depois de realizada a colheita de dados podemos descrever a amostra.

2.4 Colheita de dados

A colheita de dados constitui um passo essencial em toda a investigação. Segundo Cardoso, *“a colheita de dados requer diligências prévias, tais como: a obtenção de autorização para realizar o estudo, a aprovação da comissão de ética, a preparação dos responsáveis pela aplicação dos instrumentos de colheita de dados, a constância e o controlo da*

colheita da informação e a identificação de potenciais barreiras” (Fortin, 2009, citado por Cardoso, 2016, p. 55).

2.4.1 Instrumento de colheita de dados

No sentido de colher os dados que garantem a medição das variáveis organizamos um instrumento, nomeadamente um questionário sobre a forma de inquérito constituído por 98 perguntas fechadas, organizado em duas partes.

Parte 1 (Pergunta 1 a 17) – Características sociodemográficas e clínicas. Nesta parte pretende-se obter informações sobre o sexo, idade, naturalidade, grau de escolaridade, estado civil, problemas de saúde, terapêutica medicamentosa, histórico de quedas, capacidade funcional para realização de atividades de vida essenciais e instrumentais, a capacidade cognitiva, a avaliação nutricional e a participação em atividades de lazer.

Parte 2 (Pergunta 18 a 20) – Auto percepção do risco de queda e do medo de cair, avaliação do relacionamento com a família (IFR) e a auto percepção da saúde/qualidade de vida.

De acordo com Cardoso (2016, p. 55), *“este pode ser definido como uma técnica de investigação, constituída por um determinado número (grande ou pequeno) de questões escritas, que tem por objectivo a descrição de populações”*.

Os dados sobre as referidas variáveis foram obtidos através da aplicação das seguintes escalas: “Avaliação da Cognição – MINI-COG” (Borson et al., 2000); “Avaliação da Nutrição – MNA” (Kaiser et al., 2009); “Avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária – AIVD” (Araújo et al., 2008); “Avaliação da Dependência do Autocuidado – FADA” (Pereira, 2014) e “Índice de Relações Familiares – IFR” (Pereira et al., 2010).

O questionário utilizado foi construído no âmbito do estudo *“Viver bem com mais idade: do contexto familiar ao apoio institucional”*, estudo em desenvolvimento na ESEP sobre a coordenação da Professora Doutora Maria Manuela Martins no Município de Vila Nova de Famalicão.

Cada questionário demorou em média 30 minutos a preencher.

2.4.2 Procedimentos de colheita e análise dos dados

Os procedimentos iniciaram-se após os pedidos referentes à utilização do questionário e institucionais.

Após a obtenção da autorização por parte das instituições para a aplicação do questionário “Viver bem com mais idade: do contexto familiar ao apoio institucional”, procedeu-se à sua aplicação durante os meses de Novembro e Dezembro de 2016.

O questionário foi aplicado sobre a forma de inquérito. Depois de explicada a finalidade do estudo.

Para proceder à colheita de dados, além da autorização da instituição, os participantes tinham obrigatoriamente de demonstrar capacidade de interpretação e habilidades para o preenchimento do questionário aplicado.

A utilização das diferentes escalas contidas no inquérito permitiu-nos descrever e caracterizar a amostra em estudo. Foi feita uma análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis em estudo. Calcularam-se as seguintes medidas: frequências absolutas (número de casos válidos – n.º) e frequências relativas (percentagem de casos válidos).

2.4.3 Procedimentos éticos

A aplicação do instrumento de recolha de dados foi submetida a autorização prévia por parte da instituição do grande Porto em estudo.

No momento em que foi feito o pedido de autorização para a realização deste estudo não existia comissão de ética nas ERPI's, motivo pelo qual não incluo em anexo o respetivo requerimento. Para obtenção da autorização foi feito pedido por correio eletrónico à coordenação de enfermagem e ao diretor de serviço, pois esta, ao momento, era a via existente para a obtenção da mesma.

Após a obtenção da autorização por parte da instituição para a aplicação do questionário “Viver bem com mais idade: do contexto familiar ao apoio institucional”, procedeu-se à sua aplicação durante os meses de Novembro e Dezembro de 2016.

É de salientar que o estudo central que dá origem a este estudo teve o parecer da comissão de ética para a saúde do Centro Hospitalar São João / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto Nº 244/2014.

Na aplicação do questionário foi explicado a cada idoso a finalidade do estudo, a confidencialidade das respostas, o anonimato e a não obrigatoriedade para responder e participar no mesmo. Ficou explícito para todos os participantes de que não eram obrigados a participar e de que os seus nomes nunca seriam revelados.

O investigador deste estudo é o único a ter acesso às respostas de cada participante. No início de cada questionário (Parte 1, pergunta 1), faz parte do preenchimento, a identificação de indivíduo participante, onde foi atribuído um número a cada um; de seguida foi identificada a ERPI, tendo sido atribuída uma sílaba a cada uma e nunca o nome da mesma e por fim o número do questionário.

A decodificação desta informação é propriedade apenas do investigador estando, portanto, assegurado o anonimato e confidencialidade. Todos os questionários foram aplicados em ambiente de privacidade.

Toda a investigação deve respeitar princípios éticos. Os princípios éticos *“incorporados à maioria das orientações são a beneficência, o respeito pela dignidade humana e a justiça”* (Polit et al., 1995, p. 307). Os investigadores devem assegurar que os participantes intervêm nos estudos de forma livre, autónoma e voluntária através do consentimento informado. A confidencialidade deve ser, de igual forma, assegurada e respeitada reforçando-se, desta feita, o princípio da beneficência, da justiça e da autonomia.

Neste estudo os participantes não ficaram expostos a qualquer dano ou desvantagens e foram informados sobre os objetivos do trabalho – assim como terá sido facultada toda a informação sobre o direito de participação respeitando-se, assim, o princípio da autonomia. De modo a garantir a confidencialidade dos dados, apenas o autor conhece a sua origem.

3. DA ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL ÀS CARACTERÍSTICAS DOS IDOSOS

As Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas têm uma forte ação social no desenvolvimento de diferenciados cuidados aos idosos.

Estas ERPI's prestam normalmente outro tipo de apoios, como o Serviço de Apoio Domiciliário mas por motivos de aprofundamento e limite temporal esta pesquisa foca-se apenas nas estruturas residenciais acima mencionadas. Estes estabelecimentos *“destinam-se a pessoas idosas, autónomas ou em situação de perda de independência/autonomia, beneficiando de equipas técnicas multidisciplinares, com profissionais experientes, que proporcionam um apoio biopsicossocial e cuidados de saúde”* (Santa Casa da Misericórdia do Porto, 2016).

Face ao desígnio destas instituições podemos compreender a importância do estudo e prever a importância do mesmo para sensibilizar para a necessidade de cuidados de enfermagem.

3.1 Equipa assistencial

Segundo a Santa Casa da Misericórdia do Porto (2016), *“O capital humano por excelência é o intelecto, sendo que o potencial intelectual é considerado como um dos mais estratégicos e relevantes ativos das organizações. A simbiose entre conhecimentos, habilidades e atitudes dos colaboradores, afigura-se como uma peça basilar para o sucesso da missão e a consecução dos objetivos da organização”*. Conseguimos portanto, compreender a importância que os recursos humanos têm para estas instituições.

As ERPI's em estudo são compostas por equipas multidisciplinares e os seus funcionamentos são semelhantes entre si havendo uma uniformização dos cuidados e serviços prestados. Cada estrutura possui uma assistente social com cargo de direção, uma encarregada de serviços domésticos, uma animadora sociocultural e uma educadora social.

A ERPI com maior capacidade relativamente a quartos disponíveis (capacidade para 116 idosos) possui cerca de 54 assistentes operacionais e duas administrativas de secretaria. A instituição com capacidade para 90 idosos possui cerca de 28 assistentes operacionais e uma administrativa. A instituição com capacidade menor (27 idosos) possui cerca de 12 assistentes operacionais e uma administrativa.

Relativamente à equipa de saúde existe um médico diretor clínico e uma enfermeira coordenadora que coordenam uma equipa de doze enfermeiras que prestam serviços em todas as ERPI's.

Esta equipa presta cuidados de saúde das 8:00 às 20:00h diariamente, em que a equipa de enfermagem realiza turnos da manhã (8:00-14:30h) e da tarde (14:00-20:00h), num total de 87,5 horas por semana.

Durante a noite não há enfermeiros nas instituições. Face à mudança de características dos idosos e ainda às comorbilidades, a falta de enfermeiros durante a noite pode ser um problema para a qualidade de assistência em saúde.

O médico está presente nas instituições pelo menos uma vez por semana e sempre contactável via telefónica.

Além destes profissionais existe uma fisioterapeuta, uma nutricionista e uma psicóloga clínica. Fazem parte muitos outros colaboradores e são prestados outros serviços como serviços religiosos, equipa de voluntários mas que as suas funções não serão abordadas neste estudo.

3.2 Suporte à assistência

Antes de apresentarmos os resultados obtidos através do questionário, relativamente a este tópico, é importante mencionar os recursos materiais das instituições pois este aspeto vai ser influenciador no suporte à assistência. Todas as ERPI's possuem camas articuladas, cadeiras de rodas, meios auxiliares de marcha, barras de apoio nas casas de banho, corrimãos, pistas visuais, cadeiras chuveiro e cadeira sanita.

Para uma melhor adequação dos serviços prestados, é importante compreender os motivos que levam à institucionalização de um idoso ou alguém que, e isso acontece, ainda não tenha atingido os 65 anos de idade.

Segue-se uma breve descrição dos espaços. A ERPI de maiores dimensões é constituída pelo rés-do-chão que contém gabinetes técnicos, gabinete médico, sala de trabalho de enfermagem, secretaria, wc, sala de estar onde são elaboradas diversas atividades como por exemplo aulas de ginástica. No piso 1 encontra-se a cozinha, copa, duas salas de refeições, uma sala de arrumos de ajudas técnicas, um gabinete de enfermagem e vários quartos com wc. Os pisos 2, 3, 4 e 5 contêm quartos (existe capacidade total para 116 idosos) e

vários wc. Os pisos 2, 3 e 4 têm sala de estar e copa. O piso 4 possui também um gabinete onde é realizada fisioterapia e um cantinho de leitura. No total esta estrutura tem três capelas.

A ERPI com capacidade total para 90 idosos é constituída por três pisos. Um deles contém uma cozinha, um ginásio, uma garagem e uma rouparia. O 1º piso tem quartos, wc, uma sala de refeições com copa, uma sala de estar de grandes dimensões, gabinetes técnicos, secretaria, gabinete médico e sala de trabalho de enfermagem. O 2º piso tem vários quartos, wc, uma sala de refeições com copa e uma capela. Tem jardim à volta da estrutura.

A ERPI de menores dimensões tem capacidade total para 27 idosos. Na entrada encontramos uma sala de estar, uma sala de refeições, uma cozinha, uma copa, wc. No 1º piso existem vários quartos, wc, um gabinete da direção, um gabinete médico com sala de trabalho de enfermagem e um espaço dedicado ao centro de dia. No 2º piso encontram-se vários quartos e wc. Todas as estruturas possuem elevador de acesso a todos os pisos.

A população estimada é de 233 idosos sendo a amostra do estudo de 78, face à aplicação dos critérios de inclusão, pelo que os dados apresentam uma margem de erro de 7,64% para uma confiabilidade de 90%.

Peres (2014, p. 11), citando o Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (2012), refere que *“A estrutura residencial para pessoas idosas tem o objetivo de oferecer serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas, colaborar na estimulação do envelhecimento ativo, gerar condições que preservem e incentivem a relação intrafamiliar e intensificar a integração social”*.

Para compreender as características dos idosos que podem determinar necessidades de cuidados de enfermagem passamos a descrever os participantes do estudo.

3.3 Caraterísticas sociodemográficas

De seguida, apresentamos os dados relativos às caraterísticas sociodemográficas.

Tabela 1 – Distribuição da amostra por sexo

Sexos	Nº	%
Feminino	61	78,2
Masculino	17	21,8
Total	78	100,0

A amostra é constituída maioritariamente (78,2%) por mulheres o que traduz a tendência nacional de sobrevivência e ajuda a compreender necessidades específicas face ao género feminino.

Tabela 2 – Distribuição da amostra por idade

Classes em anos	Nº	%
menos de 64	6	7,7
de 65 a 79	15	19,2
de 80 a 100	57	73,1
Total	78	100,0

Os idosos da amostra têm maior representação na idade de mais de 80 anos (73,1%), sendo que a variação de idades é dos 55 aos 97 anos.

Tabela 3 – Distribuição da amostra por estado civil

Estado Civil	Nº	%
Solteiro	22	28,2
Casado	5	6,4
Separado	8	10,3
Divorciado	1	1,3
Viúvo	42	53,8
Total	78	100,0

Verifica-se no estudo que a maior representação é de viúvos (53,8%) mais de metade, seguido dos solteiros (28,2%) que representam mais de um quarto da amostra.

Tabela 4 – Distribuição da amostra por número de filhos

Nº de Filhos	Nº	%
0	28	35,9
1	20	25,6
2	15	19,2
3	9	11,5
5	1	1,3
7	1	1,3
8	1	1,3
10	1	1,3
11	2	2,6
Total	78	100,0

Os idosos da amostra têm uma variação de filhos de 0 a 11 sendo que o grupo que não tem filhos é o mais representativo (35,9%).

Tabela 5 - Distribuição da amostra por conhecimentos de leitura

Saber Ler	Nº	%
Sim	64	82,1
Não	14	17,9
Total	78	100,0

Observa-se que a maioria da amostra sabe ler (82,1%), havendo no entanto uma percentagem sem conhecimentos de leitura (17,9%) o que tem implicações nas opções de estratégias de informação no lar.

Tabela 6 - Distribuição da amostra por conhecimentos de escrita

Saber Escrever	Nº	%
Sim	63	80,8
Não	15	19,2
Total	78	100,0

De forma semelhante aos conhecimentos de leitura, a maioria dos idosos apresenta conhecimentos de escrita (80,8%) enquanto que uma minoria (19,2%) não sabe escrever.

Tabela 7 - Distribuição da amostra por escolaridade

Escolaridade	Nº	%
Nenhuma	24	30,8
Ensino básico – 1º ciclo (4º ano antigo)	32	41,0
Ensino básico – 2º ciclo (6º ano antigo)	6	7,7
Ensino básico – 3º ciclo (9º ano antigo)	2	2,6
Ensino secundário – 12º ano (7º ano do liceu/ propedêutico)	6	7,7
Ensino pós secundário – cursos especialização tecnológica	4	5,1
Bacharelato	1	1,3
Licenciatura	3	3,8
Total	78	100,0

Verifica-se no estudo que a maior grupo detém apenas o ensino básico (41%). De realçar também a grande percentagem (30,8%) de idosos sem nenhum grau de escolaridade.

Os grupos menos representativos são os que se encontram os maiores graus de escolaridade nomeadamente o Bacharelato (1,3%), e a licenciatura (3,8%). Os dados demonstram necessidade de ter em conta a escolaridade e capacidade de ler e escrever particularmente na gestão da informação e nas atividades que se realizam com idosos.

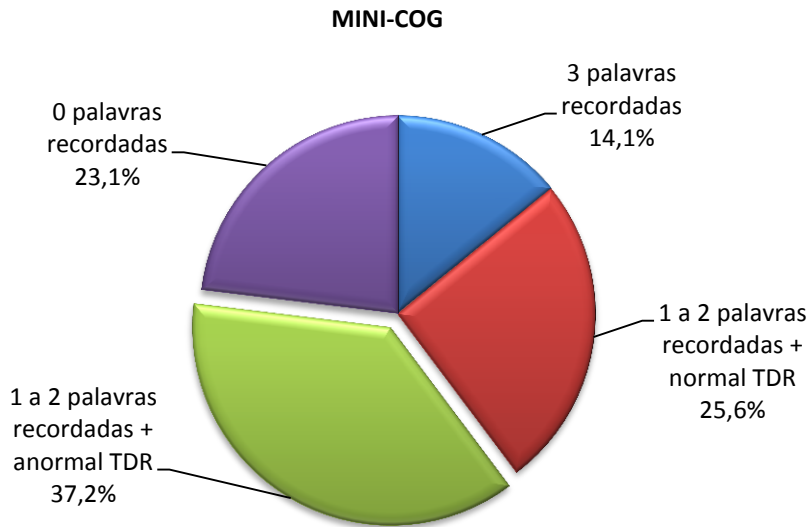
Tabela 8 – Tempo de institucionalização dos idosos

Tempo de Internamento	Nº	%
de 0 a 12 meses	17	21,8
de 13 a 36 meses	33	42,3
de 37 a 60 meses	7	9,0
de 61 a 120 meses	8	10,3
de 121 a 240 meses	13	16,7
Total	78	100,0

O internamento dos idosos decorre em intervalos de tempo que variam de 1 a 226 meses, contudo o mais representativo é dos 13 a 36 meses apresenta-se com 42,8%, enquanto apenas 9% dos idosos estiveram internados no intervalo de tempo de 37 a 60 meses, sendo que a média apresenta-se com 54,74 meses num desvio padrão de 59,748.

A fim de compreender a cognição dos idosos recorreremos ao instrumento MINI-COG (Borson *et al.*, 2000). Como se pode observar, no gráfico 1, as pontuações obtidas por ordem decrescente da pontuação obtida, foram: “1 a 2 palavras recordadas + anormal TDR” (37%); “1 a 2 palavras recordadas + normal TDR” (26%); “0 palavras recordadas” (23%) e “3 palavras recordadas” (14%).

Gráfico 1 - Distribuição das respostas relativas à pontuação do MINI-COG (n=78)



Ao aplicar a classificação descrita no teste MINI-COG, podemos observar que 37,2% da população apresentam pontuação igual ou maior a 3, o que segundo os autores da escala, indicam pouca probabilidade de demência, os restantes 62,8,3% apresentam pontuação inferior a 3, o que segundo os mesmos, indicam validação para triagem de demência e uma probabilidade de déficit cognitivo.

Tabela 9 - Participação em atividades de lazer

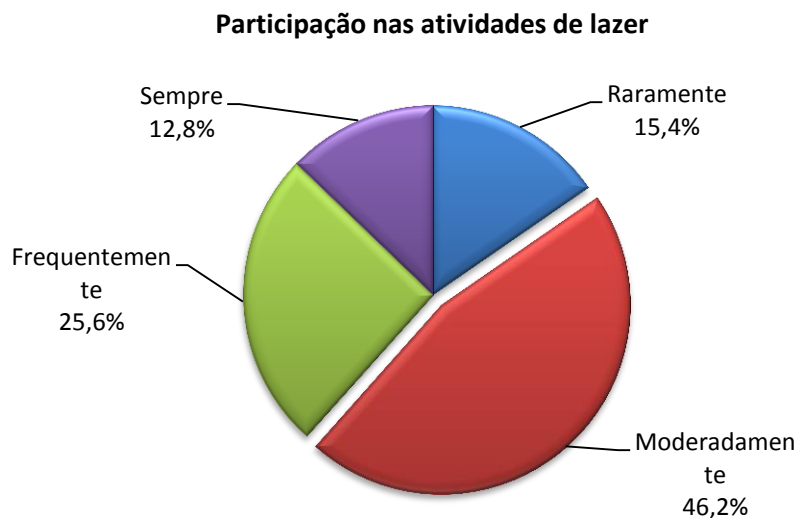
A pessoa participa nas atividades de lazer – ler, tv, música, dançar, passear, natação, ginástica, jardinagem, horticultura, tricotar, cartas, conversar	Nº	%
Raramente	12	15,4
Moderadamente	36	46,2
Frequentemente	20	25,6
Sempre	10	12,8
Total	78	100,0

Relativamente a participação em diversas atividades, 46,2% dos idosos participa moderadamente e 25,5% participa frequentemente.

Quanto à participação nas diferentes atividades de lazer proporcionadas pela instituição (ver figura 4), constata-se que cerca de 46% dos idosos da amostra participava moderadamente, 26% participava frequentemente, 15% raramente e apenas 13% participavam sempre.

Sousa (2013:17), refere que *“alguns aspectos que devem ser tidos em conta no processo de animação com idosos, tais como: enquadrar a pessoa face às suas características e face ao meio em que está inserida (residência, centro de dia/convívio, lar, etc.); perceber o grau de autonomia da pessoa e quando possível e, no caso de haver fatores limitativos, potenciar a realização de tarefas que de outro modo não concretizaria; perceber, juntamente com a pessoa, os seus gostos pessoais e encontrar tarefas que possam ser compatíveis, potenciando na pessoa um processo de evolução ou manutenção das suas capacidades atuais; estabelecer com o interessado um calendário de execução de cada tarefa, implicando-o no processo como sendo importante, quer para a concretização da atividade quer para ela própria; avaliar com o idoso o processo em que está envolvido; encontrar com ele alternativas para a realização de tarefas, que apesar de serem para ele indicadas, podem não surtir o efeito desejado”*.

Gráfico 2- Distribuição das respostas relativas à participação dos idosos nas atividades de lazer (n=78)



Em síntese, da amostra fazem na sua maior expressão mulheres, com mais de 80 anos, viúvas, que sabem ler e escrever mas com ensino básico, institucionalizadas de 13 a 36 meses e que apresentam sinais de demência e uma probabilidade de défice cognitivo.

3.4 Características clínicas

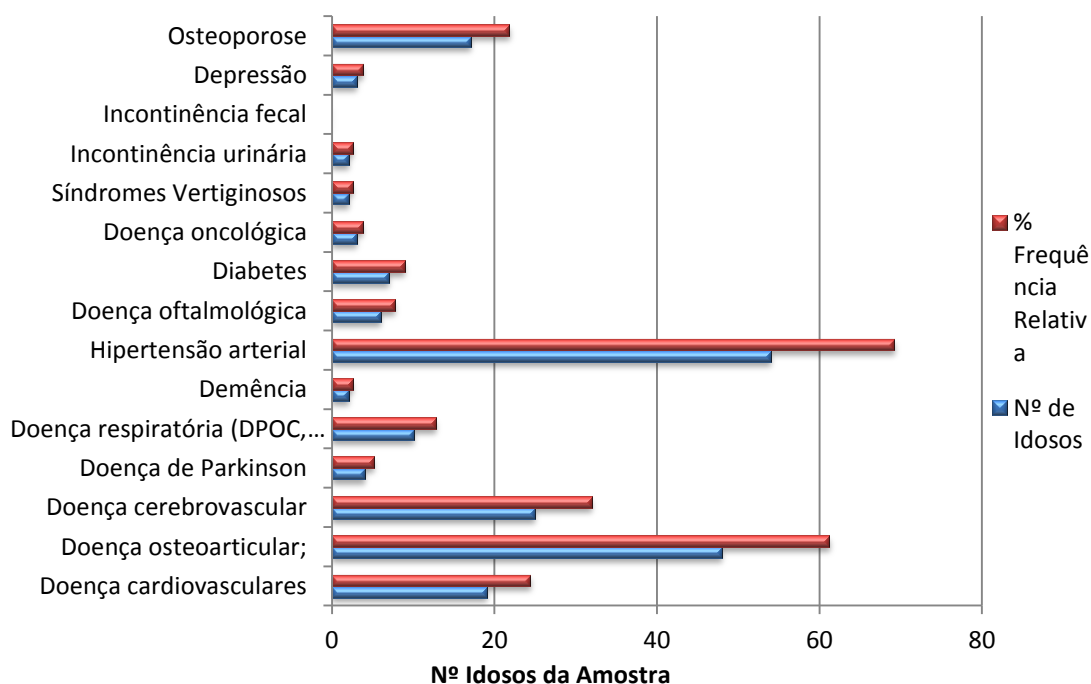
Novamente a descrição das características clínicas seguirá a descrição realizada aquando a operacionalização das variáveis

Tabela 10 - Distribuição da amostra por quantidade de medicação administrada

Número de medicamentos	Nº	%
1 Medicamentos	1	1,3
2 Medicamentos	3	3,8
3 Medicamentos	7	9,0
Cinco ou mais medicamentos	67	85,9
Total	78	100,0

A grande maioria dos idosos toma cinco ou mais medicamentos (85,9%), e no lado inverso o grupo que toma apenas uma medicação é o menos representativo.

Gráfico 3 - Representação das patologias dos idosos da amostra



As doenças de origem osteoarticular (61,5%) e a hipertensão arterial (69,2%) são as patologias mais comuns entre os idosos da amostra. O que nos alerta para cuidados específicos de enfermagem, salienta-se ainda a comorbilidade de alguns idosos.

Tabela 11- Número de patologias associadas por idoso

Condição patológica	Nº	%
Uma patologia	4	5,13
Varias patologias associadas	74	94,87
Total	78	100

No estudo a maioria dos idosos (94,87%) tem mais que uma patologia o que pode determinar cuidados específicos e vigilância quer da parte médica quer de enfermagem.

Tabela 12- Distribuição da amostra consoante os tipos de apoio à locomoção

Uso de auxiliar de marcha	Nº	%
Canadianas	8	10,3
Cadeira de rodas	24	30,8
Bengalas	9	11,5
Andarilho	6	7,7
Não usa	31	39,7
Total	78	100,0

A maioria da amostra não utiliza qualquer tipo de auxílio para a locomoção (39,7%) e dentro dos que utilizam a maioria move-se em cadeira de rodas (30,8%).

Tabela 13- Distribuição da amostra em função da causa extrínseca de quedas

Fatores extrínsecos de quedas	Nº	%
Escadas	4	5,1
Piso desnivelado	2	2,6
Obstáculos no percurso	9	11,5
Má iluminação	1	1,3
Sem fatores	62	79,5
Total	78	100,0

A grande maioria da amostra não apresenta fatores extrínsecos de quedas (79,5%). Quando existe fatores extrínsecos de quedas, obstáculos no percurso (11,5%) é o mais relatado.

Tabela 14- Distribuição do número de quedas no último ano

Quedas no último ano	Nº	%
Nenhuma	44	56,4
Uma queda	9	11,5
Duas quedas	2	2,6
Três ou mais quedas	23	29,5
Total	78	100,0

A maioria dos idosos não teve quedas no último ano (56,4%). No entanto 29,5% dos idosos tiveram três ou mais quedas destes 7,7% caíram na rua.

Tabela 15- Representação de tipos de lesões na sequência de queda

Lesões resultantes da última queda	Nº	%
Nenhuma	58	74,4
Fraturas	7	9,0
Escoriação	10	12,8
Contusão	2	2,6
Laceração	1	1,3
Total	78	100,0

A maioria dos idosos não sofreu nenhuma lesão na sequência de quedas (74,4%) e a maior percentagem é dos que apenas tiveram escoriações.

Tabela 16– Local de queda

Local de ocorrência da última queda	Nº	%
Lar	28	35,9
Rua	6	7,7
Transportes Públicos	0	0
Ausência de queda	44	56,4
Total	78	100,0

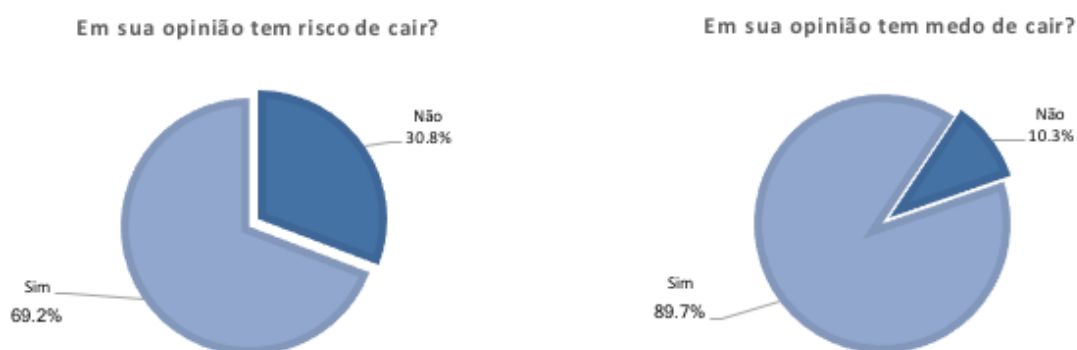
A resposta da maioria da amostra dos idosos (56,%) engloba-se no campo “ausência de queda”, ou seja, não referiram memória de existência de queda. Dentro dos que referiram existência de queda a maioria ocorreu na instituição (35,9%).

Os idosos foram questionados sobre o medo de cair, sendo os dados obtidos os seguintes:

Tabela 17- Medo de cair

Em sua opinião tem medo de cair	Nº	%
Sim	70	89,7
Não	8	10,3
Total	78	100,0

Gráfico 4 - Risco/medo de cair por parte dos idosos



Como se pode verificar pelo gráfico 4 e pela tabela 16, cerca de 90% dos idosos inquiridos têm medo de cair e 69% consideram-se em risco de cair.

De seguida aprofundamos a situação dos idosos sobre a situação nutricional, para tal utilizamos o questionário de MNA (2009).

Tabela 18 – Distribuição sobre a situação de perda de peso

Perda de peso nos últimos 3 meses	Nº	%
Superior a três quilos	2	2,6
Não sabe informar	20	25,6
Entre um a três quilos	10	12,8
Sem perda de peso	46	59,0
Total	78	100,0

A maioria dos idosos não sofreu nenhuma alteração de peso nos últimos 3 meses (59%) havendo contudo uma percentagem importante que não consegue informar (25,6%).

Tabela 19 – Distribuição sobre a diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade de mastigar ou deglutir nos últimos 3 meses

Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade de mastigar ou deglutir	Nº	%
Diminuição moderada da ingestão	18	23,1
Sem diminuição da ingestão	58	74,4
Total	76	97,4
System*	2	2,6

A maioria dos idosos da amostra (74,4%), ou seja, quase três quartos não teve diminuição da ingestão de alimentos.

*Não foi possível avaliar a situação de diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite por parte de dois idosos.

Tabela 20 - Distribuição da situação de mobilidade

Mobilidade	Nº	%
Restrito ao leito ou à cadeira de rodas	20	25,6
Deambula mas não é capaz de sair do espaço residencial	15	19,2
Normal	43	55,1
Total	78	100,0

Quanto à mobilidade, verificamos que embora mais de metade dos idosos (55,1%) apresenta capacidade normal face à mobilidade, mais de um quarto (25,6%) está restrito ao leito ou à cadeira de rodas.

Tabela 21 – Distribuição da existência de doença aguda ou stress psicológico nos últimos três meses

Ocorrência de stress psicológico ou doença aguda	Nº	%
Sim	30	38,5
Não	48	61,5
Total	78	100,0

A maioria dos idosos não refere a existência de episódio de stress psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses (61,5%).

Tabela 22 – Distribuição de Problemas Neuro-psicológicos

Problemas Neuro-psicológicos	Nº	%
Demência ou depressão graves	7	9,0
Demência ligeira	6	7,7
Sem problemas psicológicos	65	83,3
Total	78	100,0

A grande maioria dos idosos que participaram na amostra não apresenta problemas psicológicos (83,3%), lembramos que esta variável pode ter sido influenciada pelo critério de inclusão na amostra.

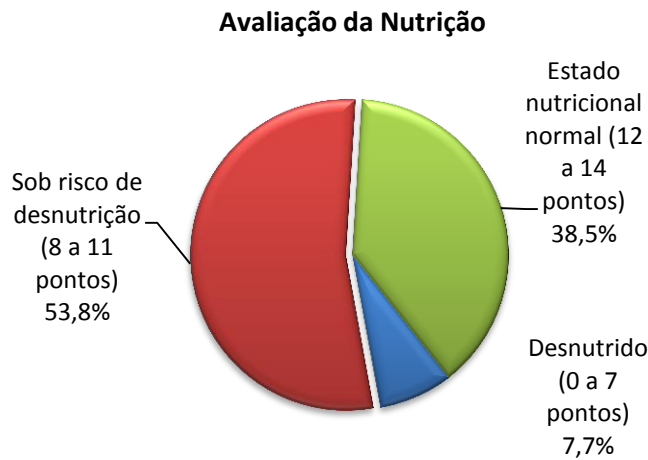
Tabela 23 - Distribuição do Índice de Massa Corporal

Índice de Massa Corporal (IMC = peso [Kg] / estatura [m²])	Nº	%
0 < IMC > 19	3	3,8
19 < IMC > 21	12	15,4
21 < IMC > 23	19	24,4
IMC > 23	44	56,4
Total	78	100,0

Relativamente aos valores de índice de massa corporal (IMC), a maioria dos idosos (56,4%) apresenta IMC superior a 23 e apenas 3,8% dos idosos apresentam IMC inferior a 19.

Resumindo, os dados obtidos pela Avaliação da Nutrição segundo o Mini Nutricional Assessment (MNA) apura-se que, relativamente aos últimos três meses, cerca de 3 em 4 dos idosos que constituem a amostra não apresentaram diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade de mastigar ou deglutir (74%), mais de metade não teve perda de peso superior a três quilos (59%), sendo que aproximadamente para 26% dos casos não existia informação.

Gráfico 5- Resultados da Avaliação da Nutrição



De acordo com o “*Mini Nutritional Assessment – MNA*” (Nestlé, 2009), a pontuação da triagem pertencente à avaliação da nutrição segundo os seis critérios observados anteriormente (máximo igual a 14 pontos), permite-nos concluir que mais de metade dos idosos da amostra apresentavam risco de desnutrição (54%) e cerca de 8% estavam desnutridos.

Numa síntese às condições clínicas dos idosos deste estudo, estes apresentam com mais evidência as patologias de hipertensão e doenças osteoarticulares e tomam 5 ou mais medicamentos. Apresentam várias patologias com alguma dependência de dispositivos de compensação para deambular, sem quedas no último ano, sem perda de peso nos últimos três meses, sem ocorrência de doenças agudas ou stress psicológico, com IMC > 23 sob risco de desnutrição.

3.5 Atividades Instrumentais da Vida diária (AIVD)

As atividades instrumentais ajudam a Enfermagem a compreender as limitações face a algumas atividades diárias.

Tabela 24 – Distribuição da autonomia no uso do telefone

Capacidade para usar o telefone	Nº	%
Utiliza o telefone por própria iniciativa; procura e marca números	41	52,6
É capaz de marcar alguns números familiares;	16	20,5
Atende o telefone mas não marca os números	12	15,4
Não é capaz de utilizar o telefone	9	11,5
Total	78	100,0

A maioria dos idosos apresenta autonomia no uso do telefone (52,6%), sendo que 11,5% dos idosos é incapaz de usar o telefone sem ajuda de terceiros.

Tabela 25 – Distribuição da autonomia no ato de realizar compras

Fazer compras	Nº	%
Realiza sozinho(a) todas as compras necessárias	13	16,7
Realiza sozinho(a) as compras pequenas	9	11,5
Necessita de ser acompanhado(a) para fazer qualquer compra	32	41,0
Totalmente incapaz de ir às compras	24	30,8
Total	78	100,0

Em diferentes graus, os idosos da amostra apresentam de forma generalizada dependência para o ato de realizar compras, sendo que 41% necessita de ser acompanhado, e 30,8% é totalmente incapaz de ir às compras. De referir que apenas 16,7% dos idosos realiza sozinho as compras

Tabela 26 – Distribuição da autonomia na preparação da comida

Preparação da comida	Nº	%
Organiza, prepara e serve adequadamente as refeições sozinho	3	3,8
Prepara adequadamente as refeições se os ingredientes forem fornecidos	11	14,1
Prepara, aquece e serve as refeições, mas não mantém uma dieta adequada	11	14,1
Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições	53	67,9
Total	78	100,0

Embora em situação de institucionalização os idosos não preparem a sua comida, foi ajustada a perguntar face à situação e perguntado se sentiam serem capazes para tal.

Os resultados mostram que a grande maioria dos idosos da amostra (67,9%) são dependentes a nível alimentar necessitando que lhes seja preparada e servida a refeição.

Tabela 27 – Distribuição da avaliação da independência nos cuidados domésticos

Cuidado com a casa	Nº	%
Realiza tarefas diárias ligeiras, como lavar a louça ou fazer a cama	14	17,9
Realiza tarefas diárias ligeiras, mas não mantém um nível adequado de limpeza	4	5,1
Necessita de ajuda em todas as tarefas da lida da casa	2	2,6
Não participa em nenhuma tarefa doméstica	58	74,4
Total	78	100,0

Tal como na questão anterior a pergunta foi ajustada e questionado se se sentiam capazes de cuidar da casa. A grande maioria dos idosos da amostra (74,4%) não realiza atividades domésticas havendo, contudo, 17,9% de idosos que realizam tarefas ligeiras.

Tabela 28 – Distribuição da capacidade de organizar medicação

Responsabilidade com a sua medicação:	Nº	%
É responsável por tomar a sua medicação nas doses corretas e à hora certa;	15	19,2
Toma a sua medicação se lhe for preparada (doses separadas) previamente	42	53,8
Não é capaz de se responsabilizar pela toma da medicação	21	26,9
Total	78	100,0

Mais de metade dos idosos da amostra (53,8%) toma a sua medicação quando previamente preparada, e 26,9% dos idosos da amostra não conseguem tomar a medicação sozinhos.

Tabela 29 – Distribuição da autonomia na lavagem de roupa

Lavar a roupa:	Nº	%
Lava sozinho(a) apenas peças pequenas	26	33,3
Toda a lavagem de roupa tem de ser realizada por outra pessoa	52	66,7
Total	78	100,0

A maioria dos idosos (66,7%) não consegue lavar a roupa sem ajuda externa, enquanto 33,3% tem autonomia na lavagem de peças pequenas.

Tabela 30 - Distribuição da amostra consoante meio de transporte utilizado

Usar os meios de transporte:	Nº	%
Viaja sozinho(a) em transportes públicos ou conduz o seu próprio carro	8	10,3
É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro meio de transporte	5	6,4
Viaja em transportes públicos quando acompanhada por alguém	15	19,2
Só utiliza o táxi ou automóvel com ajuda de outros	36	46,2
Não viaja	14	17,9
Total	78	100,0

O táxi ou automóvel é o meio de transporte mais utilizado pelos idosos da amostra (46,2%), seguido do transporte publico quando acompanhado (19,2%).

Tabela 31 – Distribuição da autonomia na gestão financeira

Capacidade para tratar dos seus assuntos económicos:	Nº	%
Gere os seus assuntos financeiros sozinho(a) (cheques, paga a renda, contas bancárias)	16	20,5
Gere as compras do dia-a-dia, mas necessita de ajuda nas grandes compras, no banco	26	33,3
Incapaz de gerir o dinheiro	36	46,2
Total	78	100,0

A incapacidade de gestão económica afeta 46,2% dos idosos da amostra e apenas 20,5% gere os seus assuntos financeiros sozinho.

De uma forma geral, verifica-se que cerca de 58% dos idosos apresentavam uma dependência relativamente alta quanto às atividades instrumentais da vida diária. Por outro lado, apenas cerca de 3% foram avaliados como sendo independentes face às AIVD.

3.6 Autocuidado

Os autocuidados são o foco central do trabalho da Enfermagem, daí que aprofundássemos o comportamento dos idosos face a estes a partir da escala FADA. Esta escala apresenta variação de 1 a 4.

Tabela 32 – Distribuição da capacidade de se posicionar de pé

Suporta o próprio corpo na posição de pé	Nº	%
Dependente - não participa	8	10,3
Necessita de ajuda de outra pessoa	7	9,0
Necessita de equipamento	26	33,3
Completamente independente	37	47,4
Total	78	100,0

Uma percentagem relevante dos idosos da amostra consegue manter-se na posição de pé. 10,3% dos idosos é dependente.

Tabela 33 - Capacidade de locomoção em escadarias

Sobe e desce degraus	Nº	%
Dependente - não participa	27	34,6
Necessita de ajuda de outra pessoa	2	2,6
Necessita de equipamento	18	23,1
Completamente independente	31	39,7
Total	78	100,0

Quanto à capacidade de subir ou descer escadas 39,7% dos idosos da amostra são completamente independentes e aproximadamente a mesma percentagem de idosos (34,6%) é dependente e não consegue realizar o exercício.

Tabela 34 – Distribuição da capacidade de locomoção em curta distância

Percorre distâncias moderadas	Nº	%
Dependente - não participa	19	24,4
Necessita de ajuda de outra pessoa	4	5,1
Necessita de equipamento	23	29,5
Completamente independente	32	41,0
Total	78	100,0

Distâncias moderadas são percorridas de modo independente por 41% dos idosos da amostra, contudo, 24,4% é dependente e não consegue realizar essa mesma tarefa.

Tabela 35 – Distribuição da autonomia na transferência cadeira-cama

Transferir-se da cama para a cadeira/cadeirão e da cadeira/cadeirão para a cama	Nº	%
Dependente - não participa	7	9,0
Necessita de ajuda de outra pessoa	10	12,8
Necessita de equipamento	13	16,7
Completamente independente	48	61,5
Total	78	100,0

A maioria dos idosos da amostra é completamente independente para deslocar-se entre a cadeira/cadeirão e cama (61,5%), apenas 9% é completamente dependente para realizar esta tarefa.

Tabela 36 – Distribuição da capacidade de movimentação de corpo

Move o corpo, virando-se de um lado para o outro	Nº	%
Dependente - não participa	6	7,7
Necessita de ajuda de outra pessoa	10	12,8
Necessita de equipamento	7	9,0
Completamente independente	55	70,5
Total	78	100,0

A grande maioria dos idosos da amostra (70,5%) consegue movimentar o corpo de um lado para o outro.

Tabela 37 – Distribuição da capacidade de elevar parte do corpo

Levantar parte do corpo	Nº	%
Dependente - não participa	5	6,4
Necessita de ajuda de outra pessoa	10	12,8
Necessita de equipamento	14	17,9
Completamente independente	49	62,8
Total	78	100,0

A maioria dos idosos da amostra (62,8%) consegue levantar partes do corpo de forma independente.

Tabela 38 – Distribuição da capacidade para posicionar na sanita ou equivalente

Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	Nº	%
Dependente - não participa	7	9,0
Necessita de ajuda de outra pessoa	10	12,8
Necessita de equipamento	9	11,5
Completamente independente	52	66,7
Total	78	100,0

A maioria dos idosos da amostra (66,7%) consegue posicionar-se na sanita ou equivalente.

Tabela 39 – Distribuição da capacidade para erguer-se da sanita

Ergue-se da sanita	Nº	%
Dependente - não participa	8	10,3
Necessita de ajuda de outra pessoa	9	11,5
Necessita de equipamento	13	16,7
Completamente independente	48	61,5
Total	78	100,0

A maioria dos idosos da amostra (61,5%) apresenta-se completamente independente para erguer-se da sanita.

Tabela 40 – Distribuição da capacidade para ajustar a roupa após higiene íntima

Ajusta as roupas após a higiene íntima	Nº	%
Dependente	8	10,3
Necessita de ajuda de outra pessoa	15	19,2
Necessita de equipamento	6	7,7
Completamente independente	49	62,8
Total	78	100,0

A maioria dos idosos da amostra (62,8%) consegue ajustar a roupa após a higiene íntima.

Tabela 41 – Distribuição da autonomia no uso do sanitário

Usa sanitário	Nº	%
Dependente - não participa	3	3,8
Necessita de ajuda de outra pessoa	12	15,4
Completamente independente	63	80,8
Total	78	100,0

A grande maioria dos idosos da amostra (80,8%) apresenta-se completamente independente para o uso do sanitário.

Tabela 42 – Distribuição da capacidade para abrir recipientes

Abre os recipientes	Nº	%
Dependente - não participa	5	6,4
Necessita de ajuda de outra pessoa	10	12,8
Completamente independente	63	80,8
Total	78	100,0

A grande maioria dos idosos da amostra (80,8%) apresenta-se completamente independente para abrir recipientes.

Tabela 43 – Distribuição da capacidade para segurar no copo

Pega no copo ou chávena	Nº	%
Necessita de ajuda de outra pessoa	3	3,8
Completamente independente	75	96,2
Total	78	100,0

A grande maioria dos idosos da amostra (96,2%) apresenta-se completamente independente para abrir pegar no copo ou na chávena.

Tabela 44 – Distribuição da autonomia no uso de talheres de refeição

Leva os alimentos à boca com os utensílios	Nº	%
Necessita de ajuda de outra pessoa	2	2,6
Completamente independente	76	97,4
Total	78	100,0

A grande maioria dos idosos da amostra (96,2%) tem autonomia para levar os alimentos à boca através do uso de utensílios.

Tabela 45 – Distribuição da autonomia para pentear o cabelo

Penteia ou escova os cabelos	Nº	%
Dependente - não participa	2	2,6
Necessita de ajuda de outra pessoa	8	10,3
Completamente independente	68	87,2
Total	78	100,0

A grande maioria dos idosos da amostra (87,2%) apresenta-se completamente independente para pentear ou escovar o cabelo.

Tabela 46 – Distribuição da autonomia para cuidar das unhas

Cuida das unhas	Nº	%
Dependente - não participa	8	10,3
Necessita de ajuda de outra pessoa	37	47,4
Completamente independente	33	42,3
Total	78	100,0

Relativamente á capacidade para o cuidado das unhas, a amostra apresenta-se dividida, sendo que 47% consegue realizar a tarefa mas com ajuda de terceiros e 42,3% é completamente independente.

Tabela 47 – Distribuição da capacidade para aplicar desodorizante

Aplica o desodorizante	Nº	%
Dependente - não participa	4	5,1
Necessita de ajuda de outra pessoa	10	12,8
Completamente independente	64	82,1
Total	78	100,0

A grande maioria dos idosos da amostra (82,1%) apresenta-se completamente independente para aplicar desodorizante.

Tabela 48 – Distribuição dos cuidados de Higiene Oral

Mantém a higiene oral	Nº	%
Dependente - não participa	2	2,6
Necessita de ajuda de outra pessoa	10	12,8
Completamente independente	66	84,6
Total	78	100,0

A grande maioria dos idosos da amostra (82,1%) apresenta-se completamente independente para manter uma boa higiene oral.

Tabela 49 – Distribuição da capacidade para escolher a roupa

Escolhe as roupas	Nº	%
Dependente - não participa	3	3,8
Necessita de ajuda de outra pessoa	23	29,5
Completamente independente	52	66,7
Total	78	100,0

A maioria dos idosos da amostra (66,7%) apresenta-se completamente independente para escolher as suas roupas.

Tabela 50 – Distribuição da capacidade para vestir a roupa

Veste as roupas na parte inferior do corpo	Nº	%
Dependente - não participa	11	14,1
Necessita de ajuda de outra pessoa	35	44,9
Completamente independente	32	41,0
Total	78	100,0

A amostra apresenta-se dividida, sendo que 44,9% dos idosos necessita de ajuda de outra pessoa para vestir as roupas na parte inferior do corpo e 41% mostra-se completamente independente.

Tabela 51 – Distribuição da capacidade para abotoar as roupas

Abotoa as roupas	Nº	%
Dependente - não participa	7	9,0
Necessita de ajuda de outra pessoa	8	10,3
Completamente independente	63	80,8
Total	78	100,0

A grande maioria dos idosos da amostra (80,8%) apresenta-se completamente independente para abotoar a própria roupa.

Tabela 52 – Distribuição da capacidade para calçar as meias

Calça as meias	Nº	%
Dependente - não participa	13	16,7
Necessita de ajuda de outra pessoa	36	46,2
Completamente independente	29	37,2
Total	78	100,0

A amostra apresenta-se dividida, sendo que 46,2% dos idosos necessita de ajuda de outra pessoa para calçar as meias e 37,2% mostra-se completamente independente.

Tabela 53 – Distribuição da capacidade para obter objetos para o banho

Obtém objetos para o banho	Nº	%
Dependente - não participa	8	10,3
Necessita de ajuda de outra pessoa	26	33,3
Completamente independente	44	56,4
Total	78	100,0

A maioria dos idosos da amostra (56,4%) apresenta-se completamente independente para obter os objetos necessários para o banho.

Tabela 54 – Distribuição da capacidade para abrir a torneira

Abre a torneira	Nº	%
Dependente - não participa	3	3,8
Necessita de ajuda de outra pessoa	5	6,4
Completamente independente	70	89,7
Total	78	100,0

A grande maioria dos idosos da amostra (89,7%) apresenta-se completamente independente para abrir a torneira.

Tabela 55 – Distribuição da autonomia para lavar o corpo

Lava o corpo	Nº	%
Dependente - não participa	6	7,7
Necessita de ajuda de outra pessoa	32	41,0
Completamente independente	40	51,3
Total	78	100,0

A amostra apresenta-se dividida, sendo que na sua maioria (51,3%) apresenta-se independente para lavar o corpo, no entanto, 41% dos idosos necessita de ajuda de outra pessoa para realizar a mesma atividade.

Tabela 56 – Distribuição da autonomia para preparar a medicação

Prepara os medicamentos	Nº	%
Dependente - não participa	60	76,9
Necessita de ajuda de outra pessoa	4	5,1
Completamente independente	14	17,9
Total	78	100,0

Relativamente a preparação da medicação a tomar, a grande maioria dos idosos da amostra (76,9%) apresenta-se dependente e incapaz de realizar esta tarefa.

Tabela 57 – Distribuição da autonomia para tomar a medicação

Toma os medicamentos.	Nº	%
Necessita de ajuda de outra pessoa	15	19,2
Completamente independente	63	80,8
Total	78	100,0

A grande maioria dos idosos da amostra (80,87%) apresenta-se completamente independente para tomar a sua medicação.

De uma forma geral, conclui-se que a atividade onde se verifica um maior grau de independência dos idosos corresponde ao “Autocuidado: Alimentar-se”. Uma análise das atividades que fazem parte deste autocuidado, mostra que a larga maioria dos idosos são completamente independentes, respetivamente: “Prepara alimentos para ingestão” (81%); “Abre os recipientes” (81%); “Pega no copo ou chávena” (96%) e “Leva os alimentos à boca com os utensílios” (97%).

Em contrapartida, o “Autocuidado: Tomar a medicação” revela um maior grau de dependência por parte dos idosos da amostra, nomeadamente no que respeita à prepara-

ção dos medicamentos, em que cerca de 77% dos idosos é dependente/não participa nessa tarefa. O outro autocuidado que exibiu um grau de dependência mais elevado, é o “Autocuidado: Andar”, verificando-se que praticamente 35% dos idosos da amostra estão dependentes/não participam relativamente a “Subir e descer degraus”. Quanto à necessidade de equipamento para andar, ela revelou-se mais importante para “Suportar o próprio corpo na posição de pé” (33%) e “Percorrer distâncias moderadas” (30%).

Relativamente aos restantes domínios do autocuidado, de uma forma geral, constata-se que os idosos da amostra na maioria dos casos são completamente independentes, necessitando de ajuda de uma pessoa para algumas tarefas.

3.7 Em torno do fenómeno da institucionalização

Para melhor compreender o fenómeno de institucionalização passaremos a descrever a variável relações familiares.

Tabela 58 – Distribuição de causa de internamento por diagnóstico médico

Diagnóstico médico	Nº	%
Sim	35	44,9
Não	43	55,1
Total	78	100,0

Relativamente ao facto do diagnóstico médico ter sido um fator que contribuiu para a institucionalização a amostra apresenta-se dividida, sendo que na sua maioria (55,1%) o diagnóstico médico foi influente e 44,9% não.

Tabela 59 – Distribuição de causa de internamento por dependência na atividade diária

Atividade de Vida Diária	Nº	%
Sim	39	50,0
Não	39	50,0
Total	78	100,0

A amostra apresenta-se equitativamente dividida na influência da limitação de atividade diária como causa para a institucionalização do idoso. Metade dos idosos da amostra (50%) tiveram como motivo para a institucionalização a limitação na atividade diária e a outra metade (50%) não refere esse motivo.

Tabela 60 – Distribuição da causa de internamento por morar só

Morar só	Nº	%
Sim	49	62,8
Não	29	37,2
Total	78	100,0

Viver sozinho em casa foi um motivo determinante para institucionalização na maioria dos idosos da amostra (62,8%).

Tabela 61 – Distribuição do motivo de institucionalização devido ao estado civil

Estado civil	Nº	%
Sim	55	70,5
Não	23	29,5
Total	78	100,0

O estado civil foi um dos motivos para a institucionalização no caso de 70,5% dos idosos da amostra.

Tabela 62 – Distribuição do motivo de internamento devido à situação mental

Situação mental	Nº	%
Sim	11	14,1
Não	67	85,9
Total	78	100,0

A situação mental não foi um dos motivos para a institucionalização para a maioria dos idosos da amostra (85,9%).

Tabela 63 – Distribuição do motivo de internamento por ausência de suportes sociais

Ausência de suportes sociais	Nº	%
Sim	26	33,3
Não	52	66,7
Total	78	100,0

A ausência de suportes sociais foi um dos motivos para a institucionalização para a maioria dos idosos da amostra (66,7%).

Tabela 64 – Distribuição do motivo de internamento por fragilidade do suporte familiar

Ausência/fragilidade na rede suporte familiar	Nº	%
Sim	34	43,6
Não	44	56,4
Total	78	100,0

A ausência/fragilidade na rede suporte familiar foi um dos motivos para a institucionalização para cerca de metade dos idosos da amostra (56,3%).

Tabela 65 – Distribuição do motivo de internamento por situação de pobreza

Situação de pobreza	Nº	%
Sim	14	17,9
Não	64	82,1
Total	78	100,0

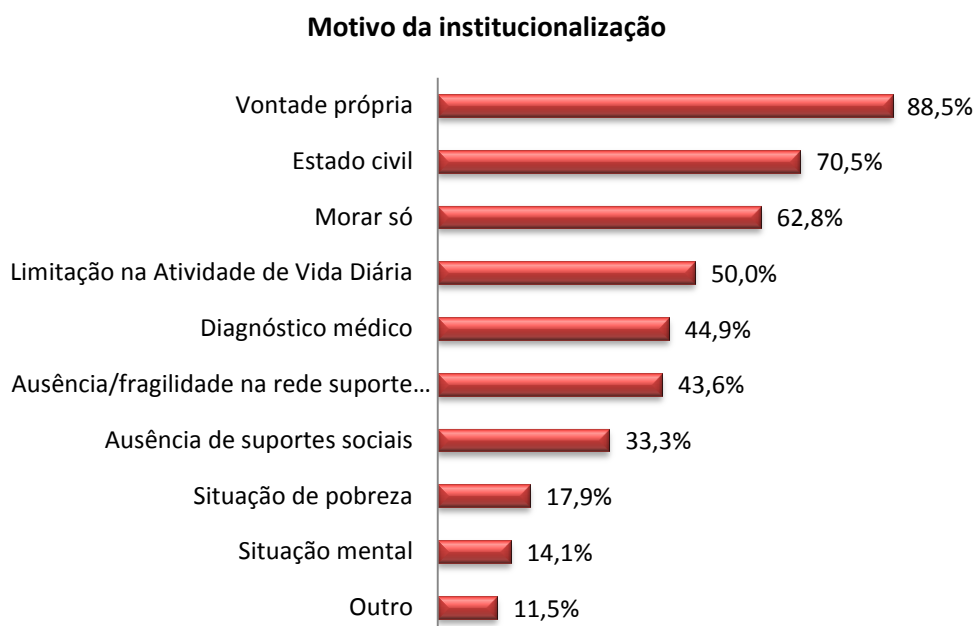
O facto do idoso se encontrar em situação de pobreza não foi um dos motivos para a institucionalização para a maioria dos idosos da amostra (82,1%).

Tabela 66 – Distribuição sobre a institucionalização por vontade própria

Vontade própria	Nº	%
Sim	69	88,5
Não	9	11,5
Total	78	100,0

A maioria dos idosos da amostra (88,5%) referiu vontade própria como um dos motivos para a institucionalização.

Gráfico 6 - Distribuição das respostas relativas ao motivo da institucionalização



Da análise geral aos motivos de institucionalização, a grande maioria dos idosos refere viverem numa ERPI por vontade própria (88,5%). Os fatores como o estado civil (70,5%) e morar só (62,8%) também foram dos motivos mais mencionados. A maioria dos idosos referiu mais do que um motivo para a sua institucionalização.

3.8 Perceção dos idosos sobre as relações familiares

De forma a avaliarmos a importância da rede de suporte familiar e o seu impacto na vida do idoso, descrevemos em seguida a forma como o idoso percebe o seu ambiente familiar.

Tabela 65 – Estatísticas descritivas do Índice de Relações Familiares

ÍNDICE DE RE- LAÇÕES FAMI- LIARES - IFR	TOTAL	1 NUNCA		2 RARAMENTE		3 ÀS VEZES		4 A MAIOR PARTE DAS VEZES		5 SEMPRE	
	Nº	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1. Eu penso que a minha família é fantástica. Uns com os outros	78	7	9%	3	3,8%	18	23,3%	28	35,9%	22	28,2%
2. Eu penso que a minha família é fantástica	78	7	9%	2	2,6%	13	16,7%	26	33,3%	30	38,5%
3. A minha família enerva-me	78	30	38,5%	28	35,9%	11	14,1%	5	6,4%	4	5,1%
4. Eu gosto da minha família	78	6	7,7%	2	2,6%	5	6,4%	12	15,4%	53	67,9%
5. Eu posso realmente contar com a minha família	78	9	11,5%	3	3,8%	9	11,5%	19	24,4%	38	48,7%
6. Eu não gosto realmente de estar com a minha família	78	60	76,9%	10	12,8%	5	6,4%	1	1,3%	2	2,6%
7. Eu gostava de não fazer parte desta família	78	61	78,2%	7	9%	7	9%	0	0,0%	3	3,8%
8. Eu dou-me bem com a minha família	78	6	7,7%	1	1,3%	5	6,4%	28	35,9%	38	48,7%
9. Os membros da minha família discutem muito	78	15	16,2%	42	56,8%	16	20,5%	4	5,1%	1	1,3%
10. Não há sentimento de união na minha família	78	51	65,4%	14	17,9%	7	9%	3	3,8%	3	3,8%
11. Sinto-me como um estranho na minha família	78	55	70,5%	11	14,1%	6	7,7%	3	3,8%	3	3,8%
12. A minha família não me compreende	78	35	44,9%	26	33,3%	10	12,8%	4	5,1%	3	3,8%
13. Há demasiado ódio na minha família	78	64	82,1%	7	9%	4	5,1%	0	0,0%	3	42,8%
14. Os membros da minha família	78	6	7,7%	4	5,1%	11	14,1%	37	47,4%	20	25,6%

ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE IDOSOS EM INTERNAMENTO DE LONGA DURAÇÃO

são realmente bons uns para os outros											
15. A minha família é respeitada por aqueles que nos conhecem	78	4	5,1%	0	0,0%	5	6,4%	19	24,4%	50	64,1%
16. Parece existir muito atrito na minha família	78	25	32,1%	32	41,0%	14	17,9%	4	5,1%	3	3,8%
17. Existe muito amor na minha família	78	5	6,4%	6	7,7%	7	9%	28	35,9%	32	41,0%
18. Os membros da minha família dão-se bem uns com os outros	78	5	6,4%	4	5,1%	9	11,5%	44	56,4%	16	20,5%
19. Viver na minha família é geralmente desagradável	78	57	73,1%	13	16,7%	4	5,1%	1	1,3%	3	3,8%
20. A minha família representa uma grande alegria para mim	78	5	6,4%	3	3,8%	10	12,8%	25	32,1%	35	44,9%
21. Eu sinto orgulho da minha família	78	5	6,4%	5	6,4%	9	11,5%	20	25,6%	39	50,0%
22. Outras famílias parecem entender-se melhor do que a nossa	78	18	23,1%	35	44,9%	16	20,5%	5	6,4%	4	5,1%
23. A minha família é uma verdadeira fonte de conforto para mim	78	7	9%	4	5,1%	12	15,4%	31	39,7%	24	30,8%
24. Eu sinto-me posto (a) de parte na minha família	78	43	55,1%	16	20,5%	13	16,7%	3	3,8%	3	3,8%
25. A minha família é infeliz	78	51	65,4%	15	19%	9	11,5%	1	1,3%	2	2,6%

A maioria dos idosos da amostra refere que nunca a família esteve infeliz (65,4%) e apenas 2,6% refere que a família sempre foi infeliz.

Estes dados obtidos na resposta à última pergunta deste índice de relação familiar serve de exemplo para fazer uma síntese à percepção dos idosos sobre a família.

Concluiu-se que relativamente ao ambiente familiar, os resultados indicam que a esmagadora maioria dos idosos da amostra não apresentavam indícios de stress intra-familiar e apenas uma reduzida percentagem apresentou stress familiar clinicamente significativo.

Dados obtidos em outras perguntas do mesmo índice comprovam esta tendência.

A grande maioria dos idosos da amostra refere que nunca existiu demasiado ódio na família (82,1%) e apenas 3,8% refere que sempre existiu demasiado ódio na família.

A maior parte dos idosos da amostra refere que nunca se sentiu como um estranho na família (70,5%) e apenas 3,8% refere que sempre existe se sentiu como um estranho na família.

A grande maioria dos idosos da amostra refere que nunca pensou que gostava de não fazer parte desta família (78,2%) e apenas 3,8% refere que gostava de não fazer parte desta família em todas as ocasiões.

Em síntese, a família é vista no sentido positivo.

3.9 Auto percepção da saúde / qualidade de vida

De seguida apresentamos os dados sobre como os idosos percecionam a sua saúde e a sua qualidade de vida.

Tabela 67 - Perceção de saúde

Como perceciona a sua Saúde?	Nº	%
Muito má	5	6,4
Má	18	23,1
Razoável	44	56,4
Boa	8	10,3
Muito boa	3	3,8
Total	78	100,0

A maioria dos idosos da amostra perceciona a sua saúde como razoável (56,4%) e apenas 3,8% considera a sua saúde muito boa.

Tabela 68 - Saúde em comparação com terceiros

Quando comparado com outras pessoas da sua idade (família, vizinhos, ...) considera a sua saúde	Nº	%
Muito pior	3	3,8
Pior	12	15,4
Igual	25	32,1
Melhor	35	44,9
Muito melhor	3	3,8
Total	78	100,0

Uma importante percentagem dos idosos da amostra pensa que a sua saúde é melhor em comparação com terceiros 44,9% e apenas 3,8% pensam que a sua saúde é muito melhor e 3,8% muito pior.

Tabela 69 - Qualidade de vida

Como considera a sua Qualidade de Vida?	Nº	%
Má	18	23,1
Razoável	36	46,2
Boa	22	28,2
Muito boa	2	2,6
Total	78	100,0

Uma importante percentagem dos idosos considera a sua qualidade de vida razoável (46,2%) e apenas 2,6% considera muito boa a sua qualidade de vida.

Tabela 70 - Satisfação com a vida

Qual a sua satisfação com a vida?	Nº	%
Muito má	5	6,4
Má	13	16,7
Razoável	27	34,6
Boa	29	37,2
Muito boa	4	5,1
Total	78	100,0

Uma importante percentagem dos idosos considera-se razoavelmente satisfeita com a sua vida (34,6%) e apenas 5,1% considera muito boa a sua satisfação com a sua vida.

Em síntese, a qualidade de vida percecionada pelos idosos tem maior expressão nos valores médios das questões colocadas o que leva a afirmar que sentem que a qualidade de vida é razoável.

4. TRANSFORMAR AS FRAQUEZAS EM OPORTUNIDADES ASSISTENCIAIS

Depois de percorrer os dados do estudo e procurando analisar o seu contributo para repensar o processo de gestão, particularmente a gestão da assistência de Enfermagem pretendemos agora discutir com a melhor evidência os resultados encontrados.

Iniciaremos por olhar a realidade dos idosos e encontrar um sentido para a gestão de cuidados, de forma a garantir uma assistência atualizada e inovadora.

Os dados encontrados dizem respeito ao observado em cada participante e a sua autopercepção sobre algumas das variáveis em estudo.

Num segundo momento mergulharemos nos dados e faremos uma leitura dos mesmos no sentido de contribuir para o planeamento estratégico do serviço valorizando os que se apresentam como parte forte ou fraco para o desenvolvimento da organização procurando uma justificação se assim os considerarmos.

4.1. Gestão dos cuidados face à realidade dos idosos

O Enfermeiro gestor deve pensar estrategicamente de forma a planear adequadamente as respostas aos problemas que surgem. Deve promover o trabalho em equipa de forma eficaz, dando valor à produção de cuidados de enfermagem e preparando-se adequadamente para novas necessidades e competências (APEGEL, 2009).

O presente estudo surgiu para compreender até que ponto as condições de saúde e dependência dos idosos implicam na organização dos cuidados de enfermagem, segundo Silva (2010, p. 4) *“as pessoas idosas exibem múltiplas necessidades”*, mas raramente os profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, gerontologistas, ...) as conseguem detetar todas. Os problemas de saúde assumem maior destaque em detrimento das várias dimensões que constituem o indivíduo. Desta forma, torna-se necessário avaliar o idoso na sua globalidade em vez de perspetivar o estado geral do indivíduo numa base da saúde física. Ainda segundo Silva (2010), as necessidades dos indivíduos idosos revestem-se de um carácter multi e interdisciplinar o que por si só, justifica

também uma avaliação multidimensional de forma a incluir os vários domínios, para que promovam um diagnóstico sobre os idosos institucionalizados.

Na caracterização da amostra verificou-se que a prevalência do sexo feminino foi superior, dados que refletem a realidade portuguesa, onde a população feminina é superior à masculina (INE, 2012). Dados referentes ao período de 2001-2011 revelam que, em 2011, as mulheres abrangiam mais de metade da população residente em Portugal (52%, aproximadamente, 5,5 milhões), tendo aumentado 2,9% (INE, 2012).

Em relação ao estado civil da amostra constatou-se que a maior parte dos idosos são viúvos, resultados que podem ser justificados pelo facto de a amostra ser composta por mais mulheres do que homens e, também porque as mulheres têm maior longevidade, sendo elas as mais afetadas pela viuvez (INE, 2012; Suzuki et al., 2012). Tal como referem Rossel et al., (2004) a viuvez é um acontecimento que provoca sentimentos de solidão, e a solidão, que reflete a falta de apoio, tem impacto no bem-estar e saúde mental da pessoa, o que nos leva a afirmar a importância do trabalho dos enfermeiros vir a ser sustentada em modelos de enfermagem, mais que no modelo biomédico.

A maior parte dos idosos, não vive com nenhum familiar, o que também é referenciado na literatura, pois a institucionalização ocorre, maioritariamente, quando o idoso começa a precisar de apoio e a rede familiar está incapacitada para dar resposta a esta necessidade (Ferreira, 2009, p. 10). Além disso, os resultados revelam que o tipo de cuidados prestados aos idosos institucionalizados é, maioritariamente, ao nível das atividades da vida diária. De facto, a verdade é que a população em estudo é a população idosa e, particularmente na terceira fase do envelhecimento, a fase da senilidade, o idoso torna-se dependente na realização de quase todas ou todas as atividades da vida diária (Santos, 2002).

Bisconti et al. (1999) e Cockerham (1991) sublinham a importância do apoio familiar na saúde e bem-estar do idoso, colocando as relações sociais no centro e, especificamente em relação às redes familiares e de amigos, são notórios os efeitos que amenizam o stress nos idosos que experienciam problemas de saúde, a perda do cônjuge ou uma crise financeira ao fornecerem amor, afeição, preocupação e assistência, recorde-se que no presente estudo 53,8% são viúvas e que embora institucionalizadas 50% sentem orgulho numa família e 30,8% sente que a sua família é sempre uma verdadeira fonte de conforto.

Um problema de saúde em evolução nas sociedades é a demência e as suas consequências físicas e mentais que tem certamente impacto na vida dos idosos e também dos seus familiares (Caixeta, 2004). A este propósito, observamos que cerca de 60% da população deste estudo estão indicadas com probabilidade de demência.

Estes resultados foram encontrados no âmbito da caracterização da amostra quanto à sua capacidade cognitiva através da aplicação do teste MINI-COG. Este teste auxilia numa fácil e rápida deteção de demência. Consiste no desenho de um relógio e na indicação de 3 palavras não relacionadas, apresentadas previamente (Borson et al., 2000).

Face às características clínicas a maioria dos idosos toma cinco ou mais medicamentos e sofrem sobretudo de doenças de origem osteoarticular e de hipertensão arterial, o que nos alerta para cuidados específicos de enfermagem. No estudo a maioria dos idosos tem mais que uma patologia o que pode determinar cuidados específicos e vigilância quer da parte médica quer de enfermagem. No entanto, a maioria da amostra não apresenta fatores extrínsecos de quedas, sendo que não tiveram quedas no último ano. Contudo, quase 30% sofreram três ou mais quedas.

Dados obtidos em outros estudos corroboram a existência da polimedicação na população idosa, algo que é comum e frequente em Portugal (Silva P. et al, 2004; Sousa et al, 2011). Inúmeras alterações fisiológicas relacionadas com a idade podem afetar o estado de saúde geral do idoso. A hipertensão arterial é um dos problemas de saúde mais comuns nos idosos, apresentando um aumento acentuado relacionado com o envelhecimento (Park, 2011; Mancia, 2013).

Relativamente aos dados obtidos sobre a ocorrência de quedas, a prevalência encontrada neste estudo foi de 43,6%, um valor aproximado dos 50% entre os idosos com 80 ou mais anos (Close et al., 2005; Oliver, 2007; WHO, 2007) no entanto quando a amostra engloba idosos a partir dos 65 anos a literatura diz-nos que o valor ronda os 30% (Moreland et al., 2003; Siqueira et al., 2007 e Hosseini et al., 2008).

A desnutrição afeta mais intensamente os idosos, nesse sentido, é imperioso a utilização de meios auxiliares de forma a prevenir e a tratar precocemente a desnutrição, possibilitando uma melhor saúde e qualidade de vida. Neste trabalho aplicamos o Mini Nutritional Assessment (MNA), este instrumento que neste estudo apresenta-se na forma reduzida definida por Kaiser et al, 2009, foi originalmente concebido por Guigoz e colaboradores em 1994 (Vellas et al., 1996). É um instrumento simples, rápido, económico e não requer equipamento sofisticado para a sua execução, tem como objetivo definir o risco individual de desnutrição de modo a permitir uma intervenção precoce (Guigoz et al 1998).

A aplicação do MNA permitiu-nos concluir que mais de metade dos idosos da amostra apresentava risco de desnutrição (54%). A propósito destes dados, é de referir que a prevalência de desnutrição em idosos é variável e depende das ferramentas usadas no

rastreio à população, podendo chegar a variar entre 50 a 90% e é uma realidade não só portuguesa como europeia (European society, 2006; Council of europe, 2008).

No que diz respeito às AIVD's, a maioria dos idosos apresenta autonomia no uso do telefone (52,6%), 41% necessita de ser acompanhado no ato de realizar compras. Os resultados também mostraram que a grande maioria dos idosos da amostra (67,9%) são dependentes a nível alimentar necessitando que lhes seja preparada e servida a refeição, não realizam atividades domésticas (74,3%) e mais de metade dos idosos toma a sua medicação quando previamente preparada, sendo que 26,9% dos idosos não conseguem tomar as suas medicações sozinho.

Recordemos que Pimentel (2005) explica que a institucionalização do idoso, em muitas situações, é a única solução pois os familiares mais próximos, geralmente os filhos, por motivos pessoais ou profissionais, não podem cuidar do idoso, nomeadamente, quando estes necessitam de cuidados específicos. A este respeito, também Nogueira (2009) refere que o principal motivo de ingresso no lar é a incapacidade do idoso em gerir as suas AIVD's, a par da impossibilidade da família poder assegurar o apoio necessário, sendo que a solidão é uma das queixas mais referidas pelos idosos (Rossel et al., 2004).

Do ponto de vista da dependência o domínio autocuidado "tomar medicação" revela um maior grau de expressão por parte dos idosos da amostra, nomeadamente no que respeita à preparação dos medicamentos, em que cerca de 77% dos idosos é dependente/não participa nessa tarefa. Outro autocuidado com valores relevantes de dependência prende-se com atividades de mobilidade em que quase 35% dos idosos não têm capacidade de subir ou descer escadas e 34,6% é dependente e não consegue realizar o exercício. No entanto a maioria percorre distâncias moderadas de modo independente e são completamente independentes para deslocar-se entre a cadeira/cadeirão e cama.

A maioria (sempre acima dos 60%) consegue movimentar o corpo de um lado para o outro, consegue levantar partes do corpo de forma independente, consegue posicionar-se na sanita ou equivalente, erguer-se da sanita, ajustar a roupa, fazer uso do sanitário, pentear ou escovar o cabelo, aplicar desodorizante, manter uma boa higiene oral, escolher as suas roupas, abotoar a própria roupa, obter os objetos necessários para o banho, abrir a torneira. Nestes domínios do autocuidado, de uma forma geral, constata-se que os idosos da amostra na maioria dos casos são completamente independentes, necessitando de ajuda de uma pessoa para algumas tarefas.

A atividade onde se verifica um maior grau de independência dos idosos corresponde ao "Autocuidado: Alimentar-se" em que a maioria dos idosos é independente para

abrir recipientes, pegar no copo ou na chávena e levar os alimentos à boca através do uso de utensílios.

Uma enfermagem de excelência e direcionada para os cuidados de uma população idosa, necessita de instrumentos de auxílio na sua atividade diária. A versão reduzida do FADA através das suas características possui capacidade discriminativa sendo um instrumento com fiabilidade (Santos, 2015). A amostra deste estudo, maioritariamente constituída por idosos do sexo feminino representa bem as características da pessoa dependente (Duque, 2009; Ramos, 2010).

O maior grau de dependência na preparação da medicação vai de encontro aos resultados encontrados por Ribeiro (2014). Apesar de a maioria dos idosos da amostra apresentarem independência para diversas atividades como: erguer-se da sanita, ajustar a roupa, fazer uso do sanitário, pentear ou escovar o cabelo, aplicar desodorizante, manter uma boa higiene oral, escolher as suas roupas entre outros, não é menos verdade que precisavam muitas vezes da ajuda de terceiros. O comprometimento cognitivo muitas vezes associado a uma população de idosos são fatores que ajudam a explicar estes resultados (Araújo et al., 2008).

A diminuição da capacidade funcional do idoso tem naturalmente consequências não só para o indivíduo como também para a sua família, uma vez que a incapacidade ocasiona vulnerabilidade e dependência na velhice (Alves et al., 2007). Esta dependência do idoso é uma condicionante à sua família podendo ser fonte de stress familiar.

O Índice de Relações Familiares (Hudson, 1993) é uma medida de stress intra-familiar que avalia a severidade dos problemas dos indivíduos no relacionamento familiar, podendo ser utilizado como medida de stress intra-familiar. Os resultados obtidos neste trabalho com a aplicação do índice de Relação Familiar (IFR) permitem chegar à conclusão que relativamente ao ambiente familiar, a esmagadora maioria dos idosos da amostra não apresentavam indícios de stress intra-familiar e apenas uma reduzida percentagem apresentou stress familiar clinicamente significativo. Um estudo realizado por Turagabeci et al. (2007) relata a influência das relações vivenciadas ao nível da sua estrutura familiar na diminuição do stress imposto ao idoso e à sua família pelo aumento da incapacidade funcional.

Carvalho e Dias (2011) verificaram que os idosos estão satisfeitos com a instituição, contudo, insatisfeitos e tristes face ao contexto familiar, à falta de autonomia, à existência de doenças e outras limitações físicas.

A maioria dos idosos da amostra deste estudo (88,5%) referiu vontade própria como um dos motivos para a institucionalização

Como refere Pinto (2013, p. 71), a entrada no lar, não obstante de ser referida como uma decisão pessoal por parte dos idosos, ela é fortemente influenciada por fatores alheios à sua vontade, sendo definida como um mal-menor. A mudança de um ambiente familiar para um ambiente desconhecido e que não é a sua casa, como na institucionalização, pode provocar sentimentos de ameaça à segurança do idoso, de falta de privacidade, intimidade e autonomia (Fernandes, 2002). Além disso, a casa é o foco do dia-a-dia de muitos idosos (Rioux et al., 2011), sendo importante recordar que a entrada num lar implica um conjunto de alterações na vida do idoso e é tendência dos idosos institucionalizados, que não mantêm uma relação com a instituição onde vivem, desenvolver mecanismos de defesa com o objetivo de se salvaguardarem e protegerem (Mallon, 2000), quando questionada sobre a sua satisfação com a vida, os idosos do estudo consideram boa (37,2%) na maior representação.

Como referido no Manual de gestão de qualidade em lar de idosos (SCML, 2004), a implementação do Sistema de Gestão da Qualidade deve ser faseada. Sendo essas fases constituídas pelo Diagnóstico, Planeamento de Atividades, Sensibilização e Formação e Conceção da Estrutura Documental de Suporte ao Sistema de Gestão da Qualidade.

No diagnóstico, é necessário avaliar práticas existentes, identificar discrepâncias face ao referencial normativo e à legislação aplicável assim como diagnosticar os recursos humanos e materiais necessários à adaptação e reformulação das práticas no sentido de estas darem resposta aos requisitos aplicáveis. De seguida e de forma a implementar o Sistema de Gestão da Qualidade realiza-se o planeamento das atividades nomeadamente um plano de ação que contemple as atividades a desenvolver, responsáveis, prazos e ponto de situação. Numa 3ª fase, promove-se ações de sensibilização e de formação no sentido de colmatar as novas necessidades de competência geradas pelo projeto e de possibilitar a participação acrescida dos grupos – alvo nos contextos organizacionais. Estas formações devem ser realizadas no próprio local de modo a abranger todos os colaboradores. E por último, Conceção da Estrutura Documental de Suporte ao Sistema de Gestão da Qualidade. Nesta fase deverá ser concebida a estrutura que contempla as categorias de documentos necessários para suportar o funcionamento do Sistema de Gestão da Qualidade.

A aplicação de um sistema de gestão de qualidade não consegue ser efetiva com sucesso sem o papel chave do enfermeiro gestor. Como referido pela APEGEL (2009), o enfermeiro no âmbito da gestão possui um papel pivô na garantia da efetividade na proxi-

midade dos cuidados prestados, na liderança dos projetos e nas condições para uma prática adequada.

Entende-se como atributos essenciais da gestão do cuidado em enfermagem *“a articulação e integração entre a gestão e o cuidar, o exercício da liderança, interação, comunicação, tomada de decisão e cooperação”* (Mororó et al, 2017, p. 328). Segundo o Nursing Leadership Institute, um modelo de gestão em enfermagem deve ser adotado, baseado em seis competências: *“poder pessoal, efetividade interpessoal, gestão financeira, gestão de recursos humanos, cuidados com o staff, com os pacientes e consigo mesmo, pensamento sistematizado e como atributos adicionais destaca o otimismo e a resistência.”* (Nursing Leadership Institute in Cunha et al., 2006, p. 481).

Cuidar em enfermagem é um processo dinâmico, o enfermeiro direcionado para os cuidados à população idosa deve atuar de forma integrada com outras áreas com vista a promover a multidisciplinariedade e a integração das multidimensões do viver da pessoa idosa (Gonçalves, 2010). O enfermeiro pode encaminhar para outras fontes de ajuda que podem ser necessárias, pois nenhum membro da equipa de saúde pode atender a todas as necessidades do paciente, pode servir como conselheiro, deve servir como uma fonte de estímulo e apoio emocional e social (Carpinteira et al., 2014).

A prática da enfermagem geriátrica exige dos seus profissionais capacidade de prática independente e de liderança, uma constante busca de conhecimentos, e habilitações para resolver problemas clínicos complexos e, muitas vezes, atípicos (Eliopoulos C., 2011).

O enfermeiro guiado pelas suas ações que enfatizam a autonomia e a preservação da independência física e mental do idoso, garantindo também que os cuidados prestados tenham uma dimensão holística, representam o pilar do cuidar da pessoa humana.

4.2 Oportunidade para o crescimento organizacional

Após conhecermos o que diz a teoria sobre o tema abordado neste trabalho e de ficarmos a saber a realidade das instituições estudadas, realizou-se uma análise SWOT para, como diz o próprio título, transformar as fraquezas em oportunidades assistenciais.

A análise SWOT contribui para um desenvolvimento estratégico e, como tal, tem extrema importância na área da gestão. “O termo SWOT é composto pelas iniciais das palavras *“Strengths”* (pontos fortes), *“Weaknesses”* (pontos fracos), *“Opportunities”* (oportunidades) e *“Threats”* (ameaças)” (Martins, 2009, p. 60).

Através desta análise será feita uma análise do meio envolvente, ou seja, do ambiente externo, onde serão avaliados quais as oportunidades e ameaças que existem e que impacto terá na instituição. Além da análise do meio envolvente será feita uma análise interna, ou seja serão avaliadas quais os pontos fortes e fracos da instituição e desta forma percebermos como contribuir para melhorar a qualidade da prestação de cuidados das instituições em estudo.

A tabela abaixo exemplifica como reunir a informação recolhida para construir uma análise SWOT.

Tabela 71 – Exemplo de uma Análise SWOT

	Pontos Fortes	Pontos Fracos
Oportunidades	Beneficiar dos pontos fortes para aproveitar as oportunidades.	Desenvolver estratégias para ultrapassar os pontos fracos e ao mesmo tempo aproveitar as oportunidades emergentes.
Ameaças	Utilizar os pontos fortes para minimizar os efeitos das ameaças detectadas.	Desenvolver estratégias para ultrapassar os pontos fracos e tentar ao máximo combater as ameaças.

(Martins, 2009, p. 61).

Face aos resultados do estudo a análise SWOT ficará limitada aos pontos fortes e fracos encontrados no ambiente interno.

Na avaliação das características sociodemográficas, encontramos como pontos fortes:

A amostra é constituída maioritariamente (78,2%) por mulheres o que traduz a tendência nacional da sobrevivência.

A maioria da amostra sabe ler (82,1%), de forma semelhante aos conhecimentos de leitura, a maioria dos idosos apresenta conhecimentos de escrita (80,8%); relativamente à participação em atividades de lazer, 46,2% dos idosos participa moderadamente.

Por outro lado, os pontos fracos são:

A existência de uma percentagem ainda relevante sem conhecimentos de leitura (17,9%) e a maioria detém apenas o ensino básico (41%). De realçar também a grande percentagem (30,8%) de idosos sem nenhum grau de escolaridade.

Importante notar a diminuição contínua da taxa de analfabetismo ao longo dos anos como algo de muito positivo, no entanto referir que ainda existe uma longa margem de evolução nesta área. A percentagem existente de idosos sem nenhum grau de escolaridade e mesmo de analfabetismo é algo que tem implicações nas opções de estratégias de informação no lar. A este propósito seria importante criar programas educativos direcionados para a população idosa.

Relativamente às condições clínicas:

Uma parte da amostra não utiliza qualquer tipo de auxílio para a locomoção (39,7%); a grande maioria da amostra não apresenta fatores extrínsecos de quedas (79,5%), não tiveram quedas no último ano (56,4%) e não sofreram nenhuma lesão na sequência de quedas (74,4%); 59% não sofreu nenhuma alteração de peso nos últimos 3 meses (59%); os idosos identificados na amostra apresentam na sua maioria normal capacidade de mobilidade (55,1%); a maioria dos idosos não refere a existência de episódio de stress psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses (61,5%); 83,3% dos idosos que participaram na amostra não apresenta problemas psicológicos; relativamente aos valores de índice de massa corporal (IMC), a maioria dos idosos (56,4%) apresenta IMC superior a 23.

Os Pontos fracos encontrados são:

As doenças de origem osteoarticular (23,8%) e a hipertensão arterial (26,7%) são as patologias mais comuns entre os idosos da amostra e a maioria (94,87%) tem mais que uma patologia; mais de metade dos idosos da amostra apresentavam risco de desnutrição (54%) e cerca de 8% estavam desnutridos; cerca de 90% dos idosos inquiridos têm medo de cair e 69% consideram-se em risco de cair. A maioria dos idosos toma cinco ou mais medicamentos (85,9%).

O sistema de cuidados direcionado especificamente para idosos com equipas de enfermagem no centro da gestão dos cuidados aos idosos contribuíram certamente para o

número reduzido de quedas registadas recentemente e também na criação de um ambiente favorável à reduzida percentagem de idosos com problemas psicológicos.

Contudo, a conjugação de diversos problemas de saúde com a existência de mais que uma patologia associada a cada idoso determina cuidados específicos e vigilância quer da parte médica quer de enfermagem. A polimedicação apresentada pode exigir um controlo sobre os fármacos diários mais intenso o que pode sugerir a necessidade de um novo modelo organizacional com conseqüentemente mais exigência a nível da revisão por parte dos médicos e acompanhamento de enfermagem.

Na análise às atividades instrumentais da vida diárias os pontos fortes são:

A maioria dos idosos apresenta autonomia no uso do telefone (52,6%), 28,5 % dos idosos consegue realizar compras de forma independente.

Analisando os pontos fracos, encontramos:

Os idosos da amostra apresentam de forma generalizada dependência para o ato de realizar compras, sendo que 41% necessita de ser acompanhado, 30,8% é totalmente incapaz de ir às compras; a grande maioria dos idosos da amostra (67,9%) são dependentes a nível alimentar necessitando que lhes seja preparada e servida a refeição; a grande maioria dos idosos da amostra (74%) não realiza atividades domésticas; 66,7% não consegue lavar a roupa sem ajuda externa; a incapacidade de gestão económica afeta 46,2% dos idosos da amostra. Mais de metade dos idosos da amostra (53,8%) toma a sua medicação quando previamente preparada; 26,9% dos idosos da amostra não consegue tomar a medicação sozinho.

Os dados encontrados neste estudo representam bem a incapacidade do idoso em gerir as suas AIVD's. Com esta caracterização do idoso fica bem patente a necessidade de uma abordagem diferenciada à população idosa. A criação de equipas multidisciplinares para um acompanhamento adequado e direcionado ao idoso iria permitir cuidados ao idoso muito para além da reabilitação física, melhorando e promovendo a independência em todas as valências que fazem parte da pessoa humana.

Na descrição dos pontos fortes relacionados com o autocuidado, definimos os seguintes:

Uma percentagem relevante dos idosos da amostra consegue manter-se na posição de pé; quanto à capacidade de subir ou descer escadas 39,7% dos idosos da amostra são completamente independentes; distâncias moderadas são percorridas de modo independente por 41% dos idosos da amostra; a maioria dos idosos da amostra é completamente independente para deslocar-se entre a cadeira/cadeirão e cama (61,5%); a grande maioria

dos idosos da amostra (70,5%) consegue movimentar o corpo de um lado para o outro; a maioria dos idosos da amostra (62,8%) consegue levantar partes do corpo de forma independente; a maioria dos idosos da amostra (66,7%) consegue posicionar-se na sanita ou equivalente e (61,5%) apresenta-se completamente independente para erguer-se da sanita; a maioria dos idosos da amostra (62,8%) consegue ajustar a roupa após a higiene íntima; a grande maioria dos idosos da amostra (80,8%) apresenta-se completamente independente para o uso do sanitário; (80,8%) apresenta-se completamente independente para abotoar a própria roupa; (56,4%) apresenta-se completamente independente para obter os objetos necessários para o banho; a grande maioria dos idosos da amostra (89,7%) apresenta-se completamente independente para abrir a torneira; a grande maioria dos idosos da amostra (80,8%) apresenta-se completamente independente para abrir recipientes; 96,2% apresenta-se completamente independente para abrir pegar no copo ou na chave-na; 96,2% tem autonomia para levar os alimentos à boca através do uso de utensílios; 87,2% apresenta-se completamente independente para pentear ou escovar o cabelo; 82,1% apresenta-se completamente independente para aplicar desodorizante; 82,1% apresenta-se completamente independente para manter uma boa higiene oral e 66,7% apresenta-se completamente independente para escolher as suas roupas.

Os pontos fracos são constituídos por:

Uma percentagem de 34,6% dos idosos é dependente e não consegue subir e descer degraus; 47% é completamente dependente no cuidado das unhas; 44,9% dos idosos necessita de ajuda de outra pessoa para vestir as roupas na parte inferior do corpo; 46,2% dos idosos necessita de ajuda de outra pessoa para calçar as meias; 41% dos idosos necessita de ajuda de outra pessoa para lavar o corpo; relativamente à preparação da medicação a tomar, a grande maioria dos idosos da amostra (76,9%) apresenta-se dependente e incapaz de realizar esta tarefa.

Os dados descritos relativos ao autocuidado permitem que se observe a existência de um grau razoável de independência neste campo. Isto abre caminho para pensarmos mais além na potencial margem de evolução que podemos oferecer ao idoso. Nesse sentido, a melhoria das condições de habitabilidade no lar deverá ser uma das prioridades como forma de atingir um dos principais objetivos no cuidado ao idoso que é o de criar ferramentas que o tornem mais independente.

Os pontos fortes encontrados nos motivos para a institucionalização são:

A situação mental não foi um dos motivos para a institucionalização para a maioria dos idosos da amostra (85,9%); o facto do idoso se encontrar em situação de pobreza não

foi um dos motivos para a institucionalização para a maioria dos idosos da amostra (82,1%); a maioria dos idosos da amostra (88,5%) referiu vontade própria como um dos motivos para a institucionalização.

Do lado contrário os pontos fracos são:

Metade dos idosos da amostra (50%) teve como motivo para a institucionalização a limitação na atividade diária; viver sozinho em casa foi um motivo determinante para institucionalização na maioria dos idosos da amostra (62,8%); o estado civil foi um dos motivos para a institucionalização em 70,5% dos idosos da amostra; a ausência de suportes sociais foi um dos motivos para a institucionalização para a maioria dos idosos da amostra (66,7%); a ausência/fragilidade na rede suporte familiar foi um dos motivos para a institucionalização para cerca de metade dos idosos da amostra (56,3%).

À luz dos dados obtidos, podemos realçar a “imagem” positiva das estruturas residenciais para pessoas idosas que hoje em dia é percecionada pela sociedade civil. Prova disso, está o facto de a grande maioria dos idosos referir como sua a opção de ingressar numa destas residências. Além disso o facto de 85,9% dos idosos da amostra não ter como motivo para a institucionalização algum tipo de diminuição mental que o impedisse de estar sozinho, o que vai corroborar a mensagem que estas residências vão muito para além dos cuidados básicos ou mesmo paliativos, pois lida com uma população com capacidade de desenvolvimento e necessitados de instituições que as valorizem. No outro lado da balança temos como motivos para a institucionalização do idoso o facto de viver sozinho, haver fragilidade na rede familiar e também a ausência de suportes sociais. Tudo isto, leva-nos a sugerir a criação de programas intergeracionais que visem a promoção de relações e interações entre diferentes gerações, promovendo a socialização e tornando o idoso parte integrante e ativa da sociedade.

Na análise da percepção dos idosos sobre as relações familiares, distinguiu-se como pontos fortes, os seguintes:

A maior parte dos idosos da amostra refere que raramente os membros da família discutem (53,8%); que nunca existe falta de sentimento de união entre a família (65,4%); refere também que nunca se sentiu como um estranho na família (70,5%); uma percentagem importante refere que nunca sentiu que não era compreendida pela família (44,9%); refere que nunca existiu demasiado ódio na família (82,1%); uma relevante percentagem dos idosos da amostra refere que a maior parte das vezes os membros da família são realmente bons uns para os outros (47,4%); a maior parte dos idosos da amostra refere que sempre a sua família foi respeitada pelos que a conhecem (64,1%); uma importante per-

centagem dos idosos da amostra refere que raramente existe muito atrito entre os membros da família (41,0%); que a maior parte das vezes existe muito amor entre os membros da família (35,9%) e 41% refere que sempre existiu muito amor entre os membros da família; a maior parte dos idosos da amostra refere que a maior parte das vezes os membros da família dão-se bem uns com os outros (56,4%); que nunca é desagradável viver com a família (73,1%); uma importante percentagem dos idosos da amostra refere que a família sempre representa uma grande alegria (44,9%) e 32,1% refere que a maior parte das vezes representa uma grande alegria para mim; metade dos idosos da amostra relatam que sempre sentiu grande orgulho da família (50%) e 25,6% a maior parte das vezes; uma importante percentagem dos idosos da amostra diz que a maior parte das vezes 39,7% a família é uma fonte de conforto e para 30,8% é sempre uma fonte de conforto; a maioria dos idosos da amostra refere que nunca se sentiu posto de parte pela família (55,1%); a maioria dos idosos da amostra refere que nunca a família esteve infeliz (65,4%).

Os pontos que podemos considerar fracos são:

O facto de 14,1 % dos idosos referir que a sua família enerva-lhes; 20,5% dos idosos refere que a sua família discute muito; 12,8% pensa que a família não o compreende; 17,9% indica a existência de muito atrito na família; 20,5% acha que as outras famílias parecem entender-se melhor que a deles e 16,7% sente-se posto de parte pela família.

De uma forma geral, a relação familiar tem uma avaliação consideravelmente positiva, algo que é indiscutivelmente importante no bem-estar de cada idoso. Exatamente pela importância que a família tem, é de salientar indícios de problemas na rede de apoio familiar que retiramos dos dados obtidos, nomeadamente, a percentagem de idosos que refere que a família discute muito e ainda os idosos que sentem-se postos de parte pela família. Como referido anteriormente, a falta de suporte na rede de apoio familiar é um dos motivos para a institucionalização do idoso. A este propósito seria interessante criar mecanismos que permitisse uma maior aproximação e informação por parte dos familiares, tornando-os parte da reabilitação de cada idoso. Seria interessante definir-se áreas e horários próprios onde toda a informação relativa ao idoso fosse debatida e discutidas com os respetivos familiares.

Avaliando a autoperceção do idoso sobre a sua condição de saúde, definimos como pontos fortes:

A maioria dos idosos da amostra percebe a sua saúde como razoável (56,4%); 44,9% considera que a sua saúde é melhor em comparação com terceiros; a qualidade de

vida é percebida em mais aspetos como razoável (46,2%); os idosos consideram-se razoavelmente satisfeitos com a saúde (34,6%).

Finalmente, os pontos fracos são:

Apenas 3,8% dos idosos da amostra percebem a sua saúde como muito boa; somente 2,6% considera a sua qualidade de vida muito boa.

É de salientar a forma positiva como cada idoso autopercebe a sua condição de saúde. Não obstante disso, não só é possível como é também recomendado a procura contínua pela prestação de serviços de qualidade e de excelência. Quanto a este tema, e no âmbito da procura contínua pela qualidade do serviço prestado, seria pertinente criar-se condições dentro do ambiente de trabalho que favoreça ou promova o investimento dos seus profissionais nas suas formações através de pós-graduações, workshops entre outros.

CONCLUSÃO

Os lares de idosos foram construídos para um contexto social de carência de apoio familiar mas com idosos independentes. Há poucos anos só entravam para estas instituições pessoas com idade superior a 65 anos. Os critérios de entrada eram diferentes, principalmente em relação à condição de saúde dos idosos. Tinham de possuir um grau de dependência reduzido, poucas patologias associadas e um grau elevado de autonomia.

Com o atual aumento da esperança média de vida, as características globais dos idosos também sofreram alterações e com isto os critérios de inclusão nestas instituições também alteraram-se.

Podemos concluir no presente estudo que a amostra é constituída maioritariamente por mulheres, viúvas com mais que uma patologia o que pode determinar cuidados específicos e vigilância quer da parte médica quer de enfermagem, salienta-se que mais de metade dos idosos toma cinco ou mais medicamentos diariamente, as doenças de maior incidência são de origem osteoarticular e hipertensão arterial o que mais uma vez alerta para cuidados específicos de enfermagem.

Dos idosos que necessitam de auxílio para locomoção a maioria desloca-se em cadeira de rodas, quase metade teve pelo menos uma queda e muito próximo da totalidade têm medo de cair.

De acordo com o *“Mini Nutritional Assessment – MNA”* (Nestlé, 2009), a avaliação da nutrição permite-nos concluir que mais de metade dos idosos da amostra apresentavam risco de desnutrição.

A maioria dos idosos é dependente no autocuidado e mais de metade da amostra apresenta défice cognitivo.

A maioria dos idosos da amostra percebe a sua saúde como razoável e quase metade considera a sua qualidade de vida razoável.

Face ao conhecimento das instituições e aos resultados podemos afirmar que as instituições não estão preparadas, principalmente a nível de recursos humanos para dar resposta à condição atual de entrada dos idosos.

O desajustamento identificado provoca também, muitas vezes, uma insatisfação por parte dos familiares porque têm expectativas relativas às condições que os idosos vão

ter e que na realidade não têm. Os Idosos apresentam um grau de autonomia reduzido, muitos deles totalmente dependentes, com inúmeras patologias, associado a tudo isto acresce a parte de gestão burocrática, de pessoal e de familiares. Nesse sentido, necessita-se de uma nova abordagem sobre a qualificação específica de cada profissional interveniente juntamente com uma nova organização e avaliação dos recursos humanos de forma a atingirmos a qualidade de excelência.

Podemos concluir que as estruturas residenciais para pessoas idosas beneficiariam de uma atualizada estrutura organizacional para acolher os idosos que atualmente necessitam destes estabelecimentos.

Face aos resultados e no sentido de organizar os cuidados de enfermagem sugerimos que face às características da amostra os cuidados sejam organizados tendo por base o Modelo de Enfermagem, sigam com rigor as fases do Processo de Enfermagem prestando-se cuidados individualizados, para além de criar um método de trabalho de responsabilização dos cuidados pelo que se sugere o método de gestão de casos ou de enfermeiro responsável.

Acresce ainda referir que este estudo embora representativo destas unidades em estudo face ao critério de inclusão não pode ser visto com a possibilidade de generalização, pelo que sugerimos que o instrumento utilizado venha a ser aplicado noutros lares e ERPI's para tornar consistente o estudo, deixamos assim como sugestão que seja replicado o estudo em regiões diferentes.

Os dados demonstram necessidade de estudos quantitativos sobre as horas de cuidados necessários face às características dos idosos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson Correia. *Transições e contextos multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau, formação e Saúde. 2008. pp. 126.

ALEIXO, Telmo, et al. Indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem em lares de idosos. *Referência - Revista de Enfermagem*, 2011, vol. III, núm. 3, pp. 141-149.

ALMEIDA, António. *A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares: Aspectos e contextos da Qualidade de Vida*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, 2008. Tese de Mestrado.

ALMEIDA, Raquel. *Representações Sociais do Idoso Institucionalizado e Influência na Comunicação dos Profissionais Ajudantes de Ação Direta*. Escola Superior de Educação - Instituto Politécnico de Castelo Branco, 2014. Tese de Mestrado.

ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2007, vol. 23, nº8, pp. 1924-1930.

APEGEL. *O enfermeiro gestor*. [Em linha]. [consult. 2017-10-01]. Disponível em: <http://www.apegel.org/paginas/apresentacao>.

ARAÚJO, F. et al. Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In: *I.Leal, J.Pais-Ribeiro, I. Silva & S.Marques (Edts.). Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde*, Lisboa, 2008. Lisboa: ISPA. pp. 217-220.

ÁVILA, Rui. *IDOSOS: A Enfermagem e os Cuidados de Proximidade*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, 2009. Tese de Mestrado

BISCONTI, T. e BERGEMAN, C. Perceived social control as a mediator of the relationship among social support, psychological well being and perceived health. *The Gerontologist*, 1999, vol.39, pp. 94-103.

BONFIM, Jesus, et al. *Lar para Idosos (Condições de implantação, localização, instalação e funcionamento)*. Lisboa: Direcção-Geral da Acção Social Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação, 1996.

BORSON, S. The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *Int. J. Geriatric Psychiatry*, 2000, vol. 15, nº 11, pp. 1021-7.

BRINK, J. J. Biologia e fisiologia celular do envelhecimento. In: *Assistência ao idoso; aspectos clínicos do envelhecimento*, Rio de Janeiro, 2001. Editora Guanabara. cap. 49.

CAIXETA, Leonardo. *Demências*. Araraquara: Lemos, 2004.

CANEPA, Elaine; CARDOSO, Andréia e RICARDINO, Aloma. O enfermeiro e a promoção da qualidade de vida aos idosos: Uma revisão. *Interbio*, 2014, vol. 8, nº 1, pp. 56-64.

CARDOSO, Tatiana (2016). *Unidade de cuidados na comunidade e promoção da saúde do idoso - enfermeiro de reabilitação*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2016. Tese de Mestrado.

CARPINTEIRA, S., et al. Os modelos teóricos nos serviços de enfermagem na visão dos enfermeiros da assistência: um estudo exploratório. *ACC CIETNA*, 2014, vol. 2, nº2, pp. 5-19.

CARVALHO, J. Aspectos metodológicos no trabalho com idosos. In: *J. Mota & J. Carvalho (Eds.) – A tas do seminário qualidade de vida no idoso: o papel da actividade física*, Porto, 1999. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. pp- 95-104.

CARVALHO, P. e DIAS, O. Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 2011, vol. 40, pp. 161-184.

CHRIZOSTIMO, Miriam, et al. O significado da assistência de enfermagem segundo abordagem de ALFRED SCHÜTZ. *CIENCIA y ENFERMERIA*, 2009, XV (3), pp. 21-28.

CLOSE, J. et al. What is the role of falls? *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 2005, vol. 19, nº 6, pp. 913-935.

COCKERHAM, W. *This aging society*. New Jersey: Prentice Hall.1991.

COLLIÈRE, MARIE FRANÇOISE. *Promover a Vida*. 3ª ed. Lisboa: Lidel. 1999.

CORDEIRO, Maria Paula. Ambiente institucional de um lar de idosos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2008, vol. 1, ISSN: 0214-9877, pp. 379-386.

COSTA, M. A., e CARREIRA, L. A produção de conhecimento científico em enfermagem gerontogeriatrica em Portugal. *Sinais Vitais*. 2005, vol. 60, pp.13-19.

COUNCIL OF EUROPE - committee of experts on nutrition fach. *Nutrition in care homes and home care report and recommendations: from recommendations to action*. Strasbourg: Council of Europe, 2008.

CUNHA, Miguel, et al. *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano*. Lisboa: Edições Sílabo Lda.2010.

CUNHA, I. e NETO, F. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio?. *Texto Contexto Enferm*. 2006, vol. 15 nº 3, pp. 479-82.

DECRETO-LEI n.º 161/96. D.R. *I Série*. Nº 205 (04-09-1996), pp. 2959-2962.

DONABEDIAN, Avedis. *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: University Press. 2003.

DUQUE, H. *O doente dependente no autocuidado: Estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros*. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa do Porto, 2009. Dissertação de Mestrado.

ELIOPOULOS Charlotte. *Enfermagem Gerontológica*. 7th ed. Porto Alegre: Artmed. 2011.

FERNANDES, P. *Depressão no Idoso*. Coimbra: Quarteto. 2002.

FERREIRA, A. *A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspectiva do próprio e do seu cuidador*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, 2009. Dissertação de Mestrado.

FERREIRA, D. e YOSHITOME, A. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2010, vol. 63, pp. 991-997.

FORTIN, Marie. *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 1999.

FORTIN, Marie. *O processo de Investigação : da concepção à realização*. 3.ª ed. Loures : Lusociência. 2003.

FORTIN, Marie. *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. 5ª ed. Loures : Lusodidata. 2009.

FREITAS, E.V. e MIRANDA, R.D. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla. In: *Freitas EV, Py L, Neri AL, Cañado FAXC, Gorzoni ML, Doll J. - Tratado de geriatria e gerontologia*, Rio de Janeiro, 2006. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. pp. 900-9.

FREIXO, Manuel. *Metodologia científica : fundamentos, métodos e técnicas*. 2ª ed. Lisboa : Instituto Piaget. 2009.

GONÇALVES Lúcia. A complexidade do cuidado na prática cotidiana da enfermagem gerontogeriatrica. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 2010, vol. 13, nº 3, pp.507-518.

GUEDES, Helisamara, et al. *Identificação de diagnósticos de enfermagem do domínio segurança/proteção em idosos admitidos no sistema hospitalar* [Em linha]. 2009, vol. 11, nº 2, pp. 249-56. [consult. 2017-03-18]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a03.htm>.

GUIGOZ, Y. e VELLAS, B. Assessing the nutritional status of the elderly: the Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutrition Review*, 1998, vol. 54, pp. 59-65.

HESBEEN, Walter. *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. 1ª ed. Loures: Lusociência, 2000.

HOSSEINI, H. e HOSSEINI, N. Epidemiology and prevention of fall injuries among the elderly. *Hospital topics: research and perspectives on healthcare*. 2008, vol. 86, nº 3, pp. 15-20.

HUDSON, W. W. *Index of Family Relations. The Walmyr Assessment Scale Scoring Manual*. Tallahassee: Walmyr Publishing Company. 1993.

KAISER, M. J. et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. *Journal Nutricional Health Aging*, 2009, vol.13, nº 9, pp. 782-8.

KANE, R. Definition, Measurement, and Correlates of Quality of Life in Nursing Homes: Toward a Reasonable Practice, Research, and Policy Agenda. *The Gerontologist*, 2003, vol. 43, nº 2, pp. 28-36.

LAWTON, M. P., e BRODY, M. H. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 1969, vol. 9, nº 3, pp. 179-186.

LIMA, Maria. *Políticas e respostas sociais de apoio à terceira idade em Portugal: O caso do concelho de Vila Verde*. Escola de Economia e Gestão, Universidade do Minho, 2013. Tese de Mestrado.

LIMA, Thaís et al.. Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. *Saúde Soc. São Paulo*, 2010, vol.19, n.4, pp. 866-877.

MALLON, I. *A Protecção de Si no Lar de Idosos*. Lisboa: Dom Quixote. 2000.

MANCIA G. et al. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 2013, vol. 34, pp. 2159–2219.

MARTINS, Patrícia. Análise de mercado de equipamentos científicos na área Biomédica. Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra, 2009. Tese de Mestrado.

MELEIS, Afaf et al. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 2000, Vol. 23, nº 1, pp. 12-28.

MORELAND, J. et al. Evidence-based guidelines for the secondary prevention of falls in older adults. *Gerontology*, 2003, vol. 49, pp. 93-116.

MORORÓ, Deborah. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paul Enferm*, 2017, vol. 30, nº 3, pp. 323-32.

MOSER, Gabriel. Psicologia Ambiental. *Estudos de Psicologia*. 1998, vol. 3, nº 1. pp. 121-130.

NESTLÉ NUTRITION INSTITUTE. *Mini Nutrition Assessment*. Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners. 2009.

NOGUEIRA, J. *Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos. A dependência: O Apoio Informal, a Rede de Serviços e Equipamentos e os Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento; Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. 2009.

OLIVER, David. Older people who fall: why they matter and what you can do. *British Journal of Community Nursing*, 2007, vol. 12, nº 11, pp. 500-507.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Active Ageing, A Policy Framework*. Espanha: OMS, 2002.

PARENTE, Paula. *Sinalização do erro clínico – Prescrição de medicação, um contributo para a melhoria da qualidade em saúde*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2012. Tese de Mestrado.

PARK Y. H. et al. The effects of an integrated health education and exercise program in community-dwelling older adults with hypertension: a randomized controlled trial. *Patient Education Counseling Journal*, 2011, vol. 82 nº1, pp. 133-7.

PAÚL, C. Envelhecimento e ambiente. In: L. Soczka (Org.), *Contextos humanos e psicologia ambiental*. Lisboa, 2005. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. pp. 247-268.

PEREIRA, Ana. *Desnutrição em idosos institucionalizados: propostas de intervenção para melhoria do estado nutricional*. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto, 2012. Revisão temática.

PEREIRA M. e RONCON J. Relacionamento familiar em pessoas idosas: Adaptação do Índice de Relações Familiares (IFR). *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2010, vol. 11, nº 1, pp. 41-53.

PEREIRA, Filipe. *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros – Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2009. Tese de Doutoramento.

PEREIRA, Soraia. *Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado - versão reduzida*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014. Dissertação de Mestrado.

PERES, Mariline. *Os idosos institucionalizados - Estudo de Algumas Variáveis*. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco, 2014. Tese de Mestrado.

PERRACINI, Monica. Prevenção e manejo de quedas. In: Ramos LR coordenação. *Guia de geriatria e gerontologia*. Barueri: Manole, 2005. pp.193-208.

PERRACINI, Monica. Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas. In: Freitas, E. et al., *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2ª Edição. Rio de Janeiro, 2006. Guanabara Koogan. pp. 1142-1151.

PIMENTEL, L. *O Lugar do Idoso na Família*. Coimbra: Quarteto Editora. 2005.

PINTO, Dora. *Por que vão os idosos para lares? - Determinantes no internamento de pessoas maiores de 65 anos em instituições de longa permanência*. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa, 2013. Tese de Mestrado.

POLIT, D. e HUNGLER, B. *Nursing research: principles and methods*. Lippincott. 1995.

PORDATA. Base de Dados Portugal Contemporâneo. Fundação Francisco Manuel dos Santos, [em linha] 2015. [consult. 21 de Abril de 2017]. Disponível em: <http://www.pordata.pt>.

PORTARIA nº 67/2012. D.R. / *Série*. N.º 58 (21/03/2012), pp. 1324-1329.

PORTUGAL. Decreto-lei nº 161/96. D.R. / *Série*. N.º 205/1996 (96-09-04), pp. 2959-2962.

PORTUGAL. Gabinete de estratégia e planeamento. *Número de respostas sociais*. Carta Social [Em linha] [consult. 2017-10-20] Disponível em: http://www.cartasocial.pt/elem_quant2.php

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística. *Censos – Resultados definitivos. Portugal - 2011*. Lisboa: INE. 2012.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística. *Estatísticas no Feminino: Ser Mulher em Portugal, 2001-2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. 2012.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística. *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: INE. 2015.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística. O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de estudos demográficos*. Lisboa: INE, 2002, pp.185-208.

PORTUGAL. Instituto para o Desenvolvimento Social. *Prevenção da Violência Institucional, Perante as Pessoas Idosas e Pessoas em Situação de Dependência*. Lisboa: IDS, 2002.

PORTUGAL, Ordem dos Enfermeiros. *O Enfermeiro nas Estruturas Residenciais de Idosos* [Em linha]. Setembro 2013, [consult. 2017-09-10]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Paginas/OEnfermeironasEstruturasResidenciaisdeIdosos.aspx>

PORTUGAL, Ordem dos Enfermeiros. *Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: OE, 2014.

PORTUGAL, Ordem dos Enfermeiros. *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: OE, 2001.

PORTUGAL, Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: OE, 2011.

PROSHANSKY, H. M., ITTELSON, W. H., e RIVLIN, L. G. *Environmental Psychology: Man and his physical setting*. Nova York: Holt, Rinehart & Winston. 1970.

RAMOS, P. A. *Transição hospital/casa – dificuldades dos cuidadores familiares*. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa do Porto, 2010. Tese de Mestrado.

REIS, Vasco. *Gestão em Saúde: um espaço de diferença*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade de Lisboa. 2007.

RIBEIRO, O. et al. A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. 2014, vol. SerIV, nº1, pp.25-36.

RIoux, L., e WERNER, C. Residential satisfaction among aging people living in place. *Journal of Environmental Psychology*, 2011, vol. 31, pp. 158-169.

RODRIGUES, A. e FERNANDES, L. A Importância da Comunicação numa Equipa Multidisciplinar. *Revista Nursing*. 1996, Nº101, pp. 8-11.

ROSA, Maria. *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. 2012. ISBN 978-989-8819-64-2.

ROSSELL, N., HERRERA, R. e RICO, M. *Introducción a la psicogerontología*. Madrid: Ediciones Pirámide. 2004.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA. *Manual de gestão de qualidade em lar de idosos*. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2004.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO. *Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI)*. Santa Casa da Misericórdia do Porto. [Em linha] [Citação: 11 de Dezembro de 2016]. Disponível em: <https://www.scmp.pt/pt-pt/acao-social/estrutura-residencial-para-pessoas-idosas-erpi>

SEGURANÇA SOCIAL. *Estrutura Residencial para Idosos - Manual de Processos-Chave*. Segurança Social. [Em linha] Julho 2011. [consult. 2017-03-20] Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/13652/gqrs_lar_estrutura_residencial_idosos_Processos-Chave/1378f584-8070-42cc-ab8d-9fc9ec9095e4

SANTOS, P. *A Depressão no idoso: estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Lisboa: Quarteto Editora. 2002.

SANTOS, Renata. *Avaliação das propriedades psicométricas de uma versão reduzida da escala de autoeficácia do familiar cuidador*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2015. Dissertação de Mestrado.

SÃO JOSÉ, José e WALL, Karin. Reflexividade e Acção Atelier: Famílias. In: *Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia - Sociedades Contemporâneas*, Lisboa, 2007. Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia. pp. 65-72.

SEQUEIRA, Carlos. *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel. 2010.

SILVA, A. *EASYcare: adaptar à avaliação geriátrica multidimensional nos cuidados continuados*. Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, 2010. Dissertação de Mestrado.

SILVA, Carla. *Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa que vai ser submetida a ostomia de eliminação intestinal*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. Tese de Mestrado.

SILVA, Maria. *Intenções dominantes nas concepções de enfermagem – Estudo de uma amostra de estudantes finalistas*. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa do Porto, 2011. Tese de Doutoramento.

SILVA, P. et al. Polimedicação: um estudo de prevalência nos Centros de Saúde do Lumiar e de Queluz. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 2004, vol. 20, nº 3, pp. 323-36.

SIQUEIRA, F. et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 2007, vol. 41, nº 5, pp. 749-756.

SOCZKA, L. As raízes da Psicologia Ambiental. In: L. Soczka (Org.), *Contextos Humanos e psicologia ambiental*, Lisboa, 2005. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. pp. 36-66.

SOUSA, Sara. *Participação dos idosos nas atividades de desenvolvimento pessoal*. Instituto Superior de Serviço Social do Porto, 2013. Relatório de estágio de Mestrado.

SOUSA, S. et al. Polimedicação em doentes idosos: Adesão à terapêutica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 2011, vol. 27, nº 2, pp. 176-82.

SUZUKI, M.; SILVA, T. e FALCÃO, D. Idosas viúvas: da perda à reorganização. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 2012, vol. 15, nº 4, pp. 207-223.

TAVARES, João. *O Enfermeiro nas Equipas de Saúde: a percepção dos diferentes profissionais dos Lares de Idosos*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012. Tese de Mestrado.

THE EUROPEAN NUTRITION FOR HEALTH ALLIANCE. *The Fight Against Malnutrition - final declaration*. Warsaw: The european nutrition for health alliance, 2006.

TURAGABECI, A.R. et al. Family structure and health, how companionship acts as a buffer against ill health. *Health Quality Life Outcomes*, 2007, vol. 5, nº 61, pp. 1-9.

VELLAS, B. et al. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutrition Review*, 1996, vol. 54, nº 1 pt 2, pp. 59-65.

VILELAS, José. *Investigação : o processo de construção do conhecimento*. Lisboa : Edições Sílabo. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Ageing and Life Course, Family and Community Health – WHO global report on falls prevention in older age*. França: WHO. 2007.

ANEXOS

ANEXO I - Questionário “ Viver bem com mais idade do contexto familiar ao apoio institucional”

QUESTIONÁRIO

VIVER BEM COM MAIS IDADE: DO CONTEXTO FAMILIAR AO APOIO INSTITUCIONAL

SUB- PROJETO: AVALIAÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA INSTITUCIONALIZADA EM TRÊS ERPI'S NA REGIÃO DO GRANDE PORTO

INVESTIGADORES: PROF.^a DOUTORA MARIA MANUELA FERREIRA MARTINS; ENF^a MESTRE ANDREIA LIMA; ENF^a ÂNGELA ANDRADE

Face aos desafios colocados pelas transformações sociodemográficas e epidemiológicas observadas no contexto nacional, foi criado este instrumento, com a finalidade de contribuir para uma política de articulação de assistência social e de saúde, que garanta a qualidade de vida dos maiores de 65 anos num ambiente sustentável, amigável e com segurança.

O projeto VIVER BEM COM MAIS IDADE (VB+I) integra 5 estudos, que procuram analisar de forma transversal a população idosa desta instituição, a fim de a caracterizar do ponto de vista sociodemográfico e de saúde, bem como identificar as suas principais necessidades.

Partindo dos pressupostos anteriores, e no que se refere à população institucionalizada, numa primeira fase foi implementada uma abordagem exploratória, de caracterização das instituições e da população alvo a que prestam assistência. Agora, na continuidade do planeado pretende-se conhecer o perfil dos idosos residentes nos lares desta instituição. Para tal, impõe uma avaliação geriátrica ampla, através da aplicação de um questionário construído com base em instrumentos com reconhecida validade e fidelidade.

Este questionário é constituído por 2 partes:

A 1ª parte destina-se a ser preenchida pelo enfermeiro da instituição e a 2ª parte deve ser preenchida pelo idoso, desde que apresente capacidade de interpretação e habilidades para o preenchimento.

Parte 1 (Pergunta 1 a 17), – Características sociodemográficas e clínicas. Nesta parte do questionário pretende-se obter informações sobre o sexo, idade, naturalidade, grau de escolaridade, estado civil, problemas de saúde, terapêutica medicamentosa, histórico de quedas, capacidade funcional para realização de atividades de vida essenciais e instrumentais, a capacidade cognitiva, a avaliação nutricional e a participação em atividades de lazer.

Parte 2 (Pergunta 18 a 20), – Auto percepção do risco de queda e do medo de cair, avaliação do relacionamento com a família (IRF) e a auto percepção da saúde/qualidade de vida.

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS IDOSOS DOS LARES

Como preencher este questionário?

As perguntas serão respondidas, preenchendo o símbolo referente à sua resposta, como mostramos no exemplo seguinte . Se não quiser responder, por favor não assinale a resposta, deixe em branco .

Comentários em itálico são instruções para o preenchimento.

É obrigatório o preenchimento dos dados de identificação (ID), em todos os instrumentos

Parte 1 - Preenchimento pelo enfermeiro da instituição

1 - ID indivíduo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Lar	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Questionário nº	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2 - Sexo				<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	
3 - Idade				<input type="text"/> <input type="text"/> (anos completos)	
4 - Estado Civil			<input type="radio"/> Solteiro(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Separado	<input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viúvo(a)	
5 - Nº de filhos					<input type="text"/> <input type="text"/>
6 - Alfabetismo		Sabe ler		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
		Sabe escrever		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	

7 – Escolaridade (completa)	
Nenhum	<input type="radio"/>
Ensino básico – 1º ciclo (4º ano antigo)	<input type="radio"/>
Ensino básico – 2º ciclo (6º ano antigo)	<input type="radio"/>
Ensino básico – 3º ciclo (9º ano antigo)	<input type="radio"/>
Ensino secundário – 12º ano (7º ano do liceu/ propedêutico)	<input type="radio"/>
Ensino pós secundário – cursos especialização tecnológica	<input type="radio"/>
Bacharelato	<input type="radio"/>
Licenciatura	<input type="radio"/>
Mestrado	<input type="radio"/>
Doutoramento	<input type="radio"/>
8 - Há quanto tempo está na instituição	<input type="text"/> <input type="text"/> (meses completos)
9 - Número de medicamentos diários (à data do questionário)	
Nenhum	<input type="radio"/>
Um	<input type="radio"/>
Dois	<input type="radio"/>
Três	<input type="radio"/>
Quatro	<input type="radio"/>
Cinco ou mais >=5	<input type="radio"/>
10 – Doenças: Identificar apenas o(s) diagnóstico(s) que constam no processo clínico (Pode assinalar mais que uma opção)	
	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Osteoporose	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Doença osteoarticular	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Doença de Parkinson	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Doença cerebrovascular	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Hipertensão	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Outras doenças cardiovasculares	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Doença oftalmológica	<input type="radio"/> Cataratas <input type="radio"/> Retinopatia diabética <input type="radio"/> Glaucoma <input type="radio"/> Não
	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Demência	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Depressão	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Síndromes Vertiginosas	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Incontinência urinária	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Incontinência fecal	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Doença oncológica	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Doença respiratória (DPOC, asma, bronquite)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Uso de auxiliar de marcha	<input type="radio"/> Canadianas <input type="radio"/> Cadeira de rodas <input type="radio"/> Bengala <input type="radio"/> Tripé <input type="radio"/> Andarilho <input type="radio"/> Não
Fatores extrínsecos de quedas	<input type="radio"/> Escadas <input type="radio"/> Piso desnivelado <input type="radio"/> Obstáculos no percurso <input type="radio"/> Má iluminação <input type="radio"/> Não
Avaliação do Risco de Queda (protocolizado na instituição)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Se sim, qual o instrumento utilizado?	<input type="text"/>



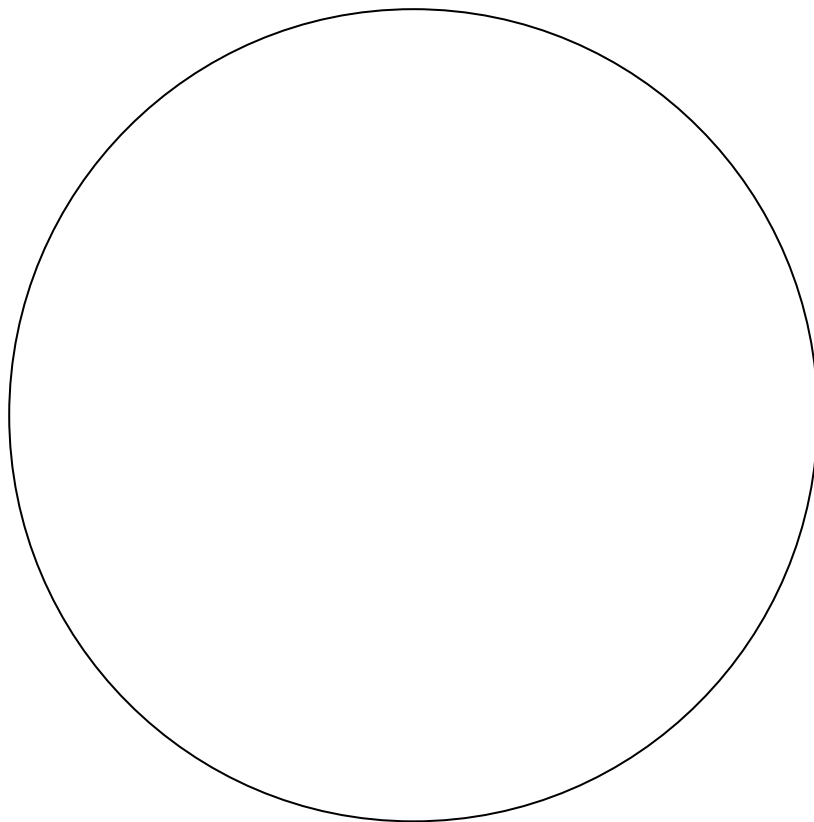
11 - Quedas																									
11.1 No último ano, quantas vezes caiu?																									
Nenhuma (passar á questão 12)	<input type="radio"/>																								
Uma vez	<input type="radio"/>																								
Duas vezes	<input type="radio"/>																								
Três ou mais vezes	<input type="radio"/>																								
11.2 Lesões resultantes da última queda																									
Nenhuma	<input type="radio"/>																								
Fraturas	<input type="radio"/>																								
Escoriação	<input type="radio"/>																								
Contusão	<input type="radio"/>																								
Laceração	<input type="radio"/>																								
Alteração da consciência	<input type="radio"/>																								
11.3 Local de ocorrência da última queda <input type="radio"/> Lar <input type="radio"/> Transportes públicos <input type="radio"/> Rua																									
Se a queda ocorreu no lar, qual o local? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																									
(ex: casa de banho, quarto, sala de jantar, escadas....)																									
12- Avaliação da cognição, segundo MINI-COG (Borson et al, 2000)																									
Administração	Instruções específicas																								
1. Obter a atenção do doente. Pedir-lhe para memorizar três palavras não relacionadas. Pedir-lhe para repetir as palavras para garantir que a aprendizagem estava correta.	<ul style="list-style-type: none"> Permitir três tentativas ao doente e em seguida ir para o próximo item. As seguintes listas de palavras foram validadas num estudo clínico: 1-3 <table border="0"> <tr> <td>Versão 1</td> <td>Versão 3</td> <td>Versão 5</td> </tr> <tr> <td>• Banana</td> <td>• Vila</td> <td>• Capitão</td> </tr> <tr> <td>• Nascer do sol</td> <td>• Cozinha</td> <td>• Jardim</td> </tr> <tr> <td>• Cadeira</td> <td>• Bebê</td> <td>• Fotografia</td> </tr> <tr> <td>Versão 2</td> <td>Versão 4</td> <td>Versão 6</td> </tr> <tr> <td>• Filha</td> <td>• Rio</td> <td>• Líder</td> </tr> <tr> <td>• Paraíso</td> <td>• Nação</td> <td>• Estação do ano</td> </tr> <tr> <td>• Montanha</td> <td>• Dedo</td> <td>• Mesa</td> </tr> </table>	Versão 1	Versão 3	Versão 5	• Banana	• Vila	• Capitão	• Nascer do sol	• Cozinha	• Jardim	• Cadeira	• Bebê	• Fotografia	Versão 2	Versão 4	Versão 6	• Filha	• Rio	• Líder	• Paraíso	• Nação	• Estação do ano	• Montanha	• Dedo	• Mesa
Versão 1	Versão 3	Versão 5																							
• Banana	• Vila	• Capitão																							
• Nascer do sol	• Cozinha	• Jardim																							
• Cadeira	• Bebê	• Fotografia																							
Versão 2	Versão 4	Versão 6																							
• Filha	• Rio	• Líder																							
• Paraíso	• Nação	• Estação do ano																							
• Montanha	• Dedo	• Mesa																							
2. Pedir ao doente para desenhar o mostrador de um relógio. Depois dos números marcados, pedir ao doente para desenhar os ponteiros para ler 10 minutos depois das 11:00 (ou 20 minutos depois das 8:00).	<ul style="list-style-type: none"> Pode ser usada uma folha de papel em branco ou um círculo pré-impresso no verso. A resposta correta é todos os números colocados aproximadamente nas posições corretas e os ponteiros apontando para o 11 e 2 (ou o 4 e 8). Estes dois horários específicos são mais sensíveis que os outros. Durante esta tarefa não deve ser visível um relógio para o doente. Recusa em desenhar um relógio é pontuado como anormal. Avançar para o próximo passo se o relógio não estiver completo ao fim de três minutos. 																								
3. Pedir ao doente para recordar-se das três palavras do passo 1.	Pedir ao doente para recordar-se das três palavras que lhe apontamos no passo 1.																								
Pontuação																									
3 palavras recordadas	3 palavras recordadas																								
1-2 palavras recordadas + normal TDR	1-2 palavras recordadas + normal TDR																								
1-2 palavras recordadas + anormal TDR	1-2 palavras recordadas + anormal TDR																								
0 palavras recordadas	0 palavras recordadas																								



Draft

Teste Do Desenho Do Relógio

Data:



**13 – Avaliação da Nutrição segundo o MNA (Kaiser, et al. 2009)**

13. 1 – Nos últimos três meses houve diminuição da ingesta alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade de mastigar ou deglutir?

- Diminuição grave da ingesta
- Diminuição moderada da ingesta
- Sem diminuição da ingesta

13. 2 – Perda de peso nos últimos 3 meses

- Superior a três quilos
- Não sabe informar
- Entre um a três quilos
- Sem perda de peso

13. 3 – Mobilidade

- Restrito ao leito ou à cadeira de rodas
- Deambula mas não é capaz de sair de casar
- Normal

13. 4 – Passou algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

- Sim
- Não

13. 5 – Problemas neuropsicológicos

- Demência ou depressão graves
- Demência ligeira
- Sem problemas psicológicos

13. 6 – Índice de Massa Corporal (IMC = peso [Kg]/ estatura [m²])

- 0 - IMC < 19
- 19 ≤ IMC < 21
- 21 ≤ IMC < 23
- IMC ≥ 23

Se IMC não disponível, substituir a questão 13.5 pela questão 13.6.
Não responder à questão 13.6 se a questão 13.5 já estiver completa.

13. 7 – Circunferência da perna (CP) em cm

- CP menor que 31
- CP maior ou igual a 31

Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)

12-14 pontos: estado nutricional normal

8-11 pontos: sob risco de desnutrição

0-7 pontos: desnutrido



14 – Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida diária (AIVD) (Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira, Pinto, & Martins, 2008)

14.1. Capacidade para usar o telefone:

- Utiliza o telefone por própria iniciativa; procura e marca números
- É capaz de marcar alguns números familiares;
- Atende o telefone mas não marca os números
- Não é capaz de utilizar o telefone

14.2. Fazer compras:

- Realiza sozinho(a) todas as compras necessárias
- Realiza sozinho(a) as compras pequenas
- Necessita de ser acompanhado(a) para fazer qualquer compra
- Totalmente incapaz de ir às compras

14.3. Preparação da comida:

- Organiza, prepara e serve adequadamente as refeições sozinho
- Prepara adequadamente as refeições se os ingredientes forem fornecidos
- Prepara, aquece e serve as refeições, mas não mantém uma dieta adequada
- Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições

14.4. Cuidado com a casa:

- Mantém a casa arrumada, sozinho ou com ajuda ocasional (para trabalhos pesados)
- Realiza tarefas diárias ligeiras, como lavar a louça ou fazer a cama
- Realiza tarefas diárias ligeiras, mas não mantém um nível adequado de limpeza
- Necessita de ajuda em todas as tarefas da vida da casa
- Não participa em nenhuma tarefa doméstica

14.5. Lavar a roupa:

- Lava sozinho(a) toda a sua roupa
- Lava sozinho(a) apenas peças pequenas
- Toda a lavagem de roupa tem de ser realizada por outra pessoa

14.6. Usar os meios de transporte:

- Viaja sozinho(a) em transportes públicos ou conduz o seu próprio carro
- É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro meio de transporte
- Viaja em transportes públicos quando acompanhada por alguém
- Só utiliza o táxi ou automóvel com ajuda de outros
- Não viaja

14.7. Responsabilidade com a sua medicação:

- É responsável por tomar a sua medicação nas doses corretas e à hora certa;
- Toma a sua medicação se lhe for preparada (doses separadas) previamente
- Não é capaz de se responsabilizar pela toma da medicação

14.8. Capacidade para tratar dos seus assuntos económicos:

- Gere os seus assuntos financeiros sozinho(a) (cheques, paga a renda, contas bancárias)
- Gere as compras do dia-a-dia, mas necessita de ajuda nas grandes compras, no banco
- Incapaz de gerir o dinheiro



15 – Avaliação da Dependência do Autocuidado (FADA) (Pereira, 2014)				
15.1. Autocuidado: Andar	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
15.1.1. Suporta o próprio corpo na posição de pé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.1.2. Sobe e desce degraus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.1.3. Percorre distâncias moderadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.2. Autocuidado: Transferir-se	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
15.2.1. Transferir-se da cama para a cadeira/cadeirão e da cadeira/cadeirão para a cama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.3. Autocuidado: Virar-se	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
15.3.1 Move o corpo, virando-se de um lado para o outro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.4. Autocuidado: Elevar-se	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
15.4.1. Levantar parte do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.5. Autocuidado: Uso do sanitário	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
15.5.1. Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.5.2. Ergue-se da sanita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.5.3. Ajusta as roupas após a higiene íntima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.6. Autocuidado: Alimentar-se	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
15.6.1. Prepara os alimentos para a ingestão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.6.2. Abre os recipientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.6.3. Pega no copo ou chávena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.6.4. Leva os alimentos à boca com os utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.7. Autocuidado: Arranjar-se	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
15.7.1. Penteia ou escova os cabelos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.7.2. Cuida das unhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.7.3. Aplica o desodorizante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.7.4. Mantém a higiene oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.8. Autocuidado: Vestir-se/Despir-se	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
15.8.1. Escolhe as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.8.2. Veste as roupas na parte inferior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.8.3. Abotoa as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.8.4. Usa cordões para amarrar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.8.5. Calça as meias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.9. Tomar Banho	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
15.9.1. Obtém objetos para o banho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.9.2. Abre a torneira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.9.3. Lava o corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	Nunca	Raramente	Às vezes	A maior parte das vezes	Sempre
19.14 Os membros da minha família são realmente bons uns para os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.15 A minha família é respeitada por aqueles que nos conhecem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.16 Parece existir muito atrito na minha família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.17 Existe muito amor na minha família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.18 Os membros da minha família dão-se bem uns com os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.19 Viver na minha família é geralmente desagradável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.20 A minha família representa uma grande alegria para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.21 Eu sinto orgulho da minha família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.22 Outras famílias parecem entender-se melhor do que a nossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.23 A minha família é uma verdadeira fonte de conforto para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.24 Eu sinto-me posto (a) de parte na minha família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.25 A minha família é infeliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20- Auto percepção da saúde/qualidade de vida (avaliar apenas nos idosos sem compromisso cognitivo na avaliação do MINI-COG)					
20.1 Como perceciona a sua Saúde?	<input type="radio"/> Muito má <input type="radio"/> Má <input type="radio"/> Razoável <input type="radio"/> Boa <input type="radio"/> Muito boa				
20.2 Quando comparado com outras pessoas da sua idade (família, vizinhos, ...) considera a sua saúde	<input type="radio"/> Muito pior <input type="radio"/> Pior <input type="radio"/> Igual <input type="radio"/> Melhor <input type="radio"/> Muito Melhor				
20.3 Como considera a sua Qualidade de Vida?	<input type="radio"/> Muito má <input type="radio"/> Má <input type="radio"/> Razoável <input type="radio"/> Boa <input type="radio"/> Muito boa				
20.4 Qual a sua satisfação com a vida?	<input type="radio"/> Muito má <input type="radio"/> Má <input type="radio"/> Razoável <input type="radio"/> Boa <input type="radio"/> Muito boa				

Fim do preenchimento

Obrigado pela sua colaboração,