



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Ana Cláudia Duarte do Coito

O autocuidado em eventos de hospitalização: prevenção do declínio funcional em idosos no processo de internamento

Coimbra

junho, 2018



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Ana Cláudia Duarte do Coito

O autocuidado em eventos de hospitalização: prevenção do declínio funcional em idosos no processo de internamento

Orientador: Professor Doutor Arménio Guardado Cruz

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Coimbra

junho, 2018

*“A adversidade desperta em nós capacidades que,
em circunstâncias favoráveis, teriam ficado adormecidas.”*

Horácio

AGRADECIMENTOS

No âmbito desta investigação, foram muitas as pessoas que me apoiaram e que merecem o meu sincero agradecimento. Assim:

- Ao Professor Arménio por ter aceite o desafio de me orientar no decorrer deste estudo e que me foi apoiando com toda a paciência durante a sua elaboração;
- Ao Professor António Amaral pela autorização e disponibilidade demonstrada na utilização da escala InterRAi-CA-PT;
- À Comissão de ética, Conselho de Administração do CHUC e Direção Clínica do Serviço de Medicina Interna do Hospital Geral por terem possibilitado a recolha de dados em meio hospitalar e conseqüente realização do estudo;
- Aos profissionais e colegas do Serviço de Medicina BA por todo o apoio e disponibilidade demonstrados durante a colheita de dados;
- Aos utentes e respetivas famílias, pela sua sincera receptividade e colaboração na resposta a todas as questões necessárias, e sem os quais não seria possível realizar este estudo;
- À minha família: pais, marido e irmã, que sempre me apoiaram, mesmo quando a vontade de continuar foi diminuta e que me mostraram que era possível;
- Aos amigos e colegas de curso pelo encorajamento profundo do início ao fim.

MUITO OBRIGADO!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

InterRAI-AC – *International Resident Assessment Instrument – Acute Care*

InterRAI-CA-PT – *International Resident Assessment Instrument – Cuidados Agudos - versão portuguesa*

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

AVD's – Atividades de Vida Diária

AIVD's – Atividades Instrumentais de Vida Diária

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

RESUMO

Os eventos de hospitalização numa população envelhecida implicam alterações na autonomia da pessoa e provocam situações de dependência, especialmente na área do autocuidado. Estas modificações são um desafio, em especial para os enfermeiros de reabilitação que devem valorizar e promover, através das suas intervenções, reconstrução da autonomia.

O estudo apresentado teve como principal objectivo verificar se ocorre declínio funcional para os autocuidados nos idosos internados no Serviço de Medicina BA CHUC, avaliando o nível de dependência para os autocuidados na pré-admissão, admissão e alta. Para isso foi desenvolvido um estudo de natureza quantitativa, descritivo-correlacional com medidas repetidas numa amostra de 52 utentes idosos, internados no Serviço de Medicina durante o período de 15 de julho a 15 de novembro de 2017. Para a colheita de dados foi utilizada uma versão adaptada do InterRAI-CAPT, validada para a população portuguesa por Amaral et al. (2014). A escala foi aplicada no momento da admissão e da alta, após autorização do autor e deferimento do Conselho de Administração do CHUC. Todos os utentes consentiram a sua participação de forma livre e esclarecida.

Os resultados obtidos permitem afirmar que ocorre declínio funcional dos idosos internados no Serviço de Medicina BA entre a pré-admissão, a admissão e a alta. A avaliação das escalas de AVD's comprova estes resultados demonstrando um aumento global do nível de dependência durante o período de internamento. Estes resultados demonstram uma necessidade de identificação dos factores desencadeantes e acima de tudo uma avaliação cuidada do utente, com planificação de intervenções adequadas de forma a minimizar o impacto da hospitalização na vida da pessoa. No campo da promoção de autonomia e minimização do declínio funcional, o enfermeiro de reabilitação deverá ter um papel fundamental como interveniente directo com os utentes através dos seus conhecimentos específicos mas também como dinamizador da equipa de enfermagem, impulsionando acções que permitam a obtenção de ganhos em saúde. Como perspectiva futura, sugere-se a realização de estudos que analisem as intervenções dos enfermeiros de reabilitação neste âmbito, de forma a avaliar a efectividade das mesmas.

Palavras-Chave: Autocuidado, declínio funcional, hospitalização, reabilitação.

ABSTRACT

The events of hospitalization of elderly population imply changes in the person's autonomy and leads to dependence situation, mainly in the area of self-care. These changes are a challenge, especially to the rehabilitation nurses that must improve and promote, through their interventions, autonomy reconstruction.

The present study had the main goal to verify if there is a functional decadence to the self-care in old patients admitted in the Medicine Service BA of CHUC, looking at the level of dependency for the self-care in pre-internment, admission and discharge. For that it was developed a quantitative study, descriptive-correlational with repeated measures in an amount of 52 old patients' admitted in Medicine Service during a term between July 15th and November 15th 2017. For the recovery of the data it was improved an adapted version of InterRAI-CA-PT, validated to the portuguese population by Amaral et al. (2014). The scale was applied at the time of admission and discharge, after approval of the author and grant of the Administrative Council from CHUC. All the patients allowed their participation on a free and clarified way.

The final results allow claiming that comes functional deterioration of old patients admitted in Medicine Service BA among pre-internment, admission and release. The evaluations of AVD's scales confirm these results showing global increase of dependence level during internment. These results explain a need of identification of the triggering agents, and above all, a patients careful evaluation, through suitable mediation planning in order to minimize the impact in patients' life hospitalization. In the promotion area of autonomy and functional decline minimization, the rehabilitation nurse must take the main role as a direct worker with patients through their specific skills, but also, as a trainer in the nursing team improving actions which allow health gains. As a future prospective, it is suggested the execution of studies that analyse the rehabilitation nurses intervention in this point, in order to evaluate their effectiveness.

Keywords: self-care, functional decline, hospitalization, rehabilitation.

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Secções que compõem o instrumento InterRAI-CA-PT a ser utilizado no estudo.....	51
Quadro 2 - Produção de Escalas	53

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Resultados dos testes de normalidade.....	56
Tabela 1 – Distribuição da amostra em função do gênero	58
Tabela 2 – Distribuição da amostra em função da idade.....	58
Tabela 3 – Distribuição da amostra em função do estado civil.....	58
Tabela 4 – Distribuição da amostra em função da proveniência	59
Tabela 5 – Distribuição da amostra em função das formas de coabitação.....	59
Tabela 6 – Distribuição da amostra em função do episódio desencadeador da admissão	60
Tabela 7 – Distribuição da amostra em função do período desde a última hospitalização.....	60
Tabela 8 – Distribuição da amostra em função do tempo passado na urgência.....	61
Tabela 9 - Estatísticas referentes ao tempo de internamento	61
Tabela 10 - Resultados da variável Cognição.....	63
Tabela 11 - Resultados da variável Comportamento e Ânimo.....	64
Tabela 12 - Resultado da variável Auto-desempenho de AVD's	66
Tabela 13 - Resultados da variável Locomoção/Caminhar	69
Tabela 14 - Resultados da variável caminhada de 4 metros cronometrada	69
Tabela 15 - Resultados da variável Acamado por motivos médicos.....	70
Tabela 16 – Resultados da variável Auto-desempenho das AIVD's e Capacidade	71
Tabela 17 - Resultados da variável Continência	74
Tabela 18- Resultados da variável Quedas	75
Tabela 19 - Resultadas da variável Equilíbrio	76
Tabela 20 - Resultados da variável Náusea.....	76
Tabela 21 - Resultado da variável Dispneia.....	77
Tabela 22 - Resultados da variável Fadiga	77
Tabela 23 - Resultados da variável Dor	78
Tabela 24 - Destino após a alta	79
Tabela 25 – Estatísticas Descritivas da Versão Curta da Escala de AVD's.....	80
Tabela 26 – Estatísticas do Teste Friedman para a Versão Curta da Escala de AVD's	81
Tabela 27 – Estatísticas do Teste Wilcoxon para a Escala de AIVD's	81
Tabela 28 – Estatísticas descritivas da Escala de AIVD's.....	82

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
PARTE UM: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1. O AUTOCUIDADO EM ENFERMAGEM.....	25
1.1. TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE ENFERMAGEM.....	27
1.1.1. Teoria do Autocuidado.....	28
1.1.2. Teoria do Défice do Autocuidado.....	29
1.1.3. Teoria dos Sistemas de Enfermagem.....	30
2. INDEPENDÊNCIA E DECLÍNIO FUNCIONAL.....	33
3. ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	41
PARTE DOIS: ESTUDO EMPÍRICO	
1. METODOLOGIA	47
1.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO.....	47
1.2. TIPO DE ESTUDO.....	48
1.3. POPULAÇÃO / AMOSTRA.....	49
1.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	49
1.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS.....	54
1.6. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS.....	55
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	57
2.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	57
2.2. ANÁLISE DESCRITIVA	61
2.3. ANÁLISE INFERENCIAL	79
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	83
CONCLUSÃO	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
ANEXOS	

ANEXO I - Adaptação do InterRAI Cuidados Agudos - versão portuguesa

ANEXO II - Consentimento Informado

INTRODUÇÃO

O estudo do declínio funcional dos autocuidados no processo de internamento surge não apenas da necessidade de dar resposta aos preceitos essenciais para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Reabilitação pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra mas também pela preocupação constante de melhoria na área do autocuidado, conceito bastante presente nas teorias de enfermagem, e na constante referência de declínio funcional por parte dos utentes e famílias com quem interajo na prática clínica. O facto de desempenhar funções num Serviço de Medicina Interna, onde a maioria dos utentes são idosos, torna esta inquietação mais premente devido ao envelhecimento populacional a que assistimos atualmente e à necessidade de encontrar soluções para que os idosos mantenham condições de vida com qualidade. A formação como especialista despertou um sinal de alerta para o estado funcional dos utentes que diariamente são internados nesta área clínica e para a necessidade de atuar como membro diferenciador e dinamizador no sentido de melhorar as intervenções de enfermagem neste âmbito específico, pelo que é fundamental partir de uma avaliação inicial completa e fundamentada de forma a facultar aos profissionais alguns resultados que possam permitir mudanças no sentido da melhoria contínua.

O envelhecimento com qualidade vida é um dos grandes objetivos da sociedade atual, onde a esperança média de vida tem vindo a aumentar. Estes objetivos trazem grandes desafios para a saúde no sentido de ajudar estas pessoas a manter um estado funcional que lhes permita independência e qualidade de vida durante mais anos e com as alterações próprias da idade (Peron, Gray, & Hanlon, 2011).

No entanto, e embora as atividades políticas de saúde em Portugal incentivem o envelhecimento ativo, é sabido que com o decorrer da idade aumentam as complicações associadas à degradação a nível físico, psicológico e social. Consequentemente vai aumentando a procura de cuidados de saúde e internamentos no sentido de manutenção destes episódios de deterioração. Esta situação tem grande impacto nos serviços de internamento hospitalar, especialmente nas áreas de medicina interna, onde a taxa de ocupação, maioritariamente com pessoas idosas, ultrapassa os 90%.

O processo de internamento, para recuperação de um estado de agudização, provoca nas pessoas idosas, limitações que podem afetar a sua independência nas atividades de vida diária e autocuidados. O processo de internamento instiga um conjunto de fatores, como o stress, que associados à existência de doenças crónicas agravadas nestes períodos podem provocar declínio funcional. Sales, Silva, Gil-Jr. e Filho (2011) referem que, a partir do segundo dia de internamento, já ocorre deterioração da capacidade de realização das atividades básicas. Estas atividades são, desde o início da enfermagem, a chave dos quadros teóricos nos quais se baseiam todos os enfermeiros e, por isso, devem ser um ponto fulcral da ação da enfermagem (Ward & Reuben, 2014).

Nesse sentido, é fundamental que os enfermeiros, como principais prestadores de cuidados aos utentes, realizem uma avaliação cuidada dos idosos no momento de admissão, especialmente no que concerne à realização dos autocuidados e atividades de vida diária, no sentido de permitir uma abordagem imediata de forma a manter ou melhorar as capacidades dos idosos. A manutenção da função deve ser uma prioridade no cuidado aos doentes, especialmente, pela parte da enfermagem de reabilitação (Menezes, Oliveira & Menezes, 2010). Esta manutenção, juntamente com o tratamento do processo de agudização, permitirão uma alta precoce e um regresso da pessoa ao seu contexto familiar, pessoal e social, favorecendo um aumento da qualidade de vida. É sabido que internamentos de longa duração são portas para um declínio funcional marcado e uma exposição prolongada a infeções hospitalares que poderão alterar de forma permanente o estado funcional das pessoas.

O enfermeiro de reabilitação, devido ao seu amplo leque de conhecimentos e competências vocacionadas para a avaliação da funcionalidade deverá ser um membro dinamizador não só na ação e implementação das atividades de avaliação e manutenção da função mas também na investigação da mesma com o objetivo de aprimorar na orientação das boas práticas, para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Assim, com base na teoria e motivada pela situação profissional, pretende-se desenvolver o presente estudo de forma a responder à questão “Verifica-se o aumento de declínio funcional para os autocuidados, durante o internamento, nos utentes do Serviço de Medicina Interna BA?”. Com base nesta questão foram formulados objetivos, sendo eles: avaliar o nível de dependência para os autocuidados dos utentes idosos do Serviço de Medicina Interna BA, no momento da hospitalização; caracterizar os resultados obtidos de declínio funcional para os autocuidados, durante o internamento, nos utentes idosos do Serviço de Medicina Interna BA e determinar se

o processo de internamento está associado ao declínio funcional para os autocuidados, nos utentes idosos do Serviço de Medicina Interna BA.

Para atingir os objetivos definidos e responder à questão de investigação, desenvolveu-se uma investigação com abordagem quantitativa, de natureza descritivo-correlacional com medidas repetidas, em que participaram 52 utentes internados no Serviço de Medicina BA, do Hospital Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), internados no período de 15 de agosto a 15 de novembro de 2017. O instrumento de colheita de dados selecionado foi o InterRAI-CA-PT, numa versão adaptada, validado para a população portuguesa por Amaral, Ferreira e Gray, em 2014.

Com a realização deste estudo pretende-se obter resultados que permitam demonstrar a situação clínica atual e manifestar a necessidade de implementação de programas de reabilitação adequados e profissionais especializados de forma a implementar os mesmos.

Estruturalmente, o documento de investigação divide-se em quatro partes sendo que a primeira diz respeito ao enquadramento teórico onde estão descritos conceitos que servem de pilar ao desenvolvimento deste estudo. Assim, é abordada a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, como modelo da prática atual, e o declínio funcional como acontecimento associado ao envelhecimento ou a situações de hospitalização. É ainda apresentada uma breve descrição das funções do enfermeiro especialista em reabilitação não só devido ao curso onde esta investigação é incluída mas também por os enfermeiros de reabilitação serem elementos fundamentais na prevenção do declínio funcional e na adaptação das pessoas a novas situações. São eles, como elementos participantes da equipa de enfermagem no meio hospitalar, que poderão contribuir para a implementação de intervenções que previnam o declínio funcional.

A segunda parte do documento reporta-se à metodologia de investigação propriamente dita apresentando a questão de investigação e os objetivos do estudo, o tipo de estudo desenvolvido, a descrição da população onde será realizada a colheita de dados, o instrumento para colheita dos mesmos e ainda as considerações éticas e legais implícitas a um estudo deste género.

A terceira parte expõe os dados obtidos na colheita de dados realizada e todos os tratamentos estatísticos necessários para a sua correta análise e interpretação.

A última parte aborda a discussão dos resultados obtidos e o seu estudo no contexto dos objetivos da investigação e da teoria existente no presente.

Por fim surgem ainda as referências bibliográficas, segunda a norma APA, e todos os anexos relevantes para a realização deste estudo.

PARTE UM: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. O AUTOCUIDADO EM ENFERMAGEM

A enfermagem, na sua evolução enquanto disciplina, tem edificado um conjunto de conhecimentos interdisciplinares e de categorias operatórias de intervenção no campo clínico, articulando saberes científicos, éticos e processuais. Este conjunto de saberes conduz a crenças que lentamente se expressam no reconhecimento social da autonomia da profissão (Abreu, 2008).

A aplicação dos conceitos utente, ambiente, saúde e enfermagem, demonstraram interesse para a organização da disciplina e do saber em enfermagem. A prática profissional e o contexto clínico constituem espaços de inclusão e apropriação destes conceitos, na medida em que neles interagem pessoas em processo de evolução (Abreu, 2008).

Meleis (como referido por Abreu, 2008) acrescenta que ao lidarem com problemas reais e com pessoas em processo de transição, os enfermeiros podem refletir e selecionar quadros teóricos tendo em vista a tomada de decisão de natureza clínica e a execução de intervenções de enfermagem específicas.

Desde os anos 50 que a enfermagem se tem inquietado no sentido de conceber teorias para clarificar o objeto de estudo e ação dos enfermeiros (Petronilho, 2009). De facto Kérouac, Pépin e Ducharme (1994) mencionam a importância dos estudos dos paradigmas e dos modelos conceptuais de enfermagem desde Florence Nightingale, na orientação da profissão de enfermagem, sendo fundamental para a compreensão da natureza dos cuidados prestados.

Neste âmbito, Rosa e Basto (2009) referem que Nightingale identificou conceitos e valores centrais para a enfermagem e demonstrou como os cuidados prestados pelos enfermeiros diminuía o sofrimento, as taxas de mortalidade e morbilidade. Assim, a partir dos anos 50 foram despontando concepções do cuidar em enfermagem através da primeira escola de pensamento em enfermagem, desenvolvida entre 1950 e 1970, por teóricas como Faye Abdellah, Virgínia Henderson e Dorothea Orem, onde o objeto de cuidados era a resolução de problemas, nomeadamente o auxílio nas atividades/necessidades/déficé das capacidades de autocuidado. A finalidade dos cuidados era expressa na forma de ajudar o indivíduo nas necessidades de saúde, a adaptar-se aos problemas de saúde, a obter independência nas atividades de vida diária, a eliminar o déficé das capacidades de autocuidado.

Até aos anos 90 surgiram outras escolas de pensamento, no crescimento da disciplina de enfermagem cujas diferenças se manifestaram essencialmente no foco de atenção (Rosa & Basto, 2009).

No período atual, Clarke (como referido por Rosa & Basto, 2009), menciona que continua a ser importante conhecer e compreender a influência do modelo profissional na orientação dos cuidados. A disciplina passou a preocupar-se com a teorização da prática dos cuidados e na elaboração de teorias de médio alcance que evidenciem os efeitos das intervenções de enfermagem. As teorias de enfermagem passaram a ser consideradas modelos orientadores de e para a prática profissional e da investigação dos cuidados de enfermagem.

Queirós (2010) atesta este pensamento ao descrever que a conceção e o desenvolvimento das práticas clínicas de enfermagem passam pela teorização, ou seja, pelo enquadramento conceptual acerca do que foi feito, pela reflexão, avaliação e inovação. Adita ainda conceitos operatórios centrais para a enfermagem, que permitem leituras teóricas integrativas do que os enfermeiros fazem nas suas práticas clínicas, nomeadamente: autocuidado, transição e bem-estar.

De acordo com o mesmo autor,

Ao longo do ciclo vital, oscilamos nas necessidades de autocuidado, nas capacidades autónomas da sua satisfação e nas necessidades de apoio dos agentes de autocuidado quando pelas mais diversas razões, nos processos de transição se altera a nossa condição ou a do meio, e da autonomia caminhamos para a dependência (2010, p.5).

Meleis (como referido por Queirós, 2010) referiu que os processos de transição envolvendo mudança, podem requerer a intervenção dos agentes de autocuidado terapêutico no sentido de facilitar e ajudar a superar défices temporários ou permanentes, reconduzindo ao autocuidado natural. Estes agentes de autocuidado são a sua referência ao papel de enfermagem como facilitador dos processos de transição com vista ao bem-estar.

O autocuidado é definido pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como um “tipo de ação realizada pelo próprio com características específicas: tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida” (Conselho Internacional de Enfermeiras, 1999, p. 55).

Para Theuerkauf, o autocuidado

é mais que um grupo de capacidades aprendidas. É um processo que proporciona ao utente e família a sua primeira oportunidade de adquirir a capacidade de funcionar eficazmente após um acidente ou doença e assumir responsabilidade pelos cuidados de saúde pessoais (2000, p.173).

De acordo com Queirós (2010) a capacidade de se autocuidar, ou seja, de cada um cuidar de si próprio é intrínseca ao ser humano, estruturando-se ao longo do processo de desenvolvimento. É universal, pois não se restringe às atividades de vida diária sendo abrangente a todos os aspetos vivenciais.

1.1. TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE ENFERMAGEM

A teoria do défice de autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem, um dos modelos orientadores da prática e da investigação, é uma teoria geral composta por três teorias relacionadas: a teoria do autocuidado que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si próprias; a teoria do défice do autocuidado que descreve e explica por que razões as pessoas podem ser ajudadas pela enfermagem e a teoria dos sistemas de enfermagem que descreve e explica as relações que têm de existir para que haja enfermagem (Tomey & Alligood, 2002). Foster e Janssens (1993) acrescentam que a teoria dos sistemas de enfermagem baseia-se nas necessidades de autocuidado e nas capacidades da pessoa para a execução de atividades de autocuidado.

Orem (como referido por Taylor, 2004) apresenta três categorias de requisitos de autocuidado, entre os quais: universais (comuns a todos os seres humanos, durante o ciclo de vida), desenvolvimentais (promovem processos de vida e maturação prevenindo condições nefastas) e de desvio de saúde (exigido em condição de doença ou lesão e que pode também ser consequência de medidas médicas de diagnóstico e de tratamento).

Estas categorias podem ser definidas como os objetivos que devem ser alcançados através de ações de autocuidado realizadas pela pessoa ou por terceiros, ou seja, correspondem aos grupos de necessidades identificadas pela teórica (Tomey & Alligood, 2002).

1.1.1. Teoria do Autocuidado

A teoria do autocuidado estabelece a base para compreender as condições e as limitações das pessoas que podem beneficiar com as intervenções da enfermagem, embora seja fundamental existir um ponto de equilíbrio entre o excesso e a carência de cuidado para que o indivíduo seja capaz de se autocuidar (Tomey & Alligood como referido por Queirós, Vidinha & Filho, 2014). O mesmo autor afirma ainda, que a pessoa pode oscilar nas necessidades de autocuidado, nas capacidades autónomas da sua satisfação e nas necessidades de apoio perante situações de transição, em que a mesma não se consegue adaptar favoravelmente.

A teoria do autocuidado de Orem engloba o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado, bem como os requisitos para o autocuidado (Taylor, 2004).

Segundo Tomey e Alligood (2002) autocuidado é uma função humana reguladora que as pessoas executam intencionalmente por si próprias ou que alguém a concretiza por elas para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. Quando interpretada de forma consciente, controlada, intencional e efetiva, atingindo a real autonomia, é designada por atividade de autocuidado.

Petronilho (2012) acrescenta que a atividade do autocuidado envolve os domínios cognitivo (habilidades cognitivas para ação do autocuidado); físico (capacidade física); emocional ou psicossocial (valores, motivação, perceção de competências) e do comportamento (habilidades para efetuar os comportamentos de autocuidado).

A atividade de autocuidado é uma capacidade complexa conquistada para atingir a maturidade e orientar as pessoas a perceberem e colmatarem as suas necessidades contínuas de ação intencional para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento (Taylor, 2004).

A exigência terapêutica de autocuidado consiste na totalidade de ações de autocuidado a serem realizadas durante algum tempo, para satisfação de requisitos de autocuidado, através do uso de métodos válidos e conjuntos relacionados de operações. São considerados requisitos de autocuidado as ações voltadas para a provisão do autocuidado (Foster & Janssens, 1993).

1.1.2. Teoria do Défice do Autocuidado

Segundo Foster e Janssens (1993), a teoria do défice do autocuidado é a essência da teoria geral de enfermagem. Esta especifica quando há necessidade da intervenção de enfermagem no cumprimento do autocuidado do indivíduo por as exigências de autocuidado serem superiores à capacidade da pessoa para desenvolver esse mesmo autocuidado (Tomey & Alligood, 2002). Assim, a enfermagem passa a ser um requisito primordial quando um adulto se encontra limitado ou incapacitado para providenciar o autocuidado.

O défice de autocuidado, apesar de ser um conceito abstrato, quando representado pelas limitações de ação, ajuda a compreender o papel da pessoa no autocuidado e proporciona orientações para a seleção das intervenções de enfermagem que o ajudem (Tomey & Alligood, 2002 como referido por Queirós et al., 2014).

Taylor (2004) menciona que Orem identificou cinco métodos de ajuda: agir ou fazer pela outra pessoa; guiar e orientar; facultar apoio psicológico; proporcionar e sustentar um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar.

No desenvolvimento do seu modelo, Dorothea Orem foi descrevendo relações entre os conceitos. Assim, num determinado momento a pessoa tem capacidades específicas de autocuidado e exigências terapêuticas. Quando as necessidades de autocuidado são superiores à capacidade da pessoa em autocuidar-se, surge um défice de autocuidado. O enfermeiro avalia o défice de autocuidado, elabora a sua intervenção e aplica-a quando as necessidades terapêuticas são superiores à capacidade de autocuidado da pessoa. As atividades em que o enfermeiro intervém podem ser usadas para descrever o território da enfermagem. Nesta linha, Orem identifica ainda cinco áreas de atividade para a prática de enfermagem:

- Iniciar e manter um relacionamento enfermeiro/doente, doente/família até que a pessoa não necessite de cuidados de enfermagem;
- Determinar como os doentes podem ser ajudados através dos cuidados de enfermagem;
- Responder aos desejos, solicitações e necessidades do doente face ao contacto e assistência do enfermeiro;
- Prescrever e proporcionar ajuda aos doentes numa perspetiva de enfermagem;
- Coordenar e integrar os cuidados de enfermagem na vida diária do doente com outros cuidados de saúde necessários (Foster & Janssens, 1993).

A teoria de Orem assume a pessoa como responsável pelo seu autocuidado enunciando que quando a pessoa não é capaz de o fazer a enfermagem atuará de forma a compensar esse déficit. Esta teoria possibilita a responsabilização da pessoa, família e comunidade para tomarem a iniciativa e comprometerem-se com o seu próprio desenvolvimento com vista a obter o bem-estar (Sousa, Linha & Alves, 2010).

1.1.3. Teoria dos Sistemas de Enfermagem

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem sugere que a enfermagem é uma ação humana, pois estes são sistemas de ação concebidos e produzidos por enfermeiros através do exercício da sua prática com pessoas que apresentam limitações de autocuidado (Tomey & Alligood como referido por Queirós et al., 2014).

Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem: o sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação. Podem ser utilizados um ou vários sistemas numa pessoa (Foster & Janssens, 1993).

No sistema totalmente compensatório o doente apresenta limitações que o tornam socialmente dependente de outros para continuar a sua existência e o seu bem-estar. O indivíduo é incapaz de empenhar-se nas ações de autocuidado que exigem mudança autodirigida e controlada (Foster & Janssens, 1993).

No que respeita ao sistema parcialmente compensatório, Foster e Janssens (1993) referem que o enfermeiro e a pessoa desempenham ações de autocuidado. Petronilho (2012) acrescenta que o autocuidado prestado pelo enfermeiro é aceite pela pessoa, sendo que a função deste é compensar algumas medidas de autocuidado. A distribuição das responsabilidades do enfermeiro e da pessoa para efetuar as tarefas de autocuidado variam consoante as limitações da condição de saúde da pessoa; dos conhecimentos técnico-científicos e competências exigidas e da força de vontade da pessoa para desempenhar ou aprender atividades.

No sistema de apoio-educação, a pessoa é capaz de desempenhar o seu autocuidado, necessitando de apoio, orientação e instrução. Assim, o papel do enfermeiro é o de promover a pessoa como um agente de autocuidado, fomentando a tomada de decisão, o controlo do comportamento e a aquisição de conhecimento e habilidades (Foster & Janssens, 1993).

De acordo com o enunciado, é possível epilogar que, para Orem, o processo de enfermagem é um sistema que permite diagnosticar a necessidade de cuidados, fazer uma planificação e intervir de acordo com a mesma. O método para conduzir este

processo obedece aos seguintes critérios: determinação dos requisitos de autocuidado; determinação da competência para o autocuidado; determinação da necessidade terapêutica; mobilização das competências do enfermeiro e o planejamento da assistência de acordo com os sistemas de enfermagem (Tomey & Alligood, 2002).

Para Petronilho, Magalhães, Machado e Vieira (2010) o fenômeno do autocuidado tem sido bastante enfatizado nas teorias de enfermagem, assumindo particular relevância quando tem implicações na autonomia das pessoas para a realização das suas atividades do dia a dia. Desta forma torna-se relevante a necessidade dos enfermeiros valorizarem e terem a consciência de promoverem, através das terapêuticas de enfermagem, reconstrução dessa mesma autonomia, após as transições geradoras de dependência.

2. INDEPENDÊNCIA E DECLÍNIO FUNCIONAL

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011), o envelhecimento da população representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas do século XXI, com reflexos de âmbito socioeconómico e com impacto no desenho das políticas sociais e de sustentabilidade. A Population Reference Bureau (2011) confirma que o envelhecimento demográfico tem vindo a crescer de forma acentuada em todas as regiões do mundo. Os dados apresentados pela Eurostat, em 2012, no relatório do envelhecimento ativo, referem um contínuo processo de envelhecimento, mais pronunciado na Europa, América Latina, Ásia e Oceânia.

Em Portugal, os resultados dos Censos 2011, salientam a ampliação do envelhecimento demográfico representado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem. Os resultados dos Censos 2011 mostram que o índice de envelhecimento do país é de 129, demonstrando que Portugal apresenta mais idosos que jovens na constituição da sua população (INE, 2011). Num enquadramento global, Portugal é o sexto país com maior número de pessoas com 65 ou mais anos e ao nível da União Europeia apresenta o quinto maior índice de envelhecimento (Population Reference Bureau, 2011).

Este cenário demográfico corresponderá a uma quase duplicação do número de pessoas idosas e espelhar-se-á no aumento do índice de envelhecimento da população, sendo projectado que, para 2060, haverá uma relação de 271 pessoas idosas por cada 100 jovens (Dias & Rodrigues, 2012). O aumento da esperança média de vida é uma realidade mundial e anuncia uma maior prevalência de doenças crónicas e conseqüentemente uma maior demanda pelos serviços de saúde, incluindo os hospitalares (Cunha, Cintra, Cunha, Couto & Giacomini, 2009).

Para a Ordem dos Enfermeiros (2011) este fenómeno acabará por traduzir-se num maior número de pessoas com problemas de saúde e dependências quer no nosso país como no resto da Europa. Os Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade Social (2005) corroboram referindo que as estimativas para as próximas décadas são de que as necessidades de cuidados de saúde à pessoa idosa aumentem, sendo previsível o aumento da prevalência de doenças de evolução prolongada, com graus de dependência elevados.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), analisa o estado de saúde de uma pessoa em domínios de saúde e domínios relacionados com a saúde dividindo-os em dois grandes grupos: funções corporais e estruturas e atividades e participação em situações da vida (2004). Qualquer alteração ou insuficiência de uma das capacidades funcionais, devido a doença subjacente ou a agentes pessoais ou ambientais, pode ser problemático para os idosos, particularmente se provocar um declínio funcional, podendo provocar um aumento da utilização de cuidados de saúde, com conseqüente ameaça à independência e deterioração da qualidade de vida dos idosos (Peron et al., 2011).

A Ordem dos Enfermeiros (2011) destaca ainda a prevalência das doenças crónicas associadas ao envelhecimento, com repercussões para a pessoa que aumenta o seu nível de dependência e a para a sociedade. Desta forma, resultante do envelhecimento e do aumento da esperança média de vida da população, assomam cada vez mais pessoas com problemas de saúde e dependências e com necessidades de cuidados de saúde aumentadas. Realçado o envelhecimento populacional, o objetivo dos cuidados de saúde deixam de ser apenas prolongar a vida, mas particularmente manter a capacidade funcional do indivíduo, de forma a promover a autonomia e independência, durante o máximo de tempo possível.

Peron et al., (2011), confirmam que o estado funcional tem sido reconhecido como um resultado de tratamento relevante e importante na população idosa, tornando-se uma pedra basilar do cuidado geriátrico e um indicador de bem-estar geral.

Segundo Cabrita, autonomia e a independência diminuem progressivamente com o envelhecimento, sendo que estes “fatores constituem bons indicadores de saúde e de qualidade de vida para as pessoas idosas. Se os idosos se mantiverem autónomos e independentes, terão menos dificuldades e serão menos dependentes da sua família e da sociedade” (2004, p. 213).

Para desenvolver esta temática surge a necessidade de clarificar os conceitos de autonomia, independência e estado funcional. Para Paschoal (como referido por Cabrita, 2004, p.213) estes termos são esclarecidos da seguinte forma: “autonomia como a capacidade de decisão, de comando e independência como a capacidade para realizar algo pelos seus próprios meios”.

Chen, Lin e Yu (2009) descrevem a independência funcional como a capacidade de a pessoa realizar uma tarefa motora pelos seus próprios meios. Llano, Manz e Oliveira

(2006) acrescentam que esta capacidade está essencialmente ligada à mobilidade, permitindo à pessoa realizar as atividades quotidianas sem ajuda de outros.

Rodriguez (2008) salienta que a definição de dependência enfatiza a carência de capacidades físicas e mentais, mas por mais importante que as mesmas sejam, não se deve afirmar que as capacidades são a totalidade da razão da dependência, formando apenas uma parte dos aspetos relacionados com a mesma. Segundo Pacolet (como referido por Rodriguez, 2008), a dependência deve definir-se em função de quatro dimensões: física, mental, social e económica.

Dependência é definida segundo a CIPE como “a verificação de que alguém está dependente de alguém ou alguma coisa para ajuda ou suporte” (Conselho Internacional de Enfermeiras, 1999, p. 92). De acordo com a mesma fonte, a dependência é classificada em três graus: reduzido, moderado e elevado. Quando se descreve grau reduzido, declara-se que “alguém está dependente de alguém ou de alguma coisa para ajuda ou suporte e a manifestação das características clínicas relevantes que lhe estão associadas é considerada ligeira”. No que diz respeito ao grau moderado são consideradas as características clínicas relevantes como medianas e no caso de grau elevado são consideradas substanciais, sendo determinados os tipos de cuidados de enfermagem de acordo com o grau de dependência.

Dherbey, Pitaud e Vercauteren (como referido por Lopes, 2007) indicam que pessoa dependente é aquela que “depende de uma terceira para atos elementares da vida quotidiana (vestir-se, lavar-se) e que está impedida de realizar as tarefas domésticas que lhe permitem viver sozinha” (p. 39). A dependência, segundo os mesmos autores, não pode ser perspectivada como um estado permanente, mas como um processo dinâmico, cuja evolução se pode modificar, prevenir ou reduzir se existir uma intervenção adequada.

Ferreira (2007) afirma, de acordo com vários estudos, que nas pessoas “existe um claro declínio de diversos parâmetros de aptidão física funcional (força, flexibilidade, resistência, agilidade, coordenação e equilíbrio dinâmico) com o avançar da idade” (p.37). Assim, nos idosos o estado de dependência tem tendência a aumentar, decorrente do próprio processo de envelhecimento e da presença de doenças crónicas. Para Cabrita (2004), “quando surge no idoso agravamento do seu estado de saúde e estes ficam impossibilitados de desempenhar as suas atividades de vida diárias, tornam-se dependentes, necessitando da ajuda de outros” (p. 214).

O envelhecimento com dependência surge ainda associado à prevalência de doenças crônicas. Lage (2005) afirma que “a doença, em particular a doença crônica, tem um efeito direto na capacidade dos indivíduos para satisfazer as atividades da vida diária e manter condições de vida independente” (p.7). No entanto, as doenças crônicas podem ser incapacitantes ou não, pelo que, o aumento de idosos presentes nos locais de saúde, principalmente em unidades de internamento hospitalar, exige dos profissionais maior atenção para os riscos de declínio da independência funcional prevalentes nesta faixa etária (Lourenço, Lenardt, Kletember, Seima, & Carneiro, 2014). Menezes et al. (2010) acrescenta que a hospitalização, devido a uma doença aguda ou crônica, determina um certo grau de imobilidade para qualquer doente, podendo o declínio funcional manifestar-se rapidamente. Covinsky et al. (2003) referidos por Tavares, Grácio e Nunes (2017a) reiteram que, pelo menos 30% das pessoas com 70 ou mais anos, têm alta com incapacidade em uma das Atividades de Vida Diárias (AVD's) que não possuíam previamente ao internamento.

Doran (2003) explica o estado funcional enquanto conceito multidimensional, assente num plano comportamental, psicológico, cognitivo e social. A nível comportamental o exemplo recai nas AVD's, enquanto o humor corresponde ao domínio psicológico, a concentração e atenção ao cognitivo e as atividades relacionadas com os papéis desempenhados nas distintas fases de desenvolvimento incluem-se no domínio social.

O estado funcional está intimamente relacionado com o desempenho individual das AVD's na vida das pessoas e, como tal, é influenciado por fatores internos, externos e culturais (Fawcett et al., 1995 como referido por Doran, 2003). Assim, estes fatores devem ser considerados na avaliação do estado funcional da pessoa e no momento da avaliação de uma intervenção de enfermagem, uma vez os resultados serão afetados pelos mesmos (Doran, 2003).

Os fatores internos a ter em conta na avaliação do estado funcional relacionam-se com o estado de saúde da pessoa em termos individuais, a atitude e as características demográficas (Bourret et al., 2002, Fawcett et al., 1995, Tulman e Fawcett, 1990 como referido por Doran, 2003). As características do ambiente físico que rodeia a pessoa; o acesso aos produtos de ajuda técnica para a mobilidade como bengalas, cadeiras de rodas e andarilhos e os recursos sociais e financeiros a que os indivíduos têm acesso no seu ambiente enumeram-se como fatores externos (Bourret et al., 2002, Fawcett et al., 1995, Zemore e Shepel, 1989 como referido por Doran, 2003). Por fim, as crenças e os valores que orientam as expectativas e os comportamentos das pessoas constituem exemplos de determinantes culturais que têm influência no estado funcional (Fawcett et al., 1995 como referido por Doran, 2003).

Segundo o estudo de Lourenço et al., (2014) observou-se que, no momento do internamento, alguns idosos eram independentes para realização de atividades de vida diária, ou seja, apresentavam independência funcional. No entanto, durante a hospitalização, ocorreu o declínio na execução de algumas dessas atividades, evoluindo para um estado de dependência. Estas alterações são justificadas pelas condições físicas decorrentes do agravamento de doenças, mas também pela própria hospitalização que altera a rotina diária do idoso e o insere num local regido por normas determinadas por pessoas desconhecidas e que podem traduzir-se num evento complexo, peculiar e potencialmente perigoso para eles. Watson (como referido por Moniz, 2003) refere ainda que os ambientes hospitalares são ambientes desconhecidos, despersonalizados e, como tal, percebidos como ameaçadores. Esses eventos são capazes de levar ao declínio do estado funcional e perda da capacidade funcional.

Boltz, Capezuti, Shabbat e Hall (2010) corroboram o estudo anterior referindo que o declínio funcional é uma complicação comum nos idosos hospitalizados. Este autor refere múltiplos fatores como o *delirium* ou alterações cognitivas, depressão e comorbilidades como influenciadores do declínio funcional durante o internamento e ainda como impulsionadores de uma diminuição das probabilidades de melhoria do estado de dependência após a hospitalização.

Brown, Williams, Woodby, Davis e Allman (2007) conceptualizam os fatores que podem afetar o nível de mobilidade do idoso hospitalizado diferenciando-os em quatro grandes categorias: fatores relacionados com o doente como a gravidade da doença; fatores relacionados com o tratamento como os cateteres endovenosos ou as perfusões medicamentosas; fatores relacionados com a instituição como o rácio enfermeiro-doente e fatores de atitude como relacionados com a mobilidade e o risco de queda.

Hoogerduijn, Schuurmans, Duijnste, Rooij e Grypdonck (2006) e Lafont, Gerard, Voisin, Pahor e Vellas (2011) certificam que a evidência científica enumera os fatores demográficos, o estado cognitivo e psicológico, o estado funcional antes da hospitalização, fatores sociais, comorbilidades, polimedicação, mobilidade, estado nutricional, défices sensoriais e síndromes geriátricas como fatores de risco para o declínio funcional relacionado com a hospitalização.

Peron et al., (2011) salientam ainda a idade avançada, a diminuição da atividade física, a ausência de autopercepção de saúde, hábitos de vida (ausência de atividade

física, o tabagismo e o alcoolismo) e o uso de medicamentos, maioritariamente benzodiazepinas, anticolinérgicos, antidepressivos e antihipertensores.

Boltz et al. (2010) aditam ainda que o declínio funcional nos idosos hospitalizados está correlacionado com maiores índices de mortalidade, períodos de internamento mais prolongados e maiores consumos e custos de reabilitação.

Mais recentemente, Vieira (2013) enunciou que o estado funcional é um processo dinâmico e necessita de avaliação periódica com o intuito de determinar a evolução ou declínio do mesmo no idoso. O autor intensifica a necessidade de uma avaliação inicial cuidada aquando da admissão no hospital, pois esta será extremamente importante no processo individualizado dos cuidados de enfermagem, ao nível, sobretudo, do planeamento e execução. Ward & Reuben (2014) abordam a mensuração do estado funcional como valiosa na resposta ao tratamento e no auxílio do planeamento de cuidados de longa duração. Esta avaliação poderá ser realizada em três níveis: atividades básicas de vida diária, atividades instrumentais ou intermediárias de vida diária e atividades avançadas de vida diária.

A avaliação do estado funcional segundo a metodologia habitual é constituída pela observação direta e pela aplicação de questionários com escalas que permitem avaliar os principais componentes da dimensão e se designam “instrumentos de avaliação funcional” (Rubenstein et al., 1989).

Embora as pesquisas demonstrem escassez de instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso são recomendados alguns instrumentos de boa qualidade relativamente aos critérios de validade e confiabilidade. Na subdimensão Atividades de Vida Diária (AVD's) ressalta-se o Índice de Barthel e o *The Index of Independence in Activities of Daily Living* (IADL) de Katz que embora com bom histórico de validade, apresenta resultados de confiabilidade pouco consistentes. Relativamente à subdimensão Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD's), o *Health Assessment Questionnaire* (HAQ), o *Functional Independence Measure* (FIM) e o *Functional Status Index* (FSI) são os instrumentos mais vantajosos. No que diz respeito ao Estado Geral de Saúde e Qualidade de Vida, os instrumentos destacados por possuírem melhor validade e confiabilidade são o *ShortForm-36 Health Survey* (SF-36), o *Chart for Primary Care Practice* (COOP), o *DUKE Health Profile* (DUKE), o *Short Form 20 Health Survey* (SF-20), o *Quality of Life Index* (QLI) e o *Nottingham Health Profile* (NHP) (Paixão e Reichenheim, 2005).

Amaral, Ferreira e Gray (2014) referem o *International Resident Assessment Instrument – Acute Care* (InterRAI-AC) enquanto instrumento que se revela válido e

fiável e passível de utilização para a obtenção de indicadores de qualidade e de planeamento dos cuidados nos contextos de serviços de prestação de cuidados agudos, permitindo mensurar resultados de enfermagem e produzir indicadores de efetividade e melhorar a qualidade dos cuidados. Cardoso (2012) e Januário (2013), em diferentes estudos de avaliação do declínio funcional no processo de internamento em Portugal, utilizando o InterRAI-AC, concluíram que ocorre uma diferença estatisticamente significativa entre o estado funcional na pré-admissão, admissão e alta, com uma deterioração do estado funcional durante o período de internamento.

Neste seguimento e tendo em conta que a capacidade funcional do ser humano diminui com a idade, é necessário estabelecer programas de Reabilitação que promovam e melhorem as capacidades existentes na pessoa idosa, visando as competências destes para se manterem autónomos e melhorando a sua qualidade de vida.

3. ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

De acordo com o Decreto-lei nº 161/96, de 4 de setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril, do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, capítulo II, artigo 4º:

“Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

Desta forma, o conjunto de competências clínicas especializadas, derivam do aprofundamento dos domínios de competências dos enfermeiros de Cuidados Gerais e concretiza-se, em competências comuns e específicas que asseguram que os enfermeiros especialistas possuem um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobilizam em contexto de prática clínica. Todos os enfermeiros especialistas possuem competências comuns, independentemente da sua área de especialidade, comprovadas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. Apresentam quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; gestão da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

As competências específicas resultam, por sua vez, das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, evidenciadas através de um elevado grau de adequação dos cuidados, às necessidades de saúde das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação são:

- Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;

- Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2010 – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação).

A área de especialização de reabilitação tem por alvo de intervenção a pessoa ao longo do ciclo de vida, sendo que o eixo organizador dirige-se aos projetos de saúde da pessoa a vivenciar processos de saúde/doença e/ou deficiência física com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

De acordo com Ordem dos Enfermeiros (2011), ao enquadramento conceptual existente acresceu-se o enquadramento conceptual de enfermagem de reabilitação, que se constitui como uma base de trabalho, da qual surgiram os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional. Um dos enunciados presente é “O bem-estar e o autocuidado”, onde o enfermeiro de reabilitação maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente. Neste seguimento, na orientação da prática de cuidados de enfermagem de reabilitação, os modelos do autocuidado e das transições, mostram-se estruturantes para a otimização da qualidade do exercício profissional.

Todos os enfermeiros podem contribuir de forma significativa na promoção do autocuidado e na qualidade dos processos de transição vividos pelas pessoas, através de medidas contínuas em que toda a equipa de saúde deve estar envolvida e, onde o enfermeiro de reabilitação pode constituir uma mais-valia. A transição para a dependência no autocuidado é um fator modificável através da melhoria do potencial de aprendizagem da pessoa. (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Os líderes dos cuidados de saúde preveem uma mudança na nossa sociedade onde o ênfase na cura médica será diminuído e será dada uma maior atenção aos promotores do autocuidado. Estas mudanças nos cuidados de saúde descerram oportunidades aos enfermeiros de reabilitação para ativarem modelos e teorias; construir, replicarem ou validarem instrumentos; para testarem conceitos e princípios e usarem os resultados da investigação como guias para a educação, gestão e prática. O enfermeiro especialista em reabilitação detém um conjunto de conhecimentos que lhe permite tomar decisões para a promoção da saúde, prevenção da doença/complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa, envolvendo-se em ações como a educação dos utentes, na orientação, no

aconselhamento, na liderança e no desenvolvimento de investigação científica que permita melhorar a prática de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Segundo Hesbeen (2003), o processo normal de envelhecimento conduz a uma diminuição da capacidade funcional e aumento da prevalência de doenças crónicas, cabendo ao enfermeiro de reabilitação estimular capacidades ou recuperar habilidades perdidas. O cuidado centrado na funcionalidade pode prevenir a dependência funcional causada por complicações ou causas relativas à hospitalização (Resnick et al., 2016 como referido por Tavares, Grácio e Nunes, 2017b).

Hirdes e Carpenter (1997 como referido por Doran, 2003) observaram no idoso fragilizado que se a restauração da independência não é possível, então a prevenção do declínio e a manutenção da funcionalidade, centrando-se na diminuição lenta da mesma, podem ser um indicador do sucesso das intervenções.

Os enfermeiros de reabilitação têm obrigação de promover intervenções preventivas no sentido de assegurar que a pessoa mantenha a capacidade funcional, para evitar mais incapacidade e prevenir complicações, assim como de defender o direito à qualidade de vida, socialização e dignidade. Na defesa dos direitos dos utentes, as intervenções do enfermeiro de reabilitação como agente de mudança passam por conceder à pessoa e/ou família conhecimento, estratégias de resolução de problemas e dos comportamentos a adotar para conseguir melhores resultados (Hoeman, 2000).

Hoeman (2000) destaca ainda que os enfermeiros de reabilitação sabem que a formação social da incapacidade deve ser construída e expandida a fim de valorizar as pessoas com doença crónica incapacitante, numa população mundial em envelhecimento.

A Ordem dos Enfermeiros (2011) conclui expondo que os enfermeiros de reabilitação têm que estar esclarecidos acerca do seu papel e da razão para as suas ações pelo que, os enfermeiros que testam cientificamente os conceitos das teorias farão contribuições essenciais para a defesa dos direitos dos utentes e para a melhoria da qualidade de vida. Serão estes enfermeiros que terão um papel preponderante na educação dos utentes mas também dos seus pares, na gestão e supervisão dos cuidados e na formação da equipa e no desenvolvimento de investigações científicas que permitam a melhoria clínica.

PARTE DOIS: ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

Segundo Fortin, Côté e Filion (2009), a investigação tem como ponto de partida uma situação considerada como problemática. Assim, explica-se o problema de investigação como sendo uma situação que necessita de uma solução, de um aperfeiçoamento ou de uma modificação (Adebo, 1974 como referido por Fortin, 2000) ou um desvio entre a situação atual e a situação prevista (Diers, 1979 como referido por Fortin, 2000).

A metodologia é caracterizada por Fortin et al. (2009) como o conjunto das técnicas e métodos utilizados para a elaboração do processo de investigação científica onde se expõem os objetivos da investigação, a questão de investigação, as variáveis consideradas e a sua operacionalização, o processo de seleção da amostra, o instrumento de colheita de dados elaborado; o processo de colheita de dados e os pressupostos éticos considerados; bem como as técnicas e medidas estatísticas utilizadas para o procedimento estatístico.

Com base no exposto, neste capítulo são descritas as etapas e procedimentos com vista à concretização da investigação empírica. Desta forma, através de um plano metodológico são apresentados a questão da investigação e os objetivos do estudo, a constituição da amostra em estudo, as variáveis, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos de recolha de dados e as questões legais e éticas que surgem neste tipo de investigação.

1.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO

O facto de existirem poucos estudos sobre a promoção do autocuidado em contexto hospitalar, assim como a convicção de que a dependência da pessoa relacionada com o processo de internamento pode ser retardada ou minorada conduziu à reflexão sobre a relevância desta temática.

Para Fortin et al. (2009), a questão de investigação constitui um enunciado interrogativo, escrito no presente, que inclui, habitualmente, uma ou duas variáveis e a população a estudar.

A questão de investigação elaborada para o desenvolvimento deste estudo é:

- Verifica-se o aumento de declínio funcional para os autocuidados, durante o internamento, nos utentes do Serviço de Medicina Interna BA?

No que respeita aos objetivos de um estudo, estes consistem num enunciado declarativo que determina as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação (Carmo & Ferreira, 2008).

Desta forma, definiram-se os seguintes objetivos:

- Avaliar o nível de dependência para os autocuidados dos utentes idosos do Serviço de Medicina Interna BA, no momento da hospitalização;
- Caracterizar os resultados obtidos de declínio funcional para os autocuidados, durante o internamento, nos utentes idosos do Serviço de Medicina Interna BA;
- Determinar se o processo de internamento está associado ao declínio funcional para os autocuidados, nos utentes idosos do Serviço de Medicina Interna BA.

1.2. TIPO DE ESTUDO

A investigação quantitativa consiste num processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis. Por este motivo, assenta na observação de factos objetivos que existem independentemente do investigador. Denota-se que é um processo ordenado, desde a definição do problema à obtenção de resultados, permitindo contribuir para o desenvolvimento e validação de conhecimentos, possibilidade de generalizar os resultados e prever/controlar os acontecimentos (Fortin et al., 2009).

Segundo a mesma autora, a investigação é descritiva quando visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação. Este tipo de estudo é utilizado quando existe pouco ou nenhum conhecimento sobre um determinado assunto.

No que respeita aos estudos correlacionais, Carmo e Ferreira (2008) caracterizam-nos como sendo estudos com o propósito de averiguar se existe ou não relação entre duas ou mais variáveis quantificáveis.

Assim, este estudo enquadra-se no domínio dos estudos de natureza quantitativa, caracterizado como descritivo-correlacional com medidas repetidas uma vez que serão

avaliados e descritos os dados em vários momentos distintos – antes da hospitalização, no momento da admissão ao internamento e na alta.

1.3. POPULAÇÃO / AMOSTRA

Segundo Fortin et al. (2009), “a população alvo é o conjunto das pessoas que satisfazem critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações” (p.311).

Tendo em consideração o estudo pretendido, optou-se por uma amostra não probabilística, acidental, no sentido de dar resposta aos critérios de seleção da mesma. A amostragem do tipo acidental ou de conveniência é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e com critérios de inclusão definidos. Possibilita a escolha de indivíduos, no local certo e momento certo (Fortin et al., 2009).

O presente estudo ocorreu em meio hospitalar, mais especificamente, no Serviço de Medicina Interna BA, no polo Hospital Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). A população em estudo foram os utentes idosos internados no referido serviço no período entre 15 de agosto de 2017 e 15 de novembro de 2017.

No que concerne aos critérios de exclusão, foram definidos os seguintes fatores:

- Possuir idade inferior a 65 anos;
- Uteses com internamento inferior ou igual a 3 dias;
- Uteses idosos que apresentam grau de dependência elevado em todos os autocuidados previamente ao internamento, durante pelo menos um ano;
- Uteses idosos com aparentes capacidades cognitivas diminuídas para responderem às questões, com pontuação inferior a 15 pontos no Mini-Exame de Estado Mental.

Assim, dos 106 utentes internados no Serviço de Medicina BA, durante o período referido anteriormente, foram selecionados 52 utentes por satisfazerem todos os critérios delineados antecipadamente.

1.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para concretizar o presente estudo, será utilizado um instrumento de colheita de dados (ANEXO I), composto pela versão adaptada do InterRAI Cuidados Agudos versão

portuguesa (InterRAI – CA – PT), traduzido e validado para a população portuguesa por Amaral, Ferreira e Gray, em 2014.

O InterRAI é um grupo de investigação internacional que desenvolve instrumentos de avaliação abrangente orientados para pessoas que necessitam de cuidados, sobretudo pessoas idosas (InterRAI, 2012 como referido por Amaral, et al., 2014).

Existem vários instrumentos de avaliação InterRAI, de acordo com os diferentes contextos de prestação de cuidados. O instrumento InterRAI-Acute Care foi desenvolvido em hospitais de cuidados agudos e apresentado em 2006, para ser aplicado em pessoas com limitações funcionais em Atividades de Vida Diária (AVD's) e em Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's); em pessoas com limitações cognitivas; em pessoas com doenças que sejam acompanhadas de perda da capacidade funcional para a realização das atividades pessoais, ou em pessoas com mais de 75 anos por existir maior probabilidade de desenvolvimento destes problemas proporcionando uma informação holística da complexidade e fragilidade das pessoas internadas (Gray *et al.*, 2006; Gray *et al.*, 2008 como referidos por Amaral et al., 2014).

O InterRAI-CA-PT é constituído por 16 secções: Identificação; Admissão e História Inicial; Datas de Avaliação; Cognição; Comunicação, Visão e Audição; Comportamento e Ânimo; Estado Funcional; Continência; Diagnósticos; Condições de Saúde; Estado Nutricional e Oral; Estado da Pele; Tratamentos e Procedimentos; Potencial da Alta; Alta; Informação da Avaliação (Amaral et al., 2014).

Este instrumento avalia diferentes domínios clínicos, em quatro momentos: na Pré-Admissão, ou seja, no período de três dias antes do aparecimento da situação que causou o internamento (neste caso os informantes podem ser os familiares se os doentes não forem capazes de o fazer); na Admissão, ou seja, no período de 24 horas seguintes ao internamento; ao 14^o dia de internamento; e na Alta, sendo que a avaliação se reporta às 24 horas anteriores à saída. Na versão portuguesa foi eliminada a avaliação ao 14^o dia devido o tempo médio de internamento ser inferior a 14 dias (Amaral et al., 2014).

A singularidade deste instrumento é a possibilidade de analisar todo o episódio de internamento da pessoa. A avaliação da situação anterior à doença não só permite estabelecer uma ligação com o estado atual, como pode servir de referência para a reabilitação e para o tratamento (Amaral et al., 2014).

No processo de validação do InterRAI-AC para a população portuguesa, procedeu-se à validação cultural e linguística (aprovação do conteúdo das componentes do instrumento e avaliação da clareza dos itens e a sua equivalência cultural); validação

da estrutura interna (verificação da existência de coerência entre as respostas a questões que pertencem a diferentes variáveis, mas que estão relacionadas entre si) e fiabilidade (avaliação da fiabilidade interna, com análise de dois aspetos chave: a fiabilidade inter-juizes e a consistência interna). Terminado o processo de validação do InterRAI-CA-PT, as investigações realizadas no processo de validação revelaram que se trata de um instrumento válido e fiável, com muitas potencialidades, sendo um instrumento excelente, passível de ser aplicado em contextos de prestação de cuidados em serviços de cuidados agudos (Amaral et al., 2014).

Depois de analisado o instrumento com o responsável pela validação do mesmo para a população portuguesa e de acordo com os objetivos traçados para a realização do estudo foi decidido não avaliar algumas das secções existentes uma vez que não se transfeririam em resultados importantes para a investigação em curso. Assim, em seguida, são apresentadas todas as secções existentes no instrumento InterRAI-CA-PT e assinaladas as secções não avaliadas.

Quadro 1 - Secções que compõem o instrumento InterRAI-CA-PT a ser utilizado no estudo

Secção	Título	Variáveis
A	Identificação	Nome; Género; Data de Nascimento; Estado Civil; Língua Materna; Hospital; Enfermaria.
B	Admissão e História Inicial	Data de Internamento; Proveniência; Formas de Coabitação; Episódio desencadeador da Admissão; Período desde a última Hospitalização, Tempo passado no Serviço de Urgência; Cirurgia.
C	Datas da Avaliação	Na Admissão; Na Alta.
D	Cognição	Capacidades Cognitivas para tomar decisões no dia a dia; Capacidade de Memorizar / Recordar; Perturbações periódicas do pensamento ou consciência; Alteração aguda do estado mental em relação ao habitual.
E	Comunicação, Visão e Audição	Não Avaliado

(Continuação) F	Comportamento e Ânimo	Ânimo Auto Reportado; Sintomas de Comportamento.
G	Estado Funcional	Auto Desempenho nas AVD's; Locomoção/Caminhar; Nível de Atividade; Acamado; Auto Desempenho das AIVD's e Capacidade.
H	Continência	Continência Urinária; Aparelho de Recolha da Urina; Continência Fecal; Uso de Pensos, Fraldas.
I	Diagnósticos	Não Avaliado
J	Condições de Saúde	Quedas; Quedas Recentes; Frequência do Problema; Dispneia; Fadiga; Sintomas de Dor.
K	Estado Nutricional e Oral	Não Avaliado
L	Estado da Pele	Não Avaliado
N	Tratamentos e Procedimentos	Não Avaliado
P	Potencial da Alta	Serviços de Apoio da Comunidade antes da admissão; Serviços da Comunidade anteriores à admissão; Potencial da Alta.
Q	Alta	Último dia da hospitalização; Depois da Alta, Enviado para.
R	Informação da Avaliação	Assinatura; Data da Avaliação.

Das secções utilizadas, e de acordo com o manual, é possível combinar itens, que a partir de somatórios ou de algoritmos, produzem um conjunto de escalas que mensuram Desempenho Cognitivo; Comunicação; Dor (avalia a dor que a pessoa refere); Escala de AIVD's (avalia o nível de dependência na realização de AIVD's); Delírio; Escala Hierárquica das AVD's (avalia o nível de dependência na realização das AVD's - mais útil quando se pretende conhecer exatamente o padrão de desempenho de uma pessoa); Versão Curta da Escala das AVD's (mais útil na avaliação da função na globalidade); Escala Curta de Classificação da Depressão e Índice de Massa Corporal (Amaral *et al.* 2014).

Das secções seleccionadas para a realização deste estudo poderão ser produzidas as escalas apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Produção de Escalas

Identificação da Escala	Operacionalização	Escala de Medida
Dor	Algoritmo que combina códigos das variáveis “Sintomas de dor - frequência com que a pessoa se queixa ou mostra sinais de dor” e “Sintomas de dor – nível mais elevado de intensidade da dor atual”.	4 níveis, em que: 0 –Sem dor; 1 – Dor não diária; 2 – Dor diária mas não severa; 3 – Dor diária severa; 4 – Dor diária insuportável
AIVD's	Recodificação e somatório das variáveis auto-desempenho nas AIVD's e capacidade na “preparação das refeições”; “tarefas domésticas”; “gerir as finanças pessoais”; “gerir a medicação”; “uso do telefone”; “escadas”; “compras” e “transporte”.	Classificação em intervalo de 0 a 48, com maior dependência na realização das AIVD's para o valor 48.
Delírio	Recodificação e somatório das variáveis “Perturbações periódicas do pensamento ou consciência – facilmente distraído”; “Perturbações periódicas do pensamento ou consciência – momentos de discurso desorganizado”; “Perturbações periódicas do pensamento ou consciência – função mental varia ao longo do dia” e “Alteração aguda do estado mental em relação ao habitual”.	Intervalo de 0 a 4, em que 4 indica alta probabilidade de delírio.
Hierárquica das AVD's	Algoritmo que combina as variáveis “auto-desempenho na higiene pessoal”; “auto-desempenho no caminhar”; auto-desempenho no uso da casa de banho”; “auto-desempenho na alimentação”, que recodificadas vão originar	7 níveis: 1 –Independente; 2 – Com supervisão; 3 – incapacidade diminuta; 4 – Assistência alargada 1; 5 –Assistência alargada

	respetivamente “perda precoce”; “perda média”; “perda tardia” e “uso do WC”.	2; 6 – dependente; 7 – dependência total.
(Continuação) Versão Curta das AVD's	Utiliza as variáveis “auto desempenho na higiene pessoal”; “auto-desempenho no caminhar”; auto-desempenho no uso da casa de banho”; “auto desempenho na alimentação”, que são recodificadas e somadas.	Intervalo de 0 a 16 valores, em que os 16 valores, representam maior dependência na realização das AVD's.
Escala Curta de Classificação da Depressão	Recodificação e somatório das variáveis “ânimo auto reportado – com pouco interesse ou prazer em fazer as coisas que normalmente gosta”; “ânimo auto reportado – ansioso, impaciente ou inquieto”; e “ânimo auto reportado – triste, deprimido ou desesperado”.	Intervalo de 0 a 3, em que 0 –sem sintomas; 1 – um sintoma presente algumas vezes; 2 –Pelos menos 2 sintomas presentes nos últimos 3 dias/24 horas e 3 – todos os sintomas presentes nos últimos 3 dias/24 horas.

O InterRai – CA – PT é um instrumento que ajudará os profissionais de saúde a obterem dados acerca dos doentes que permitam a produção de informação e conhecimento para a qualidade dos cuidados e para a implementação de políticas, conduzindo a uma organização mais centrada na pessoa e nos resultados das intervenções (Amaral et al., 2014).

1.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS

Para Carmo e Ferreira (2008) a realização de uma investigação implica por parte do investigador a observância de princípios éticos, aceites pela comunidade de investigadores.

No sentido de cumprir todas as considerações éticas foram realizados pedidos de autorização para utilização do instrumento de colheita de dados, versão adaptada do InterRAI – CA – PT (ANEXO I), ao responsável pela validação do mesmo para a população portuguesa. Foram também elaborados pedidos de autorização de realização do estudo ao Presidente do Conselho de Administração do CHUC e ao Diretor do Serviço em questão. Concomitantemente foi submetido parecer à Comissão

de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Quanto aos direitos da pessoa, Fortin et al. (2009) referem que estes devem ser protegidos em qualquer estudo de investigação. Ao envolverem seres humanos, deve-se ter em atenção os direitos à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo, bem como o direito a um tratamento justo e equitativo.

Nesse sentido, foi realizado o primeiro contacto com cada utente para apresentação do estudo e os seus objetivos solicitando a colaboração voluntária dos utentes para o preenchimento do instrumento de colheita dos dados. No caso de aceitação, recorreu-se à assinatura do consentimento informado (ANEXO II) com todas as informações e garantias de confidencialidade. Aos participantes de baixa escolaridade ou iletrados, foi dada a possibilidade de uma pessoa significativa ler o consentimento informado. Em relação à assinatura do documento, foi oferecido carimbo, sempre que necessário.

Após o consentimento foi realizada a colheita de dados pelo próprio investigador. Esta colheita realizou-se no momento de admissão ao internamento, ou no período de 24 horas após o ocorrido e no momento da alta.

Quanto aos dados obtidos com o estudo, existe o compromisso de efetuar uma apresentação dos resultados obtidos ao diretor de serviço, chefe da equipa de enfermagem e enfermeiros do serviço onde o estudo foi concretizado.

1.6. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Para Polit, Beck e Hungler (2004, p.312), “os procedimentos estatísticos permitem que o pesquisador resuma, organize, interprete e comunique a informação numérica”.

Após a colheita de dados, e de forma a sistematizar a informação obtida, recorreu-se ao programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) na versão 22.0 para o Windows.

A análise estatística teve em conta as variáveis presentes no estudo. Assim, foi realizada a análise descritiva para caracterizar a amostra, de acordo com as respostas obtidas com a aplicação do InterRAI, versão adaptada, e utilizadas depois frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão e percentis).

Para verificação da existência de desvios em relação à normalidade nas distribuições das variáveis em estudo para aplicação posterior dos testes, foi realizado o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov com a correção de significância de Lilliefors e o teste Shapiro-Wilk. Esses testes permitiram demonstrar que a amostra não segue uma distribuição normal, uma vez que o valor de p é sempre inferior a 0,05.

Tabela 1 – Resultados dos testes de normalidade

Testes		Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
		Estatística	p	Estatística	p
Versão Curta de AVD's	Pré-Admissão	,223	,000	,794	,000
	Admissão	,158	,002	,892	,000
	Alta	,153	,004	,889	,000
Escala das AIVD's	Pré-Admissão	,186	,000	,837	,000
	Alta	,176	,000	,884	,000

Em seguida foi realizada a análise inferencial para investigar a relação entre as variáveis e dar resposta aos objetivos definidos, aplicando testes não paramétricos, uma vez que a normalidade na distribuição das variáveis em estudo era inexistente. Assim, a escolha recaiu sobre o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas para estudar o comportamento de variáveis contínuas e analisar eventuais diferenças, e o teste de Friedman para comparação múltipla de médias para amostras emparelhadas (Maroco, 2011).

Em todos os testes realizados foram considerados estatisticamente significativos os resultados com um limite de significância inferior a 0,05 ($p < 0,05$).

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo proceder-se-á à apresentação dos dados obtidos no decorrer da investigação, através da aplicação do instrumento InterRAI – CA – PT, versão adaptada. Os dados obtidos serão expostos, em tabelas, juntamente com os resultados das inferências estatísticas que possibilitaram a verificação da questão em estudo.

De acordo com Fortin et al. (2009), nesta parte do relatório de investigação, devem estar presentes os resultados obtidos com as análises estatísticas, podendo ser utilizados quadros ou tabelas, uma vez que permitem uma melhor compreensão dos resultados.

Serão enumerados dados obtidos relativamente á caracterização da amostra, à análise descritiva e à análise inferencial.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Segundo Fortin et al. (2009, p.312), “A amostra é a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo”. É ainda referenciado pela mesma autora que a amostra em estudo deve ser representativa da população e deter características específicas para a concretização do estudo.

É importante referir, que todos os utentes selecionados para o estudo, fizeram parte da população de utentes internados no Serviço de Medicina Interna BA, do Hospital Geral, num determinado período de tempo. Foram selecionados, da população de utentes internados, 52 utentes por cumprirem os critérios estabelecidos previamente.

Verificando a tabela 1, referente à distribuição dos idosos em função do género, é possível analisar que da amostra estudada (n= 52), 50% pertencem ao sexo masculino, enquanto os restantes 50% pertencem ao sexo feminino.

Tabela 1 – Distribuição da amostra em função do género

Género	N	%
Masculino	26	50,0
Feminino	26	50,0
Total	52	100,0

A tabela 2, relativa à distribuição segundo a faixa etária, e sabendo que foram excluídos os utentes com menos de 65 anos, verifica-se que a maior percentagem da amostra se localiza entre os 86 e os 90 anos (26,9%), existindo ainda 23,1% de utentes entre 81 e 85 anos, 19,2% entre 76 e 80 anos e 11,5% entre 66 e 70 anos. Assinalam-se ainda 5% de idosos nos intervalos de 71 a 75 anos e 91 a 95 anos.

Tabela 2 – Distribuição da amostra em função da idade

Idade	N	%
66-70	6	11,5
71-75	5	9,6
76-80	10	19,2
81-85	12	23,1
86-90	14	26,9
91-95	5	9,6
Total	52	100,0

A distribuição dos idosos em função ao estado civil, evidenciada na tabela 3, indica-nos que a maioria dos idosos em estudo é viúvo, representados por 59,6% do total, seguidos dos casados, representados por 30,8%.

Tabela 3 – Distribuição da amostra em função do estado civil

Estado Civil	N	%
Solteiro	1	1,9
Casado	16	30,8
Viúvo	31	59,6

Separado	3	5,8
Divorciado	1	1,9
Total	52	100,0

Na tabela 4, relativa à distribuição dos utentes segundo a proveniência é possível analisar que 75% da amostra é proveniente do próprio domicílio, seguido de 19,2% provenientes de Lar.

Tabela 4 – Distribuição da amostra em função da proveniência

Proveniência	N	%
Moradia/apartamento próprio/quarto arrendado	39	75,0
Lar	10	19,2
Casas assistidas ou semi-independentes	1	1,9
Unidade de cuidados continuados	2	3,8
Total	52	100,0

A análise da tabela 5 permite verificar que 15% dos idosos em estudo vive sozinho seguido de 11% dos idosos que vivem com não-familiares, 10% vivem apenas com o cônjuge e 8% vivem com os filhos.

Tabela 5 – Distribuição da amostra em função das formas de coabitação

Formas de Coabitação	N	%
Sozinho	15	28,8
Apenas com cônjuge/parceiro	10	19,2
Com cônjuge/parceiro e outro(s)	4	7,7
Com filhos (sem cônjuge/parceiro)	8	15,4
Com outros familiares	4	7,7
Com não-familiares	11	21,2
Total	52	100,0

A tabela 6 demonstra que 57,7% dos idosos em estudo iniciou sintomatologia nos 7 dias antes do internamento enquanto 23,1% aguardaram entre 8 a 14 dias para recorrer ao hospital.

Tabela 6 – Distribuição da amostra em função do episódio desencadeador da admissão

Episódio desencadeador da admissão	N	%
Nos últimos 7 dias	30	57,7
Há 8-14 dias	12	23,1
Há 15-30 dias	5	9,6
Há 31-60 dias	2	3,8
Há mais de 60 dias	3	5,8
Total	52	100,0

Na análise da tabela 7, compreende-se que 65,4% dos idosos em estudo não estiveram internados nos últimos 90 dias, enquanto 25% estiveram internados no intervalo entre 31 e 90 dias anteriores ao atual internamento. É de salientar que 4 idosos estiveram internados no último mês.

Tabela 7 – Distribuição da amostra em função do período desde a última hospitalização

Período desde a última hospitalização	N	%
Não houve hospitalização nos últimos 90 dias	34	65,4
Há 31-90 dias	13	25,0
Há 15-30 dias	4	7,7
Há 8-14 dias	1	1,9
Total	52	100,0

Relativamente ao tempo passado no serviço de urgência, a tabela 8 demonstra que 42,3% dos idosos em estudo estiveram na urgência entre 8 e 24 horas antes de ser concretizado o internamento e 25% mantiveram-se na urgência até 48 horas antes do internamento. É ainda relevante evidenciar que 21,2% dos idosos em estudo se mantiveram no serviço de urgência por mais de 48 horas.

Tabela 8 – Distribuição da amostra em função do tempo passado na urgência

Tempo passado na urgência	N	%
0-8 horas	6	11,5
8-24 horas	22	42,3
24-48 horas	13	25,0
Mais de 48 horas	11	21,2
Total	52	100,0

Relativamente á tabela 9 é possível aferir que a médio do tempo de internamento no serviço de Medicina BA, avaliado entre a data de admissão no serviço e a data de alta, é de 13,15 dias. É importante referir que, devido aos critérios de exclusão delineados, não foram incluídos nesta análise os internamentos inferiores ou iguais a 3 dias.

Tabela 9 - Estatísticas referentes ao tempo de internamento

Estatísticas	Medicina Interna BA
Média	13,15
Mediana	9,00
Desvio Padrão	11,046
Mínimo	4
Máximo	60

2.2. ANÁLISE DESCRITIVA

A análise descritiva é concretizada no sentido de obter um conjunto de dados sobre a amostra para descrever as características da mesma e que posteriormente permitam a sua utilização na análise estatística e na resposta às questões de investigação (Fortin et al., 2009).

Seguidamente serão apresentadas as características da amostra relativamente às variáveis em estudo nesta investigação.

A tabela 10 evidencia os resultados obtidos nas quatro componentes da variável cognição. Assim:

- Capacidades Cognitivas para tomar decisões do dia a dia – No que diz respeito aos valores relativos à pré-admissão à alta, é possível analisar que globalmente houve uma diminuição da capacidade para tomar decisões diárias. Na pré-admissão, 46,2% da amostra referiu independência, sendo que no momento da alta apenas 38,5% mantiveram essa resposta. Relativamente às diferentes incapacidades é possível notar um aumento das incapacidades mínima (11,5%) e grave (15,4%) no momento da alta enquanto a incapacidade modificada e moderada apresentam uma redução entre a pré-admissão e a alta.
- Capacidades para memorizar/recordar – 73,1% apresentam boa memória a curto prazo na pré-admissão, diminuindo para 61,5% no momento de admissão e para 59,6% na alta. Quanto à memória processual, 84,6% na pré-admissão apresentam boa memória, sendo que este valor vai diminuindo na admissão (75%) e na alta (73,1%). A boa memória processual apresenta também uma diminuição entre a pré-admissão (71,2%), a admissão (57,7%) e a alta (55,8%). Globalmente é notória uma diminuição das capacidades de memorização durante o período de internamento.
- Perturbações periódicas do pensamento ou consciência – Relativamente à facilidade de distração, 65,4% não apresentam esse comportamento no momento de admissão, enquanto na alta o valor diminui para 59,6%. É possível notar que embora, no final do internamento, o comportamento surge mais vezes, na maioria dos casos é considerado compatível com o funcionamento normal (34,6%). No entanto existe um aumento da percentagem de utentes com um comportamento facilmente distraído que parece diferente do normal, sendo na admissão mostrado apenas 1 caso (1,9%) e na alta 3 casos (5,8%). Quanto aos momentos de discursos desorganizado, entre a admissão e alta, nota-se um aumento do número de casos em que esta situação ocorre de forma diferente do normal (9,6%). No que diz respeito à variância da função mental ao longo do dia nota-se um aumento da não presença desse comportamento entre a admissão (67,3%) e a alta (73,1%). No entanto, nos utentes em que o comportamento se encontra presente houve um aumento do número de casos, na alta, em que o comportamento foi identificado como diferente do normal (7,7%).
- Alterações agudas do estado mental – globalmente a grande maioria dos casos não apresentaram alterações agudas do estado mental. Nos poucos casos referenciados ocorreu um aumento entre a admissão e alta.

Tabela 10 - Resultados da variável Cognição

Cognição		Pré		Admissão		Alta		
		Admissão		N	%	N	%	
		N	%					
Capacidades cognitivas para tomar decisões do dia a dia	Independente	24	46,2	21	40,4	20	38,5	
	Independência modificada	11	21,2	9	17,3	8	15,4	
	Incapacidade mínima	3	5,8	3	5,8	6	11,5	
	Incapacidade moderada	14	26,9	14	26,9	8	15,4	
	Incapacidade grave	-	-	5	9,6	8	15,4	
	Sem consciência perceptível	-	-	-	-	2	3,8	
Capacidade de memorizar/recordar	Boa memória de curto prazo	Sim	38	73,1	32	61,5	31	59,6
		Não	14	26,9	20	38,5	21	40,4
	Boa memória processual	Sim	44	84,6	39	75,0	38	73,1
		Não	8	15,4	13	25,0	14	26,9
	Boa memória situacional	Sim	37	71,2	30	57,7	29	55,8
		Não	15	28,8	22	42,3	23	44,2
Perturbações periódicas do pensamento ou consciência	Facilmente distraído	CNP			34	65,4	31	59,6
		CPN			17	32,7	18	34,6
		CPDN			1	1,9	3	5,8
	Momentos de discurso desorganizado	CNP			32	61,5	33	63,5
		CPN			17	32,7	14	26,9
		CPDN			3	5,8	5	9,6
	Função mental varia ao longo do dia	CNP			35	67,3	38	73,1
		CPN			16	30,8	10	19,2
		CPDN			1	1,9	4	7,7
Alteração aguda do estado mental	Não			49	94,2	48	92,3	
	Sim			3	5,8	4	7,7	

CNP – Comportamento não presente; CPN – Comportamento presente, consistente com funcionamento normal; CPDN – Comportamento presente, parece diferente do funcionamento normal.

A tabela 11, referente aos resultados obtidos relativamente ao comportamento e animo demonstram que no que diz respeito ao interesse e prazer para fazer coisas que gostam, houve um aumento de interesse entre a pré admissão (65,4%) e a alta (69,6%). No que diz respeito à ansiedade e impaciência houve uma diminuição do número de utentes sem sinais de ansiedade entre a pré-admissão (82,7%) e a admissão (65,4%). No momento da alta ocorre um aumento menos significativo deste dado (69,2%). Quanto à tristeza é notório um aumento desse comportamento nos utentes, entre a pré-admissão (21,2%) e a alta (32,7%). No que diz respeito aos sintomas de comportamento, como abuso físico ou verbal ou comportamento socialmente inapropriado, não foram observadas alterações.

Tabela 3 - Resultados da variável Comportamento e Ânimo

Comportamento e Ânimo			Pré Admissão		Admissão		Alta	
			N	%	N	%	N	%
Ânimo auto-reportado	Com pouco interesse ou prazer em fazer as coisas de que normalmente gosta?	Não	34	65,4	34	65,4	36	69,2
		Não, mas sente-se assim frequentemente	2	3,8	2	3,8	1	1,9
		Sim	13	25,0	13	25,0	10	19,2
		Sem resposta	3	5,8	3	5,8	5	9,6
	Ansioso, impaciente ou inquieto?	Não	43	82,7	34	65,4	36	69,2
		Não, mas sente-se assim frequentemente	1	1,9	4	7,7	3	5,8
		Sim	5	9,6	11	21,2	8	15,4
		Sem resposta	3	5,8	3	5,8	5	9,6
	Triste, deprimido ou desesperado?	Não	30	57,7	26	50,0	25	48,1
		Não, mas sente-	4	7,7	1	1,9	2	3,8

		se assim frequentemente						
		Sim	11	21,2	17	32,7	17	32,7
		Sem resposta	7	13,5	8	15,4	8	15,4
Sintomas de Comportamento		Não	52	100,0	52	100,0	52	100,0
		Sim	-	-	-	-	-	-

Na tabela 12 são apresentados os resultados relativos ao auto-desempenho das AVD's, sendo possível analisar que relativamente à atividade tomar banho 46,2% da amostra era independente antes do internamento, enquanto apenas 25% se mantém independente no momento da alta. São notórios os aumentos nos diferentes tipos de assistência, excepto na assistência máxima e alargada onde ocorre uma redução do número de utentes. Associado a esta situação, denota-se que o maior aumento ocorre na dependência total, sendo que na pré-admissão 21,2% eram dependentes totalmente enquanto na alta esta percentagem aumenta para 36,5%. Quanto à atividade higiene pessoal, as alterações são semelhantes, ocorrendo uma diminuição de utentes independentes entre a pré-admissão (46,2%) e a admissão (19,2%). Na alta, a percentagem aumenta para 28,8%, mantendo no entanto uma regressão relativamente ao período pré internamento. No que diz respeito à dependência total, os valores mantêm-se em aumento desde a pré-admissão (17,3%), passando pela admissão (28,8%) até à alta (32,7%), tal como ocorreu na atividade tomar banho.

Na atividade caminhar ocorre um aumento da percentagem de utentes independentes entre a pré-admissão e admissão (23,1%) e a alta (28,8%). No que diz respeito aos diferentes graus de assistência, os valores são, na sua maioria, semelhantes entre a pré-admissão e a alta, fazendo referencia especial À assistência limitada onde ocorre um aumento dessa necessidade entre a pré-admissão e admissão (11,5%) e a alta (17,3%). É importante salientar a elevada percentagem de utentes em que não foi registada atividade nesta área, quer na pré-admissão e admissão (46,2%) quer na alta (28,8%), sendo no entanto notória a melhoria entre um momento e outro.

Na atividade transferência para a sanita, 50% da amostra era independente na pré-admissão, 23,1% na admissão e 32,7% na alta. Relativamente aos diferentes graus de assistência a tendência mantém-se igual sendo possível denotar uma diminuição marcada entre a pré-admissão e a admissão, surgindo depois um ligeiro aumento, sempre inferior à diminuição inicial, entre a admissão e a alta. Estes resultados

denotam um aumento do nível de dependência dos utentes entre a pré-admissão e a alta. Quanto à atividade uso da casa de banho, a análise geral é semelhante sendo que na pré-admissão 50% eram independentes, na admissão o número diminui para 25% e na alta aumenta para 32,7%. Nos diferentes graus de assistência enfatiza-se o aumento do número de utentes a necessitar da maior assistência (limitada, máxima e total) na alta, relativamente à pré-admissão.

Na atividade mobilidade na cama, 55,8% eram independentes na pré-admissão, 38,5% na admissão e 44,2% na alta. Destaca-se que nos diferentes graus de assistência, o valor mais elevado na pré-admissão surge na assistência alargada (21,2%) sendo que na alta o valor mais alto surge na dependência total (21,2%) demonstrando um decréscimo do estado funcional nesta atividade.

No que diz respeito à atividade alimentação, 63,5% eram independentes na pré-admissão, sendo que na admissão e na alta esse valor diminui para 50%. Nos diferentes graus de assistências o valor mantém-se semelhante entre a pré admissão e a alta excepto nos graus de dependência superiores, como a assistência máxima e a dependência total, onde não há registo de nenhum caso na pré-admissão e na alta surge 15,4% como valor mais alto.

Tabela 4 - Resultado da variável Auto-desempenho de AVD's

Auto-desempenho nas AVD's		Pré		Admissão		Alta	
		Admissão		N	%	N	%
		N	%				
Tomar banho	Independente	24	46,2			13	25,0
	Independente, ajuda na preparação	2	3,8			1	1,9
	Supervisão	-	-			2	3,8
	Assistência Limitada	4	7,7			9	17,3
	Assistência alargada	7	13,5			4	7,7
	Assistência máxima	4	7,7			3	5,8
	Dependência Total	11	21,2			19	36,5
	Não houve atividade	-	-			1	1,9

Higiene	Independente	24	46,2	10	19,2	15	28,8
	Independente, ajuda na preparação	2	3,8	4	7,7	1	1,9
	Supervisão	-	-	1	1,9	2	3,8
	Assistência Limitada	5	9,6	8	15,4	8	15,4
	Assistência alargada	9	17,3	5	9,6	4	7,7
	Assistência máxima	3	5,8	9	17,3	4	7,7
	Dependência Total	9	17,3	15	28,8	17	32,7
	Não houve atividade	-	-	-	-	1	1,9
Caminhar	Independente	12	23,1	12	23,1	15	28,8
	Independente, ajuda na preparação	2	3,8	2	3,8	5	9,6
	Supervisão	3	5,8	3	5,8	1	1,9
	Assistência Limitada	6	11,5	6	11,5	9	17,3
	Assistência alargada	3	5,8	3	5,8	3	5,8
	Assistência máxima	1	1,9	1	1,9	2	3,8
	Dependência Total	1	1,9	1	1,9	2	3,8
	Não houve atividade	24	46,2	24	46,2	15	28,8
Transferência para a sanita	Independente	26	50,0	12	23,1	17	32,7
	Independente, ajuda na preparação	6	11,5	1	1,9	3	5,8
	Supervisão	1	1,9	3	5,8	2	3,8
	Assistência Limitada	3	5,8	7	13,5	8	15,4
	Assistência alargada	4	7,7	7	13,5	3	5,8
	Assistência máxima	2	3,8	5	9,6	4	7,7
	Dependência Total	6	11,5	3	5,8	7	13,5
	Não houve atividade	4	7,7	14	26,9	8	15,4
	Independente	26	50,0	13	25,0	17	32,7
	Independente, ajuda na preparação	6	11,5	3	5,8	3	5,8

Uso de casa de banho	Supervisão	1	1,9	1	1,9	2	3,8
	Assistência Limitada	3	5,8	7	13,5	8	15,4
	Assistência alargada	4	7,7	7	13,5	3	5,8
	Assistência máxima	2	3,8	5	9,6	3	5,8
	Dependência total	6	11,5	4	7,7	8	15,4
	Não houve atividade	4	7,7	12	23,1	8	15,4
Mobilidade na cama	Independente	29	55,8	20	38,5	23	44,2
	Independente, ajuda na preparação	3	5,8	2	3,8	2	3,8
	Supervisão	1	1,9	1	1,9	3	5,8
	Assistência limitada	4	7,7	6	11,5	2	3,8
	Assistência alargada	11	21,2	6	11,5	6	11,5
	Assistência máxima	3	5,8	5	9,6	4	7,7
	Dependência total	1	1,9	12	23,1	11	21,2
	Não houve atividade	-	-	-	-	1	1,9
Alimentação	Independente	33	63,5	26	50,0	26	50,0
	Independente, ajuda na preparação	9	17,3	8	15,4	9	17,3
	Supervisão	2	3,8	2	3,8	1	1,9
	Assistência limitada	7	13,5	7	13,5	3	5,8
	Assistência alargada	1	1,9	3	5,8	3	5,8
	Assistência máxima	-	-	1	1,9	1	1,9
	Dependência total	-	-	5	9,6	8	15,4
	Não houve atividade	-	-	-	-	1	1,9

Na tabela 13 é possível analisar o principal modo de locomoção da amostra, denotando que na pré-admissão 36,5% caminhavam sem suporte, na admissão 28,8% e na alta 34,6%. Relativamente ao uso de aparelhos de suporte, como bengalas, canadianas ou andarilhos, existe uma diminuição entre a pré-admissão (34,6%), a admissão (9,6%) e a alta (26,9%). É ainda relevante o número de utentes acamados, sendo que 11,5% encontravam-se acamados na pré-admissão, 42,3% na admissão e

21,2% na alta, denotando um aumento do número de utentes acamados e uma diminuição do número de utentes com capacidade para caminhar.

Tabela 5 - Resultados da variável Locomoção/Caminhar

Locomoção/Caminhar	Pré Admissão		Admissão		Alta	
	N	%	N	%	N	%
Caminhar, sem aparelho de suporte	19	36,5	15	28,8	18	34,6
Caminhar, usa aparelho de suporte	18	34,6	5	9,6	14	26,9
Cadeira de rodas, <i>scooter</i> eléctrica	9	17,3	10	19,2	9	17,3
Acamado	6	11,5	22	42,3	11	21,2
Total	52	100,0	52	100,0	52	100,0

Na prova de caminhada de 4 metros cronometrada, evidenciada na tabela 14, e avaliada no momento da alta, é possível analisar que 38,5% dos utentes não foi testado. Dos utentes testados, 5,8% demoram entre 1 a 15 segundos a realizar a distância marcada, 34,6% demoram entre 16 a 29 segundos e 19,2% demoram 30 ou mais segundos.

Tabela 14 - Resultados da variável caminhada de 4 metros cronometrada

Tempo de Caminhada	N	%
1-15 segundos	3	5,8
16-29 segundos	18	34,6
30 segundos ou mais	10	19,2
Recusou-se a fazer o teste	1	1,9
Não testado	20	38,5
Total	52	100,0

A tabela 15 demonstra que na admissão 9,6% dos utentes se encontravam acamados por motivos médicos enquanto na alta 5,8% mantinham essa indicação. Tanto no momento de admissão como na alta, mais de 90% da amostra não reunia indicações médicas para se manter acamado.

Tabela 15 - Resultados da variável Acamado por motivos médicos

Acamado por motivos médicos	Admissão		Alta	
	N	%	N	%
Não	47	90,4	49	94,2
Sim	5	9,6	3	5,8

Observando a variável auto-desempenho das AIVD's, exposta na tabela 16, é possível que assinalar que esta variável foi analisada na pré-admissão e alta.

Na atividade preparação das refeições 38,5% da amostra era independente na atividade e na alta o valor diminui para 28,8%. Os restantes parâmetros mantiveram-se iguais entre a pré-admissão e a alta, notando-se um ligeiro aumento na assistência limitada e na dependência total. É de salientar que 44,2% não realizavam esta atividade na pré-admissão, aumentando este valor para 48,1 na alta.

Quanto às tarefas domésticas, 48,1% não realizava esta atividade na pré-admissão, aumentando este valor para 51,9% na alta. Da amostra que realizava esta atividade na pré-admissão, 32,7% eram independentes, enquanto 13,5% eram dependentes totais. No momento da alta o número de utentes independentes diminui 21,2% enquanto os dependentes totais e a assistência limitada se tornam os graus de assistência mais referenciados.

Relativamente à gestão das finanças pessoais, 50% eram independentes na pré-admissão e 44,2% eram independentes na alta. No que diz respeito a assistência nesta atividade os graus mais relevantes na alta são a assistência alargada (15,8%) e a dependência total (13,5%) que apresentam um aumento significativo relativamente à pré-admissão.

A atividade gestão de medicação, na pré-admissão, apresenta 48,1% da amostra como independente e 11,5% a necessitarem assistência limitada e alargada. Na alta, o número de independentes é reduzido para 34,6% e surgem como valores superiores a dependência total (19,2%) e a supervisão e assistência alargada com 13,5% cada uma.

A atividade uso do telefone exhibe 53,8% de independentes na pré-admissão e 48,1% na alta.

Nas assistências nesta atividade, na pré-admissão são consideráveis a assistência limitada (15,4%) e alargada (17,3%). Na alta tornam-se mais marcantes a assistência

limitada, que mantém o valor da pré admissão, e a assistência alargada e dependência total com 11,5% cada uma.

Quanto à utilização de escadas, 40,4% são independentes na pré-admissão e apenas 23,1% mantém essa independência na alta. É também relevante a percentagem de utentes em que não houve atividade, tanto na pré-admissão (38,5%) como na alta (42,3%). Quanto Às assistências os números na sua maioria mantêm-se sendo importante o aumento significativo do número de pessoas a necessitarem de supervisão na atividade no momento da alta (11,5%).

No que respeita à atividade compras, na pré-admissão, 46,2% eram independentes e, na alta, eram 36,7%. No entanto, grande parte dos utentes, não realizava esta atividade tanto na pré-admissão (40,4%) como na alta (42,3%).

Por fim, na utilização de transportes, 44,2% eram independentes no momento pré-admissão e na alta 25% mantiveram-se independentes. A assistência limitada apresentava o valor mais elevado na pré-admissão (7,7%) e assim se manteve na alta (13,5%). No entanto, os valores mais preponderantes são os relativos à não realização da atividade, sendo que, 40,4% já não utilizavam transportes no período anterior ao internamento, tendo este valor aumentado para 44,2% na alta.

Globalmente, todas as AIVD's demonstram um agravamento no que respeito à capacidade para a sua realização, demonstrando mais uma vez um decréscimo do estado funcional entre a pré-amissão e a alta.

Tabela 16 – Resultados da variável Auto-desempenho das AIVD's e Capacidade

Auto-desempenho das AIVD's e Capacidade		Pré-Admissão		Alta	
		N	%	N	%
Preparação das refeições	Independente	20	38,5	15	28,8
	Ajuda apenas na preparação	1	1,9	-	-
	Supervisão	-	-	1	1,9
	Assistência Limitada	1	1,9	3	5,8
	Assistência Alargada	1	1,9	1	1,9
	Assistência máxima	1	1,9	1	1,9
	Dependência total	5	9,6	6	11,5
	Não houve atividade	23	44,2	25	48,1

Tarefas domésticas	Independente	17	32,7	11	21,2
	Assistência Limitada	2	3,8	6	11,5
	Assistência Alargada	-	-	1	1,9
	Assistência máxima	1	1,9	1	1,9
	Dependência total	7	13,5	6	11,5
	Não houve atividade	25	48,1	27	51,9
Gerir as finanças pessoais	Independente	26	50,0	23	44,2
	Supervisão	2	3,8	3	5,8
	Assistência Limitada	6	11,5	5	9,6
	Assistência Alargada	7	13,5	8	15,4
	Assistência máxima	7	13,5	4	7,7
	Dependência total	3	5,8	7	13,5
	Não houve atividade	1	1,9	2	3,8
Gerir a medicação	Independente	25	48,1	18	34,6
	Ajuda apenas na preparação	-	-	1	1,9
	Supervisão	2	3,8	7	13,5
	Assistência Limitada	6	11,5	3	5,8
	Assistência alargada	6	11,5	7	13,5
	Assistência máxima	5	9,6	2	3,8
	Dependência total	5	9,6	10	19,2
	Não houve atividade	3	5,8	4	7,7
Uso do telefone	Independente	28	53,8	25	48,1
	Supervisão	1	1,9	1	1,9
	Assistência Limitada	8	15,4	8	15,4
	Assistência alargada	9	17,3	6	11,5

	Assistência máxima	2	3,8	4	7,7
	Dependência total	3	5,8	6	11,5
	Não houve atividade	1	1,9	2	3,8
Escadas	Independente	21	40,4	12	23,1
	Supervisão	2	3,8	6	11,5
	Assistência Limitada	5	9,6	5	9,6
	Assistência alargada	3	5,8	4	7,7
	Assistência máxima	1	1,9	2	3,8
	Dependência total	-	-	1	1,9
	Não houve atividade	20	38,5	22	42,3
Compras	Independente	24	46,2	17	32,7
	Supervisão	-	-	4	7,7
	Assistência Limitada	5	9,6	7	13,5
	Dependência total	2	3,8	2	3,8
	Não houve atividade	21	40,4	22	42,3
Transporte	Independente	23	44,2	13	25,0
	Supervisão	1	1,9	5	9,6
	Assistência limitada	4	7,7	7	13,5
	Assistência alargada	-	-	2	3,8
	Assistência máxima	2	3,8	1	1,9
	Dependência total	1	1,9	1	1,9
	Não houve atividade	21	40,4	23	44,2

Abordando a variável continência, a tabela 17 demonstra que no que diz respeito à continência urinária 44,2% da amostra era continente no pré-admissão, 38,5% na admissão e 48,1% era na alta. Estes valores demonstram uma ligeira melhoria sendo a imagem geral deste parâmetro. É importante salientar que, antes do internamento, apenas 7,7% eram continentemente com cateter ou ostomia enquanto na admissão esse número aumentou para 28,8%. No momento da alta há uma ligeira diminuição

(23,1%), demonstrando que houve um aumento do número de utentes com cateter ou ostomia fora do contexto hospitalar. Relativamente ao aparelho de recolha de urina, os valores vão de encontro ao citado anteriormente, sendo que na readmissão 92,3% não possuía nenhum tipo de aparelho. Na admissão o valor diminui para 71,2%, surgindo 21,2% com cateter permanente. Na alta, ocorre uma diminuição do número de portadores de cateter permanente (17,3%) mantendo-se no entanto num valor superior à pré-admissão.

Quanto à continência fecal, 67,3% eram continentes na pré-admissão, 65,4% na admissão e 61,5% na alta. O parâmetro frequentemente incontinente e incontinente apresentam um aumento entre a pré-admissão e a alta, sendo que na alta, 11,5% é frequentemente incontinente e 15,4% da amostra é incontinente. Quanto à utilização de pensos ou fraldas, o número de utentes a necessitarem deste instrumento aumentou desde a pré-admissão (46,2%) até à alta (55,8%).

Globalmente, os utentes apresentaram melhoria no que respeita à continência urinária embora seja marcante o aumento do número de portadores de cateteres permanentes no momento da alta. Quanto à continência fecal denota-se uma diminuição do nível de continência no período hospitalar e alta, havendo concomitantemente um aumento do número de utentes a necessitarem de fraldas de protecção.

Tabela 17 - Resultados da variável Continência

Continência		Pré Admissão		Admissão		Alta	
		N	%	N	%	N	%
Continência urinária	Continente	23	44,2	20	38,5	25	48,1
	Controlo com cateter ou ostomia	4	7,7	15	28,8	12	23,1
	Raramente incontinente	6	11,5	6	11,5	5	9,6
	Algumas vezes incontinente	10	19,2	2	3,8	1	1,9
	Frequentemente incontinente	6	11,5	6	11,5	5	9,6
	Incontinente	3	5,8	3	5,8	4	7,7
Aparelho de recolha de urina	Nenhum	48	92,3	37	71,2	40	76,9
	Preservativo de urina	1	1,9	4	7,7	3	5,8
	Cateter permanente	3	5,8	11	21,2	9	17,3

Continência Fecal	Continente	35	67,3	34	65,4	32	61,5
	Raramente incontinente	6	11,5	3	5,8	4	7,7
	Algumas vezes incontinente	2	3,8	3	5,8	2	3,8
	Frequentemente incontinente	4	7,7	4	7,7	6	11,5
	Incontinente	5	9,6	8	15,4	8	15,4
Uso de pensos, fraldas	Não	28	53,8	23	44,2	23	44,2
	Sim	24	46,2	29	55,8	29	55,8

A tabela 18 demonstra que 80,8% dos utentes não apresentou nenhuma queda nos últimos 90 dias anteriores ao internamento.

Quanto ao momento da alta, 98,1% não apresentaram quedas recentes, isto é, desde a última avaliação, enquanto 1,9% apresentaram queda durante o período de internamento.

Tabela 18- Resultados da variável Quedas

Quedas		Admissão		Alta		
		N	%	N	%	
Nenhuma queda nos últimos 90 dias		42	80,8	-	-	
Nenhuma queda nos últimos 30 dias, mas caiu há 31-90 dias		5	9,6	-	-	
Uma queda nos últimos 30 dias		5	9,6	-	-	
Quedas Recentes		Não	-	-	51	98,1
		Sim	-	-	1	1,9

Quanto ao equilíbrio, a tabela 19, revela que 71,2% apresentavam dificuldade em se levantar sem ajuda no momento da admissão. No momento da alta esse valor diminuiu para 63,5%. Quanto à dificuldade de virar-se e olhar na direção oposta quando em pé, na admissão, 55,8% apresentavam essa complicação. Na alta, 51,9% mantinham essa dificuldade.

No geral, ocorreu uma melhoria relativamente aos problemas de equilíbrio entre a pré-admissão e a alta, existindo ainda mais de 50% de utentes com a presença de dificuldades no momento da alta.

Tabela 19 - Resultados da variável Equilíbrio

Equilíbrio		Admissão		Alta	
		N	%	N	%
Tem dificuldade ou é incapaz de se levantar sem ajuda	Não presente	15	28,8	19	36,5
	Presente	37	71,2	33	63,5
Tem dificuldade ou é incapaz de se virar e olhar na direção oposta quando está em pé	Não presente	23	44,2	25	48,1
	Presente	29	55,8	27	51,9

A tabela 20 demonstra que apenas 13,5% apresentavam náusea no momento da admissão, sendo que na alta eram 11,5% a apresentar essa sintomatologia.

Tabela 20 - Resultados da variável Náusea

Náusea	Admissão		Alta	
	N	%	N	%
Não Presente	45	86,5	46	88,5
Presente	7	13,5	6	11,5
Total	52	100,0	52	100,0

Na tabela 21, referente à dispneia, 48,1% não apresentavam sintomas na pré-admissão, 40,4% não apresentavam na admissão e 63,5% não apresentavam sintomatologia na alta. Quanto à presença de dispneia, 30,8% apresentavam dispneia em atividades moderadas na pré-admissão e na alta diminui para 25%. Na realização de atividades diárias normais, existia 9,6% dos utentes a apresentar dispneia na pré-admissão e admissão mas na alta ninguém referiu dispneia. Quanto á presença de dispneia em repouso, 11,5% apresentava na pré-admissão e na alta, sendo que no momento da admissão esse valor se encontrava mais elevado (21,2%).

Assim, é possível analisar que houve melhoria relativamente à dispneia desde a pré-admissão até à alta, sendo que na admissão o valor se manteve igual ou superior à pré-admissão.

Tabela 6 - Resultado da variável Dispneia

Dispneia	Pré Admissão		Admissão		Alta	
	N	%	N	%	N	%
Ausência de sintoma	25	48,1	21	40,4	33	63,5
Ausência em repouso mas presente durante a realização de atividades moderadas	16	30,8	15	28,8	13	25,0
Ausência em repouso mas presente durante a realização de atividades diárias normais	5	9,6	5	9,6	-	-
Presente em repouso	6	11,5	11	21,2	6	11,5
Total	52	100,0	52	100,0	52	100,0

Relativamente à fadiga, tabela 22, 55,8% não apresentavam sintoma na pré-admissão, 53,8% na alta e 61,5% não apresentavam na alta. A fadiga mínima e moderada também reduziram desde a pré-admissão até à alta. É de notar ainda 5,8% que apresentavam fadiga grave na admissão e 5,8% que na alta eram incapazes de começar qualquer atividade diária.

Tabela 22 - Resultados da variável Fadiga

Fadiga	Pré Admissão		Admissão		Alta	
	N	%	N	%	N	%
Nenhuma	29	55,8	28	53,8	32	61,5
Mínima	13	25,0	11	21,2	11	21,2
Moderada	10	19,2	10	19,2	6	11,5
Grave	-	-	3	5,8	-	-

Incapaz de começar qualquer atividade diária	-	-	-	-	3	5,8
Total	52	100,0	52	100,0	52	100,0

No que diz respeito à variável dor, tabela 23, a frequência da dor nos últimos 3 dias – 24 horas entre a pré-admissão (48,1%), admissão (42,3%) e alta (23,1%) o número de utentes com dor diminuiu. Ainda é possível verificar que 46,2% não tinham dor na pré-admissão, 51,9% não tinham dor na admissão e 71,2% não tinham dor na alta. Quanto à intensidade, na pré-admissão (26,9%), admissão (19,2%) e alta (15,4%) a dor moderada foi sempre a mais significativa. Quanto à persistência da dor, na pré-admissão e admissão, 26,9% referiram dor constante sendo que na alta o valor mais significativo é relativo à dor intermitente (15,4%).

Globalmente, a frequência, intensidade e persistência da dor diminuíram desde a pré-admissão até à alta denotando ainda que cerca de 50% dos utentes iniciaram o internamento sem dor.

Tabela 23 - Resultados da variável Dor

Dor		Pré Admissão		Admissão		Alta	
		N	%	N	%	N	%
Frequência	Sem dor	24	46,2	27	51,9	37	71,2
	Presente mas não manifestada nos últimos 3 dias/24 horas	3	5,8	3	5,8	3	5,8
	Manifestada nos últimos 3 dias/24 horas	25	48,1	22	42,3	12	23,1
Intensidade	Sem dor	25	48,1	26	50,0	38	73,1
	Fraca	3	5,8	4	7,7	6	11,5
	Moderada	14	26,9	10	19,2	8	15,4
	Forte	10	19,2	11	21,2	-	-
	Momentos em que a dor é horrível e lancinante	-	-	1	1,9	-	-

Persistência	Sem dor	25	48,1	27	51,9	38	73,1
	Único episódio nos últimos 3 dias/24 horas	1	1,9	1	1,9	-	-
	Intermitente	12	23,1	10	19,2	8	15,4
	Constante	14	26,9	14	26,9	6	11,5

Analisando a tabela 24, relativa ao destino dos utentes após a alta, 63,5% regressaram à moradia ou apartamento próprio e 21,2% foram encaminhados para o Lar. São ainda importantes os 5,8% que ingressaram em Unidades de Cuidados Continuados e 5,8% que ingressaram em hospitais de agudos, sendo referentes a transferências intra-hospitalares.

Tabela 24 - Destino após a alta

Destino	N	%
Moradia/apartamento próprio/quarto arrendado	33	63,5
Lar	11	21,2
Hospital ou unidade psiquiátrica	1	1,9
Unidade de cuidados continuados	3	5,8
Hospital de cuidados agudos	3	5,8
Falecido	1	1,9
Total	52	100,0

2.3. ANÁLISE INFERENCIAL

Segundo Fortin et al. (2009,p.444) “ A Inferência estatística é portanto, a operação pela qual se estimam parâmetros da população a partir de medidas estatísticas da amostra, tendo em vista generalizar resultados.”

Assim, e uma vez que a amostra não segue uma distribuição normal, serão utilizados testes estatísticos não paramétricos de forma a responder à questão “Verifica-se o aumento de declínio funcional para os autocuidados, durante o internamento, nos utentes do Serviço de Medicina Interna BA?”.

De modo a responder à questão de investigação recorreremos aos resultados verificados através da correspondência das seguintes escalas e os seguintes testes:

- “Versão curta da Escala AVD’s”, comparando os resultados do teste Friedman para amostras emparelhadas, entre a pré-admissão, admissão e a alta.
- “Escala das AIVD’s”, comparando os resultados do teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas entre a pré-admissão e a alta.

Para apurar se ocorreu alteração do estado funcional na Versão Curta da Escala de AVD’s entre a pré-admissão, admissão e a alta foi realizado o teste Friedman para amostras emparelhadas. De acordo com os resultados apresentados na tabela 25, entre a pré-admissão e a admissão ocorre um aumento acentuado do estado funcional, demonstrando um aumento elevado do grau de dependência dos utentes uma vez que, quanto maior a pontuação, maior o grau de dependência. Entre a admissão e a alta ocorre uma diminuição do estado funcional, mas que se evidencia como pouco significativa relativamente ao aumento ocorrido na admissão. Assim, mantém-se o aumento do estado funcional entre a pré-admissão e a alta, demonstrando um agravamento do estado funcional.

Tabela 25 – Estatísticas Descritivas da Versão Curta da Escala de AVD’s

Estatísticas	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Pré-Admissão	52	7,77	8,930	0	25
Admissão	52	13,56	9,912	0	28
Alta	52	12,04	10,356	0	32

A tabela 26 confirma as estatísticas descritivas anteriormente apresentadas, revelando a categoria da versão curta de AVD’s na admissão com o valor médico mais alto. Apesar de ocorrer uma melhoria entre a admissão e a alta, confirma-se o aumento do estado funcional entre a pré-admissão e a alta. De acordo com os resultados adquiridos através da realização do Teste Friedman, verifica-se um valor de qui-quadrado de 61,633 com um valor de significância de 0,000, o que permite asseverar que existe diferença estatisticamente significativa na Versão Curta da Escala de AVD’s entre a pré-admissão, admissão e a alta.

Tabela 26 – Estatísticas do Teste Friedman para a Versão Curta da Escala de AVD's

Categorias	Média das Categorias	N	Qui-Quadrado	p
Versão Curta de AVD's - Pré-Admissão	1,28	52	61,633	,000
Versão Curta de AVD's – Admissão	2,61	52		
Versão Curta de AVD's – Alta	2,12	52		

p<0,05

Para verificarmos se também ocorre declínio funcional na Escala de AIVD's, foi realizado o teste Wilcoxon para amostras emparelhadas, onde se obteve os resultados demonstrados na tabela 27. Assim, segundo o teste aplicado, 43 dos 52 utentes participantes no estudo apresenta um valor da escala de AIVD's na alta superior ao valor da mesma escala na pré-admissão. Estes resultados corroboram o anteriormente descrito, demonstrando um aumento do estado funcional, isto é, um maior grau de dependência para as AIVD's no momento da alta.

Tabela 27 – Estatísticas do Teste Wilcoxon para a Escala de AIVD's

Categorias do Teste Wilcoxon	N	Média	Soma
Valores Escala AIVD's – Alta < Valores Escala AIVD's – Pré-Admissão	1	2,50	2,50
Valores Escala AIVD's – Alta > Valores Escala AIVD's – Pré-Admissão	43	22,97	987,50
Valores Escala AIVD's – Alta = Valores Escala AIVD's – Pré-Admissão	8	-	-
Total	52	-	-

Os valores apresentado na tabela 28, relativos às estatísticas descritivas da Escala AIVD's, demonstram que a média dos valores da escala na alta é superior à média na pré-admissão corroborando os anteriores testes, isto é, indicando declínio funcional. Os valores de $Z = -5,751$ e $p = 0,000$ demonstram que existe diferença estatisticamente significativa entre os valores da pré-admissão e alta, confirmando o aumento do estado funcional.

Tabela 28 – Estatísticas descritivas da Escala de AIVD's

Estatísticas	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Z	p
Pré-Admissão	52	40,92	37,631	0	99	-5,751	,000
Alta	52	52,69	39,863	0	120		

Globalmente, e tendo em conta os dados apresentados e os testes aplicados na escala de AIVD's e a Versão Curta da Escala de AVD's, escalas que medem o grau de dependência na realização de AVD's e AIVD's, é possível afirmar que há diferença do estado funcional entre a pré-admissão, admissão e alta.

Sintetizando toda a informação apresentada neste capítulo, podemos caracterizar a amostra estudada com predomínio de idade entre os 80 e 90 anos, viúvos e a viverem sozinhos em moradia própria.

Todos os utentes foram internados no Serviço de Medicina BA e a sua maioria apresentou sintomatologia nos 7 dias precedentes ao internamento, não tendo estado internados nos últimos 90 dias. A média dos dias de internamento fica situada nos 13,15 dias.

Relativamente à análise descritiva é possível indicar que, de todas as variáveis analisadas, a maioria demonstra que ocorre declínio funcional entre a pré-admissão, admissão e a alta.

A análise inferencial, através dos testes aplicados, vem corroborar os dados apresentados na análise descritiva. Assim, todos os resultados demonstram um agravamento do estado funcional dos utentes entre os três momentos de avaliação, tendo como consequência um maior grau de dependência para a realização de AVD's e AIVD's após a admissão e no momento da alta.

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Segundo Fortin et al. (2009), nesta parte do estudo, o investigador realiza uma ponte entre os resultados obtidos na sua investigação e os resultados de outros estudos, ligados ao quadro de referência. A mesma autora descreva esta etapa como a mais difícil de um relatório de investigação, uma vez que é necessário pensamento crítico por parte do investigador para enquadrar os resultados obtidos nos conhecimentos já existentes e publicados sobre o tema em causa de forma a valorizar o estudo desenvolvido.

Assim, neste capítulo vai ser realizada a interpretação dos dados, destacando os resultados mais pertinentes, tendo em conta os objetivos traçados para a investigação, justificando ou comparando os mesmos com o quadro teórico base.

Para dar resposta à questão de investigação e aos objetivos definidos, foram interpretados os resultados obtidos através da aplicação do questionário InterRAI-CAPT, que permite avaliar as seguintes variáveis na amostra estudada: Cognição, Comportamento e Ânimo, Estado Funcional, Continência e Condições de Saúde; e produzir escalas da Dor, da Versão Curta das AVD's e a Escala das AIVD's; aplicando os testes estatísticos mais apropriados para determinar ligações entre as variáveis.

Os resultados obtidos derivaram da aplicação do instrumento de colheita de dados a 52 idosos que foram internados nos serviços de Medicina BA do Hospital Geral entre agosto e novembro de 2017, 50% de idosos do sexo masculino e 50% do sexo feminino cuja maior percentagem se encontrava entre 80 e 90 anos e onde predominaram os viúvos com 59,6%, dos quais 28,8% viviam sós, observando-se que a maioria dos idosos (57,7%), relataram o início da sintomatologia do episódio desencadeador da admissão nos últimos 7 dias, e que 42,3% da amostra aguardou até 24 horas no serviço de urgência até ser internado no respetivo serviço, sendo que 65,4% não apresentara internamento nos últimos 90 dias. O tempo médio de internamento foi de 13,15 dias.

No que diz respeito aos resultados observados na variável cognição, constatámos que 46,2% dos idosos eram independentes nas capacidades para tomar decisões no dia a dia na pré-admissão diminuindo para 40,4% na admissão e situando-se em 38,5% na alta, ficando a ideia de que houve um agravamento do estado dos idosos para este

tipo de capacidades durante o internamento, verificando-se a mesma tendência quanto às capacidades para memorizar / recordar, avaliada pelos resultados observados para a boa memória de curto prazo; boa memória processual e boa memória situacional. As perturbações periódicas do pensamento ou consciência corroboram os resultados das outras variáveis da cognição. Os resultados sugerem que ocorreu agravamento entre a admissão e a alta, tendo por base a avaliação feita do pré admissão. Provavelmente o episódio que motivou o internamento foi o responsável por este agravamento.

Quanto às alterações agudas do estado mental em relação ao habitual, avaliadas também na mesma variável, entre a admissão e a alta, os resultados não evidenciaram diferenças significativas.

Para a variável Comportamento e Ânimo, denotou-se que a maioria dos idosos, nos últimos 3 dias / 24 horas, se sentia com pouco interesse ou prazer em fazer as coisas que normalmente gosta, manifestando-se desta forma 65,4% na pré-admissão e admissão e 69,2% na alta. Já quanto ao sentir-se ansioso, impaciente ou inquieto, os resultados mostram que 82,7% na pré-admissão, 65,4% na admissão e 69,2% na alta se sentiam desse modo. Resultados semelhantes foram observados quando se questionou se nos últimos 3 dias / 24 horas se sentiu triste, deprimido ou desesperado com 57,7% na pré admissão, 50% na admissão e 48,1% na alta a assumirem essa sintomatologia.

Analisando os resultados adquiridos sobre as variáveis Cognição, Comportamento e Ânimo, à luz da literatura existente, é possível compreender que, embora não existam claramente estudos que evidenciem as alterações durante o processo de internamento, vários autores afirmam que o estado cognitivo e psicológico e fatores sociais, entre outros são fatores de risco para o declínio funcional relacionado com a hospitalização (Fawcett et al., 1995 como referido por Doran, 2003; Hoogerduijn et al. (2006); Lafont et al., 2011). Paixão e Reichenheim (2005) e Anpalahan e Gibson (2008) asseguram que, no geral, a presença de síndromes geriátricos são determinantes para resultados desfavoráveis durante a hospitalização, incluindo o declínio funcional.

Doran (2003) explica o estado funcional enquanto conceito multidimensional, assente num plano comportamental, psicológico, cognitivo e social. A nível comportamental o exemplo recai nas Atividades de Vida Diárias (AVD's), enquanto o humor corresponde ao domínio psicológico, a concentração e atenção ao cognitivo e as atividades relacionadas com os papéis desempenhados nas distintas fases de desenvolvimento incluem-se no domínio social. Assim, estes fatores devem ser considerados na

avaliação do estado funcional da pessoa uma vez os resultados serão afetados pelos mesmos (Doran, 2003).

Ao avaliar o estado funcional, quanto ao auto-desempenho nas AVDs para tomar banho (inquirido na pré admissão e alta), executar a sua higiene pessoal, caminhar, transferir-se para a sanita, usar a casa de banho, mobilidade na cama e alimentar-se, averiguado nos 3 momentos (pré admissão, admissão e alta), é possível verificar alteração do estado funcional, denunciando um significativo aumento do grau de dependência entre a pré-admissão e a alta.

Quando comparados os três momentos denota-se um aumento marcado do nível de assistência entre a pré-admissão e a admissão, que melhora ligeiramente no momento da alta, mantendo no entanto valores superiores aos obtidos na pré-admissão. Estas alterações do estado funcional para o auto-desempenho de AVD's tornam implícito que o processo de internamento e doença provoca aumento do declínio funcional em relação às AVD's.

Estudos como o de Lourenço et al., (2014) confirmam os resultados obtidos demonstrando que, no momento do internamento, alguns idosos eram independentes para realização de atividades de vida diária mas que, durante a hospitalização, ocorreu o declínio na execução de algumas dessas atividades, evoluindo para um estado de dependência. Estas alterações foram justificadas pelas condições físicas decorrentes do agravamento de doenças, mas também pela própria hospitalização que altera a rotina diária do idoso e o insere num local regido por normas determinadas por pessoas desconhecidas e que podem traduzir-se num evento complexo, peculiar e potencialmente perigoso para eles. Lafont et al. (2011) e Hoogerduijn et al. (2006), corroboram apresentando estudos onde 30 a 60% das pessoas idosas desenvolvem dependências nas AVD's durante o período de internamento.

Hy Wu, Sahadevan e Ding (2006, como referido por Cunha et al., 2009) acreditam que o declínio nas tarefas de autocuidado, no controlo de esfíncteres, nas transferências e na locomoção acontece devido à inadequação estrutural e ambiental dos hospitais, à despersonalização dos ambientes de internamento e ainda às atitudes exacerbadas de proteção por parte de cuidadores e das equipas de saúde.

Boltz et al. (2010) concluem de forma preponderante, afirmando que o declínio funcional é uma complicação comum nos idosos hospitalizados. Este autor refere múltiplos fatores como influenciadores do declínio funcional durante o internamento e

ainda como impulsionadores de uma diminuição das probabilidades de melhoria do estado de dependência após a hospitalização.

Todos estes estudos demonstram um consenso entre a literatura existente e os resultados obtidos no decorrer do presente estudo, demonstrando uma clara ligação entre a situação aguda de doença, o internamento e a diminuição de capacidades para o auto-desempenho de AVD's. Assim, é fulcral que as equipas de enfermagem e principalmente os enfermeiros de reabilitação estejam sensibilizados para este fenómeno, avaliando corretamente as dependências nos diversos autocuidados e desenvolvendo estratégias de prevenção de risco de alteração de funcionalidade que determinem limitações nas diversas AVD's, promovendo os processos de readaptação e a capacidade para os autocuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Vieira (2013) reforça a necessidade de uma avaliação inicial cuidada aquando da admissão no hospital, pois esta será extremamente importante no processo individualizado dos cuidados de enfermagem, sobretudo por o estado funcional ser um processo dinâmico que poderá ser alterado por inúmeros fatores.

No que concerne ao principal modo de locomoção, é relevante o aumento do número de idosos acamados, quer entre a pré-admissão e a admissão como entre a pré-admissão e a alta. Assim, enquanto na pré-admissão 11,5% dos utentes se encontravam acamados, na admissão esse número aumentou para 42,3%, mantendo-se na alta 21,2%. Este valor demonstra um aumento para perto do dobro, entre a pré admissão e a alta. Tendo em conta que 9,6% tinham indicação médica para permanecer no leito na admissão e apenas 5,8% mantiveram essa indicação na alta, é possível compreender claramente o aumento do grau de dependência a este nível.

Se analisarmos os dados relativos ao uso de meios auxiliares de marcha e uso e cadeiras de roda para deslocação, apreendemos que não ocorreram alterações significativas neste aspeto, demonstrando que as alterações de dependência poderão ter sido muito marcadas, isto é, da deambulação independente para um estado de total permanência no leito ou então progressivas, sendo que os utentes que utilizavam meios auxiliares de marcha e cadeira de rodas tornaram-se mais dependentes e os utentes previamente independentes, passaram a necessitar de meios auxiliares ou cadeira de rodas. Em qualquer dos casos ocorridos é possível afirmar que ocorreu declínio funcional relativamente ao processo de locomoção.

Ferreira (2007) afirma, de acordo com vários estudos, que nas pessoas “existe um claro declínio de diversos parâmetros de aptidão física funcional (força, flexibilidade, resistência, agilidade, coordenação e equilíbrio dinâmico) com o avançar da idade”

(p.37). Esta situação associada ao processo de internamento, é apontada por Menezes et al. (2010) como a causa do declínio funcional em idosos hospitalizados, destacando ainda fatores como a doença, os procedimentos médicos e cirúrgicos e o repouso no leito, como potenciadores da diminuição da mobilidade.

Kleinpell, Fletcher e Jennings (2008), realizam a um estudo com 489 idosos hospitalizados onde prevalece a diminuição da mobilidade dos mesmos sendo que quase 60% se mantiveram no leito sem que alguma indicação médica estivesse documentada. Como resultados apresentaram 29% dos idosos com declínio das AVD's sendo os meios auxiliares um preditivo do declínio funcional durante a hospitalização.

No que diz respeito a esta situação os resultados obtidos corroboram a opinião dos autores, deixando a ideia de que muito mais poderá ser feito no que concerne à locomoção dos idosos durante o processo de internamento. A Ordem dos Enfermeiros (2011) confirma que esta atividade deverá ser incentivada pelos enfermeiros de reabilitação no sentido de prevenir o risco de diminuição de funcionalidade e promover os processos de readaptação ao esforço, fundamentais para manter a capacidade para os autocuidados.

Quanto à capacidade e desempenho nas AIVD's, avaliado na pré-admissão e alta, os resultados sugerem um agravamento do estado funcional para todas as atividades referenciadas. Assim, mais uma vez, é notório o aumento do grau de dependência dos utentes para o desempenho das AIVD's durante o processo de internamento.

Menezes et al. (2010) procederam a uma revisão da literatura para identificar os efeitos da hospitalização na capacidade funcional dos idosos, os fatores associados ao declínio funcional e os instrumentos utilizados para a avaliação funcional concluindo que todos os estudos demonstram declínio funcional devido ao processo de hospitalização. A incidência deste comprometimento para a realização das AVD's e AIVD's ultrapassa os 50% em idosos com idade superior a 85 anos.

De novo ocorre similaridade entre o estudo realizado e os estudos existentes, reforçando a necessidade de investir neste foco de atenção e prevenir complicações e declínio funcional provenientes do processo de internamento em situação aguda de doença.

No que diz respeito à variável Continência os resultados obtidos revelam melhoria relativamente à eliminação urinária, apresentamos no entanto um aumento do número de utentes portadores de cateter permanente, situação que pode interferir com o estado funcional e independência dos doentes. Pode ainda ser um fator de

reinternamento precoce se os ensinamentos não forem adequados ou o seu manuseamento não for correto. Relativamente à continência intestinal denota-se uma diminuição do nível de continência no período hospitalar e alta e também um aumento do número de utilizadores de fralda ou penso.

Os estudos apontam que, em consequência do processo de internamento, os idosos ficam mais vulneráveis devido ao aparecimento de uma doença aguda que pode evoluir para um estado de declínio funcional (Kleinpell et al., 2008).

Analisando os resultados relativos às condições de saúde, especificamente a variável queda, 80,8% dos utentes participantes no estudo não sofreram quedas nos últimos 90 dias, enquanto apenas 9,6% apresentaram queda nos últimos 30 dias. Durante o internamento foi registada uma queda.

A variável equilíbrio, intrinsecamente relacionada com a anterior variável, demonstra que ocorreu um aumento do número de doentes com dificuldade em se levantar sem ajuda, entre a admissão e a alta, aumentando de 28,8% para 36,5%. Relativamente à dificuldade em se virar e olhar na direção oposta quando está em pé, o aumento não foi tão significativo passando de 44,2% para 48,1%, embora os valores demonstrem que já era uma dificuldade, antes da admissão, em mais casos do que o anterior.

Segundo Lopes et al. (2009), os idosos são os mais vulneráveis para cair e, quando ocorre queda, a sua vida pode mudar radicalmente tanto pelas consequências da queda como pelo medo de voltar a cair.

Quanto à variável náusea, não ocorreram alterações significativas entre a admissão e a alta, sendo que em quaisquer dos casos, mais de 85% não apresentaram essa sintomatologia.

A variável dispneia, demonstra uma melhoria relativamente à ausência de sintomas entre a pré-admissão e a alta, demonstrando que a dispneia pode ter sido um dos fatores desencadeadores da ida ao hospital, situação compatível com o tipo de sintomatologia associada aos utentes que são internados num serviço de Medicina. No entanto, em utentes que já apresentavam previamente esta condição de saúde denota-se que não há alterações significativas entre a pré-admissão e a alta, sendo que 25% mantêm dispneia na realização de atividades moderadas e 11,5% mantêm dispneia em repouso no momento da alta. Relativamente à variável fadiga, os valores entre a pré-admissão e a alta são compatíveis com os da variável dispneia, sendo que há uma melhoria nessa sintomatologia entre a pré-admissão e a alta, tanto na ausência de sintomatologia como na presença de fadiga mínima ou moderada.

A variável dor, avaliada em relação à frequência, intensidade e persistência, na pré-admissão, admissão e alta, demonstram valores semelhantes entre si. Globalmente ocorre uma melhoria do sintoma dor, entre a pré-admissão, admissão e alta, sendo que, no momento da alta, mais de 70% dos utentes inquiridos não apresentam dor.

A melhoria nos sintomas dispneia, fadiga e dor, demonstram que há uma preocupação clínica previamente à alta por uma melhoria de todos os sintomas clínicos associados à situação aguda de doença e ao seu controlo para um regresso a casa com segurança. No caso de utentes internados em Medicina Interna, são estes os sintomas referidos com maior frequência e por isso, também aqueles a que é dado um maior relevo. Estes resultados demonstram precisamente essa situação e podem transmitir sucessos relativos do processo de internamento.

A literatura refere que são vários os fatores que podem desencadear declínio funcional durante o processo de internamento. Brown et al. (2007) conceptualizam os fatores que podem afetar o nível de mobilidade do idoso hospitalizado diferenciando-os em quatro grandes categorias: fatores relacionados com o doente como a gravidade da doença; fatores relacionados com o tratamento como os cateteres endovenosos ou as perfusões medicamentosas; fatores relacionados com a instituição como o rácio enfermeiro-doente e fatores de atitude como relacionados com a mobilidade e o risco de queda.

Com base em todos os dados obtidos e de acordo com a literatura é possível afirmar que a doença e as comorbilidades associadas podem influenciar diretamente o estado funcional dos utentes. Estes fatores afetam não só a avaliação do estado funcional como o planeamento e avaliação das intervenções de enfermagem.

Com vista a dar resposta aos objetivos traçados e dar continuação ao desenvolvimento do processo de investigação, estabelecendo relações entre as variáveis, pretende-se dar resposta à seguinte questão de investigação:

- Verifica-se o aumento de declínio funcional para os autocuidados, durante o internamento, nos utentes do Serviço de Medicina Interna BA?

Para responder a esta questão foram aplicadas escalas e realizados os respetivos testes estatísticos. Assim, de acordo com as escalas possíveis de criar, de acordo com o questionário utilizado, foi aplicado o teste de Friedman, para amostras emparelhadas, na “Versão curta da Escala AVD’s”, para comparação dos resultados entre a pré-admissão, admissão e a alta. Foi ainda realizado o teste de Wilcoxon, para amostras emparelhadas, na “Escala das AIVD’s”, comparando os resultados entre a pré-admissão e a alta.

Os resultados conseguidos através da aplicação dos diferentes testes nas escalas em causa, com vista a análise da dependência na realização das AVD's e AIVD's, foram semelhantes, demonstrando que os valores médios de cada escala são sempre mais elevados na alta em relação com os valores obtidos na avaliação relativa à pré-admissão. Este aumento dos valores sugerem um aumento do declínio funcional e apresenta sempre valores de significância dos testes estatísticos inferiores a 0,05, o que permite afirmar que há diferença estatisticamente significativa entre os valores médios das escalas. É ainda importante destacar que, apesar de existir um aumento significativo dos valores entre a pré-admissão e a alta, entre a pré-admissão e a admissão esse valor é ainda mais marcante, sendo que entre a admissão e a alta ocorre uma melhoria menos significativa do estado funcional. Tais resultados sugerem que o maior declínio funcional ocorre no momento do internamento, devido à situação de doença aguda. Com o tratamento da doença, o estado funcional tem tendência a melhorar, sendo no entanto, importante a ação da enfermagem de reabilitação com o intuito de incitar a recuperação dos utentes em todas as suas atividades.

Lage (2005) afirma que “a doença, em particular a doença crónica, tem um efeito direto na capacidade dos indivíduos para satisfazer as atividades da vida diária e manter condições de vida independente” (p.7). Menezes et al. (2010) acrescenta que a hospitalização, devido a uma doença aguda ou crónica, determina um certo grau de imobilidade para qualquer doente, podendo o declínio funcional manifestar-se rapidamente. Sales et al. (2011), acrescentam que a hospitalização por doença aguda é um fator de risco importante para a perda funcional em idosos e que ao segundo dia de internamento já se verifica deterioração significativa da capacidade funcional para realizar atividades básicas.

Fortalecendo estas opiniões, Cunha et al. (2009), concluíram que o declínio funcional é um fenómeno comum para um número significativo de idosos hospitalizados pela sua vulnerabilidade clínica, física e psicológica, decorrentes do processo de envelhecimento e pode ocorrer antes ou durante o internamento.

Sousa et al. (2002), Doran, et al. (2006), Cardoso (2012) e Januário (2013) concordam que ocorre agravamento do estado funcional relativamente às AVD's e AIVD's decorrente do internamento e concluem ainda que a diferença do estado funcional entre a pré-admissão e a alta é mais significativa que a diferença entre a admissão e alta, confirmando assim o agravamento do estado funcional causado pelo processo de hospitalização.

Boyd, *et al.* (2009) acrescentam ainda que o declínio funcional é um resultado da hospitalização por eventos agudos, com consequências a curto prazo para os doentes e famílias, com impacto na realização de atividades de vida quotidianas. Estas situações podem tornar-se incapacitantes ou não, pelo que, o aumento de idosos presentes nos locais de saúde, principalmente em unidades de internamento hospitalar, exige dos profissionais maior atenção para os riscos de declínio da independência funcional prevalentes nesta faixa etária (Lourenço *et al.*, 2014).

Em síntese, e terminando a discussão dos resultados, é importante referir que todos os resultados obtidos corroboram a literatura existente e vão de encontro às expectativas delineadas inicialmente, demonstrando cada vez mais a importância de tornar os autocuidados e as atividades de vida diária como um foco de atenção essencial para a prática da enfermagem. A melhoria do estado funcional dos idosos internados provocará não só melhorias na qualidade de vida de cada um deles mas também uma diminuição do número de internamentos. Embora todos os resultados e conclusões apresentem uma situação semelhante, o facto da seleção da amostra ser não probabilística accidental, impede a generalização dos resultados para a população, tornando-se uma limitação do estudo, como referem Fortin *et al.* (2009).

É importante ainda salientar que existiram outras variáveis para além das AVD's e AIVD's que podem interferir com a avaliação do estado funcional e que por isso se tornam uma limitação do estudo.

O instrumento de colheita de dados utilizado, InterRAI – CA – PT, versão adaptada, utilizado para analisar a existência de declínio funcional nos idosos foi considerado pelos autores, responsáveis pela validação do mesmo para a população portuguesa, como válido e fiável com uma estrutura interna com 100% de consistência (Amaral, *et al.* 2014). Perante esta situação, pode afirmar-se que este instrumento acrescenta valor aos resultados alcançados, valorizando-os para situações futuras.

CONCLUSÃO

Como conclusão deste estudo é necessário referir primariamente que o foco de partida foi sempre estudar o declínio funcional em idosos sujeitos a um processo de internamento e que, para este desenvolvimento foi necessária uma revisão de literatura detalhada e aprofundada uma vez que, foi esta a grande orientadora para a realização da investigação. Os idosos, portadores de doenças crónicas e com situações agudas de doença, tornam-se vulneráveis e expostos a um determinado número de riscos que podem afetar a sua qualidade de vida e a sua independência funcional. O processo de internamento como situação nova e diferente pode ser motivadora de alterações transitórias ou permanentes na vida de pessoas que, por si só, devido à idade ou fatores de comorbilidades, já apresentam alguma deterioração física, cognitiva e por vezes social.

No entanto, a dependência, segundo Sthal, Berti e Palhares (2011), não é um estado permanente, mas sim um processo dinâmico cuja evolução pode ser modificada, prevenida ou reduzida.

Os quadros teóricos da enfermagem, na sua maioria, baseiam-se no objetivo de obter capacidade funcional e manter a independência dos indivíduos quer em situação de saúde quer na transição para novas situações. Assim, torna-se fundamental, que ocorram intervenções de enfermagem, com o sentido de prevenir o declínio funcional e manter esta independência por maior espaço de tempo possível, mesmo quando ocorrem processos que possam interferir com esta situação.

Desta forma, torna-se substancial perceber os fatores que desencadeiam declínio funcional de forma a produzir intervenções com o objetivo de prevenir e modificar as alterações que são previstas. Os enfermeiros de reabilitação, como membros da equipa e enfermagem equipados com um grupo de conhecimentos específicos no que à prevenção e manutenção dos autocuidados diz respeito, tornam-se fundamentais para minimização do declínio funcional e para a recuperação de funções que possam ser alteradas devido ao processo de doença aguda.

Perante os objetivos traçados, na globalidade, foi possível compreender que os idosos, perante um evento de hospitalização, apresentam declínio funcional no momento da alta relativamente ao período anterior ao aparecimento da doença.

Para alcançar os objetivos, e na definição de todos os aspetos metodológicos, foi de essencial preocupação a utilização de um instrumento de recolha de dados fidedigno e adaptado ao contexto em que o estudo seria realizado. Desta forma, a escolha recaiu sobre o questionário InterRAI-CA-PT, versão adaptada por ter sido considerado válido, fiável (Amaral et al. 2014), e validado para a população portuguesa.

A análise descritiva dos resultados possibilitam concluir que ocorre um aumento do declínio funcional nos utentes em processo de internamento, com base no aumento dos valores relativos às variáveis estudadas entre o momento de admissão e a alta. Foram alvo de estudo as Variáveis comportamento e ânimo, estado funcional, Auto desempenho nas AVD's, modo de locomoção, Auto Desempenho das AIVD's e Capacidade, Continência e Condições de Saúde - Equilíbrio, dispneia, fadiga e dor.

Também a análise inferencial, através dos resultados obtidos com a aplicação de escalas e respetivos testes estatísticos traduzem dependência nas AVD's e AIVD's, mostrando um aumento dos valores médios entre a pré-admissão e alta, traduzindo-se num agravamento do estado funcional e conseqüente declínio funcional. Todos os resultados obtidos apresentaram diferença estatisticamente significativa que permite obter estas conclusões.

Estes resultados permitiram responder à questão de investigação e compreender que ocorre declínio funcional nos utentes internados no serviço de Medicina BA. No entanto, tais resultados não podem ser extrapolados para a população em geral, uma vez que para além da capacidade de realização de AVD's e AIVD's, outras variáveis podem interferir na avaliação do estado funcional. Quando confrontados com outros estudos, os resultados apontam na mesma direção criando a sensação de que, embora exista evidência, este campo de ação para a intervenção da enfermagem continua em aberto sendo necessário iniciar intervenções programadas e diferenciadas de forma a promover a independência e autonomia dos idosos em processo de hospitalização, desde o primeiro momento.

Elaborando as considerações finais, é importante destacar que a realização deste estudo e a revisão bibliográfica e pesquisa científica necessária para a sua elaboração contribuíram para a aquisição de novos conhecimentos e capacidades que se tornarão úteis na vida como enfermeira, e que poderão complementar e ajudar a melhorar algumas intervenções nos doentes em estudo. No entanto, durante este processo,

também surgiram algumas dificuldades que influenciaram o desenvolvimento da investigação. A complexidade do instrumento de colheita de dados, aliada à singularidade da colheita realizada apenas por um investigador, nos diferentes momentos, tornou a recolha de dados morosa. Também novas situações a nível profissional e pessoal poderão ter provocado uma extensão do tempo de investigação para lá do inicialmente previsto. No entanto, todas estas situações foram ultrapassadas e motivaram ainda mais a obtenção dos resultados finais.

Concluindo, penso que os objetivos iniciais foram atingidos. A nível pessoal, os resultados foram de encontro ao previamente esperado e acima de tudo à razão que motivou esta investigação. Agora é possível afirmar que, o que é referido quase diariamente pelas famílias e cuidadores dos utentes, tem um fundamento teórico que os apoia e que por isso deverão ser tomadas medidas no sentido de melhorar a forma de atuação de toda a equipa profissional. Espero que este estudo, que será apresentado no serviço onde foi realizado, incite transformações ao nível das boas práticas clínicas e na produção e transferibilidade de novos conhecimentos, fundamentais para o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem.

Em relação às implicações do estudo para a realidade refletindo sobre os resultados da investigação, os conhecimentos conquistados, a teoria e a prática profissional, emerge a necessidade de partilhar todos estes dados com o serviço implicado e a equipa multidisciplinar com vista à compreensão do fenómeno para que o mais precocemente possa ser minimizado o risco de declínio funcional e mantido ou melhorado o estado funcional anterior, através de intervenções planeadas e avaliadas.

É importante também a partilha ao nível da gestão intermédia e de topo da enfermagem, onde sucede a distribuição dos enfermeiros de Reabilitação, para que sejam adotadas estratégias, que podem passar pelo reforço das equipas, com vista à obtenção de maiores ganhos em saúde quer pela prestação de cuidados diferenciados e com mais qualidade para a satisfação dos utentes e dos profissionais. É importante referir que, durante o período de investigação, o serviço, que possui 2 enfermeiros de reabilitação, apresentou na grande maioria do tempo decorrido, apenas um profissional disponível em cada dia que deveria avaliar e aplicar intervenções de enfermagem especializadas numa população de 28 doentes. Numa população de utentes com debilidades características da idade e também potenciadas pelo processo de doença é primordial dotar o serviço com cuidados diferenciados que permitiam a minimização das perdas funcionais dos idosos, uma vez que, são eles, a maior fração da população portuguesa, uma população envelhecida.

Por fim, é necessário partilhar estes dados em reuniões científicas e publicações periódicas especializadas no sentido de aumentar o conhecimento dos enfermeiros e outros profissionais de saúde sobre um problema que verá ser foco de atenção primordial na realidade do país e de cada serviço, motivando instituições e equipas profissionais para o estudo do fenómeno e delineação de estratégias para a minimização do mesmo.

Para futuras investigações, e com vista a colmatar algumas limitações deste estudo, sugere-se a utilização de uma amostra de maior dimensão, com utilização de um grupo de controlo que permita a comparação dos resultados e evidenciar a efetividade das intervenções do enfermeiro de reabilitação. Propõe-se ainda utilização e análise de mais fatores possíveis de interação com a alteração do estado funcional como os antecedentes pessoais e estilos de vida. Seriam ainda importantes estudos no sentido de avaliar o impacto económico do declínio funcional e o aumento do tempo de internamento e ainda a satisfação dos utentes e famílias perante os cuidados prestados durante o internamento relativamente ao estado funcional, uma vez que foi este o ponto de partida para esta investigação.

Este estudo vai complementar outras investigações já realizadas nesta área mas que continuam a ser ínfimas nesta área de intervenção, primordial e relevante para a prática de enfermagem e para sua imposição como ciência da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2008). *Transições e contextos multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Amaral, A. F. S., Ferreira, P. L., & Gray, L. C. (2014). Validação do International Resident Assessment Instrument – Acute Care (InterRAI – AC) para a população portuguesa. *Revista Referência*, IV(1), 103 – 115.
- Anpalahan, M., & Gibson, S. J. (2008). Geriatric syndromes as predictors of adverse outcomes of hospitalization. *Internal Medical Journal*, 38(1), 16-23.
- Boltz, M., Capezuti, E., Shabbat, N., & Hall, K. (2010). Going home better not worse: Older adults' views on physical function during hospitalization. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 381-388.
- Brown, C. J., Williams, B. R., Woodby, L. L., Davis, L. L., & Allman, R. M. (2007). Barriers to mobility during hospitalization from the perspectives of older patients and their nurses and physicians. *Journal of Hospital Medicine*, 2(5), 305-313.
- Cabrita, M. J. (2004). O idoso a autonomia e a acessibilidade. *Servir*, 52(5), 212-220.
- Cardoso, A. P. S. (2012). Resultado dos cuidados de enfermagem em serviços de agudos de um hospital (Tese de Mestrado). Coimbra, Portugal: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (2008). *Metodologia de investigação: Guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa, Portugal: Universidade Aberta.
- Chen, H., Lin, C., & Yu, L. (2009). Normative physical fitness scores for community-dwelling older adults. *Journal of Nursing Research*, 17(1), 30-41.
- Conselho Internacional de Enfermeiras (1999). *Classificação internacional para a prática de enfermagem - Versão Beta 2 (3ª ed.)* Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa de Enfermeira.
- Cunha, F. C. M., Cintra, M. T. G., Cunha, L. C. M., Couto, E. A. B. & Giacomin, K. C. (2009). Fatores que predisõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. *Revista Brasileira de Geriatria*. 12 (3).

Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril. *Diário da República: 205/1996 – I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Dias, I., & Rodrigues, E. (2012) - Demografia e sociologia do envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia*. Lisboa: LIDEL - Edições técnicas, Lda.

Doran, D. (2003). *Nursing - sensitive outcomes: a state of the science*. Canada: Jones and Bartlett Publishers.

Doran, D. M., Harrison, M. B., Laschinger, H., Hirdes, J., Rukholm, E., Sidani, S., Hall, L. M., Tourangeau, A. E., Cranley, L. (2006). Relationship Between Nursing Interventions and Outcome Achievement in Acute Care Settings. *Research in Nursing Health*, 29, 61-70.

Eurostat. (2012). *Active ageing and solidarity between generations 2012: A statistical portrait of the European Union 2012*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.

Ferreira, T. P. (2007). Atividade física e qualidade de vida: nos idosos em comunidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 9, 37-42.

Fortin, M. F. (2000). *O processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Fortin, M. F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Foster, P. C., & Janssens N. P. (1993) – Dorothea E. Orem. In J. George (Ed.), *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional* (pp. 83 - 101). Porto Alegre, Brasil: Artes médicas.

Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures, Portugal: Lusociência.

Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo*. Loures, Portugal: Lusociência.

Hoogerduijn, J. G., Schuurmans, M. J., Duijnste, M. S., De Rooij, S. E. and Grypdonck, M. F. (2007). A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 46–57.

Instituto Nacional de Estatística (2011). Esperanças de vida sem incapacidades físicas de longa duração. *Destaque*.

- Januário, J. (2013). Resultados das intervenções do enfermeiro de reabilitação na pessoa internada no serviço de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra (Tese de Mestrado). Coimbra, Portugal: Universidade de Coimbra.
- Kérouac, S., Pépin, J., & Ducharme, F. (1994). *La pensée infirmière*. Paris, França: Maloine.
- Kleinpell, R. M., Fletcher, K., Jennings, B.M. (2008). In R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses: Vol. 1* (pp. 259 – 273). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Lafont, C., Gerard, S., Voisin, T., Pahor, M., Vellas, B. (2011). Reducing “Iatrogenic Disability” in Hospitalized Frail Elderly. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 15(8), 645-60.
- Lage, I. (2005). Saúde do Idoso: Aproximação ao seu estado de saúde. *Nursing*, 16(195), 6-12.
- Llano, M., Manz, M., & Oliveira, S. (2006). *Guia prático da atividade física na 3ª idade* (3ª ed.). Cacém: Coleção “Fitness é Manz”.
- Lopes, L. (2007). Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(1), 39-46.
- Lourenço, T. M., Lenardt, M. H., Kletemberg, D. F., Seima, M. D., & Carneiro, N. H. K. (2014). Independência funcional em idosos longevos na admissão hospitalar. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(3), 673-679.
- Maroco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS statistics* (5ª ed). Pero Pinheiro, Portugal: Rolo e Filhos II, SA.
- Menezes, C., Oliveira, V., & Menezes R. (2010). Repercussões da hospitalização na capacidade funcional dos idosos. *Revista Movimenta*, 3(2), 76-84.
- Ministério da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade Social. (2005). *Cuidados de saúde e cuidados de longa duração*. Lisboa, Portugal.
- Moniz, J. (2003). *A Enfermagem e a pessoa idosa*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Modelo de desenvolvimento profissional: Sistema de individuação das especialidades clínicas em enfermagem*. Lisboa, Portugal: Conselho de Enfermagem.

- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa, Portugal: Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Proposta dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal: Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. (A. Leitão, Trad.). Lisboa, Portugal: Direção Geral de Saúde.
- Paixão, C. M. J., & Reichenheim, M. E. (2005). A review of functional status evaluation instruments in the elderly. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 7-19.
- Peron, E. P., Gray, S. L., & Hanlon, J. T. (2011). Medication use and functional status decline in older adults: a narrative review. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 9(6), 378-391.
- Petronilho, F. A. S. (2009). Produção de indicadores de qualidade: a enfermagem que queremos evidenciar. *Sinais Vitais*, 52, 35-43.
- Petronilho, F. A. S. (2012). *Autocuidado: Conceito central da enfermagem*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Petronilho, F., Magalhães, M., Machado, M., & Vieira, M. (2010). Caracterização do doente após evento crítico. *Sinais Vitais*, 88, 41-47.
- Polit, D. F., Beck, T. & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Population Reference Bureau (2011). *2011 World Population Data Sheet*. Recuperado de http://www.prb.org/pdf11/2011population-data-sheet_eng.pdf.
- Queirós, P. J. P. (2010). Editorial: Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 5-7.
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. S., & Filho, A. J. A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista Referência*, IV(3), 157-164.
- Rodriguez, B. E. (2008). Cuidar a los ancianos dependientes o apostar por su independencia? *Rol de Enfermería*, 31(9), 35-38.

- Rosa, J. C., & Basto, M. L (2009). Necessidade e necessidades: Revisitando o seu uso em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 13(1), 13-23.
- Rubenstein, L. V., Calkins, D. R., Greenfield, S., Jette, A. M., Meenan, R. F., Nevins, M. A., ... Williams, M. E. (1989). Health status assessment for elderly patients: Report of the Society of General Internal Medicine Task Force on Health Assessment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37(6), 562-569.
- Sales, M. V .C., Silva, T., J. A., Gil- Jr., L. A. & Filho, W.,J. (2011). Efeitos adversos da internação hospitalar para o Idoso. *Geriatria & Gerontologia*. 4(4),238-246.
- Sousa, Linha, & Alves (2010). Mobilidade da pessoa insuficiente renal crónica: suas implicações no autocuidado. In M. A. Costa, B. P. Gomes, & M. M. Martins, *Enfermagem de Reabilitação* (pp. 193-232). Coimbra, Portugal: Formasau.
- Sousa, S., Moraes, M. F., Beato, V., Corredoura, A.S., Rodrigues, G., Soares, M., ... Abecasis, P. (2002). Factores Preditivos de Morbilidade e Mortalidade Hospitalar e aos seis meses em doentes idosos hospitalizados. *Acta Médica Portuguesa*, 15, 177-184.
- Sthal, H. C., Berti, H. W. & Palhares V. C. (2011). Grau de dependência de idosos hospitalizados para realização das atividades básicas da vida diária. *Texto Contexto Enfermagem*. 20(1), 59-67.
- Tavares, J. P. A. (2014). Avaliação do perfil de cuidado de enfermagem geriátrico em hospitais de Portugal (Tese de Doutoramento). Aveiro, Portugal: Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.
- Tavares, J.; Grácio, J. & Nunes, L. (2017a). Avaliação do ambiente e políticas hospitalares: Rumo a um hospital amigo das pessoas idosas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(2), 255-259.
- Tavares, J.; Grácio, J. & Nunes, L. (2017b). Validade preditiva da Identification of Seniors at Risk-Hospitalized Patient para a identificação do declínio funcional. *Revista Referência*, IV (15), 145-154.
- Taylor, S. (2004). Teoria do défice de autocuidado de enfermagem. In M. Alligood, & A. Tomey (Eds.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (pp. 211-236), (5ª ed.). Lisboa, Portugal: Lusociência.
- Theuerkauf, A. (2000). Autocuidado e atividades da vida diária. In S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo* (pp. 173-207), (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Lusociência.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

Vieira, L. (2013). Estratégias a adotar na prestação de cuidados à pessoa idosa para a promoção da capacidade funcional durante a hospitalização. *Revista Envelhecimento e Inovação*, 2(2).

Ward, K., & Reuben, D. (2014). *Comprehensive geriatric assessment*. UpToDate®. Recuperado de <http://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment#H24>.

ANEXOS

ANEXO I

Adaptação do InterRAI Cuidados Agudos versão portuguesa (InterRAI – CA – PT)

SECÇÃO A. IDENTIFICAÇÃO

1. NOME

(Apenas iniciais)

2. GÉNERO - 1. Masculino 2. Feminino

3. DATA DE NASCIMENTO

Ano

Mês

Dia

4. ESTADO CIVIL

1. Solteiro
2. Casado
3. Parceiro (a)/outro significativo
4. Viúvo
5. Separado
6. Divorciado

5. LÍNGUA MATERNA

1. Português
2. Outra
3. Especificar: _____

6. HOSPITAL

7. ENFERMARIA

SECÇÃO B. ADMISSÃO E HISTÓRIA INICIAL

[Nota: Preencher a Secção B na admissão/primeira avaliação]

DATA DE INTERNAMENTO

2. PROVENIENTE DE:

1. Moradia/apartamento próprio/quarto arrendado
2. Lar
3. Casas assistidas ou semi-independente
4. Centro para pessoas com incapacidades físicas
5. Centro para pessoas com incapacidades intelectuais
6. Hospital ou unidade psiquiátrica
7. Sem-abrigo
8. Unidade de cuidados continuados
9. Centro/Unidade de reabilitação
10. Unidade de cuidados paliativos
11. Hospital de agudos
12. Prisão
13. Outro

Proveniente de _____

3. FORMAS DE COABITAÇÃO

1. Sozinho
2. Apenas com cônjuge/parceiro
3. Com cônjuge/parceiro e outro (s)
4. Com filhos (sem cônjuge/parceiro)
5. Com pais ou tutores
6. Com irmãos
7. Com outros familiares (sem ser cônjuge ou filhos)
8. Com não-familiares

4. EPISÓDIO DESENCADEADOR DA ADMISSÃO

Momento em que surgiu o episódio/problema desencadeador desta admissão (tendo como referência a data de início da hospitalização – item B1)

0. Nos últimos 7 dias
1. Há 8-14 dias
2. Há 15-30 dias
3. Há 31-60 dias
4. Há mais de 60 dias

5. PERÍODO DESDE A ÚLTIMA HOSPITALIZAÇÃO

Registe a hospitalização mais recente nos ÚLTIMOS 90 DIAS

0. Não houve hospitalização nos últimos 90 dias
1. Há 31-90 dias
2. Há 15-30 dias
3. Há 8-14 dias
4. Nos últimos 7 dias
5. Actualmente no hospital

6. TEMPO PASSADO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

0. Não foi admitido através do serviço de urgência
1. 0-8 horas
2. 8-24 horas
3. 24-48 horas
4. Mais de 48 horas

7. CIRURGIA

a) Cirurgia realizada até 48 horas após a admissão?

0. Não
1. Sim

b) Data da Cirurgia

Ano

Mês

Dia

CASO SEJA REALIZADA UMA CIRURGIA, PREENCHER O RELATÓRIO DA ADMISSÃO 72 HORAS DEPOIS DA CIRURGIA, COM BASE NAS OBSERVAÇÕES FEITAS NAS 24 HORAS ANTERIORES.

SECÇÃO C. DATAS DA AVALIAÇÃO

1. DATAS DE REFERÊNCIA DA AVALIAÇÃO

a. Na admissão

Ano

Mês

Dia

b. Na alta

Ano

Mês

Dia

Alta
Admissão
Pré Admissão

SECÇÃO D. COGNIÇÃO

1. CAPACIDADES COGNITIVAS PARA TOMAR DECISÕES DO DIA-A-DIA

Tomar decisões para as tarefas diárias – ex: quando se levantar ou fazer as refeições, que roupa vestir ou que actividades realizar

0. Independente – Decisões consistentes, sensatas, seguras
1. Independência modificada – Alguma dificuldade apenas em situações novas
2. Incapacidade mínima – Em situações específicas recorrentes, as decisões tornam-se fracas e perigosas; estímulos/supervisão necessários nesses momentos
3. Incapacidade moderada – Decisões constantemente fracas e perigosas; estímulos/supervisão são necessários nesses momentos
4. Incapacidade grave – Nunca/raramente toma decisões
5. Sem consciência perceptível, coma [Para a avaliação pré-admissão, continue com as Secções D a G, para todas as outras avaliações passe para a Secção H]

Alta
Admissão
Pré Admissão

2. CAPACIDADE DE MEMORIZAR/RECORDAR

Codifique em termos de recordação daquilo que foi aprendido ou sabido

0. Sim, a memória OK. - 1. Problemas de memória

- a. **Boa memória de curto prazo**
Parece recordar-se depois de 5 minutos
- b. **Boa memória processual**
É capaz de realizar todas ou quase todas as etapas numa sequência de multi-tarefas sem estímulos
- c. **Boa memória situacional** Reconhece os nomes/caras dos prestadores de cuidados com quem contacta regularmente e conhece a localização dos lugares que visita regularmente (quarto, refeitório, sala de terapia)

3. PERTURBAÇÕES PERIÓDICAS DO PENSAMENTO OU CONSCIÊNCIA

[Nota: Uma avaliação rigorosa implica conversas com funcionários, família ou outras pessoas com um conhecimento directo do comportamento do indivíduo ao longo deste período]

- 0. Comportamento não presente
 - 1. Comportamento presente, consistente com o funcionamento normal
 - 2. Comportamento presente, parece diferente do funcionamento normal (ex: novo aparecimento ou agravamento; diferente das semanas anteriores)
- a. **Facilmente distraído** – ex: episódios de dificuldade em prestar atenção; dispersa-se
 - b. **Momentos de discurso desorganizado** – ex: o discurso não faz sentido, irrelevante ou passa de assunto em assunto; perde a linha de pensamento
 - c. **Função mental varia ao longo do dia** – ex: umas vezes melhor, outras vezes pior

4. ALTERAÇÃO AGUDA DO ESTADO MENTAL EM RELAÇÃO AO HABITUAL- ex: agitação, letargia, dificuldade em despertar, percepção alterada do ambiente

- 0. Não
- 1. Sim

SECÇÃO E. COMPORTAMENTO E ÂNIMO

1. . ÂNIMO AUTO-REPORTADO

(Use um período de 3 dias para a avaliação pré-admissão e de 24 horas para as outras avaliações)

- 0. Não nos últimos 3 dias do período pré-admissão/últimas 24 horas
- 1. Não nos últimos 3 dias/24 horas, mas sente-se assim frequentemente
- 2. Sim, sentiu-se dessa maneira nos últimos 3 dias/24 horas
- 8. A pessoa não pode (quer) responder

Perguntar: “Nos últimos 3 dias/24 horas, com que frequência se sentiu...”

- a. Com pouco interesse ou prazer em fazer as coisas de que normalmente gosta?
- b. Ansioso, impaciente ou inquieto?
- c. Triste, deprimido ou desesperado?

Alta
Admissão
Pré Admissão

2. SINTOMAS DE COMPORTAMENTO

Nos ÚLTIMOS 3 DIAS/24 HORAS, presença de um ou mais dos seguintes sintomas: abuso verbal, abuso físico, resistência aos cuidados, comportamento socialmente inapropriado ou disruptivo.

- 0. Não
- 1. Sim

SECÇÃO F. ESTADO FUNCIONAL

1. AUTO-DESEMPENHO NAS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)

Considere todos os episódios dos últimos 3 dias/24 horas. Se **todas** as actividades forem desempenhadas ao mesmo nível, pontue a AVD a esse nível. Se houver **algum episódio** no nível 6, e outros menos dependentes, pontue a AVD com o nível 5. Caso contrário, centre-se nos três episódios mais dependentes [ou em todas os episódios se forem realizadas menos do que 3 vezes]. Se a actividade mais dependente for 1, a pontuação da AVD é 1. Se não for, pontue a AVD de acordo com a menos dependente entre 2-5.

- 0. **Independente** – Sem ajuda, preparação física ou supervisão em qualquer actividade
 - 1. **Independente, ajuda apenas na preparação** – Objecto ou aparelho fornecido ou colocado ao seu alcance, sem ajuda física ou supervisão em qualquer actividade
 - 2. **Supervisão** – Vigilância/estímulos
 - 3. **Assistência limitada** – Orientação para se deslocar, ajuda a nível físico sem suportar o peso
 - 4. **Assistência alargada** – Ajuda para suportar o peso (incluindo levantar os membros) por 1 ajudante em que a pessoa ainda desempenha 50% ou mais das sub-tarefas
 - 5. **Assistência máxima** – Ajuda para suportar o peso (incluindo levantar os membros) por 2+ ajudantes OU Ajuda para suportar o peso em mais de 50% das sub-tarefas
 - 6. **Dependência total** – Todas as actividades são realizadas por outras pessoas
 - 8. **Não houve actividade** durante todo esse período
- a. **Tomar banho** – Como é que toma banho de imersão ou duche. Inclui a maneira como entra e sai da banheira ou polibã E como é lavada cada parte do corpo: braços, parte inferior e superior das pernas, peito, abdómen, área perineal – EXCLUÍ LAVAR AS COSTAS E O CABELO
 - b. **Higiene Pessoal** – Como trata da sua higiene pessoal, incluindo pentear o cabelo, lavar os dentes, fazer a barba/depilação, maquilhar-se, lavar e limpar a cara e as mãos – EXCLUÍ BANHOS E DUCHES
 - c. **Caminhar** – Como se desloca em piso igual dentro de casa
 - d. **Transferência para a sanita:** Como se senta e levanta da sanita ou cadeira sanitária
 - e. **Uso da casa de banho:** Como usa a casa de banho (ou a cadeira sanitária, penico, urinol), como se limpa depois de usar a sanita ou episódio(s) de incontinência, muda a fralda, sabe lidar com a ostomia ou cateter, adapta as roupas – EXCLUÍ ENTRADA E SAÍDA NA CASA DE BANHO
 - f. **Mobilidade na cama** – Como se deita e se levanta, como se vira de um lado para o outro e posiciona o corpo na cama
 - g. **Alimentação** – Como come e bebe (independentemente da capacidade). Inclui a ingestão de alimentos de várias formas (ex: alimentação por sonda, alimentação parentérica total)
- 2. LOCOMOÇÃO/CAMINHAR**
- a. **Principal modo de locomoção**
 - 0. Caminhar, sem aparelho de suporte
 - 1. Caminhar, usa aparelho de suporte – ex: bengala, andarilho, canadianas, cadeira de rodas de empurrar
 - 2. Cadeira de rodas, scooter eléctrica
 - 3. Acamado

Alta
Admissão
Pré Admissão

b. Caminhada de 4 metros temporizada – Crie um percurso desobstruído em linha recta. Peça à pessoa que esteja em pé com os pés na linha de partida.

Depois diga: "Assim que eu disser, comece a andar a um ritmo normal (com a bengala/andarrilho se utilizar). Não se trata de um teste para saber a rapidez com que caminha. Pare quando eu lhe disser para parar. Tem dúvidas?" O avaliador pode demonstrar como se faz o teste.

Depois diga: "Comece a caminhar agora". Comece a cronometrar (ou pode contar os segundos) assim que for dado o primeiro passo. Termine a contagem quando o pé tocar na linha dos 4 metros.

Depois diga: "Agora pode parar".

Insira o tempo em segundos, até aos 30 segundos, caso contrário:

- 30. 30 ou mais segundos para andar 4 metros
- 77. Parou antes de terminar o teste
- 88. Recusou-se a fazer o teste
- 99. Não foi testado – ex: não caminha sozinho

--	--	--

c. Distância percorrida – A maior distância percorrida de uma só vez sem se sentar nos ÚLTIMOS 3 DIAS/24 HORAS (com apoio caso seja necessário)

- 0. Não andou
- 1. Menos de 5 metros
- 2. 5-49 metros
- 3. 50-99 metros
- 4. 100+ metros
- 5. mais do que 1 quilómetro

--	--	--

d. Distância percorrida em cadeira de rodas - A maior distância percorrida com cadeira de rodas de uma só vez nos ÚLTIMOS 3 DIAS/24 HORAS (inclui o uso independente de cadeira de rodas motorizada)

- 0. Empurrado por outras pessoas
- 1. Usou cadeira de rodas motorizada/scooter
- 2. Andou sozinho de cadeira de rodas menos de 5 metros
- 3. Andou sozinho de cadeira de rodas 5-49 metros
- 4. Andou sozinho de cadeira de rodas 40-99 metros
- 5. Andou sozinho de cadeira de rodas 100+ metros
- 8. Não usou a cadeira de rodas

--	--	--

3. NÍVEL DE ACTIVIDADE

a. Número de horas de exercício ou actividade física nos 3 dias antes do aparecimento da doença que desencadeou a admissão – ex: caminhar

- 0. Nenhuma
- 1. Menos de 1 hora
- 2. 1-2 horas
- 3. 3-4 horas
- 4. Mais de 4 horas

--	--	--

b. Nos 3 dias antes do aparecimento da doença que desencadeou a admissão, o número de dias em que saiu de casa/edifício onde reside (independentemente da duração desse período)

- 0. Não saiu em nenhum dia
- 1. Não saiu nos últimos 3 dias, mas normalmente sai durante o período de 3 dias
- 2. 1-2 dias
- 3. 3 dias

--	--	--

4. ACAMADO

O doente está acamado por motivos médicos

- 0. Não
- 1. Sim

--	--	--

Alta
Admissão
Pré Admissão

5. AUTO-DESEMPENHO DAS AIVDs E CAPACIDADE

No período pré-mórbido, pontue o DESEMPENHO nas actividades rotineiras em casa ou na comunidade durante os ÚLTIMOS 3 DIAS antes do aparecimento da doença aguda que desencadeou a admissão. No momento da alta, pontue a CAPACIDADE com base na competência presumida para realizar uma actividade da maneira mais independente possível. Este processo irá envolver "especulação" por parte do avaliador.

0. **Independente** – Sem ajuda, preparação ou supervisão

- 1. **Ajuda apenas na preparação**
- 2. **Supervisão** – Vigilância/estímulos
- 3. **Assistência limitada** – Ajuda em algumas situações
- 4. **Assistência alargada** – Ajuda na realização da tarefa embora realize 50% ou mais da tarefa sozinho
- 5. **Assistência máxima** – Ajuda na realização da tarefa embora realize menos de 50% da tarefa sozinho
- 6. **Dependência total** – Todas as actividades são realizadas por outras pessoas durante todo esse período
- 8. **Não houve actividade** – Durante todo esse período (NÃO USAR ESTE CÓDIGO PARA PONTUAR A CAPACIDADE)

a. **Preparação das refeições** – Como são preparadas as refeições (ex: planeamento das refeições, juntar os ingredientes, cozinhar, preparar a comida e os utensílios)

--	--	--

b. **Tarefas domésticas** – Como são realizadas as tarefas domésticas (ex: lavar a louça, limpar o pó, fazer a cama, arrumar, lavar a roupa)

--	--	--

c. **Gerir as finanças pessoais** – Como são pagas as contas, verificar o livro de cheques, as despesas da casa são orçamentadas, o uso do cartão de crédito é controlado

--	--	--

d. **Gerir a medicação** – Como são geridos os medicamentos (ex: lembrar-se de tomar os medicamentos, abrir frascos, tomar as dosagens correctas, dar injeções, aplicar pomadas)

--	--	--

e. **Uso do telefone** – Como são feitas ou recebidas as chamadas telefónicas (com dispositivos de apoio, tais como telefones com números grandes, amplificação se necessário)

--	--	--

f. **Escadas** – Como sobe um lance de escadas (12-14 degraus)

--	--	--

g. **Compras** – Como são adquiridos os alimentos e os produtos para a casa (ex: escolha dos produtos, dinheiro para o pagamento) EXCLUIR O TRANSPORTE

--	--	--

h. **Transporte** – Como se desloca de transportes públicos (sistema de navegação, pagamento das tarifas) ou sozinho (inclui sair de casa; entrar e sair de veículos)

--	--	--

SECÇÃO G. CONTINÊNCIA

1. CONTINÊNCIA URINÁRIA

0. **Continente** – Controlo total; NÃO USA qualquer tipo de cateter ou outro aparelho de recolha da urina

- 1. **Controlo com cateter ou ostomia** nos últimos 3 dias/24 horas
- 2. **Raramente incontinente** – Não esteve incontinente nos últimos 3 dias/24 horas, mas tem períodos de incontinência
- 3. **Algumas vezes incontinente** – Menos do que diariamente [Nota: Este código não se aplica ao período de admissão]
- 4. **Frequentemente incontinente** – Diariamente, mas tem algum controlo

5. **Incontinente** – Não tem controlo

8. **Não aconteceu** – Não houve produção de urina da bexiga nos últimos 3 dias/24 horas

--	--	--

2. APARELHO DE RECOLHA DA URINA (Exclui pensos, fraldas)

- 0. Nenhum
- 1. Preservativo de urina
- 2. Cateter permanente
- 3. Cistostomia, nefrostomia, ureterostomia

--	--	--

Alta
Admissão
Pré Admissão

3. CONTINÊNCIA FECAL

0. **Continente** – Controlo total: NÃO USA qualquer tipo de dispositivo de ostomia

1. **Controlo com ostomia** – Controlo com dispositivo de ostomia nos últimos 3 dias/24 horas

2. **Raramente incontinente** – Não esteve incontinente nos últimos 3 dias/24 horas, mas tem períodos de incontinência

3. **Algumas vezes incontinente** – Menos do que diariamente [Nota: Este código não se aplica ao período de admissão]

4. **Frequentemente incontinente** – Diariamente, mas tem algum controlo

5. **Incontinente** – Não tem controlo

8. **Não aconteceu** – Não houve movimento do intestino nos últimos 3 dias/24 horas

--	--	--

4. USO DE PENSOS, FRALDAS

0. Não 1. Sim

--	--	--

SECÇÃO H. CONDIÇÕES DE SAÚDE

1. QUEDAS

0. Nenhuma queda nos últimos 90 dias

1. Nenhuma queda nos últimos 30 dias, mas caiu há 31-90 dias

2. Uma queda nos últimos 30 dias

3. Duas ou mais quedas nos últimos 30 dias

--	--	--

2. QUEDAS RECENTES

[Não preencher se foi avaliado há mais de 30 dias ou se esta é a primeira avaliação]

O doente caiu desde a última avaliação

0. Não

1. Sim

[em branco] Não aplicável (é a primeira avaliação ou já passaram mais de 30 dias depois da última avaliação)

--	--	--

3. FREQUÊNCIA DO PROBLEMA

0. Não presente 1. Presente

EQUILÍBRIO

a. Tem dificuldade ou é incapaz de se levantar sem ajuda

--	--	--

b. Tem dificuldade ou é incapaz de se virar e olhar na direcção oposta quando está em pé

--	--	--

SITUAÇÃO GASTROINTESTINAL

Náusea

--	--	--

4. DISPNEIA (Falta de Ar)

0. Ausência de sintoma

1. Ausência em repouso mas presente durante a realização de actividades moderadas

2. Ausência em repouso mas presente durante a realização de actividades diárias normais

3. Presente em repouso

--	--	--

5. FADIGA

Incapacidade para realizar actividades diárias normais – ex: AVDs, AIVDs

0. **Nenhuma**

1. **Mínima** – Falta de energia mas realiza as actividades diárias normais

2. **Moderada** – Devido a falta de energia, INCAPAZ DE ACABAR as actividades diárias normais

3. **Grave** - Devido a falta de energia, INCAPAZ DE COMEÇAR ALGUMAS actividades diárias normais

4. **Incapaz de começar qualquer actividade diária** – Devido a falta de energia

--	--	--

Alta
Admissão
Pré Admissão

6. SINTOMAS DE DOR

[Nota: Pergunte sempre ao doente sobre a frequência, intensidade e controlo da dor. Observe a pessoa e pergunte a outras pessoas que estejam em contacto com o indivíduo.]

a. Frequência com que a pessoa se queixa ou mostra sinais de dor (incluindo expressões faciais de dor, cerrar os dentes, gemer, afastar-se quando lhe tocam ou outros sinais não verbais que sugerem dor)

0. Sem dor

1. Presente mas não manifestada nos últimos 3 dias/24 horas

2. Manifestada nos últimos 3 dias/24 horas

--	--	--

b. Nível mais elevado de intensidade da dor actual

0. Sem dor

1. Fraca

2. Modera

3. Forte

4. Momentos em que a dor é horrível e lancinante

--	--	--

c. Persistência da dor

0. Sem dor

1. Único episódio nos últimos 3 dias/24 horas

2. Intermitente

3. Constante

--	--	--

SECÇÃO I. POTENCIAL DE ALTA

1. SERVIÇOS DE APOIO DA COMUNIDADE ANTES DA ADMISSÃO

A pessoa estava a receber serviços de apoio formais (para além do apoio de familiares ou amigos) antes da admissão?

0. Não

1. Sim

2. A residir numa instituição

--	--	--

SERVIÇOS DA COMUNIDADE ANTERIORES À ADMISSÃO

0. Não 1. Sim

a. Realização das tarefas domésticas

--	--	--

b. Serviço de refeições

--	--	--

c. Manutenção da casa

--	--	--

d. Enfermagem domiciliária

--	--	--

e. Enfermeiro que administra medicação

--	--	--

f. Ajuda ao nível dos cuidados pessoais

--	--	--

g. Centro de dia

--	--	--

h. Assistência temporária para descanso do cuidador

--	--	--

i. Pacotes de cuidados

--	--	--

j. Outros

--	--	--

Especificar: _____

3. POTENCIAL DA ALTA

0. Não

1. Sim

2. A residir numa instituição

a. Tem uma pessoa de apoio com uma opinião positiva sobre a alta ou a continuação da residência na comunidade

--	--	--

b. Tem alojamento disponível na comunidade

--	--	--

SECÇÃO J. ALTA

Preencha a Secção apenas no momento da alta

1. ÚLTIMO DIA HOSPITALIZAÇÃO

2	0		
---	---	--	--

--	--

--	--

2. DEPOIS DA ALTA, ENVIADO PARA:

1. Moradia/apartamento próprio/quarto arrendado
2. Lar
3. Assistência domiciliar ou semi-independente
4. Centro psiquiátrico
5. Centro para pessoas com incapacidades físicas
6. Local para pessoas com incapacidades intelectuais
7. Hospital ou unidade psiquiátrica
8. Sem-abrigo
9. Unidade de cuidados continuados
10. Centro/Unidade de reabilitação
11. Hospital psiquiátrico/Unidade de cuidados paliativos
12. Hospital de cuidados agudos
13. Prisão
14. Outro
15. Falecido

--	--	--

SECÇÃO J. INFORMAÇÃO DA AVALIAÇÃO

ASSINATURA DA PESSOA QUE ESTÁ A
COORDENAR/PREENCHER A AVALIAÇÃO

a. Assinatura (assine na linha de cima)

b. Data em que a avaliação foi assinada como estando preenchida

2	0		
---	---	--	--

Ano

--	--

Dia

--	--

Mês

OBRIGADO

ANEXO II

Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Autora: Ana Cláudia Duarte do Coito

Orientador: Professor Arménio Guardado Cruz

Eu (nome completo), _____, abaixo-assinado, concordo em participar voluntariamente num estudo da autoria de Ana Cláudia Duarte do Coito, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, cujo tema é “O autocuidado em eventos de hospitalização: prevenção do declínio funcional em idosos no processo de internamento”. Este estudo apresenta como objetivo analisar se o processo de internamento é um fator desencadeante do declínio funcional nos idosos ao nível dos autocuidados.

A minha participação consiste em colaborar no preenchimento de um questionário InterRAI, no momento de admissão e da alta.

Reconheço que os procedimentos de investigação me foram explicados e que me responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo, a investigação ou os métodos utilizados. Asseguraram-me que os processos que me dizem respeito serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, incluindo a minha identidade, sem a minha permissão. Os resultados do estudo destinar-se-ão à apresentação e/ou publicação de trabalhos de carácter científico.

Estou também ciente que tenho a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem nenhuma consequência ou penalidade para mim.

Abaixo, assino o documento, demonstrando a minha concordância em participar no estudo.

Data: ___/___/_____

Assinatura: _____

CONTACTOS DA INVESTIGADORA

Ana Cláudia Duarte do Coito
anaccoito@gmail.com
968269216

Poderá ser utilizado para envio de uma cópia do presente documento e/ou para comunicação dos resultados.