

# **O Perfil do Idoso Residente em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas no Concelho do Sabugal: Quadros Neurológicos**

**Francisco Costa Carvalho**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor Nuno Filipe Cardoso Pinto  
Co-orientador: Prof<sup>a</sup>. Doutora Maria Assunção Morais e Cunha Vaz Patto  
Co-orientador: Prof<sup>a</sup>. Doutora Rosa Marina Lopes Brás Martins Afonso

**março de 2024**



## **Declaração de Integridade**

Eu, Francisco Costa Carvalho, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 41931 do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 04 /03 /2024



(assinatura conforme Cartão de Cidadão ou preferencialmente assinatura digital no documento original se naquele mesmo formato)



# **Dedicatória**

À minha irmã, Leonor Carvalho, a mais perfeita definição de “*cuidar*”.



# Agradecimentos

Às mulheres da minha vida, Maria, Lucinda e Leonor, por todo o investimento que fizeram em mim, por terem feito de mim o que sou hoje, por serem o meu porto de abrigo, por sempre me terem incentivado a sonhar mais e mais alto, por serem o bálsamo que sara as minhas feridas, por serem uma fonte inesgotável de amor.

Aos meus amigos por suportarem o meu humor cáustico, por serem companheiros inigualáveis nos bons e nos maus momentos, por terem feito da Covilhã um verdadeiro lar, por me desinstalarem e me abrirem horizontes, por todos os sorrisos e gargalhadas partilhados nos últimos seis anos e pelas lágrimas e abraços na hora da despedida.

“Covilhã” será para sempre sinónimo de Pedro, Marta, Tozé, Sofia, Quinho, Varão, Zauro, Jorge, Nena, Bia, Maria, Ruben, Digas, Tina, Canedo, Régua, Maggie, RPR, Godinho e Joaninha.

Ao Pedro e à Marta, amigos com quem tive o privilégio de trabalhar neste projeto, por terem embarcado comigo nesta aventura sem qualquer réstia de hesitação, pelo trabalho dedicado, solícito e abnegado, pela vivência partilhada de histórias inesquecíveis.

Aos Professores Nuno Pinto, Assunção Vaz Patto e Rosa Marina por terem acreditado neste projeto megalómano desde a primeira hora, por todo o apoio e disponibilidade prestados, pelo exemplo de profissionalismo e rigor.

Ao Município do Sabugal por se ter constituído parceiro deste projeto de investigação.

Às Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas do concelho do Sabugal, na pessoa dos seus corpos dirigentes, corpos técnicos e colaboradores, por nos terem aberto as suas portas e nos terem dado a conhecer as suas realidades.

A todos os idosos que aceitaram participar neste estudo por nos terem permitido entrever as suas vidas, por terem chorado e rido connosco, por nos enriquecerem com a sua sabedoria, por nos assoberbarem com a sua enorme capacidade de resignação, por nos terem levado a repensar a nossa visão da vida e da existência humana.

Àquele “*que opera tudo em todos*” (1 Cor 12, 6) por ser o meu sustentáculo e por, na Sua misericórdia, me cumular em cada dia com um ror de graças e dons dos quais eu não sou merecedor.



*“Filho, ampara o teu pai na velhice, não o desgostes durante a sua vida; mesmo se ele vier a perder a razão, sê indulgente, não o desprezes, tu que estás na plenitude das tuas forças.” (Eclesiástico 3, 12-16)*



## Resumo

**Introdução:** O envelhecimento populacional e as profundas mudanças do tecido social resultaram na afirmação das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPIS) como principal resposta social às necessidades dos idosos e, em particular, do idoso com compromisso cognitivo. **Objetivo:** Traçar o perfil cognitivo do idoso residente em ERPI no concelho do Sabugal, para, com base neste, refletir acerca da adequação futura dos cuidados prestados por este tipo de resposta social às necessidades do indivíduo idoso. **Materias e Métodos:** Estudo observacional, descritivo e transversal realizado em 350 pessoas idosas residentes nas 21 ERPIS do concelho do Sabugal. Foi aplicado um questionário sociodemográfico e clínico, uma bateria de instrumentos de avaliação geriátrica e um inquérito de satisfação. Procedeu-se a análise estatística descritiva e inferencial com recurso ao SPSS. **Resultados:** O presente estudo sugere que os idosos residentes em ERPIS no concelho Sabugal são, na sua maioria, pessoas do sexo feminino (73,4%), da quarta idade (média: 87,1 anos), com reduzidas habilitações literárias (analfabetismo: 32,9%), viúvas (64,9%), altamente dependentes (Índice de Barthel médio: 56,5 pontos), com múltiplas comorbilidades (média: 4,56 doenças), polimedicadas (média: 8,7 fármacos), cognitivamente comprometidas (64,9%), acometidas por perturbações depressivas (37,8%) e malnutridas (16,6%) ou sob risco de desnutrição (47,4%). Foram encontradas associações estatisticamente significativas entre o estado cognitivo e o estado nutricional, o grau de autonomia nas atividades básicas de vida diária, a mobilidade, a força de prensão manual, o sexo, o estado civil e a idade. **Conclusão:** No contexto da prestação de cuidados à demência, em sede de ERPI, é necessário refletir acerca da necessidade de desenvolver e implementar planos de cuidados holísticos, bem como de instituir avaliações geriátricas sistemáticas e seriadas e programas de estimulação cognitiva.

## Palavras-chave

Pessoas Idosas; Cognição; Défice Cognitivo Ligeiro; Demência; Estrutura Residencial para Pessoas Idosas; Sabugal.



# Abstract

**Introduction:** Population ageing and profound changes in the social fabric have resulted in the establishment of Residential Structures for the Elderly (RSE) as the main social response to the needs of the elderly particularly those with cognitive impairment. **Objective:** To delineate a cognitive profile of elderly people living in RSE in the municipality of Sabugal, in order to reflect on the future adequacy of care provided by this type of social response to the needs of the elderly. **Materials and Methods:** An observational, descriptive and cross-sectional study was carried out on 350 elderly people living in the 21 RSE in the municipality of Sabugal. A sociodemographic and clinical questionnaire, a battery of geriatric assessment instruments and a satisfaction survey were applied. Descriptive and inferential statistics were performed using SPSS. **Results:** This study suggests that the majority of elderly people living in RSE in the Sabugal municipality are female (73.4%), fourth age (average: 87.1 years), with low educational qualifications (illiteracy: 32.9%), widowed (64.9%), highly dependent (average Barthel Index: 56.5 points), with multiple comorbidities (average: 4.56 diseases), polymedicated (average: 8.7 drugs), cognitively impaired (64.9%), affected by depressive disorders (37.8%) and malnourished (16.6%) or at risk of malnutrition (47.4%). Statistically significant associations were found between cognitive status and nutritional status, the degree of autonomy in activities of daily living, mobility, handgrip strength, gender, marital status and age. **Conclusion:** In the context of dementia care within RSE, it is necessary to reflect on the need to develop and implement holistic care plans, as well as systematic and serial geriatric assessments and cognitive stimulation programmes.

## Keywords

Elderly People;Cognition;Mild Cognitive Impairment;Dementia;Residential Structures for the Elderly;Sabugal.



# Índice

<b>1. Introdução</b>	1
1.1. Envelhecimento Populacional e Demência	1
1.2. Envelhecimento Normal	2
1.3. Demência	3
1.4. Défice Cognitivo Ligeiro	5
1.5. Envelhecimento <i>vs</i> Envelhecimentos	5
1.6. Institucionalização e Demência	6
1.7. Sabugal: Demografia e Respostas Sociais	7
<b>2. Objetivos</b>	9
<b>3. Materiais e Métodos</b>	11
3.1. Participantes	11
3.2. Instrumentos	12
3.2.1. <i>Mini Mental State Examination</i>	14
3.2.2. Índice de Barthel	14
3.2.3. Escala de Depressão Geriátrica: Versão Reduzida	15
3.2.4. <i>Mini Nutritional Assessment</i>	16
3.2.5. Classificação Funcional da Marcha	17
3.2.6. <i>Timed Up and Go Test</i>	18
3.3. Análise Estatística	18
<b>4. Resultados</b>	21
4.1. Caracterização da Amostra	21
4.2. Instrumentos	25
4.3. Análise Inferencial	28
<b>5. Discussão</b>	37
<b>6. Conclusão</b>	47
<b>7. Referências</b>	49
<b>Anexos</b>	
Anexo I – Parecer da Comissão de Ética da UBI	59
Anexo II – ERPIs do concelho do Sabugal	60
Anexo III – Inquérito	61



# Lista de Tabelas

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos participantes.

Tabela 2: Caracterização do processo de institucionalização dos participantes.

Tabela 3: Padrões de morbidade dos participantes: número de afeções por sistemas de órgãos.

Tabela 4: Patologia demencial entre os participantes: número de diagnósticos conhecidos por forma de demência.

Tabela 5: Consumo de fármacos entre os participantes.

Tabela 6: Consumo de fármacos antidemenciais entre os participantes.

Tabela 7: Resultados da aplicação do *Mini Mental State Examination* (MMSE): análise na generalidade.

Tabela 8: Resultados da aplicação do *Mini Mental State Examination* (MMSE): análise por itens.

Tabela 9: Resultados da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica: versão reduzida (GDS-15).

Tabela 10: Resultados da aplicação do Índice de Barthel (IB).

Tabela 11: Resultados da aplicação do *Mini Nutritional Assessment* (MNA).

Tabela 12: Resultados da aplicação da Classificação Funcional da Marcha (CFM).

Tabela 13: Resultados da aplicação do *Timed Up and Go Test* (TUG).

Tabela 14: Resultados da medição da força de preensão manual (*hand grip*): na globalidade e por sexos.

Tabela 15: Associação entre a presença de pontuação sugestiva de défice cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial e a idade.

Tabela 16: Associação entre a presença de pontuação sugestiva de défice cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial e o sexo.

Tabela 17: Associação entre a presença de pontuação sugestiva de défice cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial e a escolaridade.

Tabela 18: Associação entre a presença de pontuação sugestiva de défice cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial e o estado civil.

Tabela 19: Associação entre a presença de pontuação sugestiva de défice cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial e a duração do período de institucionalização.

Tabela 20: Associação entre a presença de pontuação sugestiva de défice cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial e os motivos de ingresso em ERPI.

Tabela 21: Associação entre a presença de pontuação sugestiva de déficit cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial e números totais de patologias e de fármacos consumidos.

Tabela 22: Associação entre a presença de pontuação sugestiva de déficit cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial e o grau de autonomia/dependência nas ABVDs.

Tabela 23: Associação entre a presença de pontuação sugestiva de déficit cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial e os resultados do MNA.

Tabela 24: Associação entre a presença de pontuação sugestiva de déficit cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial e os resultados da GDS-15.

Tabela 25: Associação entre a presença de pontuação sugestiva de déficit cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial e as categorias funcionais da marcha.

Tabela 26: Associação entre a presença de pontuação sugestiva de déficit cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial e os resultados do TUG.

Tabela 27 – Associação entre a presença de pontuação sugestiva de déficit cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial e os resultados do *hand grip*.



## Lista de Acrónimos

95%IC	Intervalo de confiança a 95%
ABVD	Atividades básicas de vida diária
APOE	Apolipoproteína E
ATCC	<i>Anatomical Therapeutic Chemical Code</i>
AVD	Atividades de vida diária
CEAP	<i>Clinical, Etiological, Anatomical and Pathophysiological</i>
CFM	Classificação Funcional da Marcha
CID-11	Classificação Internacional de Doenças: 11 <sup>a</sup> edição
DA	Doença de Alzheimer
DCL	Defice cognitivo ligeiro
DCLewy	Demência com corpos de Lewy
DFT	Demência frontotemporal
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
DP	Desvio padrão
DRC	Doença renal crónica
DSM-IV	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: 4 <sup>a</sup> edição
DV	Demência vascular
EMSSP	Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
GDS-15	Escala de Depressão Geriátrica: versão reduzida (15 itens)
HTA	Hipertensão arterial
IB	Índice de Barthel
IMC	Índice de massa corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
Kg	Quilograma
Máx	Máximo
Min	Mínimo
MMSE	<i>Mini-Mental State Examination</i>
MNA	<i>Mini Nutritional Assessment</i>
n	número
NUTS II	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OLD	Oxigenoterapia de longa duração
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSQI	Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh
SAOS	Síndrome de apneia obstrutiva do sono
SCORE2-OP	<i>Systematic Coronary Risk Evaluation - Older Persons</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TUG	<i>Timed Up and Go Test</i>
UBI	Universidade da Beira Interior
VIDAS	Valorização e Inovação em Demências
VIH	Vírus da imunodeficiência humana
VNI	Ventilação não invasiva
WHOQOL-OLD	<i>World Health Organization Quality of Life - Older Adults Module</i>
YLL	<i>Years of life lost</i>



# 1. Introdução

O envelhecimento resulta, invariavelmente, na deterioração progressiva da capacidade física e função cognitiva dos indivíduos idosos e, conseqüentemente, na geração de algum grau de dependência, isto é, na maior ou menor necessidade de assistência na realização das suas atividades básicas e/ou instrumentais de vida diária. (1, 2)

Contudo, tal como sublinha a Organização Mundial de Saúde (OMS), as alterações associadas ao envelhecimento “não são nem lineares nem consistentes.” (3) Como tal, a dependência das pessoas idosas será, à semelhança do próprio processo de envelhecimento, uma realidade profundamente heterogénea.

Dentre o rol de fatores que condiciona a trajetória de envelhecimento e, por conseguinte, o grau de dependência dos idosos, o acometimento por síndromes demenciais – também fortemente associadas ao envelhecimento – afigura-se como um dos mais preponderantes, uma vez que estas prejudicam fortemente a funcionalidade do indivíduo idoso. (4, 5)

## 1.1. Envelhecimento Populacional e Demência

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), entre 2018 e 2080, “o índice de envelhecimento em Portugal quase duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens.” (6) Similarmente, o Eurostat prevê que Portugal irá registar, em 2050, o maior índice de dependência de idosos (68,8 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa). (7) Desta feita, a contínua inversão da pirâmide etária portuguesa afigura-se, conjuntamente com as suas conseqüências, como um dos principais desafios do Portugal do século XXI.

Entre os múltiplos desafios inerentes ao envelhecimento populacional, o aumento da fração de carga global de doença atribuível à síndrome demencial destaca-se pelo facto de “a prevalência de demência aumenta(r) de forma exponencial com o aumento da idade, duplicando a cada 5 anos após os 65 anos de idade.” (8) Segundo a *Alzheimer Europe*, “o número total de pessoas com demência (em Portugal) mais do que duplicará, passando de 193.516 em 2018 para 346.905 em 2050”, isto é, de uma taxa de prevalência de 1,88% para uma de 3,82%. (9)

A este propósito, note-se que a demência impacta significativamente não só os indivíduos afetados, mas também as suas famílias, as comunidades, a sociedade, os sistemas de saúde e a economia. (8, 10)

Atentando na realidade nacional, verifica-se que a doença de Alzheimer (DA), a forma mais comum de demência, foi, em 2018, responsável por 7% do total de anos de vida perdidos por morte prematura em Portugal Continental (76 709 YLL – *years of life lost*) e que o custo global da DA se fixou em aproximadamente 2 mil milhões de euros, o equivalente a cerca de 1% do produto interno bruto português. (11)

## **1.2. Envelhecimento Normal**

Pese embora a descrição epidemiológica apresentada, deve denotar-se que “a demência não é uma parte normal do envelhecimento” (12), sendo, portanto, fundamental “definir o que se entende por envelhecimento “normal”” a fim de estabelecer o mais claramente possível a “fronteira entre envelhecimento fisiológico e demência.” (13)

“Apesar de o envelhecimento per se não estar associado à perda de saúde cerebral” (14), verifica-se que o envelhecimento deste órgão é um intrincado processo pautado por modificações a nível bioquímico, estrutural e funcional. Contudo, há que ter presente que essas alterações “não afetam igualmente todas as regiões cerebrais”, destacando-se o hipocampo e o córtex pré-frontal como regiões especialmente afetadas. (15)

Consequentemente, “apesar de a literatura indicar a existência de declínios associados à idade em múltiplas funções cognitivas, a verdade é que a magnitude desses declínios não é idêntica para todas as tarefas nem todas as funções.” (2)

Partindo do modelo dicotómico proposto pela teoria das capacidades cognitivas de Cattell-Horn-Carroll, a evidência atual indicia que a inteligência cristalizada, correspondente às capacidades e conhecimentos muito praticados e familiares, é particularmente resistente ao envelhecimento, contrariamente à inteligência fluída, associada à resolução de problemas e desempenho em tarefas novas, que começa a declinar na terceira década de vida. (5, 13, 16)

Atentando em domínios cognitivos específicos, o processo normal de envelhecimento parece estar associado à diminuição da velocidade de processamento e ao declínio da memória de trabalho, da memória episódica, da função inibitória, da função sensorial, da capacidade psicomotora e da atenção seletiva e dividida. Inobstante, a memória não

declarativa, a memória semântica e a linguagem tendem a permanecer conservadas ao longo da vida, podendo até aperfeiçoar-se. (1, 2, 16, 17)

Deve ressaltar-se que, “por definição, as alterações cognitivas inerentes ao envelhecimento, quando normais, não afetam a capacidade de um indivíduo realizar as suas atividades de vida diária.” (16)

### **1.3. Demência**

De acordo com a décima primeira edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) a síndrome demencial é caracterizada pela presença de défices marcados em dois ou mais domínios cognitivos, atendendo ao expectável face à idade e faculdades intelectuais pré-mórbidas do indivíduo, que representam um declínio relativamente ao seu nível anterior de funcionamento cognitivo. Adicionalmente, a CID-11 sublinha que a sintomatologia deve ser suficientemente severa para interferir com a independência do indivíduo na realização das suas atividades de vida diária (AVDs). (18)

No que concerne à etiologia, as demências classificam-se em degenerativas ou primárias e reversíveis ou secundárias. O primeiro grupo, que se julga ser responsável por 80% de todos os casos de demência, provoca uma “deterioração cognitiva progressiva e irreversível”, contrariamente às formas reversíveis que, quando tratadas, “permitem o restabelecimento das funções cognitivas”. Neste segundo grupo, putativamente responsável por menos de 10% de todos os casos de demência, incluem-se, por exemplo, deficiências nutricionais, como os défices de vitaminas B1, B3, B6 ou B12; e causas tóxico-metabólicas, como o hipotireoidismo, o hiperparatireoidismo e as intoxicações crónicas por álcool ou por metais pesados. (13, 19)

Por seu turno, consideram-se síndromes demenciais preveníveis todas as formas de demência que causam perda cognitiva irreparável após instauração da fase clínica do seu período patogénico, apesar de os seus mecanismos lesionais básicos serem passíveis de prevenção. Como exemplos de demências preveníveis listam-se, entre outras, a demência vascular (DV) e a demência secundária à infeção por VIH. (13, 19)

Face ao exposto supra, facilmente se infere que “demência” é “um termo genérico aplicável a várias patologias” e não uma entidade clínica única. Dentre as inúmeras formas de demência, a doença de Alzheimer (DA), a demência vascular (DV), a demência com corpos de Lewy (DCLewy) e a demência frontotemporal (DFT) destacam-se como as mais comuns. Todavia, é importante sublinhar que “as fronteiras

entre as diferentes formas de demência são indistintas, sendo comum a existência de formas mistas”. (10)

“Isoladamente ou em combinação com outras causas de demência, a DA é responsável por cerca de 50-75% de todos os casos de demência em idosos.” (13) A DA é uma patologia neurodegenerativa de início insidioso e curso progressivo (duração média de 8 a 10 anos após o diagnóstico), caracterizada pela perda de neurónios, por um proeminente défice colinérgico e pela presença de placas neuríticas e emaranhados neurofibrilares. É certo que a forma esporádica da DA, com início após os 65 anos, é a mais frequente, contudo deve recordar-se que 5% dos casos correspondem a formas familiares de início precoce, isto é, antes dos 65 anos. (8, 13, 20)

A DCLewy, a segunda demência degenerativa mais comum, apresenta similitudes com a demência na doença de Parkinson, uma vez que estas entidades partilham mecanismos etiopatogénicos, nomeadamente a presença de corpos de Lewy em regiões neo e subcorticais. Contudo, a DCLewy distingue-se pela proeminência do quadro demencial que antecede o surgimento do parkinsonismo. Por seu turno, quando comparada com a DA, a DCLewy, de início tardio e insidioso e curso progressivo (duração média de 5 a 7 anos após o diagnóstico), diferencia-se pela presença frequente de alucinações visuais, pelo parkinsonismo e pela existência de flutuações da vigília e cognição. (8, 13, 20)

A DFT, que se afirma como a terceira forma mais comum de demência degenerativa, distingue-se pela pronunciada atrofia dos lobos frontal e temporal, pela manifestação de alterações da personalidade, do comportamento e/ou da linguagem e pelo seu início precoce. Conquanto, note-se que 20-25% dos casos surgem após os 65 anos. À semelhança da DA, a DFT apresenta início insidioso e curso progressivo (duração média de 6 a 11 anos após o diagnóstico). (8, 13, 20)

Por último, “a DV reúne um conjunto de situações clínicas secundárias a lesões hipóxico/isquémicas ou hemorrágicas do tecido cerebral”, sendo a demência por multienfartes e a demência vascular subcortical (doença de Binswanger) as duas entidades mais comuns. A DV é a segunda causa mais comum de demência, todavia deve denotar-se que esta se encontra frequentemente associada à DA (“demência mista”). Atendendo à variabilidade de lesões e de localizações passíveis de ser acometidas por estas, a história natural da DV é profundamente inconstante. (8, 13, 20 21)

#### **1.4. Déficit Cognitivo Ligeiro**

Não obstante ao atrás descrito acerca do envelhecimento fisiológico e das principais formas de demência, constata-se que a fronteira entre estas entidades poderá não ser assim tão clara, devido à existência de “uma situação de transição entre o envelhecimento normal e a demência”, denominada déficit cognitivo ligeiro (DCL). (13, 20, 22)

O DCL corresponde a um nível de déficit cognitivo que, apesar de ser superior ao esperado com base na idade e nível educacional dos indivíduos, não apresenta gravidade suficiente para se estabelecer o diagnóstico de demência e que não resulta de uma condição clínica conhecida ou de uma perturbação do neurodesenvolvimento (17, 22). O DCL é assim entendido como um “estado prodrômico ou pré-demência” (13) em que a capacidade funcional dos indivíduos se encontra essencialmente preservada. (8)

Os estudos longitudinais existentes sugerem que 80% dos indivíduos diagnosticados com DCL irão progredir a DA no espaço de 5 a 8 anos, apresentando taxas de conversão anuais que oscilam entre os 10% e os 15%, valores bastante superiores aos registados na generalidade da população (1% a 2%). (17)

Contudo, a evolução do DCL a demência não deve ser encarada como uma realidade inexorável, uma vez que parte dos indivíduos acometidos por DCL mantém capacidades cognitivas estáveis após o diagnóstico e, inclusive, outros que apresentam melhoria das mesmas. (17, 20)

#### **1.5. Envelhecimento vs Envelhecimentos**

Malgrado ao explanado até aqui, deve sublinhar-se que “a trajetória com que ocorre o declínio cognitivo inerente ao processo de envelhecimento apresenta enorme variabilidade inter e intra-individual, como consequência da influência de múltiplos fatores com efeito modulador potencial.” (1)

Destarte, de acordo com a evidência atual, a inatividade física, o índice de massa corporal (IMC) elevado, o consumo excessivo de álcool, o tabagismo, a *diabetes mellitus* (DM), a hipertensão arterial (HTA), as perturbações depressivas, o isolamento social, a inatividade cognitiva, a escolaridade reduzida, o traumatismo crânio-encefálico, a hipoacusia, o sexo feminino e algumas características genéticas, como o alelo  $\epsilon 4$  da apolipoproteína E (APOE), constituem fatores de risco para demência e para a evolução do DCL a demência. (8, 10, 14, 23)

Não obstante, ao considerar a heterogeneidade do processo de envelhecimento, deve ter-se presente a miríade de manifestações cognitivas que as patologias associadas ao envelhecimento podem desencadear, atentando, por exemplo, nos antecedentes de doença coronária, doença renal crónica (DRC) e síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS). (17)

## **1.6. Institucionalização e Demência**

O acometimento por síndromes demenciais é um determinante *major* do grau de dependência dos indivíduos idosos. A evidência existente aponta, consistentemente, o défice cognitivo, independentemente da sua gravidade, como um dos mais fortes fatores preditores de institucionalização do indivíduo idoso. (24-26)

Similarmente, os estudos observacionais realizados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPIS) reportam elevadíssimas taxas de prevalência de défice cognitivo entre a população idosa institucionalizada. Estudos realizados na Alemanha (2009), Itália (2002-2009), Noruega (2010-2011) e Líbano (2005) estimaram a proporção de idosos demenciados entre a população idosa residente em ERPI, respetivamente, em 51,8%, 46,3%, 84,3% e 59,8%. (4, 27-29)

Mais recentemente, estudos desenvolvidos em Taiwan (2019-2020), Brasil (2018-2019) e Índia (2021) reportaram taxas de prevalência de demência entre a população idosa institucionalizada, respetivamente, de 87,1%, 62,3% e 22,9%. (30-32) No cômputo geral, segundo uma meta-análise publicada em 2021 por Fagundes *et al.* (33), a taxa de prevalência de demência em contexto de ERPI fixar-se-á em 53% (95%IC: 46-59%;  $p < 0,01$ ).

A nível nacional, o estudo “Diagnóstico Social – Projeto Cuidar Melhor”, realizado, em 2013, em ERPIS dos concelhos de Oeiras, Sintra e Cascais, estimou em 49,9% a taxa de prevalência de demência entre os idosos residentes em ERPI. (34) Por seu turno, o projeto VIDAS (Valorização e Inovação em Demências), promovido pela União das Misericórdias Portuguesas em 23 ERPIS de norte a sul do país, estimou em 90% a frequência de alterações cognitivas entre a população idosa institucionalizada, correspondendo 78% destes quadros de alteração cognitiva a síndromes demenciais. (35) Por último, um estudo realizado em ERPIS do concelho de Miranda do Corvo reportou uma taxa de prevalência de défice cognitivo e/ou demência de 67,8%. (36)

Apesar de as taxas de prevalência supracitadas permitirem, por si só, inferir a enorme carga que as alterações cognitivas representam em contexto de ERPI, estas tornam-se

ainda mais impactantes quando comparadas com as observadas entre os idosos não institucionalizados e na generalidade da população idosa (idade igual ou superior a 65 anos).

No trabalho de Hoffmann *et al.* (27), por exemplo, a taxa de prevalência registada entre os idosos residentes em ERPI (51,8%) foi dezanove vezes superior à observada entre os idosos residentes na comunidade (2,7%). Atentando na realidade nacional, verifica-se que as prevalências registadas em ERPI são igualmente muitíssimo superiores às estimadas para a generalidade da população idosa portuguesa, a saber: 7,46% (37); 3,65% e 9,2%. (38)

Relativamente às estimativas apresentadas, deve ter-se presente que as disparidades existentes são consequência direta da diversidade metodológica dos estudos em que estas se baseiam. No estudo realizado por Gonçalves-Pereira *et al.* (38), por exemplo, a taxa de prevalência de demência fixou-se em 3,65% quando estimada com base nos critérios da quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) e em 9,23% quando aplicado o algoritmo do 10/66 *Dementia Research Group*.

No que concerne à institucionalização, a evidência existente sugere ainda que o declínio cognitivo é mais pronunciado entre os residentes em ERPI do que entre os idosos não institucionalizados, não sendo ainda claros os motivos para tal discrepância. (39-41)

Pese embora a elevada prevalência de patologia demencial entre os idosos institucionalizados, “muitas das instituições sociais não se encontram estruturadas para esta realidade quer ao nível organizacional, quer ao nível dos recursos humanos, pois apresentam um modelo organizativo que favorece a sobreproteção, não estimulando o desempenho físico ou cognitivo” (36), facto que poderá justificar esse declínio mais acelerado.

### **1.7. Sabugal: Demografia e Respostas Sociais**

O duplo envelhecimento populacional é um fenómeno que não afeta igualmente a totalidade do território nacional, afirmando-se a região Centro (229,2 idosos por cada 100 jovens) e o Alentejo (214,9 idosos por cada 100 jovens) como as Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS II) mais envelhecidas. (42)

O concelho do Sabugal, é um território raiano de baixa densidade [13,6 hab/km<sup>2</sup> (2022)] sito na região do Alto Côa que, no panorama nacional, se destaca pelo

envelhecimento populacional extremamente marcado e pelo elevado número de serviços e equipamentos sociais dirigidos às pessoas idosas. (43)

Em 2022, o concelho do Sabugal registava o 7º maior índice de envelhecimento do país (591,7 idosos por cada 100 jovens) e um índice de longevidade de 59,7 pessoas com 75 ou mais anos por cada 100 pessoas com 65 ou mais anos. (42, 44) De acordo com os dados da Carta Social Portuguesa, a capacidade combinada das 21 Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPIS) do concelho do Sabugal fixava-se, em 2021, em 969 lugares (0,94% do total nacional). (45)

Demograficamente, o concelho do Sabugal caracteriza-se ainda pela sua enorme diáspora, resultado do enorme fluxo migratório verificado durante as décadas de 60 e 70 do século XX. De acordo com os Recenseamentos Gerais da População Portuguesa, o efetivo populacional do concelho do Sabugal reduziu-se de 38062 em 1960 para 18927 em 1980, o que corresponde, em termos percentuais, a uma diminuição de 50,3%, dados que ainda se refletem nas características populacionais actuais. (46)

## 2. Objetivos

A presente dissertação de mestrado tem como objetivo principal traçar o perfil cognitivo do idoso residente em ERPI no concelho do Sabugal, para, com base neste, refletir acerca da adequação futura dos cuidados prestados por este tipo de resposta social às necessidades do indivíduo idoso.

Concomitantemente, objetiva-se ainda:

- 1) Analisar a relação existente entre perturbações depressivas e síndromes demenciais no indivíduo idoso residente em ERPI.
- 2) Analisar a relação existente entre estado nutricional e síndromes demenciais no indivíduo idoso residente em ERPI.
- 3) Analisar a relação existente entre independência nas atividades básicas de vida diária e síndromes demenciais no indivíduo idoso residente em ERPI.
- 4) Analisar a relação existente entre força de preensão manual (*hand grip*) e síndromes demenciais no indivíduo idoso residente em ERPI.
- 5) Analisar a relação existente entre mobilidade e síndromes demenciais no indivíduo idoso residente em ERPI.



### **3. Materiais e Métodos**

Este foi um estudo observacional, descritivo e transversal, aprovado pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (UBI), sob o número CE-UBI-Pj-2023-048-ID1851 (*vide* Anexo I), realizado em todas as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas do concelho do Sabugal (*vide* Anexo II).

Este concelho foi selecionado pelas suas características demográficas, pela existência de um elevado número de respostas sociais para pessoas idosas e pela proximidade geográfica aos investigadores.

A informação sobre as ERPIs, necessária ao desenho do estudo, foi obtida através da consulta da base de dados da Carta Social Portuguesa e junto do Serviço de Educação e Ação Social do Município do Sabugal, autarquia que se constituiu parceira do projeto de investigação.

O contacto com as ERPIs iniciou-se em sede de plenário do Conselho Local de Ação Social do Sabugal, através da realização de uma sessão de apresentação em que o estudo “Perfil do Idoso Residente em ERPI no Concelho do Sabugal” foi exaustiva e detalhadamente descrito. Todas as ERPIs do concelho do Sabugal (n=21, *vide* Anexo II) aceitaram integrar o estudo, procedendo à assinatura das declarações institucionais de consentimento informado.

#### **3.1. Participantes**

Foram definidos como critérios de inclusão: idade igual ou superior a 65 anos; período de institucionalização numa das ERPIs do concelho do Sabugal igual ou superior a 3 meses.

Foram definidos como critérios de exclusão: idade inferior a 65 anos; período de institucionalização numa das ERPIs do concelho do Sabugal inferior a 3 meses; estar em internamento em instituições de saúde; não fornecer consentimento.

Uma vez apuradas, em cada ERPI, as pessoas idosas que cumpriam estas condições, procedeu-se à seleção dos indivíduos a integrar na amostra por técnica de amostragem probabilística.

Para uma margem de erro de 3% e uma confiança a 95%, uma amostra representativa deveria ter entre 217 (com *défice* de 7%) e 479 (com *défice* de 33%) indivíduos. Foi

utilizada uma amostra de 350 idosos, sendo que o número de indivíduos selecionado em cada uma das ERPIs foi estabelecido de modo que as frequências relativas observadas na população em estudo fossem idênticas às registadas no seio da amostra.

### **3.2. Instrumentos**

Após assinatura da declaração de consentimento livre, informado e esclarecido pelo próprio, pelos cuidadores/familiares ou pelos elementos das equipas técnicas, uma equipa de alunos do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da UBI, orientada por profissionais da área da saúde, nomeadamente Neurologia, Neurofisiologia e Psicologia, administrou nas ERPIs do concelho do Sabugal, um questionário sociodemográfico e clínico, uma bateria de instrumentos de avaliação geriátrica e um inquérito de satisfação.

O inquérito sociodemográfico contemplava questões relativas ao próprio [sexo; idade; naturalidade; escolaridade; estado civil; profissão; histórico de emigração; percepção sobre os rendimentos auferidos; e religião], ao seu processo de institucionalização [data e motivações da entrada; identidade do decisor; processo de adaptação; relacionamento familiar prévio; necessidade prévia de apoios sociais; e necessidade de apoio financeiro], à sua rede de suporte social [número de filhos e netos; número, frequência e identidade de visitas; número, frequência e identidade de contactos] e aos seus passatempos *ante et post* institucionalização.

Através do inquérito clínico procedeu-se ao levantamento dos antecedentes pessoais, antecedentes cirúrgicos, medicação habitual, número e motivos de recurso ao serviço de urgência e episódios de internamento no ano transato, número de ciclos de antibioterapia realizados no ano transato, histórico de quedas no ano transato e consequências das mesmas, número de horas sentado por dia, utilização de ventilação não invasiva (VNI) e oxigenoterapia de longa duração (OLD), modo de alimentação, hábitos etílicos e tabágicos presentes e pregressos e autopercepção do estado de saúde de todos os participantes.

Os dados necessários ao preenchimento dos inquéritos sociodemográfico e clínico resultam da entrevista dos idosos e/ou dos seus familiares e cuidadores, bem como da consulta dos seus processos social e clínico.

Foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação geriátrica: *Mini-Mental State Examination* de Folstein (MMSE); Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage - versão reduzida de 15 itens (GDS-15, *Geriatric Depression Scale*); Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (EMSSP); Escala DOLOPLUS; Escala de

Lawton & Brody; Índice de Barthel (IB); *Mini Nutritional Assessment* (MNA); Classificação Funcional da Marcha (CFM) de Holden; *Timed Up and Go Test* (TUG); *World Health Organization Quality of Life - Older Adults Module* (WHOQOL-OLD); Escala UCLA-Loneliness; questionário SARC-F; Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI, *Pittsburgh Sleep Quality Index*); e *Systematic Coronary Risk Evaluation - Older Persons* (SCORE2-OP).

O inquérito de satisfação incluía questões relativas ao grau de satisfação dos idosos com a vivência em ERPI, com os colaboradores, com os co-residentes, com a sua rotina diária, com as atividades propostas, com a alimentação fornecida e com o nível de ruído, bem como questões acerca da sua percepção de liberdade, da sua conceção de ERPI ideal e da forma como avaliavam a evolução da sua trajetória de vida após a admissão em ERPI.

A equipa realizou ainda exames clínico e neurológico sumários que consistiam na avaliação da força muscular dos membros inferiores com base na *Medical Research Council Muscle Scale*; na avaliação da força de preensão manual (*hand grip*) com recurso a dinamómetro; na avaliação da sensibilidade álgica mecânica com recurso a clip; na realização do teste de Romberg e da prova dos braços estendidos; na avaliação dos reflexos posturais; na avaliação das acuidades visual e auditiva através, respetivamente, da prova da contagem dos dedos e do teste de voz ciciada; na medição da tensão arterial e da saturação periférica de oxigénio; na auscultação cardíaca e pulmonar; na palpação dos pulsos radial e maleolar; na classificação clínica da doença venosa crónica de acordo com a classificação CEAP (*Clinical, Etiological, Anatomical and Pathophysiological*); na mensuração do peso, altura e perímetros abdominal e cervical; na inspeção da cavidade oral e das conjuntivas; na avaliação da integridade cutânea; na pesquisa da presença de prega cutânea; na autopercepção do paladar e da deglutição; e na observação do idoso durante ingestão hídrica.

Todos os instrumentos de medição utilizados foram devidamente calibrados antes do início do estudo, a saber: dinamómetro digital, esfigmomanómetro, oxímetro de pulso, fita métrica, balança digital e estadiómetro.

Foram ainda consultados os processos médicos dos idosos, com o objetivo de extrair dos mesmos, quando disponíveis avaliações analíticas com menos de seis meses, os níveis séricos de glicose em jejum, colesterol total, colesterol das HDL (*high-density lipoprotein*), triglicérideos, proteína C reativa, tirotrópina, tiroxina livre, bem como das vitaminas D e B12.

### **3.2.1. Mini Mental State Examination**

O *Mini Mental State Examination* (MMSE) é o teste de rastreio de DCL/demência de aplicação mais generalizada e mais amplamente estudado (47). Desenvolvido na década de setenta por Folstein e colaboradores (48), caracteriza-se por ser um teste clássico de papel/lápis, de aplicação simples e rápida (5-10 minutos). Composto por trinta questões, permite avaliar seis domínios cognitivos: orientação espaciotemporal; memória a curto prazo: retenção (repetir três palavras: “pêra”, “gato” e “bola”) e evocação (evocar as três palavras repetidas); atenção e cálculo (subtrações em série); Linguagem: nomeação (nomear dois objetos de uso comum), repetição (repetir uma frase completa), compreensão de uma ordem verbal (pegar numa folha com a mão direita, dobrá-la ao meio e colocá-la em local designado), compreensão de uma ordem escrita (“Feche os olhos”), e escrita (redigir uma frase com sentido composta por sujeito e verbo); e Capacidade visuoespacial (copiar dois pentágonos interseccionados por dois ângulos). Cada um dos trinta itens é cotado com zero pontos quando o examinado fornece uma resposta incorreta ou não responde e com um ponto quando responde corretamente, oscilando a classificação final entre zero e trinta pontos.

Uma vez que o desempenho no MMSE é profundamente influenciado pelas habilitações literárias e pela idade dos examinados (49), os pontos de corte deste instrumento são diferenciados de acordo com o nível de escolarização: igual ou inferior a quinze pontos em indivíduos analfabetos; igual ou inferior a vinte e dois pontos em indivíduos com uma escolaridade igual ou inferior a onze anos; e igual ou inferior a vinte e sete pontos em indivíduos com mais de onze anos de escolaridade. (50)

As pontuações de corte supra correspondem às propostas por Guerreiro e colaboradores que, na década de noventa, realizaram os primeiros estudos de adaptação e validação para a população portuguesa do MMSE. (50) Todavia, deve sublinhar-se que estudos mais recentes e mais representativos têm procurado atualizar os critérios normativos para o nosso país, atendendo à evolução cultural do efetivo populacional luso. (49)

Para este estudo, o estado cognitivo dos idosos foi determinado com base nos pontos de corte do MMSE propostos por Guerreiro *et al.* (50) e com base na existência de diagnóstico(s) conhecido(s) de síndrome(s) demencial(ais), via inquérito clínico.

### **3.2.2. Índice de Barthel**

O índice de Barthel (IB) é um instrumento que avalia o nível de independência do examinado na realização de dez atividades básicas de vida diária (ABVDs):

alimentação; higiene pessoal; utilização dos sanitários; tomar banho; vestir e despir; deambular; transferência da cadeira para o leito; subir e descer escadas; e controlo de esfíncteres. Desenvolvido na década de sessenta por Mahoney e Barthel (51), este instrumento destaca-se por ser de fácil e rápida (5-10 minutos) aplicação; por permitir monitorizações longitudinais; e por o seu preenchimento poder ser realizado com base na observação direta do desempenho do indivíduo, no questionamento do examinado e/ou dos seus familiares/cuidadores, na consulta de registos clínicos ou no autopreenchimento. (52-54)

Atendendo à sua importância para a funcionalidade, cada uma das ABVDs é avaliada separadamente e classificada em dois, três ou quatro níveis, que se traduzem em zero, cinco, dez ou quinze pontos, correspondendo a pontuação nula à dependência total e as demais pontuações a níveis crescentes de independência na realização da ABVD em análise. Desta forma, a pontuação final oscila, com intervalos de cinco pontos, entre zero e cem pontos, que representam, respetivamente, a dependência e independência totais para a dezena de ABVDs avaliadas. (52-54)

Adotando os pontos de corte propostos por Azeredo e Matos, uma pontuação total entre os zero e os vinte pontos indica dependência total; entre os vinte e um e os sessenta pontos indica dependência grave; entre os sessenta e um e os noventa pontos indica dependência moderada; entre os noventa e um e os noventa e nove pontos indica dependência muito leve; e de cem pontos indica independência. (55)

O IB não permite apenas quantificar o nível total de independência do indivíduo, mas também identificar especificamente quais as ABVDs em que cada examinado apresenta maior grau de dependência e, com base nessa informação, ajustar os planos de cuidados às necessidades reais dos indivíduos. (53)

O IB encontra-se validado para a população portuguesa (54), contudo deve salientar-se que o estudo de validação foi realizado numa amostra de idosos residentes na comunidade na região Norte de Portugal.

### **3.2.3. Escala de Depressão Geriátrica: Versão Reduzida**

A versão reduzida de quinze itens da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) é um instrumento de rastreio de perturbação depressiva em idosos desenvolvido, na década de oitenta, por Sheikh e Yesavage com base nas questões da escala original de trinta itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. (56-57)

A GDS-15 é uma escala de hetero-avaliação de resposta dicotômica conforme o modo como a pessoa idosa se tem sentido na semana transada. Em dez das questões a resposta “sim” é indicativa de perturbação depressiva e traduz-se em um ponto; a resposta “não”, por seu turno, é cotada com zero pontos. Nas restantes 5 perguntas (itens 1, 5, 7, 11 e 13), as pontuações invertem-se, correspondendo a resposta afirmativa e a resposta negativa, respetivamente, a zero pontos e a um ponto. Consequentemente, a pontuação total, que corresponde ao somatório das respostas aos quinze itens, varia entre zero e quinze pontos. (57-60)

Segundo Sheikh e Yesavage, a pontuação total permite não só afirmar a presença provável de perturbação depressiva, mas também classificar a sua gravidade. Assim, considera-se que as pontuações entre zero e cinco, entre seis e dez e entre onze e quinze indicam, respetivamente, ausência de depressão, depressão ligeira a moderada e depressão grave. (57)

A GDS-15 caracteriza-se por ser de aplicação rápida (6 minutos), por ser bem aceite pelos idosos e por ser aplicável a idosos acometidos por doença física, bem como a idosos com síndromes demenciais leves a moderadas. Todavia não se recomenda a sua aplicação em pessoas idosas com demência grave, uma vez que estas podem não compreender as questões. (59-60)

A GDS-15 encontra-se validada para a população portuguesa, sendo de destacar que a versão lusa apresenta, para o ponto de corte igual ou superior a quatro pontos e meio, excelentes propriedades diagnósticas, com sensibilidade de 95,7% e especificidade de 52,6%. (58-60)

#### **3.2.4. Mini Nutritional Assessment**

O *Mini Nutritional Assessment* (MNA) é um questionário de aplicação rápida (5-15 minutos) e simples que permite avaliar o estado nutricional das pessoas idosas, sem recorrer a parâmetros analíticos, e assim identificar os idosos que apresentam risco de desnutrição ou que já se encontram desnutridos. Não obstante, este permite ainda a realização de monitorizações seriadas e o preenchimento com base não só no questionamento do idoso, mas também no dos seus familiares/cuidadores, salvo para as questões de auto percepção, na consulta de registos clínicos e/ou no julgamento do profissional. (61-65)

O MNA é composto por dezoito itens agrupados em duas secções. A primeira secção, denominada “Triagem”, é constituída por seis itens: dois itens de avaliação antropométrica (IMC e perda ponderal nos últimos três meses); um item de avaliação

geral (mobilidade); um item de avaliação dietética (diminuição da ingestão alimentar nos três meses anteriores); e dois itens referentes aos antecedentes pessoais do idoso (histórico de problemas neuropsicológicos e episódios de doença aguda ou stress psicológico nos últimos três meses). Cada item apresenta dois a quatro níveis de resposta cotados de forma distinta, oscilando a pontuação total da “Triagem” entre os zero e os catorze pontos. A obtenção de uma pontuação igual ou inferior a onze é indicativa da presença ou risco de malnutrição e obriga ao preenchimento da segunda parte do questionário. Uma pontuação superior a onze, por sua vez, aponta para um estado nutricional normal e dispensa a realização da segunda secção do MNA. (61-65)

A segunda secção, denominada “Avaliação Global”, é constituída por 12 itens: dois itens de avaliação antropométrica (circunferência braquial e gemelar); dois itens de avaliação subjetiva (autopercepção do estado de saúde e do estado nutricional); cinco itens de avaliação dietética (modo de alimentação; ingestão diária de líquidos, de hortofrutícolas, de laticínios e de carnes e pescado; ingestão semanal de ovos e de leguminosas; e número de refeições diárias); e três item de avaliação geral (local de residência, integridade cutânea e número de fármacos utilizados diariamente). Cada item apresenta dois a quatro níveis de resposta cotados de forma distinta, oscilando a pontuação total da “Avaliação Global” entre os zero e os dezasseis pontos. (61-65)

Assim, a pontuação global do MNA, somatório das pontuações da “Triagem” e da “Avaliação Global”, varia entre zero e trinta pontos, classificando o estado nutricional dos indivíduos idosos como “normal” quando igual ou superior a vinte e quatro pontos; “desnutrido” quando inferior a dezassete pontos; e “sob risco de desnutrição” quando compreendida entre dezassete e vinte e três pontos e meio. (61-65)

### **3.2.5. Classificação Funcional da Marcha**

Desenvolvida, na década de oitenta, por Holden e colaboradores, a Classificação Funcional da Marcha (CFM) é uma escala de aplicação rápida (3-5 minutos) que avalia o grau de autonomia na deambulação consoante o tipo de ajuda física ou supervisão requeridas em diferentes tipos de superfícies: planas, inclinadas e escadas. (66-67)

A CFM estrutura-se em seis categorias distintas, numeradas de zero a cinco. Com base na observação direta da deambulação do idoso ou no questionamento do próprio e/ou dos familiares/cuidadores, procura-se alocar o idoso à categoria que melhor descreve a sua capacidade para a marcha. (66-67)

Zero corresponde à marcha ineficaz, isto é, ao idoso que apresenta marcha não-funcional; um, dois e três correspondem à marcha dependente, ou seja, ao idoso cuja

deambulação requer contacto manual constante (um), toques suaves contínuos ou intermitentes (dois), ou a supervisão de uma pessoa (três); quatro e cinco correspondem à marcha independente, isto é, ao idoso que deambula de forma autónoma apenas em superfícies planas (quatro) ou em todas as superfícies (cinco). (66-67)

### **3.2.6. *Timed Up and Go Test***

Desenvolvido, na década de noventa, por Podsiadlo e Richardson, o *Timed Up and Go Test* (TUG) é um teste multidimensional, de rápida aplicação que avalia o equilíbrio do examinado quando sentado numa cadeira, a capacidade de transferência de sentado para ortostatismo, a estabilidade da deambulação, a capacidade de rotação, a velocidade da marcha e o risco de queda. (68-69)

O TUG consiste em pedir ao examinado que, à ordem do examinador, se levante da cadeira onde se encontra sentado, caminhe três metros, seguindo o trajeto assinalado no pavimento, inverta o sentido da marcha e regresse à posição original, sentando-se novamente. O tempo necessário ao examinado para completar este processo é contabilizado pelo examinador, contudo deve sublinhar-se que o examinado deve andar a uma velocidade confortável e segura, podendo, inclusive, fazer pequenas pausas conforme necessário. O examinado deve realizar o TUG com o seu calçado e auxiliares de marcha habituais. (68-69)

Segundo Bischoff e colaboradores, a necessidade de entre dez a dezanove segundos e de vinte ou mais segundos para completar o TUG são indicativas, respetivamente, de risco moderado e elevado de queda. Quando inferior a dez segundos, estamos perante um TUG sem alterações e um risco de queda reduzido. (70)

### **3.3. *Análise Estatística***

Os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados, tendo os procedimentos estatísticos descritivos e inferenciais sido efetuados através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

Na realização da análise descritiva foram utilizados diversos parâmetros para definir a distribuição das variáveis, nomeadamente: frequência (n), percentagem (%), máximo (Máx), mínimo (Min), média e desvio-padrão (DP).

Para realizar a análise inferencial, quando as variáveis não exibiram uma distribuição normal no teste de Kolmogorov-Smirnov e revelaram falta de homogeneidade da variância segundo o teste de Levene, foram aplicados testes não paramétricos,

atendendo ao incumprimento dos critérios necessários para a condução de testes paramétricos. No entanto, nos casos em que as variáveis não apresentaram normalidade no teste de Kolmogorov-Smirnov, mas exibiram homogeneidade no teste de Levene, foram utilizados testes paramétricos, atendendo à robustez do teste de Levene.

Para comparar as variáveis quantitativas em função da presença de pontuação sugestiva de déficit cognitivo no MMSE e/ou de antecedentes de síndrome demencial, foi aplicado o teste T Student, teste paramétrico que avalia se as médias de duas populações são ou não significativamente diferentes. (71) Para comparar o número total de patologias e a força de preensão manual (*hand grip*), em função da presença de pontuação sugestiva de déficit cognitivo no MMSE e/ou de antecedentes de síndrome demencial, foi aplicado o teste de Mann-Whitney, “teste não-paramétrico adequado para comparar as funções de distribuição de uma variável, pelo menos ordinal, medida em duas amostras independentes.” (71)

Para associar a presença de pontuação sugestiva de déficit cognitivo no MMSE e/ou de antecedentes de síndrome demencial com as variáveis categóricas, foi aplicado o teste da independência do Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ), teste não paramétrico que permite avaliar “se duas ou mais populações (ou grupos) independentes diferem relativamente a uma determinada característica, isto é, se a frequência com que os elementos da amostra se repartem pelas classes de uma variável qualitativa é ou não aleatória.” (71)



## 4. Resultados

### 4.1. Caracterização da Amostra

Os participantes (n=350) eram, na sua maioria, indivíduos do sexo feminino (73,4%), não emigrantes (61,1%) e viúvos (64,9%). A idade média dos participantes fixou-se em 87,1 anos (DP=6,6 anos), sendo as idades mínima e máximas registadas, respetivamente, 65 e 102 anos. No que concerne às habilitações literárias, a maioria dos participantes era analfabeta (32,9%) ou havia completado somente o 1º ciclo do Ensino Básico (34,0%).

**Tabela 1:** Caracterização sociodemográfica dos participantes (n=350).

	Min/Máx	Média (DP)
<b>Idade</b>	65-102	87,1 (6,6)
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	257	73,4
Masculino	93	26,6
<b>Ex-Emigrante</b>		
Não	214	61,1
Sim	136	38,9
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	115	32,9
Sabe Ler e Escrever	91	26,0
1º Ciclo	119	34,0
2º Ciclo	6	1,7
3º Ciclo	2	0,6
Ensino Secundário	5	1,4
Ensino Superior	5	1,4
<i>Omisso</i>	7	2,0
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	32	9,1
Casado(a) / União de facto	73	20,9
Viúvo	227	64,9
Divorciado	12	3,4
<i>Omisso</i>	6	1,7

Relativamente ao processo de institucionalização, a maioria dos participantes residia em ERPI há mais de 1 ano (79,7%), fixando-se a duração média do período de institucionalização em 5,0 anos (DP=4,4). Quanto às razões por detrás da decisão de ingressar em ERPI, 43,4% dos participantes indica condições socioeconómicas e

afetivas, como, por exemplo: idade avançada; estado civil (solteiro ou viúvo); morar sozinho; sentimentos de solidão e isolamento social; fraca rede de suporte social; indisponibilidade dos familiares; baixos rendimentos; e falta de condições de habitabilidade da residência. Os demais participantes elencaram como motivações da entrada em ERPI a incapacidade física (29,7%) e a incapacidade cognitiva (22,0%). A maioria dos participantes afirmou ter ingressado em ERPI por decisão dos seus filhos (50,6%), contudo 28,3% deu entrada neste tipo de resposta social por vontade própria. No que concerne ao recurso prévio a outras respostas sociais para pessoas idosas, 44,3% dos participantes já havia recebido apoio social antes da institucionalização, contrariamente a 37,4% que não apresentavam histórico de recurso a apoios sociais.

**Tabela 2:** Caracterização do processo de institucionalização dos participantes.

	Min/Máx	Média (DP)
<b>Período de institucionalização (n=279)</b>	1-31	5,0 (4,4)
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Período de institucionalização</b>		
< 1 ano	49	14,0
1 a 31 anos	279	79,7
<i>Omisso</i>	22	6,3
<b>Motivo de ingresso em ERPI</b>		
Condições socioeconómicas e afetivas	152	43,4
Incapacidade Cognitiva	77	22,0
Incapacidade Física	104	29,7
Outros	10	2,9
<i>Omisso</i>	7	2,0
<b>Apoio social prévio</b>		
Não	131	37,4
Sim	155	44,3
Não sabe	57	16,3
<i>Omisso</i>	7	2,0
<b>Decisor do ingresso em ERPI</b>		
Filho(s)	177	50,6
O(A) próprio(a)	99	28,3
Cônjuge	11	3,1
Outros familiares	19	5,4
Assistente Social	11	3,1
Outros	17	4,9
<i>Omisso</i>	16	4,6

Relativamente aos padrões de morbilidade, a maioria dos participantes eram acometidos por uma ou mais doenças crónicas (n=348; 99,4%), fixando-se o número médio de patologias por participante em 4,56 doenças (DP=2,48). Entre os idosos

acometidos por alguma patologia (n=348), as afeções do aparelho cardiovascular destacaram-se como as mais frequente (82,5%), seguidas pelas doenças do sistema endócrino-metabólico (60,3%) e do sistema nervoso (55,2%).

**Tabela 3:** Padrões de morbidade dos participantes: número de afeções por sistemas de órgãos.

								Min/Máx						Média (DP)
								0-16						4,56 (2,48)
<b>Patologias</b>														
		1	2	3	4	5	Total	1	2	3	4	5	Total	
<b>Patologias</b>	<b>n</b>	<b>n</b>						<b>%</b>						
Sistema Cardiovascular	348	166	77	29	14	1	287	47,7	22,1	8,3	4,0	0,3	82,5%	
Sistema Endócrino-Metabólico	348	138	57	15	-	-	210	39,7	16,4	4,3	-	-	60,3%	
Sistema Nervoso	348	165	24	2	1	-	192	47,4	6,9	0,6	0,3	-	55,2%	
Mental e Comportamento	348	85	10	2	-	-	97	24,4	2,9	0,6	-	-	27,9%	
Sistema Nefrogenitourinário	348	70	13	1	-	-	84	20,1	3,7	0,3	-	-	24,1%	
Sistema Musculosquelético	348	60	17	6	-	-	83	17,2	4,9	1,7	-	-	23,9%	
Sistema Digestivo	348	59	17	3	-	-	79	17,0	4,9	0,9	-	-	22,7%	
Órgãos dos Sentidos	348	44	8	1	-	-	53	12,6	2,3	0,3	-	-	15,2%	
Sistema Respiratório	348	44	4	-	-	-	48	12,6	1,1	-	-	-	13,8%	
Sistema Hematopoiético	348	43	2	-	-	-	45	12,4	0,6	-	-	-	12,9%	
Sistema Tegumentar	348	4	2	-	-	-	6	1,1	0,6	-	-	-	1,7%	
Outros	348	13	-	-	-	-	13	3,7	-	-	-	-	3,7%	

Atentando particularmente na patologia demencial (PD), a maioria dos participantes não apresentava antecedentes pessoais de síndrome demencial (n=220; 62,9%). O diagnóstico de demência era reportado nos processos clínicos de 130 participantes (37,1%), correspondendo a maioria dos diagnósticos a formas de demência não especificadas (63,1%).

**Tabela 4:** Patologia demencial entre os participantes: número de diagnósticos conhecidos por forma de demência.

	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% (PD)</b>
<b>Patologia Demencial</b>			
Demência não especificada	82	23,4	63,1
Doença de Alzheimer	34	9,7	26,2
Demência Vascular	8	2,3	6,2
Demência Mista	5	1,4	3,8
Doença de Huntington	1	0,3	0,8
Total	130	37,1	100,0
<b>Sem patologia demencial</b>	<b>220</b>	<b>62,9</b>	
Total	350	100	

No que concerne ao consumo de medicamentos, a maioria dos participantes encontravam-se sob terapêutica com um ou mais fármacos (n=348; 99,4%), fixando-se o número médio de fármacos por utente em 8,7 (DP=3,5). Definindo polifarmácia

como o consumo de cinco ou mais fármacos, a taxa de prevalência desta atinge os 85,7%.

**Tabela 5:** Consumo de fármacos entre os participantes.

		Min/Máx	Média (DP)	
<b>Consumo de Fármacos (n=348)</b>		1-20	8,7 (3,5)	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% (Medic)</b>	
1-4	Fármacos	48	13,7	13,8
5-10	Fármacos	193	55,1	55,4
11-15	Fármacos	96	27,4	27,6
16-20	Fármacos	11	3,2	3,2
Total		348	99,4	100,0
<b>Não toma medicamentos</b>		<b>2</b>	<b>0,6</b>	
Total		350	100,0	

Relativamente ao consumo de fármacos antedemenciais (grupo N06D da classificação *Anatomical Therapeutic Chemical Code (ATCC)* da OMS), a maioria dos participantes não se encontrava sob terapêutica com fármacos deste subgrupo terapêutico (n=244; 69,7%). Entre os idosos que tinham este tipo de terapêutica prescrita (n=106; 30,5%), a maioria tomava apenas um fármaco antedemencial (76,4%).

**Tabela 6:** Consumo de fármacos antedemenciais entre os participantes.

		Min/Máx	Média (DP)	
<b>Fármacos Antedemenciais (n=106)</b>		1-3	1,25 (0,5)	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% (Fárm.)</b>	
<b>Fármacos Antedemenciais</b>				
	1 Fármaco	81	23,3	76,4
	2 Fármacos	24	6,9	22,6
	3 Fármacos	1	0,3	0,9
Total		106	30,5	100,0
<b>Sem Fárm. Antedemenciais</b>		<b>244</b>	<b>69,7</b>	
Total		350	100	

## 4.2. Instrumentos

O *Mini Mental State Examination* (MMSE) foi aplicado à maioria dos participantes (n=281; 80,3%), fixando-se o número de idosos com pontuações sugestivas de déficit cognitivo e sem pontuações indicadoras de déficit cognitivo, respetivamente, em 162 (46,3%) e 119 (34,0%) indivíduos. A pontuação obtida, em média, pelos participantes a quem o instrumento foi aplicável situou-se em 17 pontos (DP=7,0).

**Tabela 7:** Resultados da aplicação do *Mini Mental State Examination* (MMSE): análise na generalidade.

	Min/Máx	Média (DP)
<b>Mini Mental State Examination</b> (n=281)	1-30	17,0 (7,0)

	n	%	% (MMSE)
<b>Mini Mental State Examination</b>			
Sem Déficit Cognitivo	119	34,0	42,3
Com Déficit Cognitivo	162	46,3	57,7
Total	281	80,3	100,0
<b>Omisso</b>			
Total	69	19,7	
Total	350	100	

Atentando em cada um dos itens do MMSE, verificou-se que os itens com pior desempenho foram a cópia de dois pentágonos intersetados por dois ângulos (13,5%) e evocação da palavra “bola” (16,7%). Em sentido oposto, a retenção (86,1%-89,0% de acertos) e a nomeação (92,2%-92,9% de acertos) afirmaram-se como os domínios cognitivos em que se registaram os melhores desempenhos.

**Tabela 8:** Resultados da aplicação do *Mini Mental State Examination* (MMSE): análise por itens.

	Acertos		Total
	n	%	
Em que ano estamos?	86	30,6	281
Em que mês estamos?	134	47,7	281
Em que dia do mês estamos?	68	24,2	281
Em que dia da semana estamos?	125	44,5	281
Em que estação do ano estamos?	132	47,0	281
Em que país estamos?	218	77,6	281
Em que distrito vive?	161	57,3	281
Em que terra vive?	215	76,5	281
Em que casa estamos?	218	77,6	281
Em que andar estamos?	165	58,7	281
Retenção “pêra”	250	89,0	281
Retenção “gato”	250	89,0	281
Retenção “bola”	242	86,1	281
Atenção e Cálculo 1ª subtração	135	48,0	281

Atenção e Cálculo 2ª subtração	94	33,5	281
Atenção e Cálculo 3ª subtração	101	35,9	281
Atenção e Cálculo 4ª subtração	73	26,0	281
Atenção e Cálculo 5ª subtração	83	29,5	281
Evocação “pêra”	91	32,4	281
Evocação “gato”	104	37,0	281
Evocação “bola”	47	16,7	281
Nomeação “relógio”	261	92,9	281
Nomeação “caneta”	259	92,2	281
Repete a frase “o rato roeu a rolha”	211	75,1	281
Pega na folha com a mão direita	231	82,2	281
Dobra a folha ao meio	251	89,3	281
Coloca a folha onde deve	237	84,3	281
Fecha os olhos após ler cartão com instrução	226	80,4	281
Escreve uma frase corretamente, com sujeito e verbo	78	27,8	281
Desenha dois pentágonos parcialmente sobrepostos	38	13,5	281

No que concerne à aplicação do MMSE importa relevar que a taxa de resposta de 80,3% e, portanto, inferior a 100%, resulta da inclusão de pessoas idosas em fases tardias de demência e, inclusive, de idosos já sem vida de relação na amostra.

A versão reduzida de quinze itens da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) foi aplicada à maioria dos participantes (n=254; 72,6%), fixando-se o número de idosos com pontuações sugestivas de perturbação depressiva e sem pontuações indicadoras de perturbação depressiva, respetivamente, em 132 (37,8%) e 122 (34,9%) indivíduos. Entre os 132 participantes com pontuações sugestivas de perturbação depressiva, 101 apresentavam *scores* que indiciam gravidade ligeira a moderada (28,9%), apresentando os restantes (n=31; 8,9%) pontuações sugestivas de depressão grave.

**Tabela 9:** Resultados da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica: versão reduzida (GDS-15).

	n	%	% (GDS-15)
<b>Escala de Depressão Geriátrica</b>			
Sem depressão	122	34,9	48,0
Depressão Ligeira a Moderada	101	28,9	39,8
Depressão Grave	31	8,9	12,2
Total	254	72,6	100,0
<b>Omisso</b>	<b>96</b>	<b>27,4</b>	
Total	350	100	

O índice de Barthel (IB) foi aplicado à totalidade da amostra (n=350; 100%). A maioria dos participantes apresentava pontuações indicadoras de dependência moderada (n=115; 32,9%), grave (n=73; 20,9%) ou total (n=91; 26,0%).

**Tabela 10:** Resultados da aplicação do Índice de Barthel (IB).

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Índice de Barthel</b>		
Independência	36	10,3
Dependência muito leve	35	10,0
Dependência moderada	115	32,9
Dependência grave	73	20,9
Dependência total	91	26,0
<b>Total</b>	<b>350</b>	<b>100</b>

O *Mini Nutritional Assessment* (MNA) foi aplicado a 309 dos 350 participantes (88,3%), verificando-se que a maioria dos idosos se encontravam desnutridos (n=58; 16,6%) ou em risco de desnutrição (n= 166; 47,4%).

**Tabela 11:** Resultados da aplicação do *Mini Nutritional Assessment* (MNA).

	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% (MNA)</b>
<b>Mini Nutritional Assessment</b>			
Desnutrido	58	16,6	18,8
Sob risco de desnutrição	166	47,4	53,7
Estado nutricional normal	85	24,3	27,5
<b>Total</b>	<b>309</b>	<b>88,3</b>	<b>100,0</b>
<b>Omisso</b>			
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>11,7</b>	
<b>Total</b>	<b>350</b>	<b>100</b>	

A Classificação Funcional da Marcha (CFM) foi aplicada à quase totalidade da amostra (n=347; 99,1%). A maioria dos participantes apresentava marcha ineficaz (n=117; 33,4%), independente (n=94; 26,9%) ou independente em superfície plana (n=84; 24,0%).

**Tabela 12:** Resultados da aplicação da Classificação Funcional da Marcha (CFM).

	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% (CFM)</b>
<b>Classificação Funcional da Marcha</b>			
Marcha ineficaz	117	33,4	33,7
Marcha dependente nível II	19	5,4	5,5
Marcha dependente nível I	9	2,6	2,6
Marcha dependente com supervisão	24	6,9	6,9
Marcha independente em superfície plana	84	24,0	24,2
Marcha independente	94	26,9	27,1
<b>Total</b>	<b>347</b>	<b>99,1</b>	<b>100</b>
<b>Omisso</b>			
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>0,9</b>	
<b>Total</b>	<b>350</b>	<b>100</b>	

O *Timed Up and Go Test* (TUG) foi aplicado à maioria da amostra (n=222; 63,4%). A maioria dos participantes completou o TUG em intervalos de tempo indicadores de risco elevado (n=127; 36,3%) ou moderado (n=82; 23,4%) de queda.

**Tabela 13:** Resultados da aplicação do *Timed Up and Go Test* (TUG).

	n	%	% (TUG)
<b><i>Timed Up and Go Test</i></b>			
Não aplicável	128	36,6	-
Sem alterações	13	3,7	5,9
Risco moderado de queda	82	23,4	36,9
Risco elevado de queda	127	36,3	57,2
Total	350	100,0	100,0

A determinação da força de preensão manual (*hand grip*) com recurso a dinamómetro digital foi possível em 250 dos 350 participantes (71,4%), fixando-se a média dos valores mensurados em 11,9 quilogramas (Kg) (DP=4,4). A média de *hand grip* registada entre os indivíduos do sexo feminino (8,7; DP=2,4) foi inferior à registada entre os indivíduos do sexo masculino (14,7; DP=3,8).

**Tabela 14:** Resultados da medição da força de preensão manual (*hand grip*): na globalidade e por sexos.

	Min/Máx	Média (DP)
<b><i>Hand Grip</i></b> (n=250)	5,2-34,8	11,9 (4,4)
Sexo masculino (n=79)	5,3-34,8	14,7 (3,8)
Sexo feminino (n=171)	5,2-20,7	8,7 (2,4)

### 4.3. Análise Inferencial

Para efeitos de análise inferencial foram constituídos dois grupos: Grupo 1 – idosos sem pontuação sugestiva de défice cognitivo no MMSE e sem diagnóstico conhecido de patologia demencial (n=101; 28,9%); e Grupo 2 – idosos com pontuação sugestiva de défice cognitivo no MMSE e/ou com diagnóstico conhecido de patologia demencial (n=227; 64,9%).

Comparando os dois grupos foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a idade, com  $p=0,025$ , sendo os idosos com pontuação sugestiva de défice cognitivo no MMSE e/ou com diagnóstico conhecido de patologia demencial o grupo que apresentou média de idades superior (Tabela 15).

**Tabela 15:** Associação entre a presença de pontuação sugestiva de déficit cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial e a idade.

	Sem Demência <b>E</b> MMSE sem Déficit			Com Demência <b>OU</b> MMSE com Déficit			dif	p
	n	Média	DP	n	Média	DP		
Idade	101	85,7	6,7	224	87,5	6,5	1,8	<b>0,025</b>

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ( $p=0,001$ ), apresentando as participantes do sexo feminino mais pontuações sugestivas de déficit cognitivo no MMSE e/ou antecedentes pessoais de patologia demencial (Tabela 16).

**Tabela 16:** Associação entre a presença de pontuação sugestiva de déficit cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial e o sexo.

Sexo		n	Sem Demência <b>E</b> MMSE sem Déficit	Com Demência <b>OU</b> MMSE com Déficit	Total	p
Feminino	n		62	178	240	
	% Sexo		25,8%	74,2%	100,0%	
	% Grupos		<b>61,4%</b>	<b>78,4%</b>	<b>73,2%</b>	
	n		39	49	88	
	% Sexo		44,3%	55,7%	100,0%	
	% Grupos		<b>38,6%</b>	<b>21,6%</b>	<b>26,8%</b>	
Total	n		101	227	328	
	% Sexo		30,8%	69,2%	100,0%	
	% Grupos		<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,001</b>

Da comparação da escolaridade em função da presença de pontuação sugestiva de déficit cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial (Tabela 17) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p>0,05$ ).

**Tabela 17:** Associação entre a presença de pontuação sugestiva de déficit cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial e a escolaridade.

Escolaridade		n	Sem Demência <b>E</b> MMSE sem Déficit	Com Demência <b>OU</b> MMSE com Déficit	Total	p	
Analfabeto	n		37	71	108		
	% Escol.		34,3%	65,7%	100,0%		
	% Grupos		<b>36,6%</b>	<b>31,8%</b>	<b>33,3%</b>		
	n		19	64	83		
	% Escol.		22,9%	77,1%	100,0%		
	% Grupos		<b>18,8%</b>	<b>28,7%</b>	<b>25,6%</b>		
	1º Ciclo	n		38	79	117	
		% Escol.		32,5%	67,5%	100,0%	
		% Grupos		<b>37,6%</b>	<b>35,4%</b>	<b>36,1%</b>	

	2º Ciclo	n	3	2	5	
		% Escol.	60,0%	40,0%	100,0%	
		% Grupos	<b>3,0%</b>	<b>0,9%</b>	<b>1,5%</b>	
	3º Ciclo	n	1	1	2	
		% Escol.	50,0%	50,0%	100,0%	
		% Grupos	<b>1,0%</b>	<b>0,4%</b>	<b>0,6%</b>	
	Ensino Secundário	n	1	3	4	
		% Escol.	25,0%	75,0%	100,0%	
		% Grupos	<b>1,0%</b>	<b>1,3%</b>	<b>1,2%</b>	
	Ensino Superior	n	2	3	5	
		% Escol.	40,0%	60,0%	100,0%	
		% Grupos	<b>2,0%</b>	<b>1,3%</b>	<b>1,5%</b>	
Total	n	101	223	324		
	% Escol.	31,2%	68,8%	100,0%		
	% Grupos	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	0,452	

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os estados civis ( $p=0,029$ ), apresentando os participantes solteiros (77,4%) ou viúvos (70,8%) mais pontuações sugestivas de défice cognitivo no MMSE e/ou antecedentes pessoais de patologia demencial (Tabela 18).

**Tabela 18:** Associação entre a presença de pontuação sugestiva de défice cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial e o estado civil.

		Sem Demência E MMSE sem Défice	Com Demência OU MMSE com Défice	Total	<i>p</i>
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	n	7	24	31
		% E. Civil	22,6%	77,4%	100,0%
		% Grupos	<b>6,9%</b>	<b>10,8%</b>	<b>9,6%</b>
	Casado / União de facto	n	24	44	68
		% E. Civil	35,3%	64,7%	100,0%
		% Grupos	<b>23,8%</b>	<b>19,8%</b>	<b>21,1%</b>
	Viúvo	n	62	150	212
		% E. Civil	29,2%	70,8%	100,0%
		% Grupos	<b>61,4%</b>	<b>67,6%</b>	<b>65,6%</b>
	Divorciado	n	8	4	12
		% E. Civil	66,7%	33,3%	100,0%
		% Grupos	<b>7,9%</b>	<b>1,8%</b>	<b>3,7%</b>
Total	n	101	222	323	
	% E. Civil	31,3%	68,7%	100,0%	
	% Grupos	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	0,029

Da comparação da duração do período de institucionalização em função da presença de pontuação sugestiva de déficit cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial (Tabela 19) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 19:** Associação entre a presença de pontuação sugestiva de déficit cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial e a duração do período de institucionalização.

	Sem Demência <b>E</b> MMSE sem Déficit			Com Demência <b>OU</b> MMSE com Déficit			dif	p
	n	Média	DP	n	Média	DP		
Período de institucionalização (anos)	100	4,0	4,3	209	4,3	4,4	0,2	0,660

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os motivos de ingresso em ERPI ( $p = 0,000$ ), sendo os participantes que deram entrada por incapacidade cognitiva (94,1%) quem apresenta mais pontuações sugestivas de déficit cognitivo no MMSE e/ou antecedentes pessoais de patologia demencial (Tabela 20).

**Tabela 20:** Associação entre a presença de pontuação sugestiva de déficit cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial e os motivos de ingresso em ERPI.

Motivos para o ingresso em ERPI		N	Sem Demência <b>E</b> MMSE sem Déficit	Com Demência <b>OU</b> MMSE com Déficit	Total	p
	Condições socioeconômicas e afetivas	N	53	94	147	
		% Motivo	36,1%	63,9%	100,0%	
		% Grupos	<b>52,5%</b>	<b>42,7%</b>	<b>45,8%</b>	
	Incapacidade Cognitiva	N	4	64	68	
		% Motivo	5,9%	94,1%	100,0%	
		% Grupos	<b>4,0%</b>	<b>29,1%</b>	<b>21,2%</b>	
	Incapacidade Física	N	38	59	97	
		% Motivo	39,2%	60,8%	100,0%	
		% Grupos	<b>37,6%</b>	<b>26,8%</b>	<b>30,2%</b>	
Outros	N	6	3	9		
	% Motivo	66,7%	33,3%	100,0%		
	% Grupos	<b>5,9%</b>	<b>1,4%</b>	<b>2,8%</b>		
Total	N	101	220	321		
	% Motivo	31,5%	68,5%	100,0%		
	% Grupos	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,000</b>	

Da comparação do número total de patologias e do número total de fármacos consumidos em função da presença de pontuação sugestiva de déficit cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial (Tabela 21) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 21:** Associação entre a presença de pontuação sugestiva de déficit cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial e números totais de patologias e de fármacos consumidos.

	Sem Demência <b>E</b> MMSE sem Déficit			Com Demência <b>OU</b> MMSE com Déficit			dif	p
	n	Média	DP	n	Média	DP		
Patologias (total)	101	4,9	3,0	227	4,5	2,3	0,5	0,365
Fármacos (total)	101	9,2	3,7	225	8,6	3,4	0,6	0,132

Ao nível do grau de autonomia/dependência na realização das ABVDs – avaliado pelo índice de Barthel – foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,000$ ). Os idosos com dependência total (89,6%) ou grave (70,6%) destacaram-se por apresentarem mais pontuações sugestivas de déficit cognitivo no MMSE e/ou antecedentes pessoais de patologia demencial (Tabela 22).

**Tabela 22:** Associação entre a presença de pontuação sugestiva de déficit cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial e o grau de autonomia/dependência nas ABVDs.

Índice de Barthel		n	Sem Demência <b>E</b> MMSE sem Déficit	Com Demência <b>OU</b> MMSE com Déficit	Total	p
Índice de Barthel	Independência	n	22	13	35	
		% Barthel	62,9%	37,1%	100,0%	
		% Grupos	<b>21,8%</b>	<b>5,7%</b>	<b>10,7%</b>	
	Dependência muito leve	n	11	23	34	
		% Barthel	32,4%	67,6%	100,0%	
		% Grupos	<b>10,9%</b>	<b>10,1%</b>	<b>10,4%</b>	
	Dependência moderada	n	40	74	114	
		% Barthel	35,1%	64,9%	100,0%	
		% Grupos	<b>39,6%</b>	<b>32,6%</b>	<b>34,8%</b>	
	Dependência grave	n	20	48	68	
		% Barthel	29,4%	70,6%	100,0%	
		% Grupos	<b>19,8%</b>	<b>21,1%</b>	<b>20,7%</b>	
	Dependência total	n	8	69	77	
		% Barthel	10,4%	89,6%	100,0%	
		% Grupos	<b>7,9%</b>	<b>30,4%</b>	<b>23,5%</b>	
Total	N	101	227	328		
	% Barthel	30,8%	69,2%	100,0%		
	% Grupos	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,000</b>	

Relativamente ao estado nutricional – avaliado pelo *Mini Nutritional Assessment* – encontraram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,000$ ), sendo os participantes desnutridos (78,2%) ou em risco de desnutrição (73,0%) a apresentar

mais pontuações sugestivas de déficit cognitivo no MMSE e/ou histórico de síndrome demencial (Tabela 23).

**Tabela 23:** Associação entre a presença de pontuação sugestiva de déficit cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial e os resultados do MNA.

			Sem Demência E MMSE sem Déficit	Com Demência OU MMSE com Déficit	Total	<i>p</i>
<b>Mini Nutritional Assessment (MNA)</b>	Desnutrido	n	12	43	55	
		% MNA	21,8%	78,2%	100,0%	
		% Grupos	<b>11,8%</b>	<b>21,9%</b>	<b>18,4%</b>	
	Sob risco nutrição	n	43	116	159	
		% MNA	27,0%	73,0%	100,0%	
		% Grupos	<b>42,1%</b>	<b>59,2%</b>	<b>53,4%</b>	
	Estado nutricional normal	n	47	37	84	
		% MNA	56,0%	44,0%	100,0%	
		% Grupos	<b>46,1%</b>	<b>18,9%</b>	<b>28,2%</b>	
Total	n	102	196	298		
	% MNA	34,2%	65,8%	100,0%		
	% Grupos	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,000</b>	

Da comparação da existência de perturbações depressivas em função da presença de pontuação sugestiva de déficit cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial (Tabela 24) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 24:** Associação entre a presença de pontuação sugestiva de déficit cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial e os resultados da GDS-15.

			Sem Demência E MMSE sem Déficit	Com Demência OU MMSE com Déficit	Total	<i>p</i>
<b>Escala de Depressão Geriátrica – Versão Curta (GDS-15)</b>	Sem depressão	n	52	70	122	
		% GDS-15	42,6%	57,4%	100,0%	
		% Grupos	<b>51,5%</b>	<b>46,1%</b>	<b>48,2%</b>	
	Depressão Ligeira a Moderada	n	36	65	101	
		% GDS-15	35,6%	64,4%	100,0%	
		% Grupos	<b>35,6%</b>	<b>42,8%</b>	<b>39,9%</b>	
	Depressão Grave	n	13	17	30	
		% GDS-15	43,3%	56,7%	100,0%	
		% Grupos	<b>12,9%</b>	<b>11,2%</b>	<b>11,9%</b>	
Total	n	101	152	253		
	% GDS-15	39,9%	60,1%	100,0%		
	% Grupos	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,525</b>	

No que concerne às categorias funcionais da marcha encontraram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,000$ ). Os participantes com marcha ineficaz ou dependente (>80%) eram os que apresentavam mais pontuações sugestivas de défice cognitivo no MMSE e/ou antecedentes pessoais de patologia demencial (Tabela 25).

**Tabela 25:** Associação entre a presença de pontuação sugestiva de défice cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial e as categorias funcionais da marcha.

Classificação Funcional da Marcha		n	Sem Demência	Com Demência	Total	p
			<b>E</b> MMSE sem Défice	<b>OU</b> MMSE com Défice		
Marcha ineficaz	n		19	83	102	
	% CFM		18,6%	81,4%	100,0%	
	% Grupos		<b>18,8%</b>	<b>36,7%</b>	<b>31,2%</b>	
Marcha dependente nível II	n		3	14	17	
	% CFM		17,6%	82,4%	100,0%	
	% Grupos		<b>3,0%</b>	<b>6,2%</b>	<b>5,2%</b>	
Marcha dependente nível I	n		1	8	9	
	% CFM		11,1%	88,9%	100,0%	
	% Grupos		<b>1,0%</b>	<b>3,5%</b>	<b>2,8%</b>	
Marcha dependente com supervisão	n		4	19	23	
	% CFM		17,4%	82,6%	100,0%	
	% Grupos		<b>4,0%</b>	<b>8,4%</b>	<b>7,0%</b>	
Marcha independente em superfície plana	N		29	55	84	
	% CFM		34,5%	65,5%	100,0%	
	% Grupos		<b>28,7%</b>	<b>24,3%</b>	<b>25,7%</b>	
Marcha independente	N		45	47	92	
	% CFM		48,9%	51,1%	100,0%	
	% Grupos		<b>44,6%</b>	<b>20,8%</b>	<b>28,1%</b>	
Total	N		101	226	327	
	% CFM		30,9%	69,1%	100,0%	
	% Grupos		<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,000</b>

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os resultados do *Timed Up and Go Test* ( $p=0,001$ ), sendo os participantes a quem este não foi aplicável (82,0%) ou com risco elevado de queda (67,7%) quem apresenta mais pontuações sugestivas de défice cognitivo no MMSE e/ou antecedentes pessoais de patologia demencial (Tabela 26).

**Tabela 26:** Associação entre a presença de pontuação sugestiva de défice cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial e os resultados do TUG.

			Sem Demência <b>E</b> MMSE sem Défice	Com Demência <b>OU</b> MMSE com Défice	Total	<i>p</i>
<b>Timed Up and Go Test (TUG)</b>	Não aplicável	n	20	91	111	
		% TUG	18,0%	82,0%	100,0%	
		% Grupos	<b>19,8%</b>	<b>40,1%</b>	<b>33,8%</b>	
	Sem alterações	n	6	7	13	
		% TUG	46,2%	53,8%	100,0%	
		% Grupos	<b>5,9%</b>	<b>3,1%</b>	<b>4,0%</b>	
	Risco moderado	N	35	45	80	
		% TUG	43,8%	56,3%	100,0%	
		% Grupos	<b>34,7%</b>	<b>19,8%</b>	<b>24,4%</b>	
	Risco elevado	n	40	84	124	
		% TUG	32,3%	67,7%	100,0%	
		% Grupos	<b>39,6%</b>	<b>37,0%</b>	<b>37,8%</b>	
Total	n	101	227	328		
	% TUG	30,8%	69,2%	100,0%		
	% Grupos	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,001</b>	

Ao nível da força de prensão manual (*hand grip*) foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,000$ ), sendo os idosos com pontuação sugestiva de défice cognitivo no MMSE e/ou com diagnóstico conhecido de patologia demencial o grupo que apresentou valor médio de *hand grip* mais reduzido (Tabela 27).

**Tabela 27:** Associação entre a presença de pontuação sugestiva de défice cognitivo no MMSE e/ou diagnóstico conhecido de patologia demencial e os resultados do *hand grip*.

	Sem Demência <b>E</b> MMSE sem Défice			Com Demência <b>OU</b> MMSE com Défice			dif	<i>p</i>
	n	Média	DP	n	Média	DP		
<b>Hand Grip</b>	96	13,4	5,9	149	10,2	4,3	3,2	<b>0,000</b>



## 5. Discussão

Os resultados apresentados sugerem a existência de uma elevada taxa de prevalência de deterioração cognitiva entre os idosos residentes em ERPI no concelho do Sabugal (64,9%), associada ao aumento da idade, ao sexo feminino, ao estado civil não casado, à dependência nas ABVDs, às alterações do estado nutricional e ao declínio físico-motor. Em senso oposto, os resultados obtidos nas ERPIs sabugalenses indiciam que o estado cognitivo do indivíduo idosos institucionalizado é menos dependente das suas habilitações literárias, do acometimento por perturbações depressivas, dos quadros de multipatologia e polifarmácia, bem como da duração do período de institucionalização.

O principal objetivo do presente estudo consistia em traçar o perfil cognitivo do indivíduo idoso residente em ERPI no concelho do Sabugal. Assim, com base nos resultados da aplicação do MMSE é possível constatar que 162 participantes (46,3%) apresentavam pontuações sugestivas de défice cognitivo. Contudo, se adicionarmos a estes inquiridos os restantes utentes com diagnóstico conhecido de síndrome demencial, a taxa de prevalência de alterações cognitivas ascende aos 64,9%.

Entre os idosos diagnosticados com alguma forma de demência a quem foi possível aplicar o MMSE (n=83), registaram-se 66 *scores* sugestivos de défice cognitivo e 17 pontuações indicadoras da inexistência de alterações. Assim, entre os participantes com antecedentes pessoais de patologia demencial, o MMSE concorreu a favor de 79,5% dos diagnósticos.

A discordância entre o MMSE e os antecedentes dos idosos poderá resultar de imprecisões nos diagnósticos de patologia demencial. De facto, os processos clínicos dos participantes eram, na grande maioria dos casos, extremamente parcos na descrição dos diagnósticos das síndromes demenciais, não especificando a forma como o diagnóstico foi efetuado, quais os critérios aplicados ou os resultados de exames complementares putativamente realizados. A este propósito, importa recordar que a forma de demência mais frequente na amostra era, precisamente, a demência não especificada (n=82; 23,4%). Não obstante, é ainda possível que parte dos diagnósticos registados nos processos clínicos dos idosos correspondessem a formas ligeiras de demência e/ou a demências não Alzheimer, entidades nosológicas para as quais, segundo a evidência atual, o MMSE revela limitada capacidade de deteção (47, 49); bem como a quadros demenciais com sintomatologia cognitiva melhorada em virtude da instituição de terapêutica antidemencial adequada. (72) A este propósito, deve

mencionar-se que as afeções do sistema cardiovascular eram o grupo de patologias mais frequente entre a população idosa institucionalizada no concelho do Sabugal (n=287; 82,5%), dado que poderá sugerir uma eventual preponderância dos quadros de demência vascular entre os participantes e que é, precisamente, uma das formas de demência em que o MMSE revela pior sensibilidade (55%) devido à não avaliação da função frontal, predominantemente afetada neste tipo de demência, por este instrumento. (49)

Pesem embora as limitações supramencionadas, a estimação da taxa de prevalência de alterações cognitivas entre os idosos residentes em ERPI no concelho do Sabugal é concordante com a reportada por alguns trabalhos semelhantes, como o realizado por Daniel *et al.* (36) Com base na aplicação do MMSE e na consulta de processos clínicos, Daniel *et al.* (36) estimaram a taxa de prevalência de alterações cognitivas entre os residentes em ERPI no concelho de Miranda do Corvo em 67,8%, valor bastante próximo do estimado para os idosos institucionalizados no concelho do Sabugal. Todavia, como já aludido, os estudos publicados apresentam enorme variabilidade metodológica, gerando, por conseguinte, estimativas díspares. A nível nacional, por exemplo, as taxas de prevalência de alterações cognitivas estimadas para a população idosa institucionalizada oscilam entre os 33,3% (73) e os 90% (35). Através da aplicação do MMSE, foi ainda possível verificar que a capacidade visuoespacial é o domínio cognitivo em que os idosos residentes em ERPI apresentam pior desempenho (13,5% de acertos), seguida pela evocação (16,7% a 37,0% de acertos). Resultados, mais uma vez, coincidentes com os obtidos por Daniel *et al.* (36) e em consonância com as alterações expectáveis da função cognitiva no envelhecimento (16-17).

No que concerne à associação entre as variáveis sociodemográficas e o acometimento por alterações cognitivas, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para a idade, sexo e estado civil.

Contrariamente ao esperado, a escolaridade não revelou uma associação revestida de significância estatística com o estado cognitivo. No entanto, esta ausência de impacto estatisticamente significativo, de acordo com os resultados do teste de independência do Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ), poderá ser explicada pela dicotomização dos *scores* do MMSE através da definição de diferentes pontos de corte. Apesar de os examinados com habilitações literárias mais elevadas tenderem a apresentar pontuações superiores no MMSE, estas continuam a ser sugestivas da presença de défice cognitivo atendendo à maior exigência do ponto de corte aplicado aos indivíduos com maior nível de escolaridade. Não obstante, esta falta de significância estatística poderá resultar

também da presença de variáveis de confundimento, nomeadamente o nível socioeconómico e os padrões de morbilidade. Uma vez que indivíduos com mais habilitações literárias têm maior probabilidade de pertencer a níveis socioeconómicos mais favorecidos e menor risco de ser acometidos por doenças crónicas não transmissíveis (74) é presumível que o seu ingresso em ERPI seja mais tardio e, conseqüentemente, mais marcado pela presença de alterações cognitivas. Similarmente, também o histórico de emigração e a proximidade geográfica à fronteira hispano-portuguesa poderão obscurecer a relação entre o nível de escolaridade e o estado cognitivo, uma vez que, em virtude da emigração e da residência em região raiana, parte dos participantes dominavam um segundo idioma. Recorde-se que, de acordo com a evidência atual, o bilinguismo é, independentemente do nível educacional, fator protetor de demência (75-76) e, por conseguinte, uma característica presumivelmente capaz de contrabalançar os efeitos negativos da ausência/carência de educação formal.

O impacto estatisticamente significativo do sexo na afeção por alterações cognitivas, reportado no presente estudo, concorre a favor da evidência atual, segundo a qual o sexo feminino é um fator de risco não modificável para patologia demencial. (8, 10, 74) Apesar de este diferencial entre sexos ser classicamente atribuído à maior longevidade do sexo feminino, múltiplos autores têm apontado explicações alternativas para este fenómeno. Hasselgren *et al.* (77) sublinham como a diferença entre sexos poderá resultar, na realidade, das desigualdades de género, nomeadamente da proibição do acesso de mulheres ao sistema de ensino e do entrave à participação da mulher no mercado de trabalho. Atendendo ao contexto social do interior raiano nas décadas de 30 a 60 do século XX, é presumível que os resultados obtidos nas ERPIs do concelho do Sabugal sejam, pelo menos em parte, explicados pela divisão tradicional dos papéis de género.

À semelhança do descrito para o sexo, também o impacto estatisticamente significativo do estado civil na afeção por alterações cognitivas é sustentado pela evidência atual, segundo a qual os não casados tendem a apresentar taxas de prevalência de síndrome demencial mais elevadas. Apesar de os mecanismos geradores desta diferença entre estados civis não se encontrarem completamente esclarecidos, o provável maior isolamento social dos não casados e a maior probabilidade de adotar hábitos de vida saudável quando em vida marital são comumente elencados como justificativas do fenómeno. (78-79) Pese embora a associação estatisticamente significativa encontrada, a reduzida taxa de prevalência de alterações cognitivas (33,3%) entre os divorciados afigura-se como uma aparente contradição face ao exposto supra. Contudo, este valor

poderá ser explicado pelo reduzido número de participantes divorciados na amostra (n=12; 3,4%).

A associação estatisticamente significativa encontrada entre o aumento da idade e o acometimento por alterações cognitivas é apoiada pela evidência atual que, consistentemente, identifica o envelhecimento como principal fator de risco de demência. (8, 10, 14, 23) A relevância do envelhecimento na teia etiológica da demência prende-se, primeiramente, com o normal processo de envelhecimento cerebral e com as alterações estruturais, funcionais e bioquímicas que este comporta. (13-15) Todavia, a longa duração da fase pré-clínica da história natural das formas primárias de demência (8, 13, 20) e o acometimento simultâneo do indivíduo idoso por outras patologias comórbidas tipicamente associadas ao envelhecimento (8, 17) contribuem igualmente para a explicação desta associação entre o avançar da idade e as síndromes demenciais.

Relativamente às características socio-demográficas dos participantes, deve ainda sublinhar-se que estes eram, na sua maioria, oriundos do próprio concelho do Sabugal ou de concelhos limítrofes, isto é, de territórios rurais, uma vez que, à luz da evidência atual, a residência em ambientes rurais durante a infância, adolescência e início da vida adulta constitui fator de risco para patologia demencial, principalmente entre os indivíduos com reduzido nível educacional, por motivos ainda não completamente esclarecidos. (80-81)

Atentando nos padrões de morbilidade e no consumo de fármacos, os idosos residentes em ERPI no concelho do Sabugal caracterizavam-se pelo acometimento simultâneo por múltiplas patologias (média: 4,56 doenças; DP=2,48) e pela toma de um elevado número de fármacos (média: 8,7 fármacos; DP=3,5). A elevada frequência de casos de polifarmácia no seio da amostra sabugalense (85,7%) é suportada por múltiplos estudos desta área, nomeadamente pelos trabalhos de Onder *et al.* (82) e Ferreira *et al.* (83) que reportaram taxas de prevalência de polimedicação entre idosos institucionalizados, respetivamente, de 74,0% (média: 7 fármacos; DP=3,6) e 73,9% (média: 7 fármacos; DP=3,0). Todavia, deve ter-se presente que as estimativas publicadas são profundamente díspares entre si.

Quanto à multimorbilidade em contexto de ERPI, a evidência existente revela-se, uma vez mais, inconsistente. A nível nacional, Ferreira *et al.* (83) estimaram em 9 o número médio de patologias comórbidas (DP=4), valor muito superior ao reportado por Marques *et al.* (84), a saber: 2,1 doenças comórbidas (DP=1,6). Internacionalmente, Gordon *et al.* (85), por exemplo, estimaram o número médio de patologias comórbidas

em 6,2 (DP=4,0). Ao invés do expectável, não foi encontrada uma relação com significado estatístico entre as alterações cognitivas e a multimorbilidade ou a polifarmácia que, de acordo com a evidência atual, são mais comuns entre os idosos demenciados (86-87). No referente à polifarmácia e multimorbilidade deve ter-se presente que as estimativas apresentadas para a população idosa institucionalizada no concelho do Sabugal são baseadas, essencialmente, na informação oriunda dos processos clínicos dos idosos e, por conseguinte, de validade e confiabilidade questionáveis, podendo este ponto estar na base da ausência de associação verificada.

Atentando, novamente, nos diagnósticos de síndrome demencial, verificou-se que a patologia demencial não especificada correspondia à forma mais prevalente de demência entre os idosos institucionalizados no concelho do Sabugal (63,1% dos diagnósticos), seguida pela doença de Alzheimer (26,2% dos diagnósticos). Contudo, entre os idosos diagnosticados com uma forma de demência específica (n=48), a DA apresenta-se, como esperado, como a forma mais frequente de demência (70,8% dos diagnósticos). Desta feita, os resultados encontrados nas ERPIs do concelho do Sabugal concorrem a favor da evidência atual que aponta a DA como a forma mais comum de demência no contexto de ERPI e na comunidade. (4, 8) Ao estabelecer um paralelo com os resultados de Marques *et al.* (84), constata-se que, entre a sua amostra de pessoas com diagnóstico de demência e residentes em ERPI (n=329), a maioria dos diagnósticos correspondiam a formas não especificadas de demência (n= 148; 45%) ou de doença de Alzheimer (n= 138; 41,9%). Calculando a frequência relativa de DA entre os idosos diagnosticados com uma forma específica de demência (n=181), verifica-se que esta se fixa em 76,2%, concorrendo a favor dos resultados obtidos nas ERPIs do concelho do Sabugal.

Relativamente ao tratamento farmacológico das alterações cognitivas, atestou-se a existência de 106 idosos (30,5%) medicados com fármacos do grupo NO6D da classificação ATCC da OMS, apesar de entre estes apenas se contabilizarem, de acordo com os registos clínicos, 81 diagnósticos de síndrome demencial. Existiam, portanto, 25 idosos (7,1%) sob terapêutica antidemencial na ausência de diagnóstico de qualquer forma de demência. Em contrapartida, 49 dos 130 idosos com histórico de demência não se encontravam medicados com qualquer fármaco antidemencial. Destarte, a taxa de cobertura da terapêutica antidemencial farmacológica em contexto de ERPI é estimada, para o concelho do Sabugal, em 62,3%. Contudo, a este respeito deve ter-se presente que a estimativa apresentada (62,3%) se reveste de particular incerteza, uma vez que, como supramencionado, a informação relativa aos diagnósticos de síndrome demencial é parca; e que não se avaliou quantos dos idosos com antecedentes pessoais

de patologia demencial reuniam efetivamente critérios para a instituição de terapêutica farmacológica antidemencial.

A inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre a duração do período de institucionalização de idosos com e sem alterações cognitivas, não deve ser encarada como uma contradição face à literatura que aponta a institucionalização como um fator agravante do processo de declínio cognitivo (39-41), uma vez que a natureza transversal do estudo pode limitar o estabelecimento de relações de temporalidade.

Com base na aplicação da GDS-15, a taxa de prevalência de perturbações depressivas entre os idosos residentes em ERPI no concelho do Sabugal estima-se em 37,8%, sendo que 28,9% e 8,9% dos participantes apresentavam, respetivamente, pontuações sugestivas de depressão ligeira a moderada e depressão grave. Destarte, as taxas de prevalência registadas nas ERPIs do concelho do Sabugal são bastante inferiores às reportadas por Frade *et al.* (88), que, através da aplicação da GDS num centro de saúde da região Centro, estimaram a taxa de prevalência de depressão entre os idosos institucionalizados em 81,4% (depressão ligeira a moderada: 41,9%; depressão grave: 39,5%). Contudo, como sublinham Seitz *et al.* (89), a frequência de perturbações depressivas que é reportada pelos diversos estudos mundialmente realizados junto da população idosa institucionalizada oscila profundamente devido à enorme variabilidade metodológica vigente.

Pese embora a evidência segundo a qual os idosos demenciados apresentam maior risco de ser acometidos por perturbação depressiva (29, 90-92), não se encontrou uma associação estatisticamente significativa entre alterações cognitivas e perturbações depressivas. A este respeito, é importante denotar que os resultados acima apresentados contemplam a aplicação da GDS-15 em idosos com pontuações sugestivas de défice cognitivo no MMSE e com antecedentes pessoais de patologia demencial, populações nas quais, segundo a evidência disponível (93-94), a GDS não revela poder discriminativo. Consequentemente, a aparente inexistência de associação estatisticamente significativa entre a afeção por perturbações depressivas e alterações cognitivas poderá dever-se a esta questão metodológica. Todavia, a taxa de prevalência de perturbações depressivas estimada para a totalidade da amostra (n=131; 37,8%) é inferior à registada entre os participantes não acometidos por alterações cognitivas (n=49; 48,5%), concorrendo a favor da existência de uma elevada frequência de casos de perturbação depressiva entre a população idosa residente em ERPI no concelho do Sabugal.

A nível nacional, as taxas de prevalência de depressão reportadas entre os idosos não institucionalizados são consideravelmente inferiores à registada nas ERPIs do concelho do Sabugal, variando entre os 11,8% (95) e os 18,0% (96). Contudo, denote-se que a estimativa apresentada para os idosos residentes em ERPI no concelho do Sabugal (37,8%) é relativamente próxima da taxa de prevalência mundial de depressão entre a população idosa que, segundo meta-análises recentes, se fixará em 35.1% [95%IC: 30.2–40.4%] (97) ou 31.74% [95%IC: 27.90-35.59%] (98).

A respeito deste diferencial entre as taxas de prevalência de perturbação depressiva entre os idosos residentes em ERPI no concelho do Sabugal e a população idosa não institucionalizada, deve sublinhar-se que, à luz da evidência atual, parte significativa dos participantes apresentava múltiplos fatores de risco para depressão, nomeadamente, reduzidas habilitações literárias (analfabetismo: 32,9%), histórico de emigração (38,9%), estado civil não casado (79,1%) e acometimento simultâneo por múltiplas comorbilidades (média: 4,56 doenças). (99-102)

No que concerne à independência dos idosos institucionalizados na realização das suas ABVDs, a aplicação do índice de Barthel identificou a maioria dos participantes como moderada (32,9%), grave (20,9%) ou totalmente (26,0%) dependentes, fixando-se o índice de Barthel médio da amostra em 56,5 pontos (DP=35,5; Min:0; Máx: 100). Através da aplicação do índice de Barthel, Fermento *et al.* (103) avaliaram o *status* funcional dos utentes de uma resposta social para pessoas idosas no distrito de Viseu, reportando taxas de prevalência de dependência moderada, grave e total, respetivamente, de 10,7%, 5,8% e 13,6%. Desta feita, contrariamente ao observado nas ERPIs do concelho do Sabugal, a maioria dos idosos institucionalizados em Viseu foi caracterizado como independente (40,8%) ou levemente dependente (29,1%). Contudo, deve notar-se que a idade média da amostra constituída por Fermento *et al.* (102) se fixava em 83,17 anos (DP=6,70), valor ligeiramente inferior ao registado no seio da amostra sabugalense, e que esta incluía não só os utentes da vertente ERPI, mas também os idosos em regime de Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário.

A associação estatisticamente significativa encontrada entre a autonomia nas ABVDs e o estado cognitivo é suportada pela evidência atual, segundo a qual o acometimento por alterações cognitivas resulta invariavelmente em incapacidade funcional. (104-106)

A avaliação do estado nutricional dos idosos, através do *Mini Nutritional Assessment*, resultou na categorização de 18,8% e de 53,7% dos participantes, a quem este instrumento foi aplicável, como desnutridos e em risco de desnutrição, respetivamente.

O estabelecimento de comparações com outros trabalhos revela-se complexa, uma vez que a diversidade metodológica dos estudos realizados nesta área resulta em estimativas de prevalência profundamente díspares, como sublinham Fayemendy *et al.* (107) e Caçador *et al.* (108). Recorrendo ao MNA, Gordon *et al.* (85), reportaram taxas de prevalência de desnutrição e de risco de desnutrição, respetivamente, de 30% e 56%. Por seu turno Pereira *et al.* (109) estimaram, com base no mesmo instrumento, a frequência relativa de idosos desnutridos ou em risco de desnutrição em 66,3%. Todavia, relativamente ao trabalho de Pereira *et al.* (109), deve sublinhar-se que a idade média dos participantes era bastante inferior à dos idosos institucionalizados no concelho do Sabugal, fixando-se em 79,5 anos (DP=9,3). O impacto estatisticamente significativo do estado nutricional na afeção por alterações cognitivas, reportado no presente estudo, concorre a favor da evidência atual, segundo a qual os idosos demenciados apresentam risco aumentado de desnutrição. (12, 107-110) Todavia, a respeito da aplicação do MNA, deve sublinhar-se que, na maioria dos casos, as ERPIs do concelho do Sabugal não possuíam registos atualizados da evolução ponderal dos idosos, revestindo-se de particular incerteza as respostas fornecidas ao item B da secção “Triagem” do MNA (“Perda de peso nos últimos três meses?”).

Relativamente à mobilidade dos idosos residentes em ERPI no concelho do Sabugal, a aplicação do *Timed Up and Go Test* e da Classificação Funcional da Marcha categorizaram a maioria dos participantes como indivíduos com marcha independente (n=94; 26,9%) ou independente em superfície plana (n=84; 24,0%) e com um risco moderado (n=82; 23,4%) a elevado (n=127; 36,3%) de queda. Procedendo à comparação entre mobilidade e estado cognitivo encontraram-se diferenças estatisticamente significativas que são sustentadas pela evidência atual, segundo a qual os declínios motor e cognitivo estão intimamente relacionados. (107, 111-114)

Ainda na esfera da função motora, a medição da força de preensão manual com recurso a um dinamómetro digital, estimou o *hand grip* médio dos idosos residentes em ERPI no concelho do Sabugal em 11,9 Kg (DP=4,4), sendo a média registada entre os indivíduos do sexo masculino (14,7 Kg; DP=3,8) superior à do sexo feminino (8,7 Kg; DP=2,4). Como esperado, atendendo à evidência segundo a qual o *hand grip* pode ser utilizado como marcador do declínio cognitivo em pessoas idosas (115-117), encontrou-se uma associação estatisticamente significativa entre alterações cognitivas e a força de preensão manual. Comparando os resultados dos idosos institucionalizados no concelho do Sabugal com os obtidos por Mendes *et al.* (118) e por Amaral *et al.* (119) verifica-se que os valores médios de força de preensão manual estimados nas ERPIs sabugalenses são bastante inferiores aos registados pelos autores supramencionados.

De acordo com Mendes *et al.* (118), o valor médio de *handgrip* das pessoas idosas portuguesas com idade igual ou superior a 85 anos, fixa-se em 14,3 Kg (DP=3,9) entre os indivíduos do sexo feminino e em 22,5 Kg (DP=7,2) entre os indivíduos do sexo masculino. Amaral *et al.* (119), por seu turno, estimaram a força de preensão manual média das pessoas idosas residentes em Rio Branco (Brasil), com idade igual ou superior a 80 anos, em 21,1 Kg (DP=6,78) em ambos os sexos, 25,7 Kg (DP=5,81) no sexo masculino e 17,1 Kg (DP=4,98) no sexo feminino. Todavia, deve sublinhar-se que os trabalhos de Mendes *et al.* (118) e Amaral *et al.* (119) são estudos transversais de base populacional não especificamente dirigidos à população idosa institucionalizada, facto que dificulta o estabelecimento de paralelos entre estes e o presente estudo. Em Mendes *et al.* (118), por exemplo, os idosos residentes em ERPI correspondiam apenas a 5% da amostra.

Inobstante, entre as pessoas idosas portuguesas com idade igual ou superior a 85 anos que participaram no estudo de Mendes *et al.* (118), a aplicação do MMSE indicou a existência de défice cognitivo em 16,2% das participantes do sexo feminino e 19,6% dos participantes do sexo masculino. Similarmente, com recurso ao MNA, 29,1% indivíduos do sexo feminino e 19,6% dos indivíduos do sexo masculino foram categorizados como desnutridos ou sob risco de desnutrição. Destarte, a amostra estudada por Mendes *et al.* (118) apresenta taxas de prevalência de défice cognitivo e alteração do estado nutricional bastante inferiores às registadas entre a população idosa residente em ERPI no concelho do Sabugal.

Atentando nos resultados de Pedrero-Chamizo *et al.* (120), autores que analisaram a relação entre as pontuações obtidas no MMSE e a força de preensão manual em idosos residentes em 4 ERPIs de Madrid (Espanha), verifica-se, mais uma vez, que os valores médios de *hand grip* registados na população idosa institucionalizada no concelho do Sabugal são inferiores aos reportados no trabalho supra. Segundo Pedrero-Chamizo *et al.* (120), a força de preensão manual média dos idosos residentes em ERPI em Madrid é, para ambos os sexos, de 15,5 Kg (DP=8,0) quando medida à direita e de 14,4 Kg (DP=8,0) quando a medição se efetua à esquerda. Entre os indivíduos do sexo feminino, os *hand grips* médios reportados são de 11,6 Kg (DP=4,6) à direita e de 10,7 Kg (DP=4,8) à esquerda, valores inferiores aos registados entre os idosos do sexo masculino, a saber: 23,5 Kg (DP=7,3) à direita e 22,0 Kg (DP=7,8) à esquerda. Pesem embora as semelhanças entre a amostra sabugalense e madrilenas em termos de idade média dos participantes e *score* médio do MMSE, esta diferença entre os valores de *hand grip* poderá resultar do facto de Pedrero-Chamizo *et al.* (120) excluírem da sua amostra os idosos com diagnóstico conhecido de demência severa, bem como os idosos

que, em virtude do acometimento por qualquer tipo de patologia, pudessem não conseguir realizar a maioria dos testes físicos propostos pelos autores. Relativamente ao *hand grip*, deve ainda denotar-se que entre os idosos nos quais não foi possível efetuar esta medição (n=100) se encontravam indivíduos que se revelaram incapazes de gerar a força mínima necessária para superar o valor mínimo mensurável pelo dinamómetro (5 Kg), apesar de terem compreendido e cumprido integralmente o que lhes havia sido requerido pelos examinadores. Face ao exposto, a utilização de um dinamómetro mais sensível, isto é, capaz de medir valores inferiores a 5 Kg, permitiria, presumivelmente, efetuar esta medição a um maior número de idosos e, consequentemente, proceder a uma melhor caracterização da população em estudo.

No cômputo geral, o presente estudo apresenta como principais limitações: a natureza transversal; a possível variabilidade intra e inter-avaliadores durante a recolha de dados; a fadiga inerente à entrevista de longa extensão com cada um dos inquiridos; a não obtenção, em tempo útil, dos valores laboratoriais listados em 3.2. *Instrumentos* para a maioria dos participantes; e o recurso à, muitas vezes, parca e desatualizada informação constante dos processos médico e social dos idosos.

Em senso oposto, este trabalho revela múltiplas potencialidades, nomeadamente: a participação de todas as ERPIs do concelho do Sabugal (n=21; 100%); a multidisciplinaridade resultante da aplicação de instrumentos extremamente diversos e da orientação por profissionais de distintas áreas do conhecimento; o enfoque numa população escassamente estudada e com inúmeras especificidades – zona raiana, rural, de baixa densidade populacional e enorme diáspora; a elevada dimensão amostral (n=350); e a constituição da amostra com recurso a técnica de amostragem probabilística.

## 6. Conclusão

Através do presente estudo observacional, descritivo e transversal conclui-se que os idosos residentes nas ERPIs do concelho Sabugal são, na sua maioria, pessoas do sexo feminino, da quarta idade, com reduzidas habilitações literárias, viúvas, altamente dependentes, com múltiplas comorbilidades, polimedicadas, cognitiva e fisicamente comprometidas, acometidas por perturbações depressivas e malnutridas ou sob risco de desnutrição.

A elevada taxa de prevalência de alterações cognitivas (64,9%) entre os idosos residentes em ERPI no concelho do Sabugal, sugerida por este trabalho, deve incentivar a reflexão acerca da carência de avaliações cognitivas sistemáticas e de programas de estimulação cognitiva no seio das ERPIs, bem como acerca da adequação da realidade institucional às necessidades do idoso com alterações cognitivas.

Similarmente, a ausência de informação complementar sobre os diagnósticos de demência e a existência de idosos diagnosticados com demência e sem terapêutica anti-demencial prescrita (n=49; 14,0%), sugerem necessidade de detalhada análise acerca da abordagem da síndrome demencial no indivíduo idoso institucionalizado.

As múltiplas associações estatisticamente significativas reportadas no presente estudo são suportadas pela evidência atual, segundo a qual existe uma intrincada e complexa rede de fatores que, através da sua ação sinérgica, influenciam o estado cognitivo do indivíduo idoso e que, por seu turno, dependem igualmente deste último.

Desta feita, é imperativo que as ERPIs elaborem e executem planos de cuidados de natureza holística que contemplem medidas direcionadas a cada um desses muitos fatores, a fim de retardarem o mais possível o declínio cognitivo dos idosos e de melhorarem, em todas as suas componentes, a sua saúde e bem-estar.

Face aos resultados registados nas ERPIs do concelho do Sabugal, preconiza-se que os planos de cuidados supra contemplem imperativamente a revisão e reconciliação terapêuticas, a avaliação e intervenção nutricionais, bem como programas de gerontomotricidade.



## 7. Referências

- (1) Pereira T. A função cognitiva no envelhecimento. In: Abordagem geriátrica ampla na promoção de um envelhecimento ativo e saudável: componentes do modelo de intervenção AGA@4life. 1ª ed. Coimbra. IPC | Inovar Para Crescer; 2019.
- (2) Nunes MVR da S. Envelhecimento cognitivo: principais mecanismos explicativos e suas limitações. *Cadernos De Saúde*. 2009;2(2):19-29. doi: 10.34632/cadernosdesaude.2009.2791.
- (3) Steverson M. Ageing and health [Internet]. 2022. [updated 2022 Oct 01; cited 2023 Nov 16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
- (4) Cereda E, Pedrolli C, Zagami A, Vanotti A, Piffer S, Faliva M, Rondanelli M, Caccialanza R. Alzheimer's disease and mortality in traditional long-term care facilities. *Arch Gerontol Geriatr*. 2013 May-Jun;56(3):437-41. doi: 10.1016/j.archger.2012.12.001.
- (5) Lövdén M, Fratiglioni L, Glymour MM, Lindenberger U, Tucker-Drob EM. Education and Cognitive Functioning Across the Life Span. *Psychol Sci Public Interest*. 2020 Aug;21(1):6-41. doi: 10.1177/1529100620920576.
- (6) INE. Projeções de População Residente 2018-2080. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística I.P; 2020 Mar.
- (7) Eurostat. Ageing Europe - looking at the lives of older people in the EU. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2020.
- (8) Hugo J, Ganguli M. Dementia and cognitive impairment: epidemiology, diagnosis, and treatment. *Clin Geriatr Med*. 2014 August; 30(3):421-442. doi:10.1016/j.cger.2014.04.001.
- (9) Alzheimer Europe. Dementia in Europe Yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe. Luxembourg: Alzheimer Europe, 2019.
- (10) OMS. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2017.
- (11) Costa J, Borges M, Encarnação R, Firmino H, Gonçalves-Pereira M, Lindeza P, Sampaio F, Santana I, Sousa R, Taipa R, Verdelho A, Silva-Miguel L. Custo e Carga da Doença de Alzheimer nos Idosos em Portugal. *Sinapse*. 2021;21(4). doi: 10.46531/sinapse/AO/210055/2021.
- (12) Prince M, Albanese E, Guerchet M, Prina M. Nutrition and dementia: A review of available research. Londres: Alzheimer's Disease International, 2014 Feb.

- (13) Santana I, Duro D. Envelhecimento cerebral e demência. In: Veríssimo, MT. *Geriatría Fundamental: Saber e Praticar*. 1ª ed. Lisboa. Lidel – Edições Técnicas, Lda; 2014.
- (14) Alchalabi T, Prather C. Brain Health. *Clin Geriatr Med*. 2021 Nov; 37(4):593-604. doi: 10.1016/j.cger.2021.05.006.
- (15) Juan SMA, Adlard PA. Ageing and Cognition. *Subcell Biochem*. 2019; 91:107-122. doi: 10.1007/978-981-13-3681-2\_5.
- (16) Harada CN, Love MCN, Triebel K. Normal Cognitive Aging. *Clin Geriatr Med*. 2013 Nov; 29(4): 737–752. doi: 10.1016/j.cger.2013.07.002.
- (17) Sachs BC, Cholerton B, Craft S. Cognitive Changes in Normal and Pathologic Aging. In: Halter JB, Ouslander JG, Studenski S, High KP, Asthana S, Supiano MA, Ritchie CS, Schmader K. *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*. 8ª ed. Nova Iorque. McGraw Hill LLC; 2022.
- (18) OMS. International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11) [Internet] 2022. [cited 2023 Dec 7] Available from: <https://icd.who.int/en>.
- (19) Reith W, Mühl-Benninghaus R. Differenzialdiagnose demenzieller Erkrankungen. *Radiologe*. 2015;55(5):378-385. doi:10.1007/s00117-014-2799-z.
- (20) Arvanitakis Z, Shah RC, Bennett DA. Diagnosis and Management of Dementia: Review. *JAMA*. 2019;322(16):1589-1599. doi: 10.1001/jama.2019.4782.
- (21) Alzheimer Portugal. Demência Vascular [Internet]. 2023. [cited 2023 Dez 10]. Available from: <https://alzheimerportugal.org/demencia-vascular/>.
- (22) Petersen RC. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *J Intern Med*. 2004;256(3):183-194. doi: 10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x.
- (23) Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, Brayne C, Burns A, Cohen-Mansfield J, Cooper C, Costafreda SG, Dias A, Fox N, Gitlin LN, Howard R, Kales HC, Kivimäki M, Larson EB, Ogunniyi A, Orgeta V, Ritchie K, Rockwood K, Sampson EL, Samus Q, Schneider LS, Selbæk G, Teri L, Mukadam N. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*. 2020 Aug 8;396(10248):413-446. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6.
- (24) Gaugler JE, Duval S, Anderson KA, Kane RL. Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2007 Jun 19;7:13. doi: 10.1186/1471-2318-7-13.
- (25) Miller EA, Weissert WG. Predicting elderly people's risk for nursing home placement, hospitalization, functional impairment, and mortality: a synthesis. *Med Care Res Rev*. 2000 Sep;57(3):259-97. doi: 10.1177/107755870005700301.
- (26) Gaugler JE, Yu F, Krichbaum K, Wyman JF. Predictors of nursing home admission for persons with dementia. *Med Care*. 2009 Feb;47(2):191-8. doi: 10.1097/MLR.0b013e31818457ce.

- (27) Hoffmann F, Kaduszkiewicz H, Glaeske G, van den Bussche H, Koller D. Prevalence of dementia in nursing home and community-dwelling older adults in Germany. *Aging Clin Exp Res.* 2014 Oct;26(5):555-9. doi: 10.1007/s40520-014-0210-6.
- (28) Helvik AS, Engedal K, Benth JŠ, Selbæk G. Prevalence and Severity of Dementia in Nursing Home Residents. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2015;40(3-4):166-77. doi: 10.1159/000433525.
- (29) Chahine LM, Bijlsma A, Hospers APN, Chemali Z. Dementia and depression among nursing home residents in Lebanon: a pilot study. *Int. J. Geriatr Psychiatry;* 22:283-285. doi: 10.1002/gps.1663.
- (30) Kao YH, Hsu CC, Yang YH. A Nationwide Survey of Dementia Prevalence in Long-Term Care Facilities in Taiwan. *J Clin Med.* 2022 Mar 11;11(6):1554. doi: 10.3390/jcm11061554.
- (31) Fagundes DF, Costa MT, Alves BBDS, Carneiro LSF, Nascimento OJM, Leão LL, Guimarães ALS, de Paula AMB, Monteiro-Junior RS. Dementia among older adults living in long-term care facilities: an epidemiological study. *Dement Neuropsychol.* 2021 Oct-Dec;15(4):464-469. doi: 10.1590/1980-57642021dn15-040007.
- (32) Saldanha D, Mani RN, Mujawar S, Chaudhury S. A study of dementia in old age homes. *Ind Psychiatry J.* 2021 Oct;30(Suppl 1):S149-S154. doi: 10.4103/0972-6748.328806.
- (33) Fagundes DF, Costa MT, Alves BBdS, Benício MMS, Vieira LP, Carneiro LSF, Nascimento OJM, Junior RSM. Prevalence of dementia in long-term care institutions: a meta-analysis. *J. bras. psiquiatr* 2021; 70(1): 59-67. doi:10.1590/0047-2085000000298.
- (34) Equipa Técnica do Projeto Cuidar Melhor (ETPCM). Diagnóstico Social - Pessoas identificadas com Demência nos Concelhos de Cascais, Oeiras e Sintra. Cascais: ETPCM; 2014.
- (35) Caldas de Almeida M, et al. Projeto VIDAS - Valorização e Inovação em Demências (POPH/QREN 2013-15). 2015.
- (36) Daniel F, Fernandes V, Silva A, Espírito-Santo H. Rastreamento cognitivo em estruturas residenciais para pessoas idosas no Concelho de Miranda do Corvo, Portugal. *Cien Saude Colet.* 2019, 24(11):4355-4366. doi: 10.1590/1413-812320182411.07422018.
- (37) Santana I, Farinha F, Freitas S, Rodrigues V, Carvalho A. Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Acta Med Port* 2015;28:182-188.
- (38) Gonçalves-Pereira M, Cardoso A, Verdelho A, Silva JAd, Almeida MCd, Fernandes A, Raminhos C, Ferri CP, Prina AM, Prince M, Xavier M. The prevalence of dementia in a Portuguese community sample: A 10/66 Dementia

- Research Group study. *BMC Geriatrics*. 2017;17:261. doi: 10.1186/s12877-017-0647-5.
- (39) Harmand MGC, Meillon C, Rullier L, Avila-Funes JA, Bergua V, Dartigues JF, Amieva H. Cognitive decline after entering a nursing home: a 22-year follow-up study of institutionalized and noninstitutionalized elderly people. *J Am Med Dir Assoc*. 2014 Jul;15(7):504-508. doi: 10.1016/j.jamda.2014.02.006.
- (40) Winocur G, Moscovich M. A comparison of cognitive function in community-dwelling and institutionalized old people of normal intelligence. *Can J Psychol*. 1990;44(4):435-444. doi:10.1037/h0084270.
- (41) Volkens KM, Scherder EJ. Impoverished environment, cognition, aging and dementia. *Rev Neurosci*. 2011;22(3):259-266. doi:10.1515/RNS.2011.026.
- (42) Fundação Francisco Manuel dos Santos – Índice de envelhecimento [Internet], 2023 [cited 17 nov. 2023]. Available from: <http://www.pordata.pt>.
- (43) Fundação Francisco Manuel dos Santos – Densidade populacional [Internet] 2023. [cited 17 nov. 2023]. Available from: <http://www.pordata.pt>.
- (44) Fundação Francisco Manuel dos Santos – Índice de longevidade [Internet], 2023. [cited 17 nov. 2023]. Available from: <http://www.pordata.pt>.
- (45) Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Carta Social: Capacidade das Respostas Sociais [Internet], 2021. [cited 20 nov. 2023]. Available from: <https://www.cartasocial.pt/inicio>.
- (46) Instituto Nacional de Estatística – Censos em Portugal de 1864 a 2011. [Internet], 2009-2014. [cited 17 nov. 2023]. Available from: <https://censos.ine.pt>.
- (47) Woodford HJ, George J. Cognitive assessment in the elderly: a review of clinical methods. *QJM* 2007;100(8):469-484. doi:10.1093/qjmed/hcm051.
- (48) Folstein MS, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J of Psych. Research*. 1975; 12(3):189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6.
- (49) Santana I, Duro D, Lemos R, Costa V, Pereira M, Simões MR, Freitas S. Mini-Mental State Examination: Avaliação dos Novos Dados Normativos no Rastreio e Diagnóstico do Défice Cognitivo. *Acta Med Port* 2016 Apr;29(4):240-248. doi:10.20344/amp.6889.
- (50) Guerreiro MP, Botelho MA, Leitão O, Garcia C. Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Ver Port Neurol*. 1994; 1:9-10.
- (51) Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Med J*. 1965;14:61-5.
- (52) Simões AL, Ferreira PL, Dourado M. Medição da autonomia em atividades da vida diária. *Portuguese Journal of Public Health* 2019; 36(1):9-15. doi: 10.1159/000492139.

- (53) Sousa CN, Peixoto MJ, Salazar B. Medidas de Avaliação do Autocuidado. In: Escola Superior de Enfermagem do Porto, Autocuidado : Um Foco Central da Enfermagem (pp. 51-58). 1ª ed. Porto. ESEP. 2021. doi: 10.48684/rwto-2077.
- (54) Araújo, F, Pais-Ribeiro JL, Oliveira A, Pinto C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Rev Port Saúde Pública. 2007;2:59-66.
- (55) Azeredo Z, Matos E. Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa. 2003 Jan;8(4):199-204.
- (56) Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leiver VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1982-1983;17(1):37-49. doi: 10.1016/0022-3956(82)90033-4.
- (57) Yesavage JA, Sheik JL. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol. 1986; 5(1-2):165-173. doi: 10.1300/J018v05n01\_09.
- (58) Apóstolo JLA. Adaptation into European Portuguese of the geriatric depression scale (GDS-15). Revista de Enfermagem Referência - Suplemento Actas e Comunicações XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem. 2011;II(3 Supl 4): 452.
- (59) Apóstolo JLA, Loureiro LMdJ, Carvalho-dos-Reis IA, Leita-da-Silva IAL, Cardoso DFB, Sfetcu R. Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale -15 para a língua portuguesa. Revista de Enfermagem Referência. 2014;IV(3),65-73. doi: 10.12707/RIV14033.
- (60) Apóstolo JLA, Bobrowicz-Campos EM, Carvalho-dos-Reis IA, Henriques SJ, Correia CAV. Exploring the screening capacity of the European Portuguese version of the 15-item Geriatric Depression Scale. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2018,23(2):99-107. doi: 10.5944/rppc.vol.23.num.2.2018.21050.
- (61) Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. Nutrition Review. 1996;54(1 Pt 2):S59-S65. doi: 10.1111/j.1753-4887.1996.tb03793.x.
- (62) Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto ME, Rolland Y, Guigoz Y, Morley JE, Chumlea W, Salva A, Rubenstein LZ, Garry P. Overview of the MNA - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging. 2006; 10(6):456-465.
- (63) Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront. 2001; 56A(6): M366-377. doi: 10.1093/gerona/56.6.m366.
- (64) Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA) Review of the Literature – What does it tell us? J Nutr Health Aging. 2006; 10(6):466-487.

- (65) Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, Thomas DR, Anthony P, Charlton KE, Maggio M, Tsai AC, Grathwohl D, Vellas B, Sieber CC; MNA-International Group. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF): A practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging*. 2009; 13(9):782-788. doi:10.1007/s12603-009-0214-7.
- (66) Holden MK, Gill KM, Magliozzi M, Nathan J, Piehl-Baker L. Clinical gait assessment in the neurologically impaired: Reliability and meaningfulness. *Phys Ther*. 1984;64(1):35-40. doi: 10.1093/ptj/64.1.35.
- (67) Holden MK, Gill KM, Magliozzi MR. Gait assessment for neurologically impaired patients: Standards for outcome assessment. *Phys Ther* 1986;66(10):1530-1539.
- (68) Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*. 1991;39(2):142-148. doi: 10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x.
- (69) DGS. Norma nº 008/2019: Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Lisboa, Portugal: Direção-Geral de Saúde (DGS); 2019.
- (70) Bischoff HA, Stähelin HB, Monsch AU, Iversen MD, Weyh A, Dechend M, Akos R, Conzelmann M, Dick W, Theiler R. Identifying a cut-off point for normal mobility: a comparison of the timed 'up and go' test in community-dwelling and institutionalised elderly women. *Age Ageing*. 2003;32(3):315-320. doi: 10.1093/ageing/32.3.315
- (71) Marôco J. Análise Estatística com o SPSS Statistics. 6ª ed. Lisboa: Pêro Pinheiro: ReportNumber, 2014.
- (72) Jones RW. Drug treatment for people with dementia. *Clin Med (Lond)*. 2011 Feb;11(1):67-71. doi: 10.7861/clinmedicine.11-1-67.
- (73) DGS. Portugal: Saúde Mental em Números 2015 - Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa, Portugal: Direção-Geral de Saúde (DGS); 2016.
- (74) Stonkute D, Lorenti A, Spijker J. Educational Disparities in Disability-Free Life Expectancy across Europe: A Focus on the East-West Gaps from a Gender Perspective. MPIDR Working Paper WP 2023-028, May 2023. doi: 10.4054/MPIDR-WP-2023-028.
- (75) Alladi S, Bak TH, Duggirala V, Surampudi B, Shailaja M, Shukla AK, Chaudhuri JR, Kaul S. Bilingualism delays age at onset of dementia, independent of education and immigration status. *Neurology*. 2013;81(22):1938-1944. doi: 10.1212/01.wnl.0000436620.33155.a4.
- (76) Craik FI, Bialystok E, Freedman M. Delaying the onset of Alzheimer disease: bilingualism as a form of cognitive reserve. *Neurology*. 2010;75(19):1726-1729. doi: 10.1212/WNL.ob013e3181fc2a1c.
- (77) Hasselgren C, Ekbrand H, Halleröd B, Mellqvist Fässberg M, Zettergren A, Johansson L, Skoog I, Dellve L. Sex differences in dementia: on the potentially mediating effects of educational attainment and experiences of psychological

- distress. *BMC Psychiatry*. 2020 Sep 4;20(1):434. doi: 10.1186/s12888-020-02820-9.
- (78) Sundström A, Westerlund O, Kotyrlo E. Marital status and risk of dementia: a nationwide population-based prospective study from Sweden. *BMJ Open*. 2016 Jan 4;6(1):e008565. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008565.
- (79) Liu H, Zhang Z, Choi SW, Langa KM. Marital Status and Dementia: Evidence from the Health and Retirement Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2020 Sep 14;75(8):1783-1795. doi: 10.1093/geronb/gbz087.
- (80) Contador I, Bermejo-Pareja F, Puertas-Martin V, Benito-Leon J. Childhood and Adulthood Rural Residence Increases the Risk of Dementia: NEDICES Study. *Curr Alzheimer Res*. 2015;12(4):350-357. doi: 10.2174/1567205012666150324181327.
- (81) Harris ML, Bennion E, Magnusson KR, Howard VJ, Wadley VG, McClure LA, Levine DA, Manly JJ, Avila JF, Glymour MM, Wisco JJ, Thacker EL. Rural versus Urban Residence in Adulthood and Incident Cognitive Impairment. *Neuroepidemiology*. 2023;57(4):218-228. doi: 10.1159/000530961.
- (82) Onder G, Liperoti R, Fialova D, Topinkova E, Tosato M, Danese P, Gallo PF, Carpenter I, Finne-Soveri H, Gindin J, Bernabei R, Landi F. Polypharmacy in Nursing Home in Europe: Results From the SHELTER Study, *The Journals of Gerontology* 2012; 67A(6): 698–704. doi: 10.1093/gerona/glr233.
- (83) Ferreira AR, Martins S, Fernandes L. Comorbidity and polypharmacy in elderly living in nursing homes. *European Psychiatry* 2016; 33: S471-S472. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.01.1720.
- (84) Marques A, Rocha V, Pinto M, Sousa L, Figueiredo D. Comorbidities and medication intake among people with dementia living in long-term care facilities. *Rev Port Saúde Pública*. 2015;33(1):42–48. doi: 10.1016/j.rpsp.2014.07.005.
- (85) Gordon AL, Franklin M, Bradshaw L, Logan P, Elliott R, Gladman JRF. Health status of UK care home residents: a cohort study, *Age and Ageing* 2014, 43(1): 97–103. doi: 10.1093/ageing/aft077.
- (86) Clague F, Mercer SW, McLean G, Reynish E, Guthrie B. Comorbidity and polypharmacy in people with dementia: insights from a large, population-based cross-sectional analysis of primary care data, *Age and Ageing* 2017; 46(1): 33–39. doi: 10.1093/ageing/afw176.
- (87) Zhao M, Chen Z, Xu T, Fan P, Tian F. Global prevalence of polypharmacy and potentially inappropriate medication in older patients with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Front. Pharmacol* 2023; 14:1221069. doi: 10.3389/fphar.2023.1221069.

- (88) Frade J, Barbosa P, Cardoso S, Nunes C. Depression in the elderly: symptoms in institutionalised and non-institutionalised individuals. *Revista de Enfermagem Referência* 2015; IV(4):41-48. doi: 10.12707/RIV14030.
- (89) Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *International Psychogeriatrics* 2010; 22(7):1025-1039. doi: 10.1017/S1041610210000608.
- (90) Camacho-Conde JA, Galán-López JM. Depression and Cognitive Impairment in Institutionalized Older Adults. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2020;49(1):107-120. doi: 10.1159/000508626.
- (91) Ulbricht CM, Rothschild AJ, Hunnicutt JN, Lapane KL. Depression and cognitive impairment among newly admitted nursing home residents in the USA. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2017;32(11):1172-1181. doi: 10.1002/gps.4723.
- (92) Enache D, Winblad B, Aarsland D. Depression in dementia: epidemiology, mechanisms, and treatment. *Curr Opin Psychiatry.* 2011;24(6):461-472. doi: 10.1097/YCO.obo13e32834bb9d4.
- (93) Burke WJ, Houston MJ, Boust SJ, Roccaforte WH. Use of the Geriatric Depression Scale in dementia of the Alzheimer type. *J Am Geriatr Soc.* 1989;37(9):856-860. doi: 10.1111/j.1532-5415.1989.tb02266.x.
- (94) Brown EL, Raue P, Halpert KD, Adams S, Titler MG. Detection of depression in older adults with dementia. *J Gerontol Nurs.* 2009;35(2):11-15. doi: 10.3928/00989134-20090201-08.
- (95) de Sousa RD, Rodrigues AM, Gregório MJ, Branco JDC, Gouveia MJ, Canhão H, Dias SS. Anxiety and Depression in the Portuguese Older Adults: Prevalence and Associated Factors. *Front Med (Lausanne).* 2017;4:196. doi: 10.3389/fmed.2017.00196.
- (96) Gonçalves-Pereira M, Prina AM, Cardoso AM, da Silva JA, Prince M, Xavier M; 10/66 Workgroup in Portugal. The prevalence of late-life depression in a Portuguese community sample: A 10/66 Dementia Research Group study. *J Affect Disord.* 2019;246:674-681. doi: 10.1016/j.jad.2018.12.067.
- (97) Cai H, Jin Y, Liu R, Zhang Q, Su Z, Ungvari GS, Tang YL, Ng CH, Li XH, Xiang YT. Global prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis of epidemiological surveys. *Asian J Psychiatry.* 2023;80:103417. doi: 10.1016/j.ajp.2022.103417.
- (98) Zenebe Y, Akele B, W/Selassie M, Necho M. Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis. *Ann Gen Psychiatry.* 2021;20(1):55. doi: 10.1186/s12991-021-00375-x.
- (99) Chang-Quan H, Zheng-Rong W, Yong-Hong L, Yi-Zhou X, Qing-Xiu L. Education and risk for late life depression: a meta-analysis of published literature. *Int J Psychiatry Med.* 2010;40(1):109-124. doi: 10.2190/PM.40.1.i.

- (100) Curran E, Rosato M, Cooper J, Mc Garrigle CA, Leavey G. Symptom profiles of late-life anxiety and depression: The influence of migration, religion and loneliness. *Depress Anxiety*. 2019;36(9):824-833. doi: 10.1002/da.22893.
- (101) Yan XY, Huang SM, Huang CQ, Wu WH, Qin Y. Marital status and risk for late life depression: a meta-analysis of the published literature. *J Int Med Res*. 2011;39(4):1142-1154. doi: 10.1177/147323001103900402.
- (102) Gold SM, Köhler-Forsberg O, Moss-Morris R, Mehnert A, Miranda JJ, Bullinger M, Steptoe A, Whooley MA, Otte C. Comorbid depression in medical diseases. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6(1):69. Published 2020 Aug 20. doi: 10.1038/s41572-020-0200-2.
- (103) Fermento C, Martins R, Campos S. Investimento pessoal e independência funcional: estudo dos níveis e dos determinantes num grupo de idosos. *Servir* 2019, 60(1-2), 75–83. doi: 10.48492/serviro21-2.24496.
- (104) Cipriani G, Danti S, Picchi L, Nuti A, Fiorino MD. Daily functioning and dementia. *Dement Neuropsychol*. 2020;14(2):93-102. doi: 10.1590/1980-57642020dn14-020001.
- (105) Barberger-Gateau P, Peres K, Lagalaye L, Nikulin M, Andrieu S, Alioum A. Dementia and loss of functional autonomy in the elderly. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*. 2005;36(1):69-76.
- (106) Brown TG, Joliffe L, Fielding L. Is the Mini Mental Status Examination (MMSE) Associated with Inpatients' Functional Performance? *Phys Occup Ther Geriatr*. 2014;32(3):228-240. doi: 10.3109/02703181.2014.931504.
- (107) Fayemendy P, Mabiama G, Vernier T, Massoulard-Gainant A, Villemonteix C, Desport JC, Jésus P. Nutritional status, dementia, and mobility among nursing home's residents: First exhaustive cross-sectional study in Limousin territory (France). *PLoS ONE*. 2021;16(4):e0250595. doi: 10.1371/journal.pone.0250595.
- (108) Caçador C, Teixeira-Lemos E, Martins SO, Ramos F. The Role of Nutritional Status on Polypharmacy, Cognition, and Functional Capacity of Institutionalized Elderly: A Systematic Review. *Nutrients*. 2021;13(10):3477. doi: 10.3390/nu13103477.
- (109) Pereira MLAS, Moreira PdA, de Oliveira CC, Roriz AKC, Amaral MTR, Mello AL, Ramos LB. Nutritional status of institutionalized elderly Brazilians: a study with the Mini Nutritional Assessment. *Nutr Hosp*. 2014;31(3):1198-1204. doi: 10.3305/nh.2015.31.3.8070.
- (110) Perry E, Walton K, Lambert K. Prevalence of Malnutrition in People with Dementia in Long-Term Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 2023 Jun 28;15(13):2927. doi: 10.3390/nu15132927.
- (111) Donoghue OA, Horgan NF, Savva GM, Cronin H, O'Regan C, Kenny RA. Association between timed up-and-go and memory, executive function, and

- processing speed. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(9):1681–6. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04120.x.
- (112) McGough EL, Kelly VE, Logsdon RG, McCurry SM, Cochrane BB, Engel JM, Teri L. Associations between physical performance and executive function in older adults with mild cognitive impairment: gait speed and the Timed “Up & Go” Test. *Phys Ther.* 2011;91: 1198 –1207. doi: 10.2522/ptj.20100372.
- (113) Demnitz N, Esser P, Dawes H, Valkanova V, Johansen-Berg H, Ebmeier KP, Sexton C. A systematic review and meta-analysis of cross-sectional studies examining the relationship between mobility and cognition in healthy older adults. *Gait Posture.* 2016; 50:164-174. doi: 10.1016/j.gaitpost.2016.08.028.
- (114) Sverdrup K, Bergh S, Selbæk G, Røen I, Kirkevold Ø, Tangen GG. Mobility and cognition at admission to the nursing home - a cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 2018;18(1):30. doi: 10.1186/s12877-018-0724-4.
- (115) Shaughnessy KA, Hackney KJ, Clark BC, Kraemer WJ, Terbizan DJ, Bailey RR, McGrath R. A Narrative Review of Handgrip Strength and Cognitive Functioning: Bringing a New Characteristic to Muscle Memory. *J Alzheimers Dis.* 2020;73(4):1265-1278. doi: 10.3233/JAD-190856.
- (116) Santana RS, Abreu DCC de, Porto JM, Batista TSC, Cerqueira TCF, Costa Neto M de S, Tofani PS. Association of the cognition with grip strength and functional clinical tests in community-dwelling older adults. *Research, Society and Development.* 2022;11(9):e41411932002. doi: 10.33448/rsd-v11i9.32002.
- (117) Lee S, Oh JW, Son NH, Chung W. Association between Handgrip Strength and Cognitive Function in Older Adults: Korean Longitudinal Study of Aging (2006-2018). *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Jan 18;19(3):1048. doi: 10.3390/ijerph19031048.
- (118) Mendes J, Amaral TF, Borges N, Santos A, Padrão P, Moreira P, Afonso C, Negrão R. Handgrip strength values of Portuguese older adults: a population based study. *BMC Geriatr.* 2017 Aug 23;17(1):191. doi: 10.1186/s12877-017-0590-5.
- (119) Amaral CA, Amaral TLM, Monteiro GTR, Vasconcellos MTL, Portela MC. Hand grip strength: Reference values for adults and elderly people of Rio Branco, Acre, Brazil. *PLoS One.* 2019 Jan 31;14(1):e0211452. doi: 10.1371/journal.pone.0211452.
- (120) Pedrero-Chamizo R, Albers U, Tobaruela JL, Meléndez A, Castillo MJ, González-Gross M. Physical strength is associated with Mini-Mental State Examination scores in Spanish institutionalized elderly. *Geriatr Gerontol Int.* 2013 Oct;13(4):1026-34. doi: 10.1111/ggi.12050.

# Anexo I

## Parecer da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior



comissaodeetica@ubi.pt  
Convento de Santo António  
6201-001 Covilhã | Portugal

### Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2023-048-ID1851

Na sua reunião de 17 de outubro de 2023, a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto "**O Perfil do Utente Residente em ERPis no Concelho do Sabugal**", da proponente **Maria da Assunção Morais e Cunha Vaz Patto**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2023-048.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, sendo de parecer que o estudo em causa pode ser **aprovado**.

Covilhã e UBI

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por : **AMÉLIA MARIA MONTEIRO  
FERNANDES NUNES**  
Num. de Identificação: BI102417849  
Data: 2023.10.26 10:17:36+01'00'



(Professora Doutora Amélia Maria Monteiro Fernandes Nunes)

(Professora Auxiliar)

## **Anexo II**

### **Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas do concelho do Sabugal (n=21)**

1. Lar da Associação Cultural, Desportiva e Humanitária de Pousafoles do Bispo
2. Lar da Associação de Solidariedade Social de Malcata (Polos 1 e 2)
3. Lar da Liga dos Amigos de Aldeia de Santo António
4. Lar da Santa Casa da Misericórdia da Bismula
5. Lar da Santa Casa da Misericórdia do Soito
6. Lar do Centro Social de Rapoula do Côa
7. Lar do Centro Social e Paroquial de São José de Vale de Espinho
8. Lar Imaculada Conceição da Liga dos Amigos de Santo Estêvão
9. Lar Nossa Senhora das Neves do Centro Social de Lageosa da Raia
10. Lar Nossa Senhora dos Prazeres da Casa do Povo de Aldeia Velha
11. Lar Rainha Santa Isabel da Santa Casa da Misericórdia de Alfaiates
12. Lar Rainha Santa Isabel da Santa Casa da Misericórdia do Sabugal
13. Lar Santa Catarina da Associação Social, Cultural e Desportiva da Rebolosa
14. Lar Santa Eufêmia do Centro Social de Quadrazais
15. Lar Santa Luzia da Casa do Povo da Bendada
16. Lar Santo Antão do Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora dos Milagres de Aldeia do Bispo
17. Lar Santo Cristo da Associação Amigos de Aldeia da Ponte
18. Lar Santo Cristo da Associação Social de Idosos do Divino Santo Cristo da Nave
19. Lar São Lázaro da Associação Social de São Lázaro de Vila do Touro
20. Lar São Pedro da Comissão de Melhoramentos de Fóios
21. Lar São Salvador da Associação do Lar e Centro de Dia de São Salvador do Casteleiro

# Anexo III

## Inquérito

### O PERFIL DO IDOSO RESIDENTE EM ERPI NO CONCELHO DO SABUGAL QUESTIONÁRIO UTENTES

#### I. INQUÉRITO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** Feminino \_\_\_ Masculino \_\_\_

**Naturalidade:** \_\_\_\_\_

**Residência:** \_\_\_\_\_

**Ex-Emigrante:** Sim \_\_\_ Não \_\_\_ Se sim, onde? \_\_\_\_\_

**Escolaridade:** Analfabeto(a) \_\_\_ Sabe ler e escrever \_\_\_ 1º Ciclo \_\_\_ 2º Ciclo \_\_\_  
3º Ciclo \_\_\_ Ensino secundário \_\_\_ Curso Superior \_\_\_

**Profissão:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:** Solteiro \_\_\_ Casado(a)/União de facto \_\_\_ Divorciado(a)/Separado  
\_\_\_ Viúvo(a) \_\_\_ Se viúvo, há quanto tempo? \_\_\_\_\_

**Religião:** \_\_\_\_\_

#### II. INSTITUCIONALIZAÇÃO

**Data de admissão na ERPI:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

##### Porque veio para o Lar?

- Incapacidade Cognitiva [Ex. Deterioração cognitiva; Demência; Sintomas depressivos; Problemas psiquiátricos]
- Incapacidade Física [Ex. Limitações de mobilidade; Falta de autonomia funcional; Menor participação nas AVD; Maior número de doenças e lesões; Doenças crónicas; Incontinência]
- Condições socioeconómicas e afetivas [Ex. Idade mais avançada; Sexo feminino; Estado civil (solteiro ou viúvo); Morar sozinho; Ausência de apoio social; Sem filhos/Não ter família; Indisponibilidade dos filhos/familiares; Rede social pobre; Conflitos familiares; Baixos rendimentos; Falta de condições da habitação própria; Sentir-se só]
- Outros motivos.

**De quem partiu a decisão da sua entrada no Lar?**

- Do próprio(a)
- Filhos
- Cônjuge
- Outros familiares
- Assistente Social
- Outros; Quem? \_\_\_\_\_

**Como descreve o seu relacionamento familiar antes da institucionalização?**

- Bom relacionamento e convivência intensa
- Bom relacionamento e convivência esporádica
- Relacionamento com conflitos eventuais
- Relacionamento com conflitos constantes

**Percepção sobre os rendimentos auferidos:**

- Permite viver sem preocupações
- Permite viver razoavelmente
- Permite cobrir principais necessidades
- Permite viver com dificuldades
- Insuficiente para viver

**Necessidade de apoio de terceiros para pagamento da Instituição:**

- Sim
- Não
- Não sabe

**Apoio social recebido antes da institucionalização?** (Ex. centro de dia, casa de familiares, empregados domésticos; vizinhos; serviço de apoio ao domicílio)

- Sim
- Não
- Não sabe

**Como descreve o seu processo de adaptação ao Lar?**

- Fácil
- Razoável
- Difícil

**Que tipo de atividades extralaborais realizava antes da institucionalização?**

(Ex. caça, pesca, escultura, olaria, carpintaria, outro)

---

Com que frequência? \_\_\_\_\_

### III. ESTADO DE SAÚDE FÍSICA

**Patologias Crônicas:** \_\_\_\_\_

**Histórico Cirúrgico:** \_\_\_\_\_

**Nº de internamentos no último ano:** \_\_\_\_\_

**Nº de vezes que recorreu ao SU no último ano:** \_\_\_\_\_

Quantos episódios de SU se deveram a agudização de patologia crônica? \_\_\_\_\_

Data do último internamento/recurso ao SU: \_\_\_\_\_

**Quantos ciclos de antibioterapia realizou no último ano?** \_\_\_\_\_

**Medicação habitual:** \_\_\_\_\_

**OLD/ VNI:** Sim OLD \_\_\_\_ Sim VNI \_\_\_\_ Não ambas \_\_\_\_

**SNG:** Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

**Alimentação parentérica:** Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

**Estoma:** Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

**Quantas horas por dia passa sentado/a?** \_\_\_\_\_

**Mobilidade:** Independente: \_\_\_\_ Dependente: \_\_\_\_

Precisa de ajuda de 2ª pessoa: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Usa auxiliar de marcha: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Acamado totalmente: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

**Quedas:** Caiu no último ano? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Se sim, porque motivo ocorreu a queda? \_\_\_\_\_

Se sim, local: \_\_\_\_\_

Se sim, consequências?

\_\_\_\_ Sem sequelas

\_\_\_\_ Sequelas sem alterações na marcha e/ou mobilidade

\_\_\_\_ Sequelas com alterações na marcha e/ou mobilidade

#### **Hábitos:**

- Tabágicos: Passados Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ | Presentes Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_;

Se sim, quantos cigarros/dia? \_\_\_\_\_

- Etilícos: Passados Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ | Presentes Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_;

Se sim, quantificar \_\_\_\_\_

### **Autopercepção sobre o Estado de Saúde:**

- Excelente \_\_\_\_
- Muito Bom \_\_\_\_
- Bom \_\_\_\_
- Razoável \_\_\_\_
- Mau \_\_\_\_
- Muito Mau \_\_\_\_

**Considera que a sua saúde poderia melhorar?** Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

### **IV. ESTADO FUNCIONAL E SOCIAL**

**Número de filhos?** \_\_\_\_ **Número de netos?** \_\_\_\_

**Realiza algum tipo de atividade:** Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_;

Se sim, quais? \_\_\_\_\_

Se sim, com que frequência? \_\_\_\_\_

**Visitas desde o início do ano?** Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Se sim, com que frequência? \_\_\_\_\_

Se sim, por quem? \_\_\_\_\_

**Contactos?** Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Se sim, com que frequência? \_\_\_\_\_

Se sim, por quem? \_\_\_\_\_

**Saídas da instituição por vontade do próprio?** Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

### **V. ESCALAS DE AVALIAÇÃO GERIÁTRICA**

#### **A) MINI-MENTAL STATE EXAMINATION**

##### **a. Orientação** (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? opts \_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_

Em que mês estamos? opts \_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_

Em que dia do mês estamos? opts \_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_

Em que dia da semana estamos? opts \_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_

Em que estação do ano estamos? opts \_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_

Em que país estamos? opts \_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_

Em que distrito vive? opts \_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_

Em que terra vive? opts \_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_

Em que casa estamos? opts \_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_

Em que andar estamos? opts \_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_

**b. 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: opts \_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_; Gato opts \_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_; Bola: opts \_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_.

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

*“Agora peço-lhe que me diga quanto é 30 menos 3 e depois ao número respondido volte a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar.”*

27 - opts \_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_

24 - opts \_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_

21 - opts \_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_

18 - opts \_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_

15 - opts \_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_

**d. Evocação** (1 ponto por cada resposta correta)

*“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”:*

Pêra - opts \_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_; Gato - opts \_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_; Bola - opts \_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_

**e. Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta)

*“Como se chama isto?”* (mostrar os objectos):

Relógio: opts \_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_

Lápis: opts \_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_

*“Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”:* opts \_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_

*“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: opts \_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_

Dobra ao meio: opts \_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_

Coloca onde deve: opts \_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_

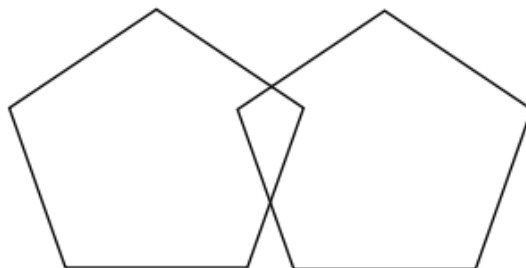
*“Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”* (mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto lê-se a frase):

Fechou os olhos: opts \_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_

“Escreva uma frase inteira aqui”. (deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação): opts \_\_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_\_

**f. Capacidade 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. Copia o desenho corretamente: opts \_\_\_\_\_ 1pt \_\_\_\_\_



**TOTAL:** \_\_\_\_\_ (máximo 30 pontos)

**Cut-Off Points:** Analfabetos: ≤15 pontos; 1 a 11 anos de escolaridade: ≤22 pontos; escolaridade superior a 11 anos: ≤27 pontos.

**B) ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA: VERSÃO REDUZIDA**

		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1	Está satisfeito com a sua vida?	0	1
2	Abandonou muitos dos seus interesses e actividades?	1	0
3	Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
8	Sente-se frequentemente abandonado/desamparado?	1	0
9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	0
11	Actualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Sente-se inútil?	1	0
13	Sente-se cheio de energia?	0	1
14	Sente-se sem esperança?	1	0
15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1	0

**Cut-Off Points:** Sem depressão: 0-5 pontos; Depressão ligeira: 6-10 pontos; Depressão grave: 11-15 pontos.

### C) ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO

Discorda completamente	Discorda fortemente	Discorda parcialmente	Não tem opinião	Concorda parcialmente	Concorda fortemente	Concorda completamente
1	2	3	4	5	6	7

	1	2	3	4	5	6	7
1. Há uma pessoa especial que se encontra próximo quando necessito.							
2. Há uma pessoa especial com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.							
3. A minha família tenta ajudar-me verdadeiramente.							
4. Tenho a ajuda emocional e o apoio que necessito da minha família.							
5. Tenho uma pessoa que é verdadeiramente uma fonte de conforto para mim.							
6. Os meus amigos realmente procuram ajudar-me.							
7. Posso contar com os meus amigos quando algo corre mal.							
8. Posso falar dos meus problemas com a minha família.							
9. Tenho amigos com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.							
10. Há uma pessoa especial na minha vida que se preocupa com os meus sentimentos.							
11. A minha família está disponível para me ajudar a tomar decisões.							
12. Posso falar dos meus problemas com os meus amigos.							
<p>Para obter a pontuação da subescala do outro significativo: somar as pontuações das alíneas 1), 2), 5) e 10) e dividir por 4; Para obter a pontuação da subescala da família: somar as pontuações das alíneas 3), 4), 8) e 11) e dividir por 4; Para obter a pontuação da subescala dos amigos: somar as pontuações das alíneas 6), 7), 9) e 12) e dividir por 4; Para obter a pontuação total: somar as pontuações das 12 alíneas e dividir por 12.</p> <p style="text-align: center;"><b>Pontuação Total:</b> Baixo suporte: 1 - 2.9 pontos Médio suporte: 3 - 5 pontos Elevado suporte: 5.1 - 7 pontos</p>							

Pontuação da subescala do outro significativo	
Pontuação da subescala da família	
Pontuação da subescala dos amigos	
<b>Pontuação total</b>	

#### D) ESCALA DOLOPLUS

<b>REPERCUSSÃO SOMÁTICA</b>		
1. Queixas somáticas	Ausência de queixas	0
	Queixas apenas quando há solicitação	1
	Queixas espontâneas ocasionais	2
	Queixas espontâneas contínuas	3
2. Posições antálgicas em repouso	Ausência de posição antálgica	0
	O indivíduo evita certas posições de forma ocasional	1
	Posição antálgica permanente e eficaz	2
	Posição antálgica permanente ineficaz	3
3. Proteção de zonas dolorosas	Ausência de proteção	0
	Proteção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados	1
	Proteção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados	2
	Proteção em repouso, na ausência de qualquer solicitação	3
4. Expressão facial	Mímica habitual	0
	Mímica que parece exprimir dor quando há solicitação	1
	Mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação	2
	Mímica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (atona, rígida, olhar vazio)	3
5. Sono	Sono habitual	0
	Dificuldade em adormecer	1
	Despertar frequente (agitação motora)	2
	Insónia com repercussão nas fases de despertar	3
<b>REPERCUSSÃO PSICOMOTORA</b>		
6. Higiene e/ou vestir	Capacidades habituais conservadas	0
	Capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução, mas completas)	1

	Capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais	2
	Higiene e /ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa	3
7. Movimento	Capacidades habituais conservadas	0
	Capacidades habituais ativas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)	1
	Capacidades habituais ativas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)	2
	Movimentos impossível; qualquer mobilização suscita oposição	3
<b>REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL</b>		
8. Comunicação	Sem alteração	0
	Intensificada (o individuo chama a atenção de modo não habitual)	1
	Diminuída (o individuo isola-se)	2
	Ausência ou recusa de qualquer comunicação	3
9. Vida social	Participação habitual nas diferentes atividades (refeições, atividades recreativas, ateliers terapêuticos, ...)	0
	Participação nas diferentes atividades apenas quando há solicitação	1
	Recusa parcial da participação nas diferentes atividades	2
	Recusa de qualquer tipo de vida social	3
10. Alterações do comportamento	Comportamento habitual	0
	Alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas	1
	Alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes	2
	Alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)	3
	<b>PONTUAÇÃO</b>	

## E) ESCALA DE LAWTON E BRODY

### **1 - Utilização do telefone**

- 1** Utiliza o telefone por iniciativa própria
- 1** É capaz de marcar bem alguns números familiares
- 1** É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar
- 0** Não é capaz de usar o telefone

### **2 - Fazer compras**

- 1** Realiza todas as compras necessárias independentemente
- 0** Realiza independentemente pequenas compras
- 0** Necessita de ir acompanhado para fazer qualquer compra

- É totalmente incapaz de comprar

### **3 - Preparação das refeições**

- Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente
- Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos
- Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada
- Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições

### **4 - Tarefas domésticas**

- Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)
- Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama
- Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza
- Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
- Não participa em nenhuma tarefa doméstica

### **5 - Lavagem da roupa**

- Lava sozinho toda a sua roupa
- Lava sozinho pequenas peças de roupa
- A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros

### **6 - Utilização de meios de transporte**

- Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro
- É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte
- Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado
- Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros
- Não viaja

### **7 - Manejo da medicação**

- É capaz de tomar a medicação à hora e dose correctas
- Toma a medicação se a dose é preparada previamente
- Não é capaz de administrar a sua medicação

### **8 - Responsabilidade de assuntos financeiros**

- Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho
- Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco
- Incapaz de manusear o dinheiro

**TOTAL:** \_\_\_\_

Mulher	Escala de Lawton e Brody	Homem
0-1	Dependência total	0
2-3	Dependência grave	1
4-5	Dependência moderada	2-3
6-7	Dependência ligeira	4
8	Independente	5

## F) ÍNDICE DE BARTHEL

### **Categoria 1: Alimentação**

- 0. Dependente
- 5. Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)
- 10. Independente

### **Categoria 2: Transferências**

- 0. Dependente, não tem equilíbrio sentado
- 5. Necessita de ajuda, mas consegue sentar-se
- 10. Precisa de alguma ajuda
- 15. Independente

### **Categoria 3: Toalete**

- 0. Dependente, necessita de alguma ajuda
- 5. Independente a fazer a barba, a lavar a cara e a lavar os dentes

### **Categoria 4: Utilização do WC**

- 0. Dependente
- 5. Precisa de alguma ajuda
- 10. Independente

### **Categoria 5: Banho**

- 0. Dependente, necessita de alguma ajuda
- 5. Toma banho (entra e sai sem ajuda)

### **Categoria 6: Mobilidade**

- 0. Imóvel
- 5. Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas
- 10. Caminha menos de 50 metros com pouca ajuda

15. Caminha 50 metros sem ajuda ou supervisão (pode usar ortoses)

**Categoria 7: Subir e descer escadas**

- 0. Dependente
- 5. Precisa de ajuda
- 10. Independente, com ou sem ajudas técnicas

**Categoria 8: Vestir**

- 0. Impossível
- 5. Com ajuda
- 10. Independente

**Categoria 9: Controlo intestinal**

- 0. Incontinente ou precisa de clisteres
- 5. Acidente ocasional
- 10. Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositórios ou similar

**Categoria 10: Controlo urinário**

- 0. Incontinente ou algaliado sendo incapaz de manejar a algalia sozinho
- 5. Acidente ocasional (max 1x por semana)
- 10. Controla perfeitamente mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algalia sozinho

**TOTAL:** \_\_\_\_

**Cut-Off Points:**

- 100 pontos - independência
- 91 a 99 pontos - dependência muito leve
- 61 a 90 pontos - dependência moderada
- 21 a 60 pontos - dependência grave
- 0 a 20 pontos - dependência total

**G) MINI-NUTRITIONAL ASSESSMENT**

(Responda à secção “Triagem”, preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção “Triagem”. Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição)

## **1 - TRIAGEM**

**A.** Nos últimos três meses houve diminuição da ingesta alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

0= diminuição grave da ingesta

1 = diminuição moderada da ingesta

2=sem diminuição da ingesta

**B.** Perda de peso nos últimos 3 meses?

0 = superior a três quilos

1= não sabe informar

2= entre um e três quilos

3= sem perda de peso

**C.** Mobilidade

0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas

1 = deambula mas não é capaz de sair de casa

2= normal

**D.** Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

0= sim

2 = não

**E.** Problemas neuropsicológicos?

0= demência ou depressão graves

1= demência ligeira

2= sem problemas psicológicos

**F.** Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m<sup>2</sup>])

0 = IMC < 19

1 = 19 < IMC < 21

2 = 21 < IMC < 23

3 = IMC > 23

**Pontuação da Triagem** (subtotal, máximo de 14 pontos): \_\_\_\_\_

(12-14 pontos: estado nutricional normal

8-11 pontos: sob risco de desnutrição

0-7 pontos: desnutrido)

## **2-AVALIAÇÃO GLOBAL**

**G.** O doente vive na sua própria casa? (não em instituição geriátrica ou hospital)

1 = sim

0 = não

**H.** Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

0 = sim

1 = não

**I.** Lesões de pele ou escaras?

0 = sim

1 = não

**J.** Quantas refeições faz por dia?

0 = uma refeição

1 = duas refeições

2 = três refeições

**K.** O doente consome:

• pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)?

• duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos?

• carne, peixe ou aves todos os dias?

0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»

0.5 = duas respostas «sim»

1.0 = três respostas «sim»

**L.** O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?

0 = não

1 = sim

**M.** Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?

0.0 = menos de três copos

0.5 = três a cinco copos

1.0 = mais de cinco copos

**N.** Modo de se alimentar

0 = não é capaz de se alimentar sozinho

1=alimenta-se sozinho, porém com dificuldade

2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade

**O.** O doente acredita ter algum problema nutricional?

0 = acredita estar desnutrido

1 = não sabe dizer

2 = acredita não ter um problema nutricional

**P.** Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?

0.0 = pior

0.5 = não sabe

1.0 = igual

2.0 = melhor

**Q.** Perímetro braquial (PB) em cm

0.0 =  $PB < 21$

0.5 =  $21 \leq PB \leq 22$

1.0 =  $PB > 22$

**R.** Perímetro da perna (PP) em cm

0 =  $PP < 31$

1 =  $PP \geq 31$

**Avaliação global** (máximo 16 pontos): \_\_\_\_\_

**Pontuação da triagem:** \_\_\_\_\_

**Pontuação total** (máximo 30 pontos): \_\_\_\_\_

**Cut-Off Points:**

de 24 a 30 pontos: estado nutricional normal

de 17 a 23,5 pontos: sob risco de desnutrição

menos de 17 pontos: desnutrido

**H) CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL DA MARCHA**

Categoria	Descrição
<b>o</b> Marcha ineficaz	O idoso não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura.

<p><b>1</b> Marcha dependente Nível II</p>	<p>O idoso necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação.</p>
<p><b>2</b> Marcha dependente Nível I</p>	<p>O idoso requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação.</p>
<p><b>3</b> Marcha dependente com supervisão</p>	<p>O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas sem ajuda, mas para a sua segurança requer supervisão de uma pessoa.</p>
<p><b>4</b> Marcha independente (superfície plana)</p>	<p>O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos.</p>
<p><b>5</b> Marcha independente</p>	<p>O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas</p>

Tipo de ajuda necessária: \_\_\_\_\_

#### **I) TIMED UP AND GO TEST**

O idoso deverá estar sentado numa cadeira com apoio lateral de braço, com assento colocado entre 44 e 47 cm de altura. Solicita-se ao idoso, que se levante sem se apoiar nas laterais da cadeira, caminhe 3 metros a uma velocidade confortável e segura (por um percurso previamente assinalado no pavimento), rode 180° e retorne ao ponto de partida, para se sentar novamente. O teste termina quando as nádegas tocam o assento da cadeira. O idoso deve usar calçado e auxiliares de marcha habituais.

- ( ) < 10 segundos: sem alterações
- ( ) 10 a 19 segundos: risco moderado
- ( ) 20 segundos ou mais: elevado risco de queda

## J) WHO QUALITY OF LIFE - OLD MODULE

WHOQOL-OLD						
		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1. (F25.1)	As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afetam a sua vida diária?	1	2	3	4	5
2. (F25.3)	As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua capacidade para participar em atividades?	1	2	3	4	5
3. (F25.4)	As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua capacidade para se relacionar com as outras pessoas?	1	2	3	4	5
4. (F26.1)	Sente que tem liberdade para tomar as suas próprias decisões?	1	2	3	4	5
5. (F26.2)	Sente que tem poder para decidir acerca do seu futuro?	1	2	3	4	5
6. (F26.4)	Sente que as outras pessoas respeitam a sua liberdade?	1	2	3	4	5
7. (F29.2)	Está preocupado(a) com o modo como irá morrer?	1	2	3	4	5
8. (F29.3)	Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte?	1	2	3	4	5
9. (F29.4)	Tem medo de morrer?	1	2	3	4	5
10. (F29.5)	Receia sofrer antes de morrer?					
		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
11. (F26.3)	Consegue fazer aquilo que gosta?	1	2	3	4	5

12. (F27.3)	Continua a ter oportunidade para realizar os seus planos na vida?	1	2	3	4	5
13. (F27.4)	Na sua vida tem recebido o reconhecimento que merece?	1	2	3	4	5
14. (F28.4)	Tem atividades suficientes para ocupar o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
15. (F27.5)	Está satisfeito(a) com o que tem alcançado na sua vida?	1	2	3	4	5
16. (F28.1)	Está satisfeito(a) com a forma como ocupa o seu tempo?	1	2	3	4	5
17. (F28.2)	Está satisfeito(a) com o seu envolvimento nas atividades que realiza?	1	2	3	4	5
18. (F28.7)	Está satisfeito(a) com as oportunidades que tem para participar em actividades da comunidade?	1	2	3	4	5
19. (F27.1)	Está satisfeito(a) com o que pode esperar da vida?	1	2	3	4	5
		Muito Mau	Mau	Nem Bom Nem Mau	Bom	Muito Bom
20. (F25.2)	Como avalia o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto)?	1	2	3	4	5
		Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
21. (F30.2)	Sente que tem alguém próximo com quem partilha a sua vida íntima?	1	2	3	4	5
22. (F30.3)	Sente que tem amor na sua vida?	1	2	3	4	5

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
23. (F30.4)	Tem oportunidade para amar alguém?	1	2	3	4	5
24. (F30.7)	Tem oportunidade para se sentir amado(a)?					
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
25. (F31.1)	Está satisfeito(a) com as suas relações familiares?	1	2	3	4	5
26. (F31.2)	Está satisfeito(a) com o apoio que recebe da sua família?					
27. (F31.3)	Está satisfeito(a) com o tempo que passa com os seus familiares?					
		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
28. (F31.4)	Sente que a sua família lhe dá valor?	1	2	3	4	5

### K) UCLA-LONELINESS SCALE

	4	3	2	1
1 - Sente infeliz por fazer muitas coisas sozinho				
2 - Sente que não tem alguém com quem falar				
3 - Sente que tem falta de companhia				
4 - Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse				
5 - Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer				
6 - Não se sente íntimo de qualquer pessoa				
7 - Sente que os que o rodeiam já não compartilham dos seus interesses				
8 - Sente-se abandonado				
9 - Sente-se completamente só				

<b>10</b> - É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam				
<b>11</b> - As suas relações sociais são superficiais				
<b>12</b> - Considera que na realidade ninguém o conhece bem				
<b>13</b> - Sente-se isolado das outras pessoas				
<b>14</b> - Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros				
<b>15</b> - É-lhe difícil fazer amigos				
<b>16</b> - Sente-se posto à margem e excluído das outras pessoas				
<b>TOTAL</b>				
<p>Frequentemente - 4 pontos  Algumas vezes - 3 pontos  Raramente - 2 pontos  Nunca - 1 ponto</p> <p>Um <b>total &gt; 32 pontos</b> é indicativo de sentimentos negativos de solidão.</p>				

### L) FRAIL Scale

**1.** Quanto tempo se sentiu cansado nas últimas 4 semanas?

(Respostas de “1” ou “2” são pontuados como 1 e todas as outras como 0)

( ) 1= O tempo todo

( ) 2 = A maior parte do tempo

( ) 3 = Durante alguma parte do tempo

( ) 4 = Pouco tempo

( ) 5 = Nunca

**2.** Sozinho (a) e sem apoios, tem alguma dificuldade em subir 10 degraus sem descansar? ( ) 1=Sim ( ) 0=Não

**3.** Sozinho (a) e sem apoios, tem alguma dificuldade em caminhar várias centenas de metros? ( ) 1=Sim ( ) 0=Não

**4.** Qual é o seu peso com roupa, mas sem sapatos? [peso atual] \_\_\_\_ Há um ano, em (mês, ano), quanto pesava sem sapatos e com as roupas vestidas? [peso há 1 ano] \_\_\_\_  
Percentagem de variação de peso é calculada como: [(peso há 1 ano – peso atual) / peso há 1 ano] \* 100. ( ) Perda de peso ≥ 5% = 1 ( ) Perda de peso < 5% = 0

5. Para 11 doenças, os participantes são questionados: “Algum médico alguma vez lhe disse que tem [doença]?”

As doenças são:

- hipertensão ( ) 1=Sim ( ) 0=Não
- diabetes ( ) 1=Sim ( ) 0=Não
- cancro (exceto cancro da pele não-melanoma) ( ) 1=Sim ( ) 0=Não
- doença pulmonar crónica ( ) 1=Sim ( ) 0=Não
- enfarte ( ) 1=Sim ( ) 0=Não
- insuficiência cardíaca congestiva ( ) 1=Sim ( ) 0=Não
- angina ( ) 1=Sim ( ) 0=Não
- asma ( ) 1=Sim ( ) 0=Não
- artrite ( ) 1=Sim ( ) 0=Não
- AVC ( ) 1=Sim ( ) 0=Não
- doença renal ( ) 1=Sim ( ) 0=Não

O número total de doenças (0-11) é recodificado como 0 - 4 = 0 e 5 - 11 = 1

**TOTAL:** \_\_\_\_ / 5

**Cut-Off Points:**

0: Sem fragilidade

1 a 2: Risco de Pré-Fragilidade

3 a 5: Risco de Fragilidade

**M) SARC-F QUESTIONNAIRE**

1. Qual é a dificuldade que tem em levantar e carregar 4,5 kg?

Nenhuma = 0

Alguma = 1

Muita ou incapaz = 2

2. Qual é a dificuldade que tem em caminhar ao longo de uma sala?

Nenhuma = 0

Alguma = 1

Muita, usa apoios ou incapaz = 2

3. Qual é a dificuldade que tem em transferir-se de uma cadeira ou de uma cama?

Nenhuma = 0

Alguma = 1

Muita ou incapaz sem ajuda = 2

**4.** Qual é a dificuldade que tem em subir um lanço de 10 escadas?

Nenhuma = 0

Alguma = 1

Muita ou incapaz = 2

**5.** Quantas vezes caiu no último ano?

Nenhuma = 0

1 - 3 quedas = 1

4 ou mais quedas = 2

**TOTAL:** \_\_\_\_\_ (0 a 10 pontos)

Pontuações  $\geq 4$  são sugestivas de sarcopenia e complicações adversas.

### **N) ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH**

As questões a seguir são referentes à sua qualidade de sono apenas durante o mês passado. As suas respostas devem indicar o mais correctamente possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites do último mês. Por favor responda a todas as questões.

**1)** Durante o mês passado, a que horas se deitou à noite na maioria das vezes? Horário de deitar: \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min

**2)** Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) demorou para adormecer na maioria das vezes? Minutos demorou a adormecer:

( ) < ou = 15 minutos ( ) 16 a 30 minutos ( ) 31 a 60 minutos ( ) >60 minutos

**3)** Durante o mês passado, a que horas acordou (levantou) de manhã na maioria das vezes? Horário de acordar: \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min

**4)** Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite dormiu? (pode ser diferente do número de horas que ficou na cama). Horas de noite de sono: \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min

Para cada uma das questões seguintes, escolha uma única resposta, a que lhe pareça mais correta. Por favor, responda a todas as questões.

**5)** Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas para dormir por causa de:

**a)** Demorar mais de 30 minutos para adormecer:

( ) Nunca ( ) Menos de 1x/semana ( ) 1 ou 2x/semana ( ) 3x/semana ou mais

**b)** Acordar ao meio da noite ou de manhã muito cedo:

Nunca  Menos de 1x/semana  1 ou 2x/semana  3x/semana ou mais

**c)** Levantar-se para ir à casa de banho:

Nunca  Menos de 1x/semana  1 ou 2x/semana  3x/semana ou mais

**d)** Ter dificuldade para respirar:

Nunca  Menos de 1x/semana  1 ou 2x/semana  3x/semana ou mais

**e)** Tossir ou ressonar alto:

Nunca  Menos de 1x/semana  1 ou 2x/semana  3x/semana ou mais

**f)** Sentir muito frio:

Nunca  Menos de 1x/semana  1 ou 2x/semana  3x/semana ou mais

**g)** Sentir muito calor:

Nunca  Menos de 1x/semana  1 ou 2x/semana  3x/semana ou mais

**h)** Ter sonhos maus ou pesadelos:

Nunca  Menos de 1x/semana  1 ou 2x/semana  3x/semana ou mais

**i)** Sentir dores:

Nunca  Menos de 1x/semana  1 ou 2x/semana  3x/semana ou mais

**j)** Outra razão, por favor, descreva: \_\_\_\_\_

Quantas vezes teve problemas para dormir por esta razão, durante o mês passado?

Nunca  Menos de 1x/semana  1 ou 2x/semana  3x/semana ou mais

**6)** Durante o mês passado, como classificaria a qualidade do seu sono?

Muito boa  Boa  Má  Muito Má

**7)** Durante o mês passado, tomou algum medicamento para dormir receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar), ou mesmo por sua iniciativa?

Nunca  Menos de 1x/semana  1 ou 2x/semana  3x/semana ou mais

**8)** Durante o mês passado, teve problemas em ficar acordado durante as refeições, ou enquanto conduzia, ou enquanto participava nalguma atividade social?

Nunca  Menos de 1x/semana  1 ou 2x/semana  3x/semana ou mais

**9)** Durante o mês passado, sentiu pouca vontade ou falta de entusiasmo para realizar as suas atividades diárias?

Nunca  Menos de 1x/semana  1 ou 2x/semana  3x/semana ou mais

## VI. EXAME NEUROLÓGICO

### Força:

- Membro Inferior (Vasto-extensão): MRC \_\_\_\_
- *Hand Grip* (com recurso a dinamómetro): \_\_\_\_\_ Kg
- Membro Superior (Mingazzini MS): Positiva \_\_\_\_ Negativa \_\_\_\_

### ESCALA MRC

0	Contração muscular não visível
1	Contração muscular visível com ou sem indício de movimento
2	Movimentos dos membros, mas não em relação à gravidade
3	Movimento do membro contra a gravidade, mas sem resistência
4	Movimento do membro em relação a pelo menos alguma resistência imposta pelo examinador
5	Força normal

### Sensibilidade:

- Álgica (com recurso a um clip; à extremidade distal dos 4 membros): Presente \_\_\_\_ Ausente \_\_\_\_

### Deglutição:

- Autopercepção: Boa \_\_\_\_ Má \_\_\_\_ Não aplicável \_\_\_\_
- Utente consegue beber copo de água: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Não aplicável \_\_\_\_

### Órgãos dos Sentidos:

- Paladar [Autopercepção]: Boa \_\_\_\_ Má \_\_\_\_ Não aplicável \_\_\_\_
- Visão [Prova de contagem dos dedos]: Visão a 1 metro \_\_\_\_ Visão a 3 metros \_\_\_\_ Não aplicável \_\_\_\_
- Audição [Voz ciciada a 33 cm]: Ouve \_\_\_\_ Não ouve \_\_\_\_

### Função Vestibular:

- Teste de Romberg: Positivo \_\_\_\_ Negativo \_\_\_\_ Duvidoso \_\_\_\_ Não aplicável \_\_\_\_
- Reflexos Posturais: Mantidos \_\_\_\_ Diminuídos \_\_\_\_ Não aplicável \_\_\_\_

## VII. AVALIAÇÃO CLÍNICA SUMÁRIA

Pressão Arterial: \_\_\_\_\_ mmHg

### Pulsos Periféricos:

- Radial: Presentes \_\_\_\_\_ Ausentes \_\_\_\_\_
- Maleolar: Presentes \_\_\_\_\_ Ausentes \_\_\_\_\_

**Grau de Desidratação:**

- Sinal de prega cutânea: Presente \_\_\_\_ Ausente \_\_\_\_
- Mucosas: Coradas \_\_\_\_ Descoradas \_\_\_\_ Hidratadas \_\_\_\_ Desidratadas \_\_\_\_

**Glicemia capilar** (em jejum) \_\_\_\_\_ mg/dL**Saturação Periférica de Oxigênio** \_\_\_\_\_ %**Auscultação cardíaca:**

- Rítmico \_\_\_\_ Arrítmico \_\_\_\_
- Com sopro audível \_\_\_\_ Sem sopro audível \_\_\_\_

**Auscultação pulmonar:**

- Normal \_\_\_\_ Anormal \_\_\_\_
- Se anormal, porquê? Consolidação \_\_\_\_ Ruídos Adventícios \_\_\_\_

**Estado Nutricional:**

- Peso: \_\_\_\_\_ Kg
- Peso há 1 ano \_\_\_\_\_ Kg
- Altura: \_\_\_\_\_ m
- IMC: \_\_\_\_\_ Kg/m<sup>2</sup>
- Perímetro abdominal \_\_\_\_\_ cm
- Perímetro cervical \_\_\_\_\_ cm

**Analíticas:**

- Vit. D \_\_\_\_\_ ng/mL
- Vit. B12 \_\_\_\_\_ ng/L
- CT \_\_\_\_\_ mg/dL
- cHDL \_\_\_\_\_ mg/dL
- Triglicerídeos \_\_\_\_\_ mg/dL
- TSH \_\_\_\_\_ μU/mL
- T4 \_\_\_\_\_ μg/dL
- PCR \_\_\_\_\_ mg/dL

**Insuficiência Venosa:** CEAP \_\_\_\_**CLASSIFICAÇÃO CEAP**

<b>C0</b>	Sem sinais visíveis ou palpáveis de doença venosa.
<b>C1</b>	Telangiectasias e/ou veias reticulares.

<b>C2</b>	Veias varicosas.
<b>C3</b>	Edema.
<b>C4</b>	Alterações cutâneas.
<b>C5</b>	Úlcera cicatrizada.
<b>C6</b>	Úlcera venosa ativa.

**Risco Cardiovascular:** SCORE2-OP \_\_\_\_\_

**Dentição:**

- Peças dentárias: Próteses Dentárias (total/parcial) \_\_\_\_\_; Ausência de peças dentárias \_\_\_\_\_; Implantes \_\_\_\_\_
- Estado da dentição: Bom \_\_\_\_ Razoável \_\_\_\_ Péssimo \_\_\_\_

**Integridade da Pele**

- Presença de úlceras: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_
- Se sim, onde? \_\_\_\_\_

**VIII. INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO DO UTENTE**

**1.** Como avalia o seu grau de satisfação geral quanto à estadia na instituição?

Insatisfeito \_\_\_\_\_; Pouco Satisfeito \_\_\_\_\_; Indiferente \_\_\_\_\_; Satisfeito \_\_\_\_\_; Muito Satisfeito \_\_\_\_\_;

**2. Relações**

**2.1.** Como avalia o seu grau de satisfação quanto às relações que tem com os funcionários e auxiliares da instituição?

Insatisfeito \_\_\_\_\_; Pouco Satisfeito \_\_\_\_\_; Indiferente \_\_\_\_\_; Satisfeito \_\_\_\_\_; Muito Satisfeito \_\_\_\_\_;

**2.2.** Como avalia o seu grau de satisfação quanto às relações que tem desenvolvido com os seus colegas?

Insatisfeito \_\_\_\_\_; Pouco Satisfeito \_\_\_\_\_; Indiferente \_\_\_\_\_; Satisfeito \_\_\_\_\_; Muito Satisfeito \_\_\_\_\_;

**2.3.** Considera ter amigos dentro da instituição?

Funcionários \_\_\_\_\_; Outros Utentes \_\_\_\_\_; Não \_\_\_\_\_;

### **3. Rotina**

**3.1.** O quão feliz se considera relativamente ao seu dia a dia e às rotinas que tem na instituição?

Muito infeliz \_\_\_\_; Infeliz \_\_\_\_; Indiferente \_\_\_\_; Feliz \_\_\_\_; Muito Feliz \_\_\_\_

**3.2.** Como caracteriza a sua rotina na instituição? (resposta em duas secções)

**a)** Nada adequada aos meus gostos e preferências \_\_\_\_; Tem pouco em conta os meus gostos e preferências \_\_\_\_; Muito adequada aos meus gostos e preferências \_\_\_\_;

**b)** Igual para todos os utentes \_\_\_\_; Cada utente pode decidir a sua rotina e atividades diárias \_\_\_\_

### **4. Liberdade**

**4.1.** Considera que tem liberdade para fazer escolhas do dia a dia na instituição? \_\_\_\_  
(Utilize a escala numérica de 1 a 5, sendo 1= Discordo totalmente, 2=Discordo, 3=Não concordo, nem discordo 4=Concordo 5= Concordo totalmente)

**4.2.** Em que área sente que tem menos liberdade para decidir e fazer escolhas?

Hora de acordar \_\_\_\_; Quando comer \_\_\_\_; O que comer \_\_\_\_; Atividades diárias \_\_\_\_; Higiene Diária \_\_\_\_; Hora de deitar \_\_\_\_; Vestuário \_\_\_\_; Agenda de Cabeleireiro/Barbeiro \_\_\_\_;

**4.3.** Como classifica a personalização que pode fazer dos espaços que utiliza da instituição? A instituição é responsável por toda a personalização e decoração \_\_\_\_; Posso trazer alguma decoração para personalizar o meu quarto \_\_\_\_; Posso decorar e personalizar o meu quarto totalmente ao meu gosto \_\_\_\_;

### **5. Atividades**

**5.1.** Como caracteriza as atividades diárias que pode realizar na instituição?

Nada Interessantes \_\_\_\_; Pouco Interessantes \_\_\_\_; Indiferentes \_\_\_\_; Interessantes \_\_\_\_; Muito Interessantes \_\_\_\_

**5.2.** Como avalia o seu grau de satisfação em relação à quantidade de atividades diferentes que pode realizar na instituição?

Nada Satisfeito \_\_\_\_; Pouco Satisfeito \_\_\_\_; Indiferente \_\_\_\_; Satisfeito \_\_\_\_; Muito Satisfeito \_\_\_\_;

**5.3.** Que tipo de atividades gosta mais de realizar na instituição? (escolha múltipla, e se existentes) Passear \_\_\_\_; Atividade Física \_\_\_\_; Jogos lúdicos \_\_\_\_; Ler \_\_\_\_;

Escrever \_\_\_\_; Fazer cálculos \_\_\_\_; Conversar \_\_\_\_; Ver televisão \_\_\_\_; Atividades Religiosas \_\_\_\_; Outra: \_\_\_\_\_

**6.** Como avalia o seu grau de satisfação em relação às refeições disponibilizadas pela cantina da instituição?

Nada Satisfeito \_\_\_\_; Pouco Satisfeito \_\_\_\_; Indiferente \_\_\_\_; Satisfeito \_\_\_\_; Muito Satisfeito \_\_\_\_\_;

**6.1.** Porquê? Sabor\_\_\_\_; Textura\_\_\_\_; Quantidade\_\_\_\_; Temperatura\_\_\_\_; Grau de confeção\_\_\_\_\_;

**7.** Que aspeto gosta mais em relação a esta instituição e que o deixa mais satisfeito por estar aqui? (resposta múltipla)

Relação com os funcionários \_\_\_\_; Relação com os colegas \_\_\_\_; Atividades diárias \_\_\_\_; Conforto das instalações\_\_\_\_; Alimentação fornecida\_\_\_\_; Rotina\_\_\_\_; Outro: \_\_\_\_\_

**8.** Que aspeto desta instituição o deixa menos satisfeito? (resposta múltipla)

Relação com os funcionários \_\_\_\_; Relação com os colegas \_\_\_\_; Atividades diárias \_\_\_\_; Conforto das instalações \_\_\_\_; Alimentação fornecida\_\_\_\_; Rotina\_\_\_\_; Outro: \_\_\_\_\_

**9.** Como classifica o nível de ruído da instituição?

Muito elevado\_\_\_\_; Elevado \_\_\_\_; Reduzido \_\_\_\_; Nulo \_\_\_\_\_;

**10.** De forma geral, considera a sua vida depois da entrada nesta instituição melhor, pior ou idêntica aos meses imediatamente anteriores à mesma entrada?

Melhor \_\_\_\_; Pior \_\_\_\_; Idêntica \_\_\_\_\_;

**11.** Para si, como seria um lar ideal?

---

---

---

---