



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”

Estudo tipo série de casos

Helena Marisa Figueira Neves

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Gerontologia
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Profª Doutora Márcia Kirzner

Covilhã, Outubro de 2012

“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”

Dedicatória

Como não poderia deixar de ser, dedico esta dissertação àqueles que sempre estiveram ao meu lado e me fizeram seguir em frente, dedico-a com toda a confiança que depositaram em mim:

Ao meu marido, Tiago,

aos meus Pais,

aos meus Irmãos

e aos meus Sogros.

“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar ao **Tiago, meu Marido**, por todo o nosso tempo que ficou para trás nestes dois anos, pela compreensão e amor mostrado quando tudo parecia estar a desabar.

Aos meus Pais, Irmãos e Sogros por estarem sempre disponíveis sem nada esperar em troca, fazendo com que o tempo parecesse mais.

À Prima Teresa e à Madrinha Lena por despenderem do seu tempo e partilharem o seu conhecimento.

À Susana Ferrinho e ao Sr. Prof. Miguel Freitas por sem qualquer obrigação terem usado os seus conhecimentos para me solucionar problemas.

Ao Lar de Belmonte, em especial aos colegas de trabalho por me facilitarem as trocas de turnos.

Aos utentes que participaram no estudo e que me motivaram a querer pesquisar sempre mais.

Ao Tiago Pereira, pelos desabafos e palavras de ânimo partilhadas ao longo do curso.

À Professora Doutora Márcia por todos os desafios lançados em cada reunião que tínhamos, levando-me à descoberta de novos caminhos.

A todos muito obrigada!

Pensamento

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

(Augusto Cury, in *O Vendedor de Sonhos*)

“Se não brincar com a vida, a vida zangar-se-á consigo.”

(Augusto Cury, in *A Saga de um Pensador*)

Resumo

Tem vindo a notar-se um aumento da proporção de idosos relativamente à população jovem, o que reforça a importância de se refletir sobre a vida dos idosos inseridos numa sociedade moderna e numa população envelhecida. Com as alterações próprias do envelhecimento, muitas vezes agravadas por múltiplas patologias, os idosos tornam-se frágeis e necessitam de cuidados específicos à sua situação. Por vontade do idoso ou contrariamente à sua vontade, nem sempre estes cuidados são prestados no seu domicílio. O facto de alguns idosos viverem com outros idosos ou viverem com adultos jovens que não têm capacidade ou disponibilidade para cuidar deles, leva a que se opte pela institucionalização em lares.

Com o objetivo de conhecer as causas da institucionalização e as repercussões na vida dos idosos, realizou-se um estudo descritivo longitudinal, tipo série de casos entre 1 de Setembro de 2011 e 30 de Maio de 2012 no lar da terceira idade Dona Maria José Soares, pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Belmonte, sendo a amostra constituída por 20 idosos. Os idosos foram avaliados em três momentos diferentes, um à data de entrada no lar, outro após 15 dias de admissão e outro após 60 dias. As variáveis analisadas foram a idade, o sexo, o estado civil, a proveniência, os diagnósticos, a terapêutica habitual, o estado de consciência, a capacidade para deambular, a motivação para o internamento, o grau de dependência nas atividades de vida diária (avaliada pelo índice de Katz), o estado cognitivo (avaliado pelo Mini-exame do Estado Mental) e o estado depressivo (avaliado pela Escala de Depressão Geriátrica - versão abreviada). Utilizou-se o teste não paramétrico de Wilcoxon, com um nível de significância de 0,05.

A amostra foi constituída por 12 do sexo feminino e 8 do sexo masculino, com uma média de idades de $83,85 \pm 5,26$ anos. No período decorrido entre a primeira e a terceira avaliação verificou-se uma taxa de mortalidade de 35% (n=7), sendo que 71,4% eram homens (n=5).

No que respeita às características dos idosos institucionalizados, observou-se que grande parte dos idosos institucionalizados eram do sexo feminino, viúvos, procedentes do domicílio, baixa escolaridade, com polipatologia, polimedicados, apresentavam dependência na realização das atividades de vida diária e sintomas depressivos.

Concluiu-se que durante os primeiros quinze dias 37,5% dos idosos apresentaram um agravamento do seu estado, contudo após dois meses da admissão esta situação reduziu em cerca de 7%.

Palavras-chave

Idosos institucionalizados; fragilidade; dependência nas atividades de vida diária; depressão; demência.

“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”

Abstract

It has been noticed an increase in the proportion of elderly in relation to young people, what reinforces the importance of reflecting on the life of the elderly in a modern society and inserted in an aged population. With the common aging changes, often aggravated by multiple pathologies, the elderly become frail and need specific care. According to or contrary to the elder's will, this care is not always provided at home. Because some elderly live with other elderly or with young adults who have no ability or availability to take care of them, leads one to opt for their institutionalization in nursing homes.

With the objective of understanding the causes of institutionalization and the repercussions on the lives of the elderly, a longitudinal descriptive study was conducted, case series type, from September 1, 2011 to May 30, 2012 at the nursing home *Lar da Terceira Idade Dona Maria José Soares*, belonging to *Santa Casa da Misericórdia de Belmonte*, with a sample of twenty senior citizens. The elderly were evaluated at three different times, one when they entered the home, another two weeks after the admission and the last when two months had passed. The analysed variables were the age, gender, marital status, provenance, diagnostics, usual therapeutics, the state of consciousness, the ability to ambulate, the motivation for institutionalization, the *degree of dependency* in activities of daily living (measured by the Katz index), the cognitive state (assessed by the Mini-Mental State Examination) and the depressed mood (assessed by the Geriatric Depression Scale - short form). We used the nonparametric Wilcoxon test, with a significance level of 0.05.

The sample consisted of 12 females and 8 males, with a mean age of $83,85 \pm 5,26$. In the period between the first and the third assessment, there was a mortality rate of 35% ($n=7$), of which 71.4% were male ($n=5$).

Concerning the characteristics of the institutionalized elderly, it was observed that most of the institutionalized elderly were female, widows, coming from home, with low education, poly-pathology, polymedicated, who presented dependency when performing activities of daily living and depressive symptoms.

It was concluded that during the two first weeks 37.5% of the elderly showed a worsening of their condition and after two months of the admission this aggravation reduced by about 7%.

Keywords

Institutionalized elderly; frailty; dependence in activities of daily living; depression; dementia.

Índice

1. Introdução	1
1.1. A sociedade e o envelhecimento	2
1.2. Envelhecimento e fragilidade	4
1.3. Institucionalização	6
1.4. O Idoso Institucionalizado	8
1.5. Avaliação Geriátrica Ampla	9
2. Material e Método	13
2.1. Tipo de estudo	13
2.2. Local do estudo	13
2.3. População-alvo	13
2.4. Amostragem	13
2.4.1. Tipo de amostragem	13
2.4.2. Critérios de inclusão	13
2.4.3. Critérios de exclusão	14
2.4.4. Amostra	14
2.5. Colheita de dados	14
2.5.1. Momentos de avaliação	14
2.5.2. Varáveis analisadas	14
2.6. Autorização da colheita de dados e consentimento livre e informado	18
2.7. Análise estatística	18
3. Resultados	19
3.1. Primeira avaliação	19
3.2. Segunda avaliação	25
3.3. Terceira avaliação	28
4. Discussão dos resultados	31
5. Conclusão	35
6. Bibliografia	37
Anexos	41

Lista de Figuras

Figura 1 – Quadro de Referência Operacional para explicar a fragilidade, adaptado de Bergman <i>et al.</i> (2004).....	P. 6
---	------

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Características mais comuns dos idosos institucionalizados, encontradas na bibliografia consultada.....	P.9
Tabela 2 – Classificação de grupos de patologias.....	P.15
Tabela 3 – Distribuição por sexo e idade dos idosos (n=20) admitidos no lar da Santa Casa da Misericórdia de Belmonte no período de 1 de Setembro de 2011 a 31 de Março de 2012....	P.19
Tabela 4 – Distribuição das frequências da proveniência e do estado civil, dos idosos admitidos no lar da Santa Casa da Misericórdia de Belmonte no período de 1 de Setembro de 2011 a 31 de Março de 2012, relativamente ao sexo.....	P.20
Tabela 5 – Distribuição por sexo e escolaridade dos idosos (n=20) admitidos no lar da Santa Casa da Misericórdia de Belmonte no período de 1 de Setembro de 2011 a 31 de Março de 2012.....	P.21
Tabela 6 – Distribuição por sexo e diagnósticos dos idosos (n=20) admitidos no lar da Santa Casa da Misericórdia de Belmonte no período de 1 de Setembro de 2011 a 31 de Março de 2012.....	P.21
Tabela 7 – Distribuição por sexo e terapêutica habitual dos idosos (n=20) admitidos no lar da Santa Casa da Misericórdia de Belmonte no período de 1 de Setembro de 2011 a 31 de Março de 2012.....	P.22
Tabela 8 – Distribuição por sexo e estado de consciência dos idosos (n=20) admitidos no lar da Santa Casa da Misericórdia de Belmonte no período de 1 de Setembro de 2011 a 31 de Março de 2012.....	P.22
Tabela 9 – Distribuição por sexo e relação do grau de dependência (índice de Katz) com a capacidade para deambular dos idosos (n=20) admitidos no lar da Santa Casa da Misericórdia de Belmonte no período de 1 de Setembro de 2011 a 31 de Março de 2012.....	P.23

“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”

Tabela 10 – Distribuição por Atividade de Vida Diária, avaliada pelo índice de Katz, nos idosos (n=20) admitidos no lar da Santa Casa da Misericórdia de Belmonte no período de 1 de Setembro de 2011 a 31 de Março de 2012.....	P.24
Tabela 11 – Distribuição por sexo e estado cognitivo dos idosos (n=14) admitidos no lar da Santa Casa da Misericórdia de Belmonte no período de 1 de Setembro de 2011 a 31 de Março de 2012.....	P.24
Tabela 12 – Distribuição por sexo e grau de depressão dos idosos (n=14) admitidos no lar da Santa Casa da Misericórdia de Belmonte no período de 1 de Setembro de 2011 a 31 de Março de 2012.....	P.25
Tabela 13 – Variáveis dos idosos (n=2) admitidos no lar da Santa Casa da Misericórdia de Belmonte no período de 1 de Setembro de 2011 a 31 de Março de 2012 e que morreram nos primeiros 15 dias de internamento no lar.....	P.26
Tabela 14 – Frequências da evolução dos idosos em cada variável, por sexo, ao longo dos primeiros 15 dias.....	P.26
Tabela 15 – Distribuição por sexo e estado cognitivo dos idosos aptos a responder, na segunda avaliação (n=9).....	P.27
Tabela 16 – Distribuição por sexo e nível de depressão dos idosos da amostra aptos a responder (n=9), na segunda avaliação.....	P.28
Tabela 17 – Frequências da evolução dos idosos em cada variável, por sexo, no período que decorreu entre a segunda avaliação e a terceira.....	P.29
Tabela 18 – Evolução dos idosos em cada variável, ao longo do tempo de internamento, e aplicação do teste de Wilcoxon, com um nível de significância de 0,05.....	P.30
Tabela 19 – Relação entre as médias obtidas no índice de Katz com o estado cognitivo dos idosos avaliados nas três avaliações realizadas no período entre 1 de Setembro de 2011 e 30 de Maio de 2012.....	P.32

Lista de Acrónimos

INE	Instituto Nacional de Estatística
EDE	Associação Europeia de Diretores de Instituição de Idosos
ALI	Associação de apoio domiciliário de Lares e casa de repouso de Idosos
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
AVD's	Atividades de Vida Diária
AGA	Avaliação Geriátrica Ampla
MMSE	Mini Mental State Examination
GDS-15	Geriatric Depression Scale de Yesavage, versão resumida
SCMB	Santa Casa da Misericórdia de Belmonte
NA	Não aplicado
Hosp.	Hospitalizado

1. Introdução

No presente ano de 2012, que foi designado pela União Europeia como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, é fundamental continuar a refletir sobre as respostas que a sociedade tem para dar aos idosos dependentes, sem apoio familiar adequado, seja qual for a razão da sua dependência.

A nível mundial a análise estatístico-demográfica reflete o envelhecimento populacional, uma vez que índice de envelhecimento tem aumentado de ano para ano, devido à diminuição das taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade, e pelo aumento da esperança média de vida à nascença.

Portugal não é exceção, sendo que também é um país envelhecido, situação que se agrava com o aumento da taxa de emigração da população ativa. Nos estudos publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) verifica-se, ainda, que a maioria da população idosa vive sozinha ou coabita com outros idosos, sendo a maioria do sexo feminino.

O envelhecimento é um processo com características únicas que leva ao declinar gradual das capacidades do ser humano, devido a alterações anátomo-fisiológicas normais nesta etapa da vida, contudo, por vezes por agravantes genéticas e/ou ambientais alguns idosos degradam o seu estado de saúde mais rapidamente que o esperado e tornam-se mais dependentes que outros.

Os idosos, quando não possuem uma rede de suporte informal que assegure a prestação dos cuidados necessários, são muitas vezes internados em lares de idosos e a necessidade de internamento em lares aumenta com a idade, aquando se verifica um aumento gradual das incapacidades físicas e mentais. Os dados da Eurostat (2011) estimam que, até 2060, haverá uma duplicação da população com mais de 65 anos e um aumento da prevalência das doenças crónicas até 40%.

O conceito de lar mantém-se ainda hoje carregado de preconceito, ainda mais quando se pensa que a maioria dos idosos institucionalizados são idosos frágeis, isto é, idosos propensos à doença, que foram afetados por um ou mais síndromes geriátricos, e por consequência enfrentam um declínio funcional.

Assim, o intuito fundamental de estudos como este é, e com grande pretensão, prever situações de risco de institucionalização e uma vez considerada a institucionalização como melhor hipótese criar estratégias que possam proporcionar uma melhor adaptação ao novo ambiente, sem que haja um aceleração da deterioração normal do envelhecimento.

Surge a grande questão/problema sobre o qual se debruçará este estudo: quais as causas e consequências da institucionalização, nos idosos?

1.1. A sociedade e o envelhecimento

A Gerontologia, segundo Netto citado por Freitas *et al* (2006), foi criada em 1903 por Elie Metchnikoff e define-se a partir das expressões *gero* (velhice) e *logia* (estudo), e neste sentido lato, esta ciência tem vindo a valorizar-se, crescendo exponencialmente a sua visibilidade pública e política, em termos mundiais, já que enquanto campo do saber especificamente comprometido com a velhice e com o envelhecimento, a Gerontologia tem como objeto de estudo integrado a pessoa idosa, as suas circunstâncias e representações, sendo, atualmente reconhecida como uma área interessante e atrativa para estudos futuros (Paúl e Ribeiro, 2012).

Esta inquietação crescente para ampliar a Gerontologia deve-se, sem dúvida aos inúmeros desafios lançados à sociedade moderna aquando se apercebe do envelhecimento populacional ao longo dos anos, pois têm vindo a assistir-se a um aumento gradual da população idosa, tornando-se assim as populações envelhecidas.

O envelhecimento demográfico é uma realidade, atualmente, vivida a nível mundial, confirmada pelos dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) quando afirma, que haverá mais pessoas octogenárias e nonagenárias no Mundo do que nunca, de tal forma que, entre 2000 e 2050, o número de pessoas com 80 anos ou mais aumentará quase quatro vezes chegando a 395 milhões (Eurostat, 2011).

Este cenário é idêntico em Portugal. Segundo os dados do INE a proporção da população com 65 ou mais anos é, em 2011, 19%, em contraste com, os 8% verificados em 1960, e com os 16% da década anterior; este valor ultrapassa a proporção de jovens, que é cerca de 15% (Censos 2011). Também o índice de envelhecimento da população, que em 2011 apresenta um valor de 129, comprova que Portugal tem hoje mais população idosa do que alguma vez teve. Em 2001 havia 85 municípios com o índice de envelhecimento menor ou igual a 100, enquanto que em 2011, este valor é de apenas 45. Alterações nos indicadores demográficos como o aumento da esperança média de vida à nascença, o aumento da taxa de emigração da população ativa e a diminuição das taxas de natalidade, fecundidade e mortalidade são responsáveis pelo envelhecimento demográfico.

A quantidade de população feminina é reforçada, à medida que a idade avança, sendo que no grupo etário dos 65 ou mais anos se verifica a preponderância das mulheres (11%), face aos homens (8%), estes resultados podem ser explicados pela sobremortalidade da população masculina e a sua menor esperança de vida à nascença, pois em média, as mulheres vivem cerca de seis anos a mais que os homens (Censos 2011).

Ainda, nos resultados dos Censos 2011, se verifica que 60% da população idosa vive só ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas, situação cuja dimensão aumentou 28% ao longo da última década.

A par destas alterações demográficas, também, ao longo dos séculos, a sociedade, em geral, tem sofrido mudanças em relação à estrutura das famílias e às intrincadas relações que advém deste grupo. Com esta modificação, verifica-se uma visão cada vez mais depreciativa do papel dos idosos para o desenvolvimento das sociedades (Diogo e Duarte *in* Freitas *et al*,

2006). A sociedade antiga, contrariamente ao que se verifica na sociedade contemporânea valorizava o saber e a experiência dos mais velhos, protegendo-os e cuidando-os a todo o custo, até um fim de vida digno. Hoje, não porque tenha desaparecido o conceito de família, mas, por uma necessidade de readaptação constante às exigências sociais e económicas das famílias, o cuidado dos idosos é confiado, muitas vezes, a grupos sociais externos à família ou instituições (Moniz, 2003; Daniel, 2009).

Em setembro de 1993, realizou-se um encontro na Holanda, da responsabilidade da Associação Europeia de Diretores de Instituição de Idosos (EDE), no qual foi redigida a “European Charter of the Rights and Freedoms of Elderly People Accommodated in Homes”, mostrando a preocupação crescente com a população desta faixa etária. Esta carta vai de encontro ao artigo 25 da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia que se refere aos direitos das pessoas idosas: “A União reconhece e respeita o direito das pessoas idosas a uma existência condigna e independente e à sua participação na vida social e cultural”. Enquanto, esta última aborda os direitos dos idosos de uma forma generalista, a primeira especifica os direitos dos idosos institucionalizados e reforça a premissa de que os princípios fundamentais dos direitos humanos se aplicam a pessoas de todas as idades, independentemente do seu estado de saúde física ou mental, situação socioeconómica ou nível de educação.

A Carta Europeia dos Direitos e Liberdades do Idoso Residente em Instituições remete ainda para a necessidade fundamental da existência de uma política europeia comum gerontológica que abranja o respeito pela qualidade de vida, a adequação dos serviços, o atendimento digno e a supervisão e financiamento, dos idosos.

Semelhante à EDE, em Portugal existe a Associação de Apoio Domiciliário de Lares e Casas de Repouso de Idosos (ALI), que tomou parecer na última atualização legislativa que regulamenta as novas normas para organização, funcionamento e instalação de estruturas residenciais para pessoas idosas, a Portaria 67/2012 de 21 de Março.

Na prática, à que distinguir as várias redes de suporte que existem disponíveis, sejam formais ou informais. A rede de suporte formal é composta de organismos de ajudas estatais ou privados específicos para apoio aos idosos e a rede informal (ou rede natural de ajuda) é constituída pelo companheiro, parentes, filhos, amigos e vizinhos. A escolha da ou das redes de suporte depende, da rede social de cada uma das pessoas, isto é, das características morfológicas e transacionais das relações sociais estabelecidas num sistema dinâmico, onde se conjugam fatores sociais globais e as reações do indivíduo à ação desses fatores (Berger e Mailloux-Poirier, 1995; Lemos e Medeiros *in* Freitas *et al*, 2006).

Assim que as incapacidades físicas, cognitivas e psicológicas da pessoa idosa aumentam, e em proporção inversa, as capacidades da rede informal diminuem, torna-se necessário encarar a hipótese de recorrer à rede formal, sendo o internamento considerado a alternativa de último recurso (Berger e Mailloux-Poirier, 1995; Cardão, 2009; Martín e Brandão *in* Paúl e Ribeiro, 2012).

Em Portugal, constata-se que são os acordos de cooperação entre a Segurança Social e as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) que asseguram a maioria da rede

formal, distribuídas pelas seguintes valências: Centros de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário e Lares de Idosos. Em 2006, Martín e Borges realizaram um levantamento de todos os equipamentos sociais de apoio a idosos existentes no território continental, que foi compilado em 2010 por Letra e Martín para conhecer a necessidade e a procura das várias valências. Relativamente às taxas de utilização verifica-se um aumento mais significativo nas valências de Serviço de Apoio Domiciliário (25,33%) e de Lar de Idosos (24,48%) (Martín e Brandão *in* Paúl e Ribeiro, 2012).

1.2. Envelhecimento e fragilidade

As definições de idoso, que tem surgido, são várias, podendo distinguir-se a idade biológica, a cronológica e a social, em geral qualquer uma se refere a um processo, que é o envelhecimento, e que pode ser definido em envelhecimento normativo, um conceito introduzido por Fox e Hollander (1990), citados por Netto, *in* Freitas *et al.* (2006) na tentativa de estabelecer padrões de normalidade entre as pessoas idosas, considerando fatores intrínsecos e extrínsecos entrosados de forma dinâmica na pessoa. Assim envelhecer é um processo gradual e contínuo que acompanha a pessoa ao longo da vida, como um fenómeno normal e inerente à mesma; “é um processo multidimensional que comporta mecanismos de reparação e de destruição desencadeados ou interrompidos em momentos e a ritmos diferentes para cada ser humano” (Moniz, 2003).

As perdas progressivas de diversas capacidades próprias do envelhecimento levam, especialmente, os mais idosos (mais de 80 anos) a tornar-se dependentes de outros, consequência da predominância de condições crónico-degenerativas e esta associação poderá caracterizar a fragilidade dos idosos (Andrade *et al.*, 2011). Fragilidade é a palavra que, geriatras e gerontólogos utilizam para justificar a suscetibilidade à doença e o consequente declínio funcional que se verifica com o avançar da idade (Almeida *in* Paúl e Ribeiro, 2012). Ou seja referem-se, assim à “condição não-ótima” dos idosos (Teixeira e Neri *in* Freitas *et al.*, 2006).

Citando Hekman *in* Freitas *et al.* (2006) define-se fragilidade como “uma síndrome biológica de diminuição da capacidade de reserva homeostática do organismo e da resistência aos fatores de stress, que resultam em declínios cumulativos em múltiplos sistemas fisiológicos, causando vulnerabilidade e desfechos clínicos adversos”; ainda segundo o mesmo autor a fragilidade aumenta com o envelhecimento (entre 10 e 25% acima de 65 anos e 46% dos idosos acima dos 85 anos) e prevê, por si só, aumento da morbimortalidade e institucionalização dos idosos.

Apesar da utilização exhaustiva deste conceito, ainda, não existe consenso sobre uma definição exata, de modo a torna-lo mensurável e a facilitar estudos quantitativos sobre as características de fragilidade dos idosos, para que se pudesse intervir nessa direção preventiva. Têm sido exploradas hipóteses de definições em diversos trabalhos especialmente nos EUA e no Canadá, Nash *et al.* (2005) afirmam que o emprego de uma terminologia comum

referente à fragilidade facilitaria a comunicação, tanto entre os profissionais de saúde como entre esses e os utentes.

Segundo Robinson *et al.* (2011), fragilidade pode ser medida pela soma do número de características de fragilidade presentes num indivíduo e define como características de fragilidade: comorbidades, dependência nas Atividades de Vida Diária (AVD's), incapacidade de marcha, estado nutricional alterado (cálculo do índice de massa corporal e nível de albumina), estado cognitivo, mental e psicológico alterado e presença de síndromes geriátricas (quedas, incontinência e isolamento), contudo não refere quantas características de fragilidade necessitam estar presentes para se considerar o idoso frágil.

No entanto, Fried *et al.* (2001) numa perspetiva biológica da síndrome de fragilidade enumeram cinco componentes como medidas específicas:

1. Perda de peso não intencional (5% do peso corporal no ano anterior);
2. Exaustão (relato de fadiga);
3. Diminuição da força de preensão;
4. Baixo nível de atividade física;
5. Lentidão na marcha.

Segundo estes pesquisadores, as pessoas com três ou mais dessas características estariam frágeis, mas aquelas com uma ou duas características estariam num estágio anterior à fragilidade. Morley (2002) e Andrade (2011) concordam com a definição de Fried *et al.*, mas sugerem que há quatro fatores intrínsecos responsáveis pela patogénese da fragilidade: 1) a sarcopenia e os fatores metabólicos relacionados; 2) a aterosclerose; 3) o défice cognitivo; 4) a desnutrição.

Num estudo realizado por Gobbens *et al.* (2010), que consistiu numa revisão bibliográfica sobre o conceito de fragilidade, houve consenso entre os pesquisadores sobre a inclusão dos seguintes componentes na definição operacional de fragilidade: força, equilíbrio, nutrição, resistência, mobilidade, atividade física e cognição, embora alguns trabalhos também indicassem o domínio psicológico e social. Esta definição operacional tem por base a criação de um modelo capaz de proporcionar uma estrutura para o desenvolvimento de um instrumento de medição, que possa ser utilizado para a identificação de pessoas idosas frágeis.

A relação entre os fatores citados indica que a fragilidade seria uma condição precursora do declínio funcional, resultando, em condições adversas, na hospitalização recorrente, na institucionalização e, ainda, na antecipação da morte.

Bergman *et al.* (2004) explica o conceito de fragilidade proposto pela *Canadian Initiative on Frailty and Aging* num quadro de referência operacional (fig.1), considerando que o envelhecimento bem-sucedido ou o envelhecimento marcado pela fragilidade é o produto resultante do percurso de vida de cada indivíduo.

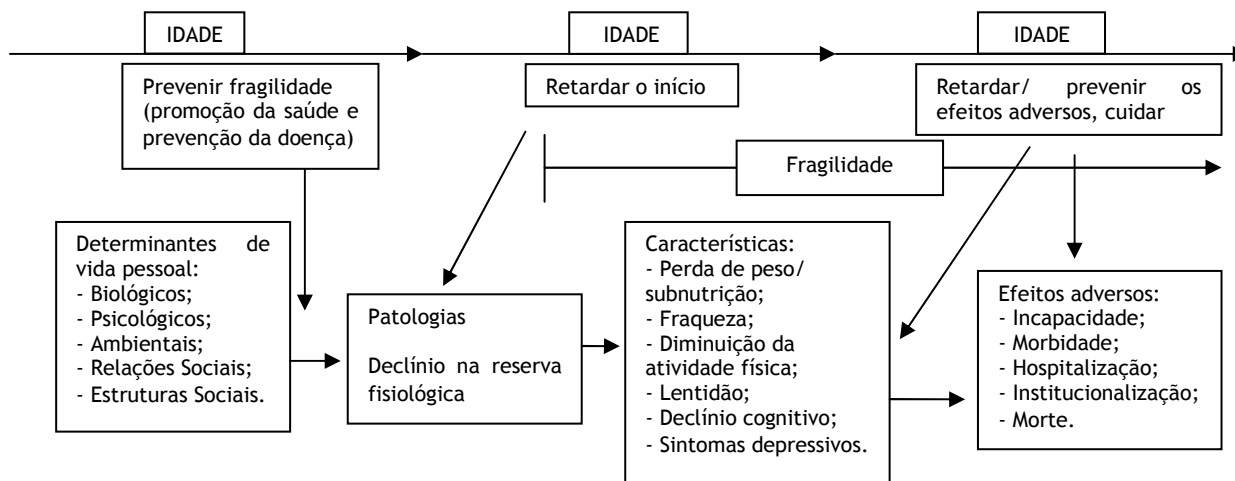


Figura 1 - Quadro de Referência Operacional para explicar a fragilidade, adaptado de Bergman *et al.* (2004).

No entender deste autor, o percurso de vida é afetado por modificadores biológicos, psicológicos e sociais, que relacionados entre si arquitetam os recursos e os deficits de uma pessoa em contexto particular. Os mesmos autores sugerem ainda um outro esquema que reflete uma trajetória hipotética da fragilidade ao longo do tempo iniciando num idoso com capacidade de resiliência e saudável que poderá evoluir para um estágio pré-frágil (ligeiras manifestações clínicas) e posteriormente tornar-se frágil e com isso acarretar efeitos e consequências adversas.

1.3. Institucionalização

O ser humano desde que nasce até que morre (em idade avançada) segue um ciclo vital padrão, sendo várias as teorias que explicam o seu desenvolvimento e se falarmos de teorias psicossociais, obrigatoriamente nos remetem para teorias sobre o ciclo da vida familiar. Assim, foquemo-nos apenas nos estádios da velhice (a partir dos 65 anos) nos quais os elementos idosos da família passam por “crises” (Mishara e Riedel, 1984, citados por Berger e Mailloux-Poirier, 1995) ou por “processos emocionais de transição” (Carter e McGoldrick, 2005, citados por Sousa *et al.*, 2012), sendo que a família tem o papel de desenvolver “tarefas” ou “mudanças de segunda ordem” que minimizem as crises e facilitem o processo emocional de transição.

No ciclo de vida familiar, é desde a fase das famílias com filhos adolescentes que se iniciam as preocupações com as fragilidades da geração mais velha e surge a necessidade de organizar apoio e os devidos cuidados para os pais idosos. Primeiramente o cuidado é, apenas, centrado na promoção da saúde e prevenção da doença, por exemplo proporcionar consultas de rotina ou recorrer à urgência hospitalar, em caso de sintomatologia aguda. Mas, nas fases seguintes a família tem de saber lidar com eventuais incapacidades dos idosos, podendo culminar em perda total da independência ou na morte de algum dos elementos da família (Sousa *et al.*, in Paúl e Ribeiro, 2012).

Há muito tempo que se verifica um enfraquecimento dos laços familiares e uma diminuição cada vez maior das redes naturais de suporte dos idosos, sendo a instituição, rede de suporte formal a realizar esse papel de prestação de cuidados (Berger e Mailloux-Poirier, 1995; Cardão, 2009), isto porque nem sempre a família consegue exercer a função de cuidar dos mais idosos ou cumprir com esta responsabilidade, podendo assim levar a situações de internamento em lares. Esta situação está relacionada com a história de vida e com características individuais do idoso, desenvolvidas nas relações interpessoais construídas ao longo da vida, e que, em virtude das fragilidades decorrentes do envelhecimento, se tornam mais evidentes. Muitas vezes o internamento em lares é o reflexo da perda do companheiro, filhos, familiares e/ou amigos, bem como de situações de fragilidade em que o idoso com incapacidade funcional é gradativamente isolado do circuito familiar e da sua própria rede social, aumentando a sua dependência provocada pelos limites impostos da incapacidade. (Barros, 2011; Yamada *et al.*, 2012; Medeiros, 2012)

Neste contexto, o indivíduo idoso tem que modificar o seu estilo de vida para residir num lar de idosos. Em Portugal, o despacho normativo 12/98 de 25 de Fevereiro de 1998 define lar de idosos como *“estabelecimento que desenvolve atividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes”*.

O processo de institucionalização da pessoa idosa é sem dúvida um fator de stress que propicia inúmeras alterações a nível psicossocial, ainda que o ambiente institucional tente oferecer uma base segura e adaptar-se às necessidades físicas e emocionais das pessoas idosas, deixando margem para que esta possa manifestar a sua própria personalidade (despacho normativo 12/98 de 25 de Fevereiro de 1998; Cardão, 2009; Silva *et al*, 2011).

Apesar das legislações sempre em mudança e com vista a melhorar esta rede formal de cuidados, ainda se continua a sentir tensão na sociedade sempre que se fala de lares de idosos, pois imperam as imagens negativas destas instituições, isto porque a institucionalização de idosos é muitas vezes um “tabu” assente em valores, responsabilidades, crenças e necessidades individuais, que pode gerar sentimentos de culpa partilhados pela família e dificuldades na adaptação ao meio institucional (Born e Boechat *in* Freitas *et al*, 2006; Carvalho e Dias, 2011), tal pode dever-se ao facto da grande maioria das instituições privilegiar as tarefas de rotina e a impessoalidade dos cuidados, privando o residente de estimulação, de atenção emocional e de vínculos afetivos (Cardão, 2009).

Quando a escolha é o internamento do idoso num lar pergunta-se: se o idoso terá consciência dessa ação? Se terá participado na decisão? Que visão terá do lar? Carvalho e Dias (2011) referem a importância do idoso participar e colaborar na decisão e planeamento da institucionalização, pois o pleno conhecimento das medidas tomadas, bem como a relação do idoso com o espaço, contribuem para uma melhor aceitação e adaptação. A qualidade de vida dos idosos institucionalizados dependerá, primeiramente, do acolhimento na instituição e, de

seguida, do convívio de pessoas próximas (familiares ou amigos), isto de forma a evitar o estado de solidão ou isolamento que muitos vivenciam.

1.4. O Idoso Institucionalizado

Born e Boechat *in* Freitas *et al*, 2006, fazem referência a estudos no Canadá e nos Estados Unidos, nos quais são analisados os fatores que predispõe à institucionalização e os resultados revelam que a idade, o diagnóstico, o nível de dependência nas AVD's, a situação habitacional, o estado civil, a situação mental, a ausência de suportes sociais e a pobreza têm um peso importante.

Tal situação não é alheia ao resto do Mundo, sendo uma realidade presente em sociedades com hábitos diferentes dos nossos, como é o exemplo da China, o maior país da Ásia Oriental e o mais populoso do mundo. Num estudo realizado, em Hong Kong, Luk *et al*. (2009) revelam que os fatores de risco à institucionalização são os mesmos relatados para a população ocidental, para a Europa ou para Portugal, corroborando com outros estudos nacionais e internacionais, mostra que a maioria dos idosos institucionalizados apresenta as características mencionadas na tabela 1.

Os idosos institucionalizados necessitam de maior atenção, suporte e serviços especializados, pois a grande maioria é fragilizada e apresenta morbidades físicas e mentais. Santos e Andradre (2005), citados por Medeiros (2012) subentendem que quanto maior o tempo de institucionalização, maior a debilidade do idoso, uma vez que (citando Montenegro e Silva (2007)) a institucionalização acelera e/ou acentua a velocidade das perdas funcionais dos idosos, forçando assim o declínio das funções físicas e cognitivas.

O idoso independente, quando institucionalizado, pode desenvolver diferentes graus de dependência devido à sua dificuldade em aceitar e adaptar-se às novas condições de vida e à falta de motivação e de encorajamento que são comuns no ambiente institucional. A maioria dos estudos demonstram associações negativas sobre a instituição, contudo existe uma corrente de estudiosos que recomendam essas instituições para aqueles idosos que possuem dependência total e impossibilidade de recuperação, ou moram sós e não tem família, levando-nos a considerar o valor social dessas instituições, pois constituem um lugar de proteção e de cuidado em situações de vulnerabilidade social. (Araújo e Ceolim, 2007; Medeiros, 2012)

Andrade *et al* (2011) afirma que a funcionalidade (ou a diminuição da capacidade funcional) relacionada com a fragilidade se associa a maiores níveis de mortalidade e de comorbidades, pior saúde, maior dependência nas AVD's, aumento do risco de institucionalização.

“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”

Tabela 1 - Características mais comuns dos idosos institucionalizados, encontradas na bibliografia consultada.

Característica	Estudo que corrobora
Faixa etária acima dos 75 anos de idade	Aguero-Torres <i>et al.</i> , 2001; Born e Boechat in Freitas <i>et al.</i> , 2006; Cardão, 2009; Carvalho e Dias, 2011; Barros, 2011; Robinson <i>et al.</i> , 2011; Del Duca <i>et al.</i> , 2012.
Sexo feminino	Born e Boechat in Freitas <i>et al.</i> , 2006; Pavan <i>et al.</i> , 2008; Luk <i>et al.</i> , 2009; Cardão, 2009; Barros, 2011; Del Duca <i>et al.</i> , 2012; Ribeiro in Paúl e Ribeiro, 2012.
Solteiros ou viúvos, vivendo sós antes da institucionalização	Born e Boechat in Freitas <i>et al.</i> , 2006; Barros, 2011; Del Duca <i>et al.</i> , 2012.
Baixa escolaridade	Quadros <i>et al.</i> , 2008; Menezes <i>et al.</i> , 2011.
Polimedicados	Born e Boechat in Freitas <i>et al.</i> , 2006; Menezes <i>et al.</i> , 2011.
Presença de pelo menos uma das síndromes conhecidas como “Gigantes da Geriatria”, nomeadamente, imobilidade, instabilidade, incontinência e perdas cognitivas	Aguero-Torres <i>et al.</i> , 2001; Born e Boechat in Freitas <i>et al.</i> , 2006; Quadros <i>et al.</i> , 2008; Robinson <i>et al.</i> , 2011; Medeiros, 2012.
Presença de uma ou mais doenças crónico-degenerativas	Aguero-Torres <i>et al.</i> , 2001; Born e Boechat in Freitas <i>et al.</i> , 2006; Robinson <i>et al.</i> , 2011; Medeiros, 2012.
Presença de depressão leve ou severa	Aguero-Torres <i>et al.</i> , 2001; Born e Boechat in Freitas <i>et al.</i> , 2006; Runcan, 2012.
Presença de alguma dependência na realização das AVD's	Aguero-Torres <i>et al.</i> , 2001; Born e Boechat in Freitas <i>et al.</i> , 2006; Carvalho e Dias, 2011; Robinson <i>et al.</i> , 2011; Del Duca <i>et al.</i> , 2012; Medeiros, 2012.
Hospitalização recente	Medeiros, 2012;

A grande parte dos estudos analisados foca-se na relação entre os estados depressivos do idoso e a institucionalização, concluindo a maioria que a prevalência de depressão em idosos aumenta com a sua institucionalização (Cardão, 2009; Silva *et al.*, 2011), carecendo ainda investigação (nacional) que correlacione os vários fatores de risco com as consequências que acarreta a institucionalização, tanto no estado geral de saúde dos idosos, como na manutenção de um nível de qualidade de vida que se deve proporcionar numa instituição.

1.5. Avaliação Geriátrica Ampla

A heterogeneidade da população residente em lares deve ser reconhecida, com vista a personalizar os cuidados prestados aos idosos institucionalizados. Segundo Kane *et al.* (2005) os utentes das instituições podem apresentar “estadias curtas”, de um a seis meses, ou “estadias longas”, de seis meses a anos. Na primeira condição refere-se a doentes terminais, a situações de reabilitação de curto prazo e a doentes clinicamente instáveis, na segunda

“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”

reporta-se a doentes com prejuízo primariamente cognitivo ou físico e com prejuízos significativos do desempenho tanto cognitivo como físico.

A admissão realizada na instituição está relacionada com o tipo de estadia que se prevê para o idoso, sendo que em alguns casos, o acesso ao tratamento tem primazia sobre o ambiente vivido (ex. reabilitações) e noutras circunstâncias o elemento mais importante dos cuidados é o ambiente que se proporciona (ex. doentes terminais).

Assim, os objetivos dos cuidados prestados em lares devem ser (adaptado do despacho normativo 12/98 de 25 de Fevereiro de 1998 e Kane, 2005):

- Promover um ambiente seguro e confortante para pessoas cronicamente doentes ou dependentes;
- Restaurar e manter o mais alto nível (possível) de independência funcional;
- Preservar a autonomia individual;
- Maximizar a qualidade de vida, o bem-estar percebido e a satisfação na vida;
- Promover conforto e dignidade para os utentes terminais e respetivos entes queridos;
- Estabilizar e retardar, sempre que possível, a progressão de doenças crónicas;
- Evitar o aparecimento de novas doenças agudas ou iatrogénicas, identificá-las e tratá-las prontamente quando ocorrem.

Para concretizar estes objetivos, deve ter-se em conta uma avaliação geriátrica ampla (AGA). A AGA é diferente de uma avaliação convencional, pois é direcionada ao idoso frágil, com problemas complexos, reforçando o conceito da necessidade de uma abordagem adequada a esta faixa etária com características próprias e diferentes do adulto jovem (Freitas e Miranda *in* Freitas *et al*, 2006).

A base desta avaliação é a existência de uma equipe interdisciplinar e o uso de instrumentos de avaliação devidamente validados, permitindo um diagnóstico multidimensional, com o objetivo principal de identificar as limitações do idoso, quantificá-las e estabelecer a conduta terapêutica adequada. Para tal, é fundamental o conhecimento das alterações próprias do envelhecimento, que levam a limites fisiológicos e não patológicos.

As principais áreas a serem analisadas incluem a deteção de doenças crónicas, físicas ou mentais e as condições sociais e familiares (Wieland e Hirth, 2003).

A AGA deve consistir numa anamnese bem estruturada, complementada por um exame físico rigoroso e pelo uso de escalas de avaliação pertinentes. São várias as escalas usadas na avaliação de idosos que permitem rastrear a capacidade física, mental, psicológica, social e familiar. Um exemplo de escalas muito usadas na abordagem de idosos são o Índice de Katz, o Mini Mental State Examination (MMSE) e a Geriatric Depression Scale de Yesavage, versão resumida (GDS-15).

O Índice de Katz, desenvolvido por Sidney Katz e publicada pela primeira vez em 1963, tendo sofrido alterações e adaptações ao longo dos tempos, continua a ser a escala mais

referenciada para avaliar a independência nas AVD's em estudos nacionais e internacionais (Duarte *et al*, 2007).

O MMSE permite um rastreio fácil e rápido da função cognitiva, indiciando possível demência. Esta escala foi projetada para ser uma avaliação clínica prática da mudança do estado cognitivo em utentes geriátricos. Tem em conta as habilitações literárias que o idoso possui e examina orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, praxia, e habilidades de linguagem viso-espaciais. (Kochhann *et al.*, 2010).

A GDS-15 foi especificamente construída para medir os estados depressivos na população idosa e é um teste para deteção de sintomas depressivos, com 15 perguntas de resposta dicotómica negativa/afirmativa, onde o resultado de 5 ou mais pontos diagnostica depressão, sendo que o escore igual ou maior que 11 caracteriza depressão severa (Cardão, 2009).

“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”

2. Material e Método

2.1. Tipo de estudo

Foi realizado um estudo descritivo longitudinal, tipo série de casos entre 1 de Setembro de 2011 e 30 de Maio de 2012.

2.2. Local do estudo

Este estudo foi realizado no lar da terceira idade Dona Maria José Soares, pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Belmonte (SCMB), sendo uma IPSS do concelho de Belmonte.

Esta é uma instituição que dá suporte formal, principalmente aos idosos da região Centro, e comporta três valências de apoio, nomeadamente apoio domiciliário, Centro de dia e internamento em lar, indo de encontro aos dados referidos no enquadramento teórico, uma vez que a sua maior taxa de utilização é o serviço de apoio domiciliário e o de internamento em lar.

O serviço de internamento em lar é prestado por uma assistente social, uma psicóloga, uma nutricionista, uma educadora sociocultural, cinco enfermeiros (asseguram 24 horas diárias), um médico assistente (assegura três dias por semana), 30 ajudantes de lar e serviços de limpeza e cozinha.

2.3. População-alvo

A população-alvo deste estudo é constituída pelos idosos admitidos em regime de internamento no lar da SCMB.

2.4. Amostragem

2.4.1. Tipo de amostragem

A seleção da amostra deste estudo foi por conveniência, uma vez que se optou pelo lar da SCMB, por ser o local de trabalho do observador. Deste modo permitia um acompanhamento mais eficaz dos participantes e uma recolha de dados mais robusta. Também o período em que decorreu a colheita de dados foi por conveniência, isto devido aos prazos a cumprir para entrega da dissertação.

2.4.2. Critérios de inclusão

- a) Idade igual ou superior a 65 anos;
- b) Admissão em regime de internamento.

2.4.3. Critérios de exclusão

- a) Idade inferior a 65 anos;
- b) Admissão fora do período referido;
- c) Regime de centro de dia.

2.4.4. Amostra

Os idosos que participaram neste estudo deram entrada na instituição entre 1 de Setembro de 2011 e 31 de Março de 2012.

2.5. Colheita de dados

2.5.1. Momentos de avaliação

A colheita de dados foi efetuada junto dos utentes, quando estes apresentavam capacidades para responder às questões, caso contrário, as informações necessárias eram recolhidas nos registos de enfermagem e no respetivo processo clínico dos utentes, ou mesmo por observação direta. Esta colheita realizou-se em três momentos diferentes:

1. Na data de admissão, na qual foi utilizado um instrumento de colheita de dados composto por um guião de entrevista que abordava características sociodemográficas (proveniência, idade, estado civil e escolaridade), e características relacionadas com a saúde (diagnósticos, terapêutica, estado de consciência, integridade cutânea e capacidade para deambular). Foram ainda realizadas duas questões de resposta fechada sobre a auto motivação para o internamento e por último usaram-se escalas de avaliação do estado funcional, mental e psicológico, nomeadamente o índice de Katz, o MMSE e a GDS-15, respetivamente (anexo 1).
2. Cerca de quinze dias após a data de admissão, tendo sido aplicado um guião de entrevista semelhante, sendo que a diferença resumiu-se em acrescentar uma questão sobre a ocorrência de intercorrências durante o período decorrido, e retirar os campos que não teriam informação nova desde a última avaliação, nomeadamente a parte sociodemográfica, os diagnósticos e a medicação (anexo 2).
3. Cerca de dois meses após a data de admissão, a avaliação foi igual à segunda.

De modo a facilitar a organização das datas de avaliação dos três momentos foi elaborado o cronograma que se encontra no anexo 3.

2.5.2. Varáveis analisadas

1. “Proveniência”: refere-se ao local onde se encontrava, o idoso, antes de ser internado no lar;
2. “Idade”: refere-se ao número de anos do idoso, à data de entrada na instituição;
3. “Sexo”: refere-se ao género do idoso;

“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”

4. “Estado Civil”: refere-se ao estado conjugal que o idoso apresenta à data de entrada na instituição;
5. “Escolaridade”: refere-se ao número de anos que o idoso frequentou a escola;
6. “Diagnósticos”: refere-se às patologias registadas no processo clínico do idoso. Os diagnósticos foram agrupados em função das patologias referentes a cada sistema do corpo, conforme apresentado na tabela 2. Esta tabela foi construída com base na Classificação Internacional de Doenças, versão 10 apresentada pela Organização Mundial de Saúde (2010) e no índice do “Tratado de Geriatria e Gerontologia” apresentado por Freitas *et al.* (2006), de modo englobar todas as patologias geriátricas encontradas no estudo.

Tabela 2 - Classificação de grupos de patologias.

Grupo de patologias	Patologias
Nervoso e transtornos mentais e comportamentais	Doença de Alzheimer, demência vascular, outras demências, doença de Parkinson, distúrbios do sono, depressão, suicídio e outras doenças psiquiátricas.
Circulatório	Insuficiência cardíaca, arritmias cardíacas, fibrilhação auricular, doença cardíaca valvular, doença coronária, cardiomiopatias, hipertensão arterial, doença aterosclerótica, doenças cerebrovasculares, dislipidemia, doença venosa dos membros inferiores e outras doenças do aparelho circulatório.
Respiratório	Doença pulmonar obstrutiva crónica, pneumonias, tuberculose pulmonar, bronquites, enfisema, tumores pulmonares e outras doenças pulmonares.
Digestivo	Doenças da cavidade oral, dispepsia, distúrbios motores do esófago, úlceras digestivas, refluxo gastroesofágico, gastrites, hemorragias digestivas, obstipação, diarreia, doenças do fígado, vesícula ou vias biliares, incontinência fecal, neoplasias e outras doenças do sistema digestivo.
Génito-urinário	Doenças da próstata, infeções urinárias, incontinência urinária, doença renal, disfunção eréctil, ginecológicas, doenças sexualmente transmissíveis, neoplasias e outras doenças do sistema génito-urinário.
Endócrino, nutricional e metabólico	Diabetes mellitus, doenças da tiroide e paratiroide, obesidade, neoplasias e outras doenças do sistema endócrino, nutricional e metabólico.
Osteomuscular e tecido conjuntivo	Osteoporose, doenças articulares degenerativas, mialgias, manifestações reumáticas, neoplasias e outras doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo.
Imunológico	Doenças infecciosas não sexualmente transmissíveis.

7. “Terapêutica”: refere-se ao número de medicamentos que os idosos tomam à data de entrada na instituição, sendo agrupados em menos ou mais de 4 medicamentos;

8. “Estado de Consciência”: refere-se aos estados de consciência observados, nomeadamente vígil, confuso, obnubilado, estuporoso, coma ligeiro, coma profundo. Para evitar vieses de observação foram previamente estudados os vários conceitos, tendo-se seguido as definições apresentadas por Baptista (2003), mencionando Schenk (1995):
- a) “Vígil”: idoso orientado no tempo, espaço e pessoa e responsivo ao mínimo estímulo externo;
 - b) “Confuso”: idoso agitado, com alucinações e movimentos descoordenados mas apresenta períodos curtos de atenção. Conhecimento deficiente com desorientação;
 - c) “Obnubilado”: idoso sonolento mas de fácil despertar. Resposta verbal correta quando acordado. Defende-se perante estímulos dolorosos;
 - d) “Coma ligeiro”: desorientado no tempo e no espaço, responde com esgar ou afastando o membro do estímulo doloroso;
 - e) “Coma profundo”: não existe qualquer resposta mesmo perante uma estimulação vigorosa.
9. “Integridade Cutânea”: refere-se à existência ou não de feridas, sejam de pressão ou de traumatismo.
10. “Capacidade para deambular”: refere-se à forma como o idoso se desloca de um lado para outro, se de forma independente, ou com ajuda de auxiliares de marcha (bengala, canadianas ou andarilho), ou se de cadeira de rodas (com ajuda de outro para empurrar a cadeira) ou se está acamado.
11. Decisão do internamento: foi avaliada através das questões “Sabe onde está?” e “Veio por vontade própria?”. Na primeira questão, quando feita anota-se sim, se o idoso responde que está num lar ou numa instituição para idosos, anota-se não, se o idoso responde algo diferente, como exemplo “estou numa clínica para fazer tratamento”. Caso o idoso não tenha condições para responder, a questão não se aplica.
- No caso da segunda questão, só é aplicado se a primeira foi positiva, e nessa condição, anota-se sim se o idoso teve iniciativa própria sobre o internamento, ou não, caso contrário.
12. “Avaliação funcional”: refere-se ao valor obtido no índice de Katz, quando avaliada a dependência nas AVD’s. Esta escala avalia seis competências, nomeadamente a de tomar banho, a de vestir-se, a de usar a casa de banho, a de deitar-se, sentar-se e levantar-se, a de controlar as fezes e urina e a de alimentar-se, sem ajuda. Cada resposta positiva vale um ponto. No final, um total de 6 pontos significa independência nas AVD’s, se obtiver 4 ou 5 pontos significa dependência parcial, se obtiver de 1 a 3 pontos apresenta uma dependência importante, se obtiver zero pontos é dependente em todas as AVD’s.

13. “Avaliação mental”¹: refere-se ao valor obtido no MMSE que avalia a função cognitiva do idoso, nomeadamente orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, praxia, e habilidades de linguagem viso-espaciais. Assim, considera-se com defeito cognitivo idosos que obtém:
- Pontuação igual ou inferior a 15 pontos, se não frequentaram a escola.
 - Pontuação igual ou inferior a 22 pontos, se frequentaram 1 a 11 anos escolares.
 - Pontuação igual ou inferior a 27 pontos, se frequentaram mais que 11 anos escolares.
14. “Avaliação Psicológica”²: refere-se ao valor obtido GDS-15, a qual é composta por 15 questões sobre sentimentos de satisfação com a vida pessoal do idoso. Cada resposta com conotação depressiva vale 1 ponto e as restantes zero pontos. Se o idoso obtém:
- De 0 a 5 pontos, considera-se um exame normal;
 - De 6 a 10 pontos, considera-se depressão leve;
 - Mais que 11 pontos, considera-se depressão grave.
15. “Intercorrências desde a última avaliação”: refere-se a episódios de doença aguda com necessidade de recorrer ao médico da instituição ou internamento hospitalar.

De modo a obter-se uma ideia mais concreta da evolução dos utentes, construiu-se uma escala de classificação da evolução baseada nas diferenças entre as médias dos resultados obtidos por variável, em cada momento de avaliação, sendo estas diferenças posteriormente somadas, obtendo-se assim um valor ao qual se atribui uma classificação. Se o valor foi negativo significa que o idoso melhorou, se o valor foi positivo o idoso piorou e se o valor foi igual a zero o idoso manteve o mesmo estado desde a última avaliação considerada. As classificações que se nomearam variam do grau de “melhorou muito” ao de “piorou muito” e foram atribuídas da seguinte forma:

- um valor menor ou igual a menos seis (≤ -6): “melhorou muito”;
- um valor entre menos seis exclusive e menos três inclusive ($] -6, -3]$): “melhorou consideravelmente”;
- um valor entre menos três exclusive e zero exclusive ($] -3, 0 [$): melhorou ligeiramente;
- um valor igual a zero (0): manteve;
- um valor entre zero exclusive e três exclusive ($] 0, 3 [$): piorou ligeiramente;
- um valor entre três inclusive e seis exclusive ($[3, 6 [$): “piorou consideravelmente”;
- um valor maior ou igual a seis (≥ 6): “piorou muito”.

¹ Não foi aplicado nos idosos que não se encontravam orientados.

² Não foi aplicada nos idosos que não se encontravam orientados.

2.6. Autorização da colheita de dados e consentimento livre e informado

A colheita de dados necessários à investigação, deste estudo, foi realizada após deferimento da autorização do Sr. Provedor, do Sr. Enfermeiro Chefe e do Sr. Médico Assistente da SCMB, que foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos previamente delineados (anexo 4). Também os utentes capazes de tomar decisões autonomamente, foram devidamente informados sobre os objetivos dos questionários em causa, sendo que para o efeito cada questionário era iniciado com um texto de explicação.

2.7. Análise estatística

A análise dos dados foi realizada com o programa Statistical Package for the Social Sciences versão 19 (SPSS-19). A nível de estatística descritiva analisou-se a distribuição de frequências, as medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão). A nível de estatística inferencial foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon, usou-se um nível de significância de 0,05 (Maroco, 2010).

3. Resultados

3.1. Primeira avaliação

Entre 1 de Setembro de 2011 e 31 de Março de 2012, deram entrada no lar da SCMB 22 idosos, em regime de internamento, sendo que dois deles apresentavam idade inferior a 65 anos, pelo que foram excluídos.

Considerando assim uma amostra de 20 idosos, os resultados obtidos quanto à participação do idoso na tomada de decisão de internamento em lar, mostraram que dos 16 indivíduos aptos para responder apenas 2 referiram não saber onde se encontravam (12,5%) e os restantes 14 sabiam que estavam num lar de idosos (87,5%), destes 57,1% (n=8) foram internados por vontade própria e 42,9% (n=6) foram por iniciativa da família.

A média de idades e desvio padrão foi de $83,85 \pm 5,26$ anos e a mediana de 83 anos. Sendo que 90% tinha mais de 75 anos, e a idade mínima encontrada foi de 73 anos e a máxima de 93 anos.

Relativamente ao sexo, 60% são mulheres (n=12), sendo em geral mais velhas que os homens, apresentando uma média de idades superior à média de idades da amostra. Na tabela 3 encontra-se a distribuição das frequências observadas, por faixa etária e por sexo e as respetivas médias de idades.

Tabela 3 - Distribuição por sexo e idade dos idosos (n=20) admitidos no lar da Santa Casa da Misericórdia de Belmonte no período de 1 de Setembro de 2011 a 31 de Março de 2012.

Variáveis		Idade (anos)			Total	Média e desvio padrão das idades
		65 - 74	75 - 84	85 - 94		
Sexo	Feminino	(n)	0	7	5	84,33±3,72
		(%)	0	35	25	
	Masculino	(n)	2	2	4	83,13±7,24
		(%)	10	10	20	
Total		(n)	2	9	9	83,85±5,26
		(%)	10	45	45	

Quanto à proveniência doze idosos (60%) provém do domicílio, 6 (30%) vieram do hospital e 2 (10%) de outras instituições. Na tabela 4 pode observar-se que a maioria dos idosos que provém do domicílio são homens e a maioria dos que provém do hospital são mulheres.

Relativamente ao estado civil 10 indivíduos (50%) são viúvos, 2 (10%) solteiros e 8 (40%) casados. Também na tabela X se pode observar que a maioria dos idosos viúvos são mulheres. No âmbito das variáveis analisadas nesta tabela, deve salientar-se o facto de que a maioria dos idosos que vieram do domicílio são casados e do sexo masculino, três deles foram

“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”

institucionalizados no lar devido à institucionalização das esposas, devido ao seu grau de dependência e outros três, viviam com as esposas também idosas.

Tabela 4 - Distribuição das frequências da proveniência e do estado civil, dos idosos admitidos no lar da Santa Casa da Misericórdia de Belmonte no período de 1 de Setembro de 2011 a 31 de Março de 2012, relativamente ao sexo.

Variáveis				Estado Civil			Total
				Casado	Viúvo	Solteiro	
Feminino	Proveniência	Domicílio	(n)	1	3	1	5
			(%)	8,3	25	8,3	41,7
		Hospital	(n)	1	4	0	5
			(%)	8,3	33,3	0	41,7
		Outra instituição	(n)	0	1	1	2
			(%)	0	8,3	8,3	16,7
Total		(n)	2	8	2	12	
		(%)	16,7	66,7	16,7	100	
Masculino	Proveniência	Domicílio	(n)	6	1	0	7
			(%)	75	12,5	0	87,5
		Hospital	(n)	0	1	0	1
			(%)	0	12,5	0	12,5
	Total		(n)	6	2	0	8
			(%)	75	25	0	100
Total	Proveniência	Domicílio	(n)	7	4	1	12
			(%)	35	20	5	60
		Hospital	(n)	1	5	0	6
			(%)	5	25	0	30
		Outra instituição	(n)	0	1	1	2
			(%)	0	5	5	10
	Total		(n)	8	10	2	20
			(%)	40	50	10	100

Quanto à escolaridade a maioria dos idosos que participaram neste estudo eram iletrados (40%), não sabendo ler nem escrever. Dos que frequentaram a escola 5% estudaram 2 anos, 15% estudaram 3, 30% estudaram 4 e 10% estudaram 5. Na tabela 5, pode observar-se a relação entre distribuição da escolaridade e o sexo, mais de metade (66,7%) das mulheres da amostra são iletradas, enquanto os homens todos frequentaram a escola.

“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”

Tabela 5 - Distribuição por sexo e escolaridade dos idosos (n=20) admitidos no lar da Santa Casa da Misericórdia de Belmonte no período de 1 de Setembro de 2011 a 31 de Março de 2012.

Variáveis			Escolaridade					Total
			0	2	3	4	5	
Sexo	Feminino	(n)	8	1	2	0	1	12
		(%)	40	5	10	0	5	60
	Masculino	(n)	0	0	1	6	1	8
		(%)	0	0	5	30	5	40
Total		(n)	8	1	3	6	2	20
		(%)	40	5	15	30	10	100

Em relação aos diagnósticos, observa-se na tabela 6, que cerca de 70% apresentavam comorbilidades relacionadas com 2 a 4 grupos de patologias. Os restantes 30% apresentam patologias do sistema nervoso e transtornos mentais e comportamentais (10%), do sistema circulatório (5%), do sistema digestivo (5%) ou do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (10%). A maioria dos idosos com polipatologia é do sexo feminino (71,4%).

Tabela 6 - Distribuição por sexo e diagnósticos dos idosos (n=20) admitidos no lar da Santa Casa da Misericórdia de Belmonte no período de 1 de Setembro de 2011 a 31 de Março de 2012.

Variáveis			Diagnósticos					Total
			Sistema Nervoso e transtornos mentais e comportamentais	Sistema circulatório	Sistema digestivo	Sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	Apresenta 2-4 grupos de patologias	
Sexo	Feminino	(n)	1	0	0	1	10	12
		(%)	5	0	0	5	50	60
	Masculino	(n)	1	1	1	1	4	8
		(%)	5	5	5	5	20	40
Total		(n)	2	1	1	2	14	20
		(%)	10	5	5	10	70	100

Também a polimedicação foi mais encontrada nas mulheres, representando cerca de 40% da amostra. Apenas 30% dos 20 idosos em estudo tomavam menos de 4 medicamentos, salientando-se o facto de apenas 1 idoso não tomar qualquer medicação (tabela 7).

“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”

Tabela 7 - Distribuição por sexo e terapêutica habitual dos idosos (n=20) admitidos no lar da Santa Casa da Misericórdia de Belmonte no período de 1 de Setembro de 2011 a 31 de Março de 2012.

Variáveis			Terapêutica Habitual		Total
			Menos de 4 medicamentos	4 ou mais medicamentos	
Sexo	Feminino	(n)	4	8	12
		(%)	20,0%	40,0%	60,0%
	Masculino	(n)	2	6	8
		(%)	10,0%	30,0%	40,0%
Total		(n)	6	14	20
		(%)	30,0%	70,0%	100,0%

À data de entrada no lar, 14 idosos encontravam-se orientados (70%), embora 4 destes apresentassem períodos de desorientação, pelo que apresentavam estado de consciência confuso, observou-se ainda 1 idoso em estado obnubilado (5%) e 3 em estado estuporoso (15%) (tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição por sexo e estado de consciência dos idosos (n=20) admitidos no lar da Santa Casa da Misericórdia de Belmonte no período de 1 de Setembro de 2011 a 31 de Março de 2012.

Variáveis			Estado de Consciência				Total
			Vígil	Confuso	Obnubilado	Estuporoso	
Sexo	Feminino	(n)	5	5	0	2	12
		(%)	25	25	0	10	60
	Masculino	(n)	5	1	1	1	8
		(%)	25	5	5	5	40
Total		(n)	10	6	1	3	20
		(%)	50	30	5	15	100

Cerca de 60% dos idosos apresentavam integridade cutânea e 8 idosos apresentavam soluções de descontinuidade cutânea (40%).

No que diz respeito à capacidade para deambular, apenas 50% dos idosos apresentavam capacidade de se deslocar de um lado para o outro de forma autónoma, contudo destes, 5 necessitavam de auxiliares de marcha (25%). Os outros 50% não conseguiam deambular e salienta-se que eram maioritariamente mulheres (35%).

Com a aplicação do índice de Katz, observaram-se situações de dependência nas AVD's em 95% dos idosos e apenas um idoso se mostrou independente (5%). Na tabela 9 enumeram-se os tipos de dependência observados e com que frequência ocorreram, relacionando-os com a capacidade para deambular e com o sexo, na qual se pode verificar que nem todos os idosos que apresentavam independência na marcha, são independentes nas AVD's, situação que

“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”

apenas se verifica em 5% dos idosos. Pode-se, ainda, observar que com o aumento da dificuldade na capacidade em deambular aumenta a dependência nas AVD's.

Tabela 9 - Distribuição por sexo e relação do grau de dependência (índice de Katz) com a capacidade para deambular dos idosos (n=20) admitidos no lar da Santa Casa da Misericórdia de Belmonte no período de 1 de Setembro de 2011 a 31 de Março de 2012.

Variáveis				Capacidade para deambular				Total
				Independente	Auxiliares de marcha	Cadeira de rodas	Acamado	
Feminino	Índice de Katz	Dependência Parcial	(n)	2	0	0	0	2
			(%)	16,7	0	0	0	16,7
		Dependência Importante	(n)	1	2	2	0	5
			(%)	8,3	16,7	16,7	0	41,7
		Dependência Total	(n)	0	0	3	2	5
			(%)	0	0	25	16,7	41,7
	Total		(n)	3	2	5	2	12
			(%)	25,0	16,7	41,7	16,7	100
Masculino	Índice de Katz	Independência	(n)	1	0	0	0	1
			(%)	12,5	0	0	0	12,5
		Dependência Parcial	(n)	1	0	0	0	1
			(%)	12,5	0	0	0	12,5
		Dependência Importante	(n)	0	3	0	0	3
			(%)	0	37,5	0	0	37,5
	Dependência Total	(n)	0	0	1	2	3	
		(%)	0	0	12,5	25	37,5	
Total		(n)	2	3	1	2	8	
		(%)	25	37,5	12,5	25,0	100	
Total	Índice de Katz	Independência	(n)	1	0	0	0	1
			(%)	5	0	0	0	5
		Dependência Parcial	(n)	3	0	0	0	3
			(%)	15	0	0	0	15
		Dependência Importante	(n)	1	5	2	0	8
			(%)	5	25	10	0	40
	Dependência Total	(n)	0	0	4	4	8	
		(%)	0	0	20	20	40	
Total		(n)	5	5	6	4	20	
		(%)	25	25	3	20	100	

“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”

A atividade onde se observou maior dependência foi na de tomar banho (95%) e onde se observou maior independência foi na alimentação (60%). Na tabela 10 podem observar-se as frequências de dependência em cada AVD.

Tabela 10 - Distribuição por Atividade de Vida Diária, avaliada pelo índice de Katz, nos idosos (n=20) admitidos no lar da Santa Casa da Misericórdia de Belmonte no período de 1 de Setembro de 2011 a 31 de Março de 2012.

	Banhar-se	Vestir-se	Usar o WC	Transferência	Continência	Alimentar-se
Dependente	19 (95%)	18 (90%)	14 (70%)	13 (65%)	16 (80%)	8 (40%)
Independente	1 (5%)	2 (10%)	6 (30%)	7 (35%)	4 (20%)	12 (60%)

O estado cognitivo só foi avaliado a 14 indivíduos, uma vez que os restantes não se encontravam orientados para responder. Dos idosos a quem se aplicou o MMSE, metade apresentava defeito cognitivo e a outra metade apresentava score com classificação de estado cognitivo normal. Sendo que a média de scores obtidos foi de $18,36 \pm 8,41$ pontos e o score mínimo obtido foi 4 pontos e o máximo de 27 pontos, é de referir que a média dos scores das mulheres foi inferior à média total, enquanto a média dos homens foi superior, como se pode verificar na tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição por sexo e estado cognitivo dos idosos (n=14) admitidos no lar da Santa Casa da Misericórdia de Belmonte no período de 1 de Setembro de 2011 a 31 de Março de 2012.

Variáveis		Estado Cognitivo		Total	Média e desvio padrão dos scores obtidos
		Sem Defeito	Com Defeito		
Sexo	Feminino	(n)	4	4	8
		(%)	28,6	28,6	
	Masculino	(n)	3	3	6
		(%)	21,4	21,4	
Total		(n)	7	7	14
		(%)	50	50	

A GDS-15 foi aplicada aos mesmos 14 idosos, tendo-se obtido uma média de score total de $10 \pm 3,23$ pontos, sendo o score mínimo obtido de 5 pontos e o máximo de 15 pontos. Estes valores refletem a presença de algum grau de depressão em 92.8% dos indivíduos que realizaram o exame. Comparando as médias de scores, verifica-se que as mulheres têm um estado de depressão mais acentuado que os homens. Na tabela 12 pode verificar-se a distribuição de frequência por cada grau de depressão.

Tabela 12 - Distribuição por sexo e grau de depressão dos idosos (n=14) admitidos no lar da Santa Casa da Misericórdia de Belmonte no período de 1 de Setembro de 2011 a 31 de Março de 2012.

Variáveis			Grau de depressão			Total	Média e desvio padrão dos scores obtidos
			Exame Normal	Depressão Leve	Depressão Severa		
Sexo	Feminino	(n)	0	4	4	8	11±2,83
		(%)	0	28,6	28,6	57,1	
	Masculino	(n)	1	4	1	6	8,67±3,50
		(%)	7,1	28,6	7,1	42,9	
Total		(n)	1	8	5	14	10±3,23
		(%)	7,1	57,1	35,7	100	

3.2. Segunda avaliação

No segundo momento de avaliação, realizado após 15 dias da admissão, registaram-se seis casos de intercorrências:

- Duas idosas faleceram, contribuindo para uma taxa de mortalidade de 10%;
- Dois idosos encontravam-se hospitalizados (10%) um devido a infeção do trato respiratório (suspeita de gripe A) e outro por infeção das úlceras de pressão de grau IV, que já trazia do domicílio;
- Duas idosas apresentaram recusa alimentar, pelo que foram entubadas com sonda nasogátrica para alimentação.

É importante referir que as idosas que morreram nos primeiros quinze dias de internamento eram ambas seguidas em cuidados paliativos e apresentavam dependência total (tabela 13).

“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”

Tabela 13 - Variáveis dos idosos (n=2) admitidos no lar da Santa Casa da Misericórdia de Belmonte no período de 1 de Setembro de 2011 a 31 de Março de 2012 e que morreram nos primeiros 15 dias de internamento no lar.

Variável \ Caso	5	13
Idade (anos)	83	80
Diagnósticos	Entre 2 a 4 sistemas afetados.	Entre 2 a 4 sistemas afetados.
Estado de consciência	Confuso	Estuporoso
Integridade Cutânea	Presença de úlceras de pressão de grau III e IV	Presença de úlceras de pressão de grau III e IV
Capacidade em deambular	Em Cadeira de rodas	Acamada
Avaliação das AVD's	Dependência total	Dependência total
Estado Cognitivo	4 Pontos no MMSE	Não aplicável
Nível de Depressão	15 Pontos no GDS-15	Não aplicável

Excluindo os casos de morte e de hospitalização, após 15 dias de internamento no lar, a segunda avaliação foi realizada a 16 idosos, observando-se alterações a nível das variáveis como mostra a tabela 14.

Tabela 14 - Frequências da evolução dos idosos em cada variável, por sexo, ao longo dos primeiros 15 dias.

Variável \ Evolução	Manteve			Melhorou			Piorou		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Estado de Consciência (n=16)	6 (37,5%)	8 (50%)	14 (87,5%)	0 (0%)	1 (6,2%)	1 (6,2%)	0 (0%)	1 (6,2%)	1 (6,2%)
Integridade Cutânea (n=16)	5 (31,2%)	10 (62,5%)	15 (93,8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (6,2%)	0 (0%)	1 (6,2%)
Marcha (n=16)	6 (37,5%)	7 (43,8%)	13 (81,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (18,8%)	3 (18,8%)
Índice de Katz (n=16)	6 (37,5%)	6 (37,5%)	12 (75%)	0 (0%)	1 (6,2%)	1 (6,2%)	0 (0%)	3 (18,8%)	3 (18,8%)
MMSE (n=9)	4 (44%)	4 (44%)	8 (88,8%)	0 (0%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
GDS-15 (n=9)	2 (22,2%)	2 (22,2%)	5 (55,5%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	2 (22,2%)	2 (22,2%)	0 (0%)	2 (22,2%)

Assim, verificou-se que 87,5% (n=14) mantiveram o mesmo estado de consciência. O aparecimento de úlceras de pressão de grau I foi observado em apenas um idoso (6,2%).

No que diz respeito à capacidade para deambular, apenas 7 idosos (43,8%) apresentam capacidade de se deslocar de um lado para o outro e, destes, 4 (25%) necessitam de auxiliares

de marcha. Desde a última avaliação verificou-se que 13 idosos mantiveram o mesmo grau de capacidade nesta variável (81,2%), contudo observou-se um agravamento em três casos do sexo feminino. Sendo que uma idosa andava com auxiliares de marcha e passou a deslocar-se apenas com cadeira de rodas, e os outros dois casos eram independentes na marcha e passaram a deslocar-se em cadeira de rodas.

Observou-se que 75% (n=12) manteve o mesmo grau de dependência que na primeira avaliação. As alterações verificaram-se apenas no sexo feminino, 3 idosas pioraram (18,8%), sendo duas situações de passagem do grau de “dependência importante” para o grau de “dependência total” e uma situação de passagem do grau de “dependência parcial” para o grau de “dependência total”.

Na segunda avaliação o MMSE foi aplicado apenas a 9 indivíduos da amostra, porque os restantes não tinham condições para responder. Dos idosos a quem se aplicou este exame, 7 (77,8%) não apresentavam defeito cognitivo e dois (22,2%) apresentavam defeito cognitivo. Sendo que a média de scores obtidos foi de $24 \pm 4,39$ pontos, o score mínimo obtido foi 15 pontos e o máximo 30 pontos (tabela 15). De um modo geral, pode dizer-se que os idosos melhoraram o nível do estado cognitivo, uma vez que a média de scores obtidos no MMSE foi superior à primeira avaliação, havendo uma subida de média mais significativa no sexo feminino, embora apenas uma mulher tenha passado da classificação de “com defeito cognitivo”, para a de “sem defeito cognitivo” e os restantes idosos se tenham mantido na mesma classificação.

Tabela 15 - Distribuição por sexo e estado cognitivo dos idosos aptos a responder, na segunda avaliação (n=9).

Variáveis			Estado Cognitivo		Total	Média e desvio padrão dos scores obtidos
			Sem Defeito	Com Defeito		
Sexo	Feminino	(n)	4	0	4	$24,75 \pm 1,89$
		(%)	44,4	0	44,4	
	Masculino	(n)	3	2	5	$23,40 \pm 5,9$
		(%)	33,3	22,2	55,6	
Total		(n)	7	2	9	$24 \pm 4,39$
		(%)	77,8	22,2	100,0	

Tal como na primeira avaliação, o nível de depressão foi avaliado aos mesmos nove idosos que responderam ao item anterior, tendo-se obtido uma média de score total na GDS-15 de $8,33 \pm 1,87$ pontos, sendo o score mínimo obtido de 5 pontos e o máximo de 11 pontos. Estes valores refletem a presença de algum nível de depressão em 88,9% dos indivíduos que realizaram o exame. Apenas um idoso apresentou estado psicológico normal. Na tabela 16 pode verificar-se a distribuição de frequência por cada nível de depressão em ambos os sexos e a respetiva média.

Tabela 16 - Distribuição por sexo e nível de depressão dos idosos da amostra aptos a responder (n=9), na segunda avaliação.

Variáveis			Nível de depressão			Total	Média e desvio padrão dos scores obtidos
			Exame Normal	Depressão Leve	Depressão Severa		
Sexo	Feminino	(n)	0	4	0	4	8,75±0,96
		(%)	0	44,4	0	44,4	
	Masculino	(n)	1	3	1	5	8,33±2,45
		(%)	11,1	33,3	11,1	55,6	
Total		(n)	1	7	1	9	8,33±1,87
		(%)	11,1	77,8	11,1	100	

Em comparação com a primeira avaliação o nível de depressão dos idosos manteve-se em 55,5% (n=5), melhorou em 22,2% (um homem e uma mulher) e piorou na mesma percentagem (dois homens). A diferença das médias dos scores da GDS-15, entre a primeira e a segunda avaliação, foi mais significativa no sexo feminino, tendo passado de 11±2,83 pontos para 8,75±0,96 pontos.

Em suma, considerando a escala de classificação da evolução e excluindo os idosos que faleceram e que se encontravam hospitalizados, durante os primeiros quinze dias, cinco idosos mantiveram o seu estado (31,2%), cinco melhoraram ligeiramente (31,2%), quatro pioraram ligeiramente (25%) e dois pioraram consideravelmente (12,5%) (anexo 5).

3.3. Terceira avaliação

As intercorrências registadas nesta avaliação:

- Cinco idosos do sexo masculino faleceram;
- Dois idosos, também do sexo masculino, estiveram hospitalizados cerca de duas semanas, devido a infeção do trato respiratório.

Dos idosos que faleceram, um morreu devido a infeção das úlceras de grau IV, razão pela qual estava hospitalizado já na segunda avaliação e os restantes faleceram devido a infeções do trato respiratório graves (dois deles com suspeita de gripe A). As mortes observadas ocorreram entre o final do mês de Dezembro de 2011 e o início de Abril de 2012.

Nos restantes 13 idosos observaram-se diversas alterações no grau de avaliação das variáveis como mostra a tabela 17.

“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”

Tabela 17 - Frequências da evolução dos idosos em cada variável, por sexo, no período que decorreu entre a segunda avaliação e a terceira.

Evolução Variável	Manteve			Melhorou			Piorou		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Estado de Consciência (n=13)	3 (23,1%)	8 (61,5%)	11 (84,6%)	0 (0%)	1 (7,7%)	1 (7,7%)	0 (0%)	1 (7,7%)	1 (7,7%)
Integridade Cutânea (n=13)	2 (15,4%)	5 (38,5%)	7 (53,8%)	0 (0%)	3 (23,1%)	3 (23,1%)	1 (7,7%)	2 (15,4%)	3 (23,1%)
Marcha (n=13)	2 (15,4%)	8 (61,5%)	10 (76,9%)	0 (0%)	1 (7,7%)	1 (7,7%)	1 (7,7%)	1 (7,7%)	2 (15,4%)
Índice de Katz (n=13)	3 (23,1%)	7 (53,8%)	10 (76,9%)	0 (0%)	2 (15,4%)	2 (15,4%)	0 (0%)	1 (7,7%)	1 (7,7%)
MMSE (n=7)	2 (28,6%)	4 (57,1%)	6 (85,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (14,3%)	0 (0%)	1 (14,3%)
GDS-15 (n=7)	2 (28,6%)	3 (42,8%)	5 (71,4%)	1 (14,3%)	1 (14,3%)	2 (28,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Registou-se uma melhoria do estado de consciência numa mulher (7,7%) e piora noutra, enquanto os homens mantiveram o mesmo estado de consciência que apresentavam na avaliação anterior.

Relativamente à presença de feridas 53,8% dos idosos (n=7) mantiveram o mesmo estado de integridade cutânea e 23,1% (n=3) alteraram o seu estado de integridade cutânea para melhor, isto é deixaram de ter feridas.

No que diz respeito à capacidade para deambular foi no sexo feminino que se observou a maior incapacidade de marcha, situação que se repete desde a primeira avaliação. Comparando com a segunda avaliação registou-se apenas um caso de melhoria (7,7%), no sexo feminino, sendo uma idosa que proveio do hospital devido a fratura trocantérica e que fez reabilitação através de treino da marcha com andarilho.

Relativamente à dependência nas AVD's, observaram-se duas situações de independência (15,4%), sendo que uma faz parte dos dois casos que melhoraram (15,4%), ambos do sexo feminino.

Na terceira avaliação o MMSE foi aplicado apenas a 7 indivíduos da amostra, uma vez que os restantes não tinham condições para responder. Dos idosos a quem se aplicou este exame, seis idosos mantiveram o mesmo estado cognitivo (85,7%) e apenas um do sexo masculino piorou passando do estado de “sem defeito cognitivo” para o de “com defeito cognitivo”.

Quanto ao estado psicológico, em geral os idosos mantiveram-se no grau de depressão leve, tendo apresentado uma média de scores de 6,29±2,12 pontos na GDS-15. Comparado com o segundo momento de avaliação, não se observou agravamento do estado depressivo em nenhum idoso, pelo contrário verificou-se a melhoria de dois idosos (28,6%), um do sexo

“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”

masculino e outro do feminino, tendo estes passado do grau de “depressão leve” para o grau de “exame normal”.

Tal como na segunda avaliação, classificou-se a evolução dos idosos considerando a escala de classificação da evolução e excluindo os idosos que faleceram, assim entre a segunda e terceira avaliação, apenas três idosos mantiveram o seu estado (23,1%), sete melhoraram ligeiramente (53,8%), um piorou ligeiramente (7,7%) e dois pioraram consideravelmente (15,4%) (anexo 5).

Segundo o teste de Wilcoxon as diferenças encontradas entre os resultados das três avaliações não são significativas (tabela 18).

Tabela 18 - Evolução dos idosos em cada variável, ao longo do tempo de internamento, e aplicação do teste de Wilcoxon, com um nível de significância de 0,05.

Evolução Variável	Após 15 dias			Wilcoxon test ³	Após 60 dias			Wilcoxon test ⁴
	Manteve	Melhorou	Piorou	<i>p-value</i>	Manteve	Melhorou	Piorou	<i>p-value</i>
Estado de Consciência	14	1	1	1,00	11	1	1	1,00
Integridade Cutânea	15	0	1	0,32	7	3	3	0,56
Marcha	13	0	3	0,10	10	1	2	0,56
Índice de Katz	9	3	4	0,73	8	3	2	0,48
MMSE	8	1	0	0,32	6	0	1	0,32
GDS-15	5	2	2	1,00	5	2	0	0,15

Contudo, através da escala construída para a classificação da evolução dos idosos ao longo do tempo de institucionalização no lar, verificou-se, somando o resultado da evolução dos primeiros quinze dias com o evolução entre a segunda e terceira avaliações, que após cerca de dois meses de institucionalização 15,4% manteve o mesmo estado (n=2), 53,8% melhorou ligeiramente (n=7), 23,1% pioraram consideravelmente (n=3) e 7,7% pioraram muito (n=1) (anexo 5).

Embora um dos idosos que piorou consideravelmente tenha sofrido um agravamento gradual da patologia (cancro de pulmão), tornando-se assim mais dependente, nos restantes idosos que pioraram verificou-se que três (75%) eram aqueles que à data de admissão apresentavam os valores mais elevados de depressão na GDS-15 e não tinham sido internados por vontade própria.

No período decorrido entre a primeira e a terceira avaliação verificou-se uma taxa de mortalidade de 35% (n=7), sendo que 71,4% eram homens (n=5).

³ H₀ - A média das diferenças entre a primeira e a segunda avaliação é igual a zero.

⁴ H₀ - A média das diferenças entre a segunda e a terceira avaliação é igual a zero.

4. Discussão dos resultados

Carvalho e Dias (2011) relacionaram a adaptação dos idosos institucionalizados com o motivo de internamento, tendo observado que os idosos institucionalizados que referem “falta de apoio familiar” e que “preferem viver na instituição” adaptam-se melhor. Corroborando com estes autores verificou-se que 42,9% (n=6) dos idosos institucionalizados no lar, apesar de orientados para a tomada de decisões foram internados contra a sua vontade, e embora neste estudo não sejam muito evidentes as consequências desta falta de motivação, foi nestes idosos que se verificaram os scores mais elevados de depressão na GDS-15, e em geral, observou-se um agravamento do estado destes idosos, pois após dois meses de internamento 2 idosos pioraram (33,3%) e 2 faleceram (33,3%) (anexo 5), casos nº 4, nº 11, nº 14 e nº18).

No presente estudo a maioria dos idosos era do sexo feminino e com idade superior a 75 anos. Esta é uma realidade mundial, tal deve-se ao facto de ser com esta idade que as capacidades físicas e mentais mais se degradam, levando a necessidades específicas de institucionalização (Luppa *et al.*, 2010).

Salienta-se o facto de ser no sexo feminino que foram encontradas as classificações mais depreciativas das variáveis analisadas, tal pode dever-se à maior “sobrevivência com limitações” como refere Eid *et al.* (2012), pois as mulheres ao viverem mais anos sofrem mais os efeitos do envelhecimento acarretando maior número de características de fragilidade, o que as torna mais dependentes. Pavan *et al.* (2008), acrescenta ainda que as mulheres, devido à sua maior esperança média de vida, acabam por ter uma probabilidade maior de ficarem viúvas e por consequência ficarem a viver sós, aumentando o risco de institucionalização. Este risco está representado neste estudo quando se verifica que a maioria da amostra é composta por idosas viúvas, cenário já conhecido, em Portugal, representado nos dados estatísticos do INE nos Censos 2011. Reforça-se assim o conceito de feminização da velhice referido por Oliveira *et al.*, 2011.

Relativamente aos idosos casados, o facto de a maioria provir do domicílio significa que duas pessoas idosas, já debilitadas, não tem condições para habitar sozinhas e que por vezes quando ficam doentes e necessitam hospitalização (ex. infeções agudas, diagnóstico de doenças crónicas ou quedas), aquando da alta necessitam de cuidados específicos, pelo que recorrem à institucionalização, seja apenas para recuperação ou para descanso do cuidador informal (“estadias curtas”) ou para aceder a serviços de cuidados de saúde definitivos (“estadias longas”) (Kane *et al.*, 2005).

A maior taxa de analfabetismo encontrada nas mulheres (66,6%) traduz a época e cultura em que estas cresceram, a maioria cuidavam da casa e dos filhos, pelo que não frequentaram a escola, tal reflete-se no estado cognitivo das mesmas que se mostrou pior que o dos homens (Kochhann *et al.*, 2010).

Refletindo sobre o estado de saúde dos idosos à data de admissão no lar, (aqui caracterizado pela medicação habitual, pelas patologias, pelo estado de consciência, pela integridade cutânea, pela capacidade em deambular, pelo grau de dependência nas AVD's, pelo estado cognitivo e pelo grau de depressão) observou-se que a maioria dos idosos era polimedicado, com polipatologia, orientados (com períodos de desorientação), não apresentavam feridas, apresentavam dificuldade ou incapacidade em deambular, dependência nas AVD's, déficit cognitivo e sintomas de depressivos. Estas características corroboram com outros estudos de investigação na área da institucionalização de idosos, nomeadamente com Oliveira *et al.* (2011) quando aborda as diferenças entre as características dos idosos institucionalizados e os não institucionalizados.

Mello *et al.* (2012) relaciona com o estado cognitivo dos idosos institucionalizados, não só a escolaridade, mas também o grau de dependência nas AVD's, referindo que quanto maior o nível de escolaridade, melhor o estado cognitivo e menor a dependência nas atividades de vida diária, esta relação foi igualmente observada no presente estudo, sendo que a média de score obtido no índice de Katz nos idosos “com defeito cognitivo” é superior à média registada nos idosos “sem defeito cognitivo”, correspondendo a “dependência importante” e a “dependência parcial”, respetivamente, situação que se repetiu ao longo das três avaliações realizadas (tabela 19).

Tabela 19 - Relação entre as médias obtidas no índice de Katz com o estado cognitivo dos idosos avaliados nas três avaliações realizadas no período entre 1 de Setembro de 2011 e 30 de Maio de 2012.

Índice de Katz / Estado cognitivo	Média da primeira avaliação (n=14)	Média da segunda avaliação (n=9)	Média da terceira avaliação (n=7)
Com defeito cognitivo	3,29	3,00	3,00
Sem defeito cognitivo	2,43	2,43	2,20

Eid *et al.* (2011) reforça a existência de correlação entre o estado cognitivo e a dependência nas AVD's, verificando que nas idades mais avançadas esta correlação é mais intensa. Barberger-Gateau *et al.* (2005) sublinha ainda que a partir dos 80 anos de idade, os idosos demenciados, uma vez perdidas capacidades funcionais dificilmente as recuperam. Corroborando com os autores, também aqui se verifica nos idosos avaliados com o MMSE, os que têm mais de 85 anos e apresentam defeito cognitivo (n=3), apresentam concomitantemente dependência importante nas AVD's (42,9%).

Menezes *et al.* (2011) realizou um estudo longitudinal, no qual efetuou duas avaliações distanciadas no tempo por dois anos, ao usar a GDS-15 verificou que a diferença de scores indicativos de suspeita de depressão obtidos entre a primeira (40,7%) e a segunda avaliação (44,1%) era pequena, e usando o índice de Katz verificou que o grau de dependência nas AVD's agravou significativamente ao longo dos dois anos. Desta forma o autor mostrou que ao longo do tempo os idosos institucionalizados tornam-se mais dependentes, podendo

despoletar mais sintomas depressivos, contudo não fez qualquer correlação com os primeiros dias de internamento, altura em que os idosos passam por um período de maior stress ao saírem do seu meio ambiente habitual e do seu seio familiar.

O estudo realizado no lar da SCMB, apesar de num período mais curto, corroborou com o estudo mencionado anteriormente no que diz respeito aos scores obtidos na GDS-15, tendo-se observado que a maioria dos idosos, após dois meses na instituição, mantém o mesmo grau de depressão que apresentavam à entrada, porém verificou-se que nos primeiros 15 dias existiu agravamento do grau de depressão em dois casos (12,5%). Relativamente ao grau de dependência nas AVD's também não se verificaram alterações estatisticamente significativas durante os dois meses, contudo registaram-se maior número de casos de agravamento nos primeiros 15 dias (n=3; 18,75%), do que nos 45 dias seguintes (n=1; 7,7%).

A comparação das diferenças encontradas nos resultados dos primeiros quinze dias e dos 45 dias seguintes faz refletir sobre o modo como os idosos são recebidos numa instituição deste tipo, ponderando que à data de admissão se faça uma avaliação completa das necessidades do idoso minimizando os efeitos da ansiedade que acompanha o idoso enquanto não se sente integrado no novo ambiente, para esse efeito pode recorrer-se à Avaliação Geriátrica Ampla, detetando assim as características de fragilidade que levaram o idoso a recorrer à instituição. Importa considerar, como características de fragilidade, (além das que foram referidas no quadro conceptual adaptado de Bergman *et al.* (2004)), as mencionadas por Kamaruzzaman *et al.* (2010) quando compara o “*British frailty index*” com o “*Canadian Study of Health and Aging frailty index*”, nomeadamente complicações da motricidade física, onde inclui as quedas, disfunções visuais, doenças cardíacas ou respiratórias, problemas psicológicos, marcadores fisiológicos, onde inclui a hipertensão e o índice de massa corporal, e outras comorbilidades como a diabetes e o cancro.

Só desta forma, tal como afirma Daniel (2009), se pode determinar, com rigor, se os insucessos se devem a fatores internos à institucionalização ou às características dos institucionalizados. Corroborando ainda com o mesmo autor, o facto de se terem encontrado casos de idosos que melhoraram o seu estado (30%), mostra que para determinadas pessoas, a institucionalização constitui uma solução para os seus problemas e dificuldades.

Uma limitação encontrada neste estudo foi o facto de se ter obtido uma amostra muito pequena devido aos prazos a cumprir para se realizarem as três avaliações, contudo com esta amostra foi possível observar-se resultados semelhantes em estudos anteriores e com amostras maiores. Ainda assim sentiu-se necessidade de criar a escala de evolução dos idosos institucionalizados para se poder classificar os resultados encontrados e mais facilmente responder aos objetivos específicos.

5. Conclusão

Com este estudo concluiu-se que:

- As características sociodemográficas mais encontradas nos idosos institucionalizados foram: sexo feminino, idade superior a 75 anos, proveniência do domicílio, viúvos, baixa escolaridade.

- Na data de admissão a maioria dos idosos apresentava comorbilidades, eram polimedicados, apresentavam estado de consciência sem alterações, integridade cutânea, dificuldade em deambular, necessitando de auxiliares de marcha ou de cadeira de rodas, com grau de “dependência importante” ou de “dependência total” na realização das AVD’s, e com pelo menos grau leve de depressão.

- As causas mais importantes da institucionalização foram a dependência nas AVD’s e a sintomatologia de depressão, levando a que os idosos perdessem a sua independência no domicílio e necessitassem de cuidados específicos, aos quais a rede de cuidados informal não dava resposta.

- Após a institucionalização a maioria dos idosos manteve o seu estado, contudo verificou-se com a escala de evolução que durante os primeiros quinze dias a taxa de idosos que piorou (37,5%) foi superior à taxa de idosos que piorou nos 45 dias seguintes (23%).

- O facto de os idosos serem institucionalizados contra a sua vontade pode agravar a sua saúde.

Sugestões:

Ao refletir sobre o último ponto concluído neste estudo, surge a inquietação de conhecer melhor as diferenças existentes entre os idosos que são institucionalizados por vontade própria e os que são contra a sua vontade. Podendo para tal realizar-se uma investigação futura.

6. Bibliografia

- ❖ Active ageing and solidarity between generations - A statistical portrait of the European Union 2012. Eurostat Statistical books (2012) [Consult. 20 Abril 2012]. Disponível na Internet: <URL: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EP-11-001/EN/KS-EP-11-001-EN.PDF>.
- ❖ AGUERO-TORRES, Hedda. [et al.] - Institutionalization in the elderly: the role of chronic diseases and dementia. Cross-sectional and longitudinal data from a population-based study. *Journal of Clinical Epidemiology*. n.54 (2001), p. 795-801.
- ❖ ALMEIDA, Henrique - Biologia do Envelhecimento. In: PAÚL, Constança; RIBEIRO, Oscar - *Manual de Gerontologia*. 1ª ed. Porto: Lidel. 2012. ISBN 978-972-757-799-6. p. 21-40.
- ❖ ANDRADE, Warley. [et al.] - Estudo descritivo sobre a fragilidade de idosos assistidos em uma unidade de saúde da família. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*. Vol.1:4 (2011), p. 470-481.
- ❖ BAPTISTA, Rui - Avaliação do doente com alteração do estado de consciência - Escala de Glasgow. *Referência*. n.10 (2003), p. 77-80.
- ❖ BARBERGER-GATEAU, P. [et al.] - Démence et perte d'autonomie fonctionnelle du sujet âgé. *Revue Medical de l'Assurance Maladie*. Vol.36:1 (2005), p. 69-76.
- ❖ BARROS, Fátima - Bem-estar, suporte social e adaptação à institucionalização no idoso. *Enfermeiro - Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio*. (2011). [Consult. 12 Março 2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.chb.algarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22470/Bemestar.pdf>>.
- ❖ BERGAN, Howard. [et al.] - Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité. *Gerontologie et Société*. N°109 (2004), p. 15-29.
- ❖ BERGER, Loïse; MAILLOUX-POIRIER, Danielle - *Pessoas Idosas: Uma Abordagem Global - Processo de Enfermagem por Necessidades*. Lisboa: Lusodidacta. 1995. ISBN 972-95399-8-7.
- ❖ FREITAS, Elizabete; MIRANDA, Roberto - Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla. In: FREITAS, Elizabete. [et al.] - *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006. ISBN 978-85-277-1199-9. P.900-909.
- ❖ CARDÃO, Sandra. *O Idoso Institucionalizado*. 1ª Edição. Lisboa: Coisas de Ler. 2009. ISBN 978-989-8218-04-09.
- ❖ CARVALHO, Maria; DIAS, Maria - Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*. n.40 (2011), p. 161-184.
- ❖ DANIEL, Fernanda - Profissionalização e qualificação da resposta social “Lar de Idosos” em Portugal. *Interacções*. n.17 (2009), p. 65-74.
- ❖ DEL DUCA, Giovâni. [et al.] - Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 46:1 (2012), p. 147-153.

- ❖ Despacho Normativo n.º12/98. “D.R. I Série-B”. 47 (25-02-1998)
- ❖ DIOGO, Maria; DUARTE, Yeda - Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: FREITAS, Elizabete. [et al.] - *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ªedição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006. ISBN 978-85-277-1199-9. P. 1122-1130.
- ❖ DUARTE, Yeda. [et al.] - O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. Vol.41:2 (2007), p. 317-325.
- ❖ EID, Natália; KAIRALLA, Maisa; CAMPORA, Flávia. - Avaliação do grau de dependência para atividades básicas da vida diária de idosos. *Revista Brasileira Clínica Médica*. Vol.10:1 (2012), p. 19-23.
- ❖ European Charter of the Rights and Freedoms of Elderly People Accommodated in Homes (2010). [Consult. 12 Abril 2012]. Disponível na Internet: <URL: http://www.ede-eu.org/pdf/charter/EN_European_Charter.pdf>.
- ❖ FREITAS, Elizabete. [et al.] - *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ªedição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006. ISBN 978-85-277-1199-9.
- ❖ FRIED, L. [et al.] - Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journal of Gerontology*. Vol.56A:3. (2001), p.146-156.
- ❖ Gobbens R. [et al.] - Towards an integral conceptual model of frailty. *Journal of Nutrition, Health and Aging*. Vol.14:3 (2010), p.175-81.
- ❖ HEKMAN, Paulo - O idoso frágil. In: FREITAS, Elizabete. [et al.] - *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ªedição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006. ISBN 978-85-277-1199-9. P. 926-929.
- ❖ Instituto Nacional de Estatística - Censos 2011 - Resultados pré-definitivos. *Destaque*. (2012).
- ❖ Instituto Nacional de Estatística - Censos 2011 - Resultados Provisórios. *Portugal*. ISSN: 2182-4215. (2011).
- ❖ KAMARUZZAMAN, Shahrul. [et al.] - A reliable measure of frailty for a community dwelling older population. *Health and Quality of Life Outcomes*. (2010), [Consult. 12 Maio 2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.hqlo.com/content/8/1/123>>.
- ❖ KANE, Robert. [et al.] - *Geriatria Clínica*. 5ª ed. Rio de Janeiro. The McGraw-Hill. 2005. ISBN 85-86804-43-6.
- ❖ KOCHHANN, Renata. [et al.] - The Mini Mental State Examination, review of cutoff points adjusted for schooling in a large Southern Brazilian sample. *Dement Neuropsychol*. Vol. 4:1 (2010), p. 35-41.
- ❖ LEMOS, Naira; MEDEIROS, Sônia - Suporte Social ao idoso dependente. In: FREITAS, Elizabete. [et al.] - *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ªedição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006. ISBN 978-85-277-1199-9. P. 1228-1233.
- ❖ LETRA, M.; MARTÍN, Ignacio - *Estatísticas de equipamentos sociais em Portugal_2006*. Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos. Instituto de de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. (2010).

- ❖ LUK, James. [et al.] - Factors affecting institutionalization in older Hong Kong Chinese patients after recovery from acute medical illnesses. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. n.49 (2009), p. 110-114.
- ❖ LUPPA, Melaniel. [et al.] - Predictors of nursing home admission of individuals without a dementia diagnosis before admission - results from the Leipzig longitudinal study of the aged (LEILA 75+) . *Health Services Research*. (2010), [Consult. 20 Maio 2012]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/186>>.
- ❖ MAROCO, João. *Análise estatística: com utilização do SPSS*. 3ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo. 2010. ISBN 978-972-618-452-2.
- ❖ MARTÍN, Ignacio; BORGES, R. - *Estatísticas de equipamentos sociais em Portugal_2006*. Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos. Instituto de de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. (2006).
- ❖ MARTÍN, Ignacio; BRANDÃO, Daniela - Políticas para a terceira idade. In: PAÚL, Constança; RIBEIRO, Oscar - *Manual de Gerontologia*. 1ª ed. Porto: Lidel. 2012. ISBN 978-972-757-799-6. p. 273-287.
- ❖ MEDEIROS, Paulo - Como estaremos na velhice? Reflexes sobre envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização. *Polémica*. Vol.11:3 (2012), p. 439-453.
- ❖ MELLO, Bruna; HADDAD, Maria; DELLAROZA, Mara - Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. Vol.34:1 (2012), p. 95-102.
- ❖ MENEZES, Ruth. [et al.] - Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Vol.14:3 (2011), p. 485-496.
- ❖ Moniz, José. *A enfermagem e a pessoa idosa - a prática de cuidados como experiência formativa*. 1ª Edição. Loures: Lusociência. 2003. ISBN 972-8383-49-5.
- ❖ NASH, C. [et al.] - Identifying frailty using the ICF: proof of concept. School of Physical and occupational Therapy, *MCGill University*. (2005).
- ❖ NETTO, Matheus - O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, Elizabete. [et al.] - *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006. ISBN 978-85-277-1199-9. P. 2-12.
- ❖ OLIVEIRA, Elizabete; GOMES, Maria; PAIVA, Karina - Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região Metropolitana de Vitória - ES. *Escola Anna Nery*. ISSN:1414-8145. Vol.15:3 (2011), p. 518-523.
- ❖ PAÚL, Constança; RIBEIRO, Oscar - *Manual de Gerontologia*. 1ª ed. Porto: Lidel. 2012. ISBN 978-972-757-799-6.
- ❖ PAVAN, Fábio. [et al.] - Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 24:9 (2008), p. 2187-2190.
- ❖ PORTARIA n.º 67/2012. “D.R. I Série”. Nº58 (21-3-2012) 1324-1329.
- ❖ QUADROS, António. [et al.] - Estudo do nível de atividade física, independência funcional e estado cognitivo de idosos institucionalizados: análise por género. *Jornal Brasileiro de Biomotricidade*. ISSN: 1981-6324. Vol.2:1 (2008), p. 39-50.

“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”

- ❖ ROBINSON, Thomas. [et al.] - Accumulated Frailty Characteristics predict postoperative discharge institutionalization in the geriatric patient. *American College of Surgeons*. ISSN: 1072-7515. Vol.213:1 (2011), p. 37-42.
- ❖ RUNCAN, Patricia. - Elderly institutionalization and depression. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. n.33 (2012), p. 109-113.
- ❖ SILVA, Cleci. [et al.] - Institucionalização: relações dos idosos com a família. *IV Jornada de pesquisa em Psicologia: desafios atuais nas práticas da psicologia*. (2011). [Consult. 20 Abril 2012]. Disponível na Internet: <URL: http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/jornada_psicologia/article/view/10212>.
- ❖ SOUSA, Liliana. [et al.] - Famílias e envelhecimento: o último estágio do ciclo de vida. In: PAÚL, Constança; RIBEIRO, Oscar - *Manual de Gerontologia*. 1ª ed. Porto: Lidel. 2012. ISBN 978-972-757-799-6. p. 255-271.
- ❖ TEIXEIRA, Ilka; NERI, Anita - A fragilidade no envelhecimento: fenômeno multidimensional, multideterminado e evolutivo. In: FREITAS, Elizabete. [et al.] - *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006. ISBN 978-85-277-1199-9. P. 1102-1109.
- ❖ WIELAND, Darryl; HIRTH, Victor - Comprehensive geriatric assessment. *Cancer Control*. Vol.10:6 (2003), p. 454-462.
- ❖ YAMADA, Yukari. [et al.] - Formal home help services and institutionalization. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. n.54 (2012), p. 52-56.

- ❖ <http://www.ali.pt/28&tbl=noticias&tipo=1>, [Consult. 7 Maio 2012].
- ❖ <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>, [Consult. 13 Julho 2012].
- ❖ <http://www.ede-eu.org>, [Consult. 12 Junho 2012].

Anexos

- 1- Guião da primeira avaliação.
- 2- Guião da segunda e terceira avaliações.
- 3- Cronograma das datas das avaliações.
- 4- Autorização para a realização do estudo no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Belmonte.
- 5- Tabela de registo das diferenças das avaliações usada para a escala de evolução dos idosos institucionalizados, criada para este estudo.

Anexo 1 - Guião da primeira avaliação.

“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”

Os dados de seguida recolhidos, serão usados exclusivamente para aplicação no estudo proposto na dissertação de Mestrado de Gerontologia, subordinado ao tema: “Causas e consequências da institucionalização de idosos”. Não serão divulgados para qualquer outro fim, comprometendo-me a cumprir todos os deveres ético-deontológicos.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Atenciosamente,

Helena Neves

Data de entrada na instituição: ____/____/____ Data da avaliação: ____/____/____

Proveniência: 1 - Domicílio 2 - Hospital 3 - Outra instituição

Idade: ____anos Sexo: 1 - F ____ 2 - M ____ Escolaridade (nº de anos): ____

Estado Civil: 1 - Casado 2 - Viúvo 3 - Solteiro 4 - Divorciado

Diagnósticos: 1 - Sistema Nervoso e transtornos mentais e comportamentais

2 - Sistema Circulatório 3 - Sistema Respiratório 4 - Sistema Digestivo

5 - Sistema Génito-urinário 6 - Sistema Endócrino, nutricional e metabólico

7 - Sistema Osteomuscular e tecido conjuntivo 8 - Sistema Imunológico

9 - Apresenta 2 a 4 sistemas afetados 10 - Apresenta mais de 4 sistemas afetados

11- Outros diagnósticos

Terapêutica (quantidade de medicamentos): _____

Estado de consciência:

1 - Vígil

2 - Confuso

3 - Obnubilado

4 - Estuporoso

5 - Coma Ligeiro

6 - Coma Profundo

Integridade Cutânea:

1 - Sem feridas

2 - Com feridas

Capacidade para deambular:

1 - Independente

2 - Deambula com auxiliares de marcha

3 - Desloca-se com cadeira de rodas

4 - Acamado

Sabe onde está?

0 - Não se aplica

1 - Sim

2 - Não

Se respondeu sim na questão anterior, veio por vontade própria?

0 - Não se aplica

1 - Sim

2 - Não

“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”

Avaliação funcional

Dependência nas Atividades de Vida Diárias (índice de Katz)

Atividade	Independente	Sim	Não
Banho	Não recebe ajuda ou só recebe ajuda para uma parte do corpo		
Vestir-se	Pega as roupas e veste-se sem nenhuma ajuda, exceto para apertar os sapatos		
Higiene Pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem nenhuma ajuda		
Transferência	Consegue deitar-se na cama, sentar-se na cadeira e levantar-se sem ajuda		
Continência	Controla completamente urina e fezes		
Alimentação	Come sem ajuda (exceto ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão)		

Pontuação Total: _____

Nota: A pontuação é o somatório de respostas “sim”. Um total de 6 pontos significa independência para as AVD's ; 4-5 pontos, dependência parcial; 3 ou menos pontos, dependência importante

“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”

Avaliação mental:

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Nota: _____

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

Nota: _____

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

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

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

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

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

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

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

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

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

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

Nota: _____

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

Pega com a mão direita _____
Dobra ao meio _____
Coloca onde deve _____

Nota: _____

“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”

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

Nota: _____

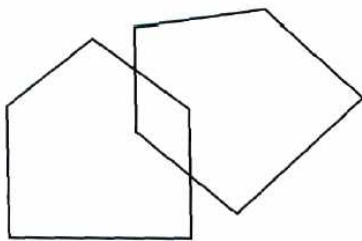
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

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

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



Cópia:

Pontuação final: _____

“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”

Avaliação Psicológica:

Versão resumida da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage

1	Você se considera globalmente satisfeito com sua vida?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
2	Você tem abandonado muitas de suas atividades e interesses?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
3	Você tem a sensação de que sua vida está vazia?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
4	Você se aborrece com frequência?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
5	Você habitualmente está de bom humor?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
6	Você tem medo de que algo ruim possa lhe acontecer?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
7	Você se sente feliz na maior parte do tempo?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
8	Você se sente frequentemente sem ajuda, desamparado?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
9	Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
10	Você acha que sua memória é pior do que a das outras pessoas?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
11	Você acha maravilhoso viver nos dias de hoje?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
12	Você atualmente se sente sem valor?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
13	Você se sente cheio de energia?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
14	Você se julga sem esperança em relação a sua situação atual?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
15	Você acha que a maioria das pessoas vive melhor do que você?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim

Pontuação final: _____

Nota: A pontuação é o somatório de respostas com conotação depressiva (coluna da direita). De 0 - 5 pontos, rastreio normal; de 5 - 10 pontos, depressão leve; mais de 11 pontos, depressão severa

Anexo 2 - Guião da segunda e terceira avaliações.

“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”

Os dados de seguida recolhidos, serão usados exclusivamente para aplicação no estudo proposto na dissertação de Mestrado de Gerontologia, subordinado ao tema: “Causas e consequências da institucionalização de idosos”. Não serão divulgados para qualquer outro fim, comprometendo-me a cumprir todos os deveres ético-deontológicos.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Atenciosamente,

Helena Neves

Data da avaliação: ____/____/____

Estado de consciência:

1 - Vígil

2 - Confuso

3 - Obnubilado

4 - Estuporoso

5 - Coma Ligeiro

6 - Coma Profundo

Integridade Cutânea:

1 - Sem feridas

2 - Com feridas

Capacidade para deambular:

1 - Independente

2 - Deambula com auxiliares de marcha

3 - Desloca-se com cadeira de rodas

4 - Acamado

Avaliação funcional

Dependência nas Atividades de Vida Diárias (índice de Katz)

Atividade	Independente	Sim	Não
Banho	Não recebe ajuda ou só recebe ajuda para uma parte do corpo		
Vestir-se	Pega as roupas e veste-se sem nenhuma ajuda, exceto para apertar os sapatos		
Higiene Pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem nenhuma ajuda		
Transferência	Consegue deitar-se na cama, sentar-se na cadeira e levantar-se sem ajuda		
Continência	Controla completamente urina e fezes		
Alimentação	Come sem ajuda (exceto ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão)		

Pontuação Total: _____

Nota: A pontuação é o somatório de respostas “sim”. Um total de 6 pontos significa independência para as AVD's ; 4-5 pontos, dependência parcial; 3 ou menos pontos, dependência importante

“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”

Avaliação mental:

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Nota: _____

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

Nota: _____

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

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

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

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

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

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

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

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

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

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

Nota: _____

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

Pega com a mão direita _____
Dobra ao meio _____
Coloca onde deve _____

Nota: _____

“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”

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

Fechou os olhos _____

Nota: _____

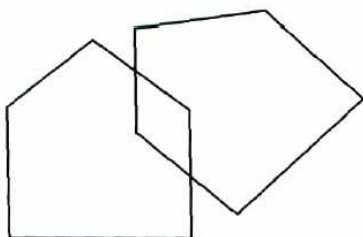
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: _____

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

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



Cópia: _____

Pontuação final: _____

“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”

Avaliação Psicológica:

Versão resumida da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage

1	Você se considera globalmente satisfeito com sua vida?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
2	Você tem abandonado muitas de suas atividades e interesses?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
3	Você tem a sensação de que sua vida está vazia?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
4	Você se aborrece com frequência?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
5	Você habitualmente está de bom humor?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
6	Você tem medo de que algo ruim possa lhe acontecer?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
7	Você se sente feliz na maior parte do tempo?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
8	Você se sente frequentemente sem ajuda, desamparado?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
9	Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
10	Você acha que sua memória é pior do que a das outras pessoas?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
11	Você acha maravilhoso viver nos dias de hoje?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
12	Você atualmente se sente sem valor?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
13	Você se sente cheio de energia?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
14	Você se julga sem esperança em relação a sua situação atual?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
15	Você acha que a maioria das pessoas vive melhor do que você?	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim

Pontuação final: _____

Nota: A pontuação é o somatório de respostas com conotação depressiva (coluna da direita). De 0 - 5 pontos, rastreio normal; de 5 - 10 pontos, depressão leve; mais de 11 pontos, depressão severa

Intercorrências desde a última avaliação:

1 - Sim (descrever quais) 2 - Não

Anexo 3 - Cronograma das datas das avaliações.

“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”

Cronograma dos momentos das avaliações realizadas aos idosos admitidos no lar da Santa Casa da Misericórdia de Belmonte no período de 1 de Setembro de 2011 a 31 de Março de 2012.

Caso*	Primeira Avaliação	Segunda Avaliação	Terceira Avaliação	Data da morte
1	01-Set-2011	16-Set-2011	31-Out-2011	
2	06-Out-2011	21-Out-2011	05-Dez-2011	
3	22-Out-2011	05-Nov-2011	22-Dez-2011	
4	31-Out-2011	15-Nov-2011	31-Dez-2011	
5	15-Nov-2011			27-Nov-2011
6	01-Dez-2011	15-Dez-2011		30-Dez-2011
7	06-Dez-2011	20-Dez-2011	06-Fev-2012	
8	03-Jan-2012	17-Jan-2012	03-Mar-2012	
9	16-Jan-2012	30-Jan-2012	16-Mar-2012	
10	17-Jan-2012	31-Jan-2012		16-Fev-2012
11	24-Jan-2012	07-Fev-2012	24-Mar-2012	
12	24-Jan-2012	07-Fev-2012	24-Mar-2012	
13	31-Jan-2012			01-Fev-2012
14	01-Fev-2012	15-Fev-2012	01-Abr-2012	
15	01-Fev-2012	15-Fev-2012	01-Abr-2012	
16	16-Fev-2012	1-Mar-2012		29-Mar-2012
17	23-Fev-2012	8-Mar-2012	23-Mar-2012	
18	2-Mar-2012	16-Mar-2012		5-Abr-2012
19	12-Mar-2012	26-Mar-2012	12-Mai-2012	
20	31-Mar-2012	14-Mar-2012	30-Mai-2012	

* Representação numérica de cada idoso admitido.

Anexo 4 - Autorização para a realização do estudo no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Belmonte.



SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLHEITA DE DADOS

Eu, **Helena Marisa Figueira Neves**, responsável principal, pela Dissertação de Mestrado intitulada “**Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos**”, a qual faz parte do plano curricular do curso de **Mestrado em Gerontologia da Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde**, venho pelo presente, solicitar autorização da Santa Casa da Misericórdia de Belmonte no setor de Lar de Idosos **para a realização da colheita de dados** através de questionários/entrevistas aos utentes admitidos no período de setembro de 2011 a abril de 2012, bem como familiares responsáveis, para o referido trabalho de pesquisa, com o objetivo de caracterizar descritivamente esta instituição, neste âmbito. Em caso de necessidade, solicito ainda a autorização para poder recorrer aos respetivos registos de enfermagem e processos clínicos dos utentes, de modo a poder fazer um estudo mais completo relativamente à evolução dos idosos.

É ainda de referir que esta pesquisa será orientada pela Professora Márcia Kirzner docente da mesma faculdade e directora do referido curso.

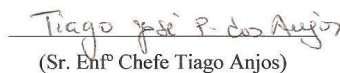
Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

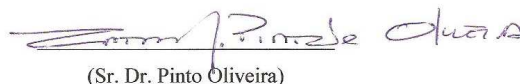


(Helena Marisa Figueira Neves)

Por autorizar a presente solicitação abaixo assino.


(Sr. Provedor João Gaspar)


(Sr. Enf.º Chefe Tiago Anjos)


(Sr. Dr. Pinto Oliveira)

Belmonte, 31 de agosto de 2011

Anexo 5- Tabela de registo das diferenças das avaliações usada para a escala de evolução dos idosos institucionalizados, criada para este estudo.

“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”

Diferenças registadas entre as variáveis nas três avaliações, para se aplicar a classificação da escala da evolução dos idosos institucionalizados.

Caso	Evolução do estado nos primeiros 15 dias							Evolução do estado nos 45 dias seguintes							Evolução do estado após dois meses = Total 1 + Total 2
	Estado de Consciência	Integridade cutânea	Marcha	AVD's	MMSE	GDS-15	Total 1	Estado de Consciência	Integridade cutânea	Marcha	AVD's	MMSE	GDS-15	Total 2	
1	0	0	1	1	NA	NA	2	-1	0	0	-1	NA	NA	-2	0
2	0	0	0	0	-1	0	-1	0	-1	0	0	0	0	-1	-2
3	0	0	0	-1	0	0	-1	0	0	0	0	0	-1	-1	-2
4	1	0	2	2	NA	NA	5	1	0	0	0	NA	NA	1	6
5	Faleceu														Faleceu
6	0	0	0	0	0	-1	-1	Faleceu							Faleceu
7	0	0	0	0	0	-1	-1	0	0	0	-1	0	0	-1	-2
8	0	0	2	1	NA	NA	3	0	1	0	0	NA	NA	1	4
9	0	0	0	0	0	0	0	0	-1	-1	0	0	0	-2	-2
10	Hosp.														Faleceu
11	0	0	0	0	0	1	1	Faleceu							Faleceu
12	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	3	4
13	Faleceu														Faleceu
14	0	0	0	0	NA	NA	0	0	1	1	1	NA	NA	3	3
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	0	1	0	0	NA	NA	1	Faleceu							Faleceu
17	-1	0	0	0	NA	NA	-1	0	0	0	0	NA	NA	0	-1
18	Hosp.														Faleceu
19	0	0	0	0	NA	NA	0	0	-1	0	0	NA	NA	-1	-1
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-1	-1	-1