

O Perfil do Utente Residente em ERPIs no Concelho do Sabugal Aspetos Clínicos e Estado de Saúde Atual

Marta Alexandra Araújo Fernandes

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Mestrado Integrado)

Orientador: Prof.^a Doutora Maria da Assunção Morais e Cunha Vaz Patto
Coorientador: Prof. Doutor Nuno Filipe Cardoso Pinto
Coorientador: Prof.^a Doutora Rosa Marina Afonso

fevereiro de 2024

Declaração de Integridade

Eu, Marta Alexandra Araújo Fernandes, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 41119 de 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 referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 27 /02 /2024

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

Dedicatória

Às minhas avós, Aurora e Emília. Onde quer que estejam, sei que estão a acompanhar cada conquista. Que o meu caminho seja sempre inspirado na sua força, resiliência e sorrisos. A saudade é eterna.

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Maria Assunção Vaz Patto, um especial agradecimento por toda a dedicação, disponibilidade, auxílio, motivação e sabedoria transmitida ao longo da realização desta investigação. Aos meus coorientadores, Professor Doutor Nuno Pinto e Professora Doutora Rosa Marina Afonso, por toda a orientação, ajuda e disponibilidade ao longo deste projeto.

Aos meus pais, as pessoas mais importantes da minha vida. Por me permitirem sempre seguir os meus sonhos e por batalharem a meu lado por eles. Por todos os sacrifícios ao longo destes 6 anos, por todo o apoio e compreensão. Tudo o que hoje conquistei, a eles devo. Sei que nunca vou conseguir retribuir tudo aquilo que me dão.

Ao meu irmão, Pedro, por todo o carinho e boa disposição que me transmitiu ao longo desta jornada. Por estar sempre presente quando necessito.

À minha madrinha, Luísa, exemplo de superação e resiliência, por todo o afeto e auxílio que sempre me deu. Por me motivar sempre a ser a minha melhor versão e, acima de tudo, ser feliz.

Ao Francisco, por ser o meu pilar. Pelo apoio incansável, por acreditar sempre em mim e no meu potencial, por ter vibrado com cada pequena conquista –mais do que eu faria. Por toda a compreensão e paciência. Por estar sempre a meu lado nos momentos de maior desalento e contrariar o meu pessimismo. Obrigada por me ajudares sempre a reerguer.

Aos amigos que, há 6 anos, passaram a estar a 300 quilómetros de distância, mas, ainda assim, estiveram sempre presentes. Por compreenderem as muitas ausências em momentos importantes. Obrigada por serem o meu equilíbrio.

Às amigas que nasceram na Covilhã. Àqueles que fizeram a cidade neve tornar-se casa. Sem vocês o caminho teria sido muito mais difícil e sinuoso. Obrigada por tantos e bons momentos ao longo destes 6 anos. Levar-vos-ei para sempre no meu coração.

Ao Município do Sabugal e a todas as ERPIs que aceitaram integrar este projeto e que nos acolheram tão bem nas suas instituições. Obrigada por toda a colaboração e apoio.

Por último, mas certamente não menos importante, a todos os idosos que participaram nesta investigação e aos seus familiares. Sem eles nada disto seria possível.

Prefácio

“Saber envelhecer é a maior das sabedorias e um dos mais difíceis capítulos da grande arte de viver.”

Maria de Jesus Garcia Arroyo

Resumo

Introdução: A transição demográfica e epidemiológica vivida pelas sociedades ocidentais despoletaram, em concomitância com as profundas alterações do tecido social (limitação do papel da família como cuidadora primária), a afirmação da institucionalização dos idosos com limitações da autonomia como fenómeno incontornável do mundo desenvolvido. Assim, atendendo às estatísticas que preveem o agravamento do envelhecimento populacional, é pertinente compreender qual o perfil clínico dos idosos institucionalizados em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) numa das zonas mais envelhecidas e com baixa densidade populacional de Portugal, o concelho do Sabugal.

Materiais e Métodos: Estudo transversal e descritivo, com inclusão de indivíduos com mais de 65 anos, residentes em ERPI há, pelo menos, 3 meses. Participaram 350 idosos, selecionados aleatoriamente, da totalidade das 21 ERPIs do concelho do Sabugal, distrito da Guarda, constituindo uma amostra representativa da população institucionalizada. Foi aplicado um inquérito para rastreio geriátrico com diversos parâmetros para caracterização do perfil sociodemográfico e clínico (número de patologias) dos participantes. Foi ainda averiguada a autoperceção do estado de saúde de cada utente. Os dados coletados foram anonimizados e avaliados em termos de normalidade através do programa SPSS e, de acordo com a sua distribuição (paramétrica ou não paramétrica), foram avaliados com testes estatísticos específicos.

Resultados: Os resultados demonstram que, clinicamente, os utentes apresentavam, em média, 4,6 patologias (DP=2,5) sendo as mais comuns as do sistema cardiovascular (82,0%). A maioria (44,3%) consome entre 5 a 9 fármacos e está sujeita a polifarmácia. De acordo com o Índice de Barthel, 26% eram totalmente dependentes. 66% dos idosos apresentaram défice cognitivo e 63,8% revelaram sintomas depressivos. Quanto à mobilidade, 40,9% apresentavam mobilidade dependente e 8,4% estavam acamados. Cerca de 37,3% relataram a ocorrência de pelo menos uma queda no último ano e 36,3% demonstram um risco de queda elevado (teste Timed Up and Go). A incontinência fecal foi reportada por 31,1% dos participantes, enquanto 40,9% sofriam de incontinência urinária. A prevalência de sarcopenia foi de 67,2% e 57,1% apresentavam características de desnutrição. Na avaliação do sono, foram obtidos uma média de 7,3 pontos (DP=3,3) no índice de qualidade do sono de Pittsburgh, sugerindo uma qualidade de sono comprometida. Ao nível da saúde cardiovascular e metabólica, o IMC médio foi de 24,6 kg/m² (DP=5,6), e as médias de pressão arterial sistólica e diastólica foram de 142,8

mmHg (DP=819,5) e 68,6 mmHg (DP=13,7), respetivamente. Quanto à classificação CEAP, 31,7% foram classificados como “C4 - Hiperpigmentação ou eczema” e o pulso periférico maleolar estava ausente em 31,7%. A maioria dos idosos observados (93,1%) não apresentava úlceras ativas. O perímetro abdominal médio foi de 97,9 cm (DP=14,9). O perímetro cervical médio foi de 36,8 cm (DP=4,2). 59,1% dos participantes apresentavam ausência de peças dentárias e 32,6% usavam prótese dentária. Uma proporção considerável de idosos avaliou o seu estado de saúde atual como "Mau" (21,1%) ou "Muito mau" (5,7%). Contudo, 42,0% considera que a sua saúde poderia melhorar. A autoperceção do estado de saúde dos utentes institucionalizados foi significativamente pior em idosos com ocorrência de quedas no último ano ($p=0.027$) e com sarcopenia ($p<0.001$).

Conclusões: Os resultados deste estudo sugerem que a população residente em ERPI apresenta altos níveis de multimorbilidade, polifarmácia e dependência, bem como alta prevalência de défice cognitivo, desnutrição, sarcopenia e incontinência. A ocorrência de quedas e a sarcopenia têm um forte impacto na sua autoperceção do estado de saúde atual. De facto, a maioria dos idosos tem uma autoperceção negativa da sua saúde, contudo, um número significativo crê que poderia estar melhor. A avaliação do perfil clínico de todos os utentes residentes em ERPI bem como da sua autoperceção em relação à sua condição atual, é fundamental para um reajuste da oferta dos cuidados prestados. São necessários cuidados mais especializados por grupo de patologias, terapias e programas dirigidos aos grandes défices apresentados, adequando-os ao perfil de saúde dos seus utentes. Desta forma, será possível promover a maximização da sua qualidade de vida, proporcionando uma melhor adaptação dos idosos ao novo ambiente e prevenindo, subsequentemente, a aceleração do normal processo de deterioração do envelhecimento.

Palavras-chave

Idoso; ERPI; Institucionalização; Estado de Saúde; Envelhecimento.

Abstract

Introduction: The demographic and epidemiological transition experienced by Western societies has triggered, along with profound changes in the social fabric (limiting the role of the family as primary caregiver), the affirmation of the institutionalization of elderly people with limited autonomy as an unavoidable phenomenon in the developed world. In view of the statistics predicting a worsening in ageing population, it is therefore pertinent to know the clinical profile of the elderly institutionalized in Residential Care Homes in one of Portugal's oldest and most sparsely populated areas, Sabugal.

Materials and Methods: This was a cross-sectional, descriptive study which included individuals aged over 65 who had been living in a Residential Care Homes for at least 3 months. 350 randomly selected elderly people from all 21 ERPIs in Sabugal, Guarda district, took part, constituting a representative sample of the institutionalized population. A geriatric screening survey was carried out with various parameters to characterize the sociodemographic and clinical profile (number of pathologies) of the participants. The self-perception of each patient's state of health was also ascertained. The data collected was anonymized and assessed in terms of normality using the SPSS programme and, according to its distribution (parametric or non-parametric), it was assessed using specific statistical tests.

Results: The results show that, clinically, the patients had an average of 4.6 pathologies (SD=2.5), the most common being those of the cardiovascular system (82.0%). The majority (44.3%) consumed between 5 and 9 drugs and was subject to polypharmacy. According to the Barthel Index, 26% were totally dependent. 66 per cent of the elderly had cognitive impairment and 63.8 per cent showed depressive symptoms. As for mobility, 40.9 per cent had dependent mobility and 8.4 per cent were totally bedridden. Around 37.3 per cent reported having fallen at least once in the last year and 36.3 per cent showed a high risk of falling (Timed Up and Go test). Faecal incontinence was reported by 31.1% of the participants, while 40.9% suffered from urinary incontinence. The prevalence of sarcopenia was 67.2 per cent and 57.1 per cent had characteristics of malnutrition. In the sleep assessment, an average of 7.3 points (SD=3.3) was obtained on the Pittsburgh sleep quality index, suggesting a compromised quality of sleep. In terms of cardiovascular and metabolic health, the average BMI was 24.6 kg/m² (SD=5.6), and the average systolic and diastolic blood pressure were 142.8 mmHg

(SD=819.5) and 68.6 mmHg (SD=13.7), respectively. As for the CEAP classification, 31.7% were classified as "C4 - Hyperpigmentation or eczema" and the peripheral malleolar pulse was absent in 31.7%. Most of the elderly people observed (93.1%) did not have active ulcers. The average abdominal circumference was 97.9 cm (SD=14.9). The average neck circumference was 36.8 cm (SD=4.2). 59.1 per cent of the participants had missing teeth and 32.6 per cent wore dentures. A considerable proportion of the elderly rated their current state of health as "Bad" (21.1%) or "Very bad" (5.7%), but 42.0% considered that their health could be improved. The self-perception of the state of health of institutionalized users was significantly worse in elderly people who had fallen in the last year ($p=0.027$) and those with sarcopenia ($p<0.001$).

Conclusions: The results of this study suggest that the population living in ERPI has high levels of multimorbidity, polypharmacy and dependence, as well as a high prevalence of cognitive impairment, malnutrition, sarcopenia, and incontinence. The occurrence of falls and sarcopenia have a strong impact on their self-perception of their current state of health. In fact, the majority of the elderly have a negative self-perception of their health, although a significant number believe they could be better off. Evaluating the clinical profile of all users living in ERPIs, as well as their self-perception in relation to their current condition, is fundamental for readjusting the care on offer. More specialized care is needed for each group of pathologies, therapies and programmes aimed at the major deficits presented, adapting them to the health profile of their users. In this way, it will be possible to maximize their quality of life, enabling the elderly to adapt better to their new environment and subsequently preventing the acceleration of the deterioration process of ageing.

Keywords

Elderly; Care Home; Institutionalization; Health Status; Aging.

Índice

Dedicatória	v
Agradecimentos	vii
Prefácio	ix
Resumo	xi
Palavras-chave	xii
Abstract	xv
Keywords	xvii
Índice	xix
Lista de Tabelas	xxi
Lista de Acrónimos	xxiii
1. Introdução	1
1.1 O envelhecimento	1
1.2 O processo de institucionalização	3
1.3 A importância da investigação em contexto de ERPI	4
1.4 Objetivos	5
2. Materiais e Métodos	7
2.1 Desenho da Investigação	7
2.2 Participantes	7
2.3 Procedimentos	8
2.4 Instrumentos	9
2.5 Análise Estatística	14
3. Resultados	15
3.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes	15
3.2 Caracterização clínica dos participantes	17
3.3 Avaliação da função motora	19
3.4 Avaliação do estado nutricional	20
3.5 Avaliação clínica sumária	21
3.6 Avaliação analítica	23
3.7 Avaliação do estado depressivo	23
3.8 Avaliação da qualidade do sono	24
3.9 Síndromes Geriátricas: quedas, incontinência, sarcopenia e défice cognitivo	24
3.10 Autoperceção do estado de saúde	25

3.11 Análise da associação entre autoperceção do estado de saúde e quatro grandes síndromes geriátricas	26
4. Discussão	29
5. Conclusão	39
6. Bibliografia	41
7. Apêndices	49
8. Anexos	81

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra	16
Tabela 2 - Características clínicas da amostra	18
Tabela 3 - Medicação crónica	19
Tabela 4 - Parâmetros de avaliação da função motora	20
Tabela 5 - Avaliação do estado nutricional	21
Tabela 6 - Avaliação da saúde cardiovascular e metabólica	22
Tabela 7 - Presença de úlceras ativas	23
Tabela 8 - Avaliação da saúde respiratória	23
Tabela 9 - Avaliação do estado de saúde mental	24
Tabela 10 - Avaliação da qualidade do sono	24
Tabela 11 - Avaliação de quatro grandes síndromes geriátricas	25
Tabela 12 - Autoperceção do estado de saúde atual	26
Tabela 13 – Autoperceção da possibilidade de melhoria do seu estado de saúde atual	26
Tabela 14 - Análise da associação entre a autoperceção do estado de saúde, quedas, incontinência, sarcopenia e demência.	27

Lista de Acrónimos

ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AIQ	Mediana com intervalo interquartil
CEAP	<i>Clinical, Etiological, Anatomical, and Pathophysiological Classification</i>
DGS	Direção-Geral da Saúde
DP	Desvio-padrão
DVC	Doença Venosa Crónica
EWGSOP	<i>European Working Group on Sarcopenia in Older People</i>
EMSSP	Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
GERMI	Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna
GRP	Gabinete de Relações Públicas
IMC	Índice de Massa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
Kg	Quilograma
MMSE	<i>Mini-Mental State Examination</i>
MNA	<i>Mini-Nutritional Assessment</i>
MRC	<i>Medical Research Council</i>
N	<i>Newton</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TUG	Teste <i>Timed Up and Go</i>
UBI	Universidade da Beira Interior

1. Introdução

1.1. O envelhecimento

Globalmente, temos assistido a uma revolução demográfica e epidemiológica que acarreta importantes desafios. A percentagem da população com 60 anos ou mais tem vindo a aumentar de mil milhões em 2020 para 1,4 mil milhões. Paralelamente, até 2030, 1 em cada 6 pessoas no mundo terá 60 anos ou mais. Já entre 2015 e 2050, a proporção da população mundial com mais de 60 anos duplicará, passando de 12% para 22%. Prevê-se que o número de pessoas com 80 anos ou mais triplique entre 2020 e 2050, atingindo 426 milhões. (1) Não obstante, a principal preocupação surge perante evidências que apontam para que os anos adicionais que vivemos são, na realidade, de saúde precária, dominados por declínios na capacidade física e mental. (1)

A realidade portuguesa não é exceção. Segundo a Euromonitor Internacional e a *Ageing Europe*, Portugal é, hodiernamente, o quinto país mais envelhecido do mundo e será, em 2050, o país mais envelhecido da União Europeia. (2) De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), entre 1970 e 2020, a esperança média de vida à nascença em Portugal descolou dos 67,1 anos, atingindo os 80,7 anos. (3)

Todavia, no que concerne a esperança de vida saudável, calculada aos 65 anos, não se verificou um aumento tão expressivo. Em concordância com dados da Direção-Geral da Saúde (DGS), no ano de 2014, a esperança de vida saudável aos 65 anos fixou-se em 6,9 anos no sexo masculino e em 5,6 anos, no sexo feminino, abaixo da média da União Europeia (8,6 em ambos os sexos em 2014). Adicionalmente, 86% da carga da doença (*Disability-Adjusted Life Years*, 2015) em Portugal é atribuída às doenças crónicas, ao passo que a carga de morbilidade e incapacidade (*Years Lived with Disability*, 2015) é atribuível em 88% a este grupo de patologias. (4) Segundo os indicadores de saúde em Portugal, o índice de dependência dos idosos em 2016 regista um valor de 32,5, tendo vindo a aumentar nos últimos anos. (5)

Desta feita, infere-se que Portugal se confronta com uma população profundamente envelhecida, acometida por um ror de patologias crónicas e à qual será impreterivelmente necessário dar uma resposta médica e social adequada.

O envelhecimento populacional não afeta igualmente todas as regiões do nosso país. A nível nacional, o concelho do Sabugal, distrito da Guarda, afirma-se como um dos municípios que é afetado de forma mais intensa por este fenómeno. Segundo dados dos

Censos de 2021, o concelho do Sabugal apresenta o 7º índice de envelhecimento (625,5 pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas com menos de 15 anos) e o 9º índice de longevidade (60,5 pessoas com 75 ou mais anos por cada 100 pessoas com 65 e mais anos) mais elevados do país. (6)

Relativamente à capacidade de resposta, de acordo com a Carta Social, existem, a nível nacional, 103 481 vagas distribuídas por 2597 ERPI's com uma taxa de utilização de 90,4%. Por sua vez, a taxa de cobertura é de apenas 8,9%, ou seja, se todos os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos tivessem a necessidade de recorrer a este tipo de resposta, apenas 9 em cada 100 teriam acesso a uma vaga. Destas, 768 são privadas disponibilizando 24 767 lugares (taxa de utilização de 83,2% e taxa de cobertura de 2,1%). Na esfera pública, encontram-se em funcionamento legal 1811 instituições com disponibilidade para 78 714 utentes (taxa de utilização de 92,7% e taxa de cobertura de 6,8%). Das 103 481 vagas em ERPI existentes em Portugal, 969 encontram-se no concelho do Sabugal. (7)

Destarte, facilmente se infere que o concelho do Sabugal é, indubitavelmente, um território ímpar para a realização de estudos sobre a realidade dos idosos institucionalizados em contexto de ERPI, vulgo “lar de idosos”, cujo objetivo é oferecer “serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas, colaborar na estimulação do envelhecimento ativo, gerar condições que preservem e incentivem a relação intrafamiliar e intensificar a integração social”. (8)

De facto, a velhice é uma etapa particular da vida do ser humano e algo inevitável. Presentemente, não existe uma teoria unificadora do processo biológico e fisiopatológico do envelhecimento. (9,10) O impacto do tempo sobre o organismo humano resulta de uma interação entre os processos de envelhecimento celular, de órgãos e sistemas, com fatores ambientais, infeção, dieta e fatores físicos, psíquicos e sociais. (9) Além das alterações específicas de tecidos e órgãos, as características comuns do envelhecimento fisiológico incluem a perda de complexidade em componentes estruturais e funcionais (árvores dendríticas, circuitos neuronais, arquitetura óssea, arquitetura da pele etc), aumento da heterogeneidade, perda de resiliência, alterações da homeostasia, diminuição das reservas fisiológicas, diminuição da capacidade de resposta dos órgãos-alvo, perda de feedback negativo e aumento da carga alostática, isto é, o desgaste progressivo do organismo exposto, repetidamente, a diversos fatores stressores crónicos. (11) A taxa e a natureza de tais alterações variam tanto entre os sistemas orgânicos como entre os indivíduos, resultando numa grande variedade ao nível de biomarcadores e de fenótipos, determinando um envelhecimento saudável ou patológico. (1,11,12) Um

envelhecimento bem-sucedido pressupõe uma capacidade de resposta adaptativa aos desafios endógenos e exógenos relacionados com o avanço da idade. (9)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de envelhecimento saudável traduz-se como o processo de desenvolver e manter um grau de funcionalidade que possibilite um estado de bem-estar numa idade avançada. (1) Contudo, defrontamo-nos cada vez mais com idosos que, decorrente das alterações acima mencionadas e de múltiplas doenças crónicas associadas, apresentam um conjunto de condições específicas com grande repercussão na sua funcionalidade, autonomia, capacidade física, humor e vida social que são frequentemente subvalorizadas na abordagem médica clássica - as síndromes geriátricas. (9,13)

As síndromes geriátricas são os conteúdos centrais da medicina geriátrica, sendo os principais condicionantes da qualidade de vida da pessoa idosa, e traduzem a verdadeira complexidade destes doentes. São fatores de mau prognóstico, estando associadas a maior morbidade, mortalidade e institucionalização. (9,13,14) O seu reconhecimento é fundamental para a abordagem completa do indivíduo idoso, devendo ser contempladas no plano terapêutico paralelamente às restantes patologias, de forma a otimizar o tratamento e sobretudo, a qualidade de vida e o bem-estar do indivíduo. (13)

A lista destas síndromes continua em constante atualização à medida que progride o fenómeno de envelhecimento populacional e o conhecimento na área da geriatria. (9) Consequentemente, no presente trabalho serão alvo de destaque 4 grandes síndromes: incontinência, sarcopenia, quedas e demência.

1.2. O processo de institucionalização

Envelhecer é, invariavelmente, um processo multidimensional, repleto de mudanças complexas e cuja evolução não é linear. (1) Para ser compreendido, implica a perceção da interação existente entre os aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Esta relação é expressão da complexidade do ser humano que abarca condições culturais, históricas, políticas, económicas e geográficas que espelham diferentes representações sociais, tanto da velhice, como do idoso. (12, 15) Até há alguns anos atrás, a responsabilidade de cuidar das pessoas idosas e promover um envelhecimento saudável estava quase exclusivamente nas mãos da própria família. No entanto, as alterações das estruturas familiares modernas e as exigências sociais dos membros familiares

trouxeram a necessidade de institucionalização, que, em última instância, nem sempre é uma solução de sucesso e garantia de bem-estar. (16)

A institucionalização em ERPI deve ser uma oportunidade para a promoção de um envelhecimento ativo em que o idoso consegue preservar a sua autonomia e o seu grau de dependência, mantendo as capacidades atuais e abrandando o declínio daquelas que foi perdendo. Para além disso, pressupõe-se que a vida em comunidade providenciada pela instituição, tenha um papel importante para o combate a sentimentos depressivos e de solidão. (17) A nível clínico espera-se que, encontrando-se o idoso acompanhado por profissionais capacitados, ocorra a manutenção ou melhoria do estado de saúde prévio à institucionalização, com um apoio e seguimento adequados das suas patologias.

Contudo, segundo Vieitas (2015), “a entrada em lar está fortemente associada a imagens negativas”, representando “aos olhos dos idosos (...) abandono, morte, separação e sofrimento.” Desta feita, “a entrada numa instituição representa para o idoso o último período da sua trajetória de vida, sem expectativas ou possibilidade de retorno.” (17)

Similarmente, Pinto (2013) sublinha que “a entrada em lar foi, para a maior parte dos idosos, fortemente condicionada por fatores alheios à sua vontade.” (18) O determinante major da institucionalização de idosos em contexto de ERPI, de acordo com Pinto (2013), é “a perda da autonomia, seja ela física, económica, familiar ou psíquica.” (18) Constituem exemplos de circunstâncias que precipitam esta perda de autonomia: “perda de cônjuge, solidão, doença e deterioração física e/ou mental, perda ou degradação habitacional, desentendimentos familiares e/ou indisponibilidade da família para cuidar.” (18)

Por sua vez, Wei e Zhang (2020) sustentam que a entrada em ERPI resulta do equilíbrio dinâmico entre fatores predisponentes (tipo de residência, sexo, idade e habilitações literárias), fatores capacitantes (estilo de vida, estado civil, prole, rendimentos) e necessidades pessoais (atividades básicas da vida diária [ABVDs], solidão e autoperceção do estado de saúde). (19)

1.3. A importância da investigação em contexto de ERPI

A concretização de projetos de investigação em ERPIs revela-se de extrema relevância ao possibilitar a caracterização da diversidade de condições de saúde, experiências de vida e preferências individuais entre os residentes, permitindo uma abordagem personalizada que atenda às necessidades específicas de cada utente. A recolha de dados sobre

condições de vida, necessidades médicas, autoperceção em relação ao seu estado atual, entre outros, não consagra apenas uma visão abrangente do panorama nas instituições, mas também facilita a identificação e ação em relação aos principais desafios e problemas que possam surgir.

Simultaneamente, a investigação em lares de idosos viabiliza o desenvolvimento de práticas inovadoras e tecnologias que possam aprimorar significativamente a qualidade de vida dos indivíduos institucionalizados. Desde intervenções médicas até terapias ocupacionais, passando por estratégias para combater o isolamento social, a evidência obtida proporciona a base para melhorias eficazes, resultando em benefícios tangíveis para o bem-estar físico e mental dos indivíduos, abrindo também caminho para a criação de medidas preventivas que possam aumentar os níveis de autonomia e funcionalidade, procurando reduzir o número de institucionalizações.

Importa salientar o impacto relevante na capacitação dos profissionais que atuam nas ERPIs. Ao fornecer *insights* fundamentados na melhor evidência, os trabalhos de investigação em ERPI contribuem para o desenvolvimento de programas de formação mais eficazes e direcionados, promovendo uma abordagem centrada no indivíduo e, por conseguinte, uma prestação de cuidados mais qualificada.

Nesse contexto, é imperativo ressaltar a importância da constituição de uma amostra representativa na realização de projetos de investigação, especialmente numa região como o concelho do Sabugal, uma das zonas mais envelhecidas e com baixa densidade populacional de Portugal. Assim, o presente projeto pretende criar a base para uma mudança do paradigma da prestação de cuidados a idosos, alinhando a oferta das ERPIs com o perfil dos residentes, tendo como objetivo maximizar a qualidade de vida, facilitar a adaptação ao novo ambiente e, conseqüentemente, prevenir o aceleração do processo normal de deterioração associado ao envelhecimento.

1.4. Objetivos

O estudo desenvolvido no âmbito desta dissertação pretende identificar o estado de saúde atual de uma amostra de idosos institucionalizados do concelho do Sabugal e a sua autoperceção do mesmo. Propõe-se, então, os seguintes objetivos:

- Caracterizar em termos sociodemográficos e clínicos a amostra;
- Avaliar a autoperceção do estado de saúde da amostra;

- Avaliar alguns parâmetros específicos em termos de saúde metabólica, saúde cardiovascular, saúde respiratória, saúde mental, estado nutricional, sono, mobilidade e estado da dentição.
- Analisar a relação entre a autoperceção de saúde dos participantes e quatro grandes síndromes geriátricas: quedas, incontinência, sarcopenia e demência.

2. Materiais e Métodos

2.1. Desenho da investigação

A presente dissertação enquadra-se no estudo “O Perfil do Utente Residente em ERPI no Concelho do Sabugal”, realizado em parceria com o Município do Concelho do Sabugal, que pretende caracterizar a realidade dos idosos institucionalizados no concelho, atendendo às características destes, das ERPIs onde residem e ao impacto que estas têm na sua qualidade de vida. O estudo desenvolvido é transversal e descritivo.

2.2. Participantes

Para a realização deste estudo foi efetuada uma recolha de dados, através da realização de um Rastreio Geriátrico, em todas as ERPIs do concelho do Sabugal que, após apresentação formal do projeto, aceitaram integrar o mesmo. Os participantes deste estudo eram utentes das seguintes ERPIs: Associação Cultural, Desportiva e Humanitária de Pousafoles, Associação de Solidariedade Social de Malcata, Associação do Lar e Centro de Dia São Salvador do Casteleiro, Associação dos Amigos de Aldeia da Ponte, Associação Social de Idosos do Divino Santo Cristo da Nave, Associação Social, Cultural e Desportiva da Rebolosa, Casa do Povo de Aldeia Velha, Casa do Povo de Bendada, Centro de Dia São Lázaro de Vila do Touro, Centro Social da Rapoula do Côa, Centro Social de Lageosa da Raia, Centro Social de Quadrazais, Centro Social e Paroquial de São José de Vale de Espinho, Centro Social e Paroquial Nossa Senhora dos Milagres de Aldeia do Bispo, Comissão de Melhoramento dos Fóios, Liga dos Amigos de Aldeia de Santo António, Liga dos Amigos de Santo Estêvão, Santa Casa da Misericórdia da Bismula, Santa Casa da Misericórdia de Alfaiates, Santa Casa da Misericórdia do Sabugal e Santa Casa da Misericórdia do Soito.

Participaram 350 idosos, dos quais 257 do sexo feminino e 93 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 65 e os 102 anos (média [M]=87,1 desvio padrão [DP]=6,6).

Os critérios de inclusão no estudo foram:

1. Pessoa idosa residente em ERPI há, pelo menos, 3 meses;
2. Idade igual ou superior a 65 anos.

No que diz respeito aos critérios de exclusão, foram os seguintes:

1. Não fornecimento de consentimento informado, esclarecido e livre pelo utente ou, quando incapaz, por parte do seu representante.

2.3. Procedimentos

Inicialmente, a equipa investigadora contactou o Município do Sabugal para apurar o número de residentes inscritos em cada uma das instituições. A partir do total obtido de 915 utentes, e para a constituição de uma amostra representativa, com margem de erro de 3% e uma confiança a 95%, concluiu-se que o estudo deveria ter entre 217 (com défice de 7%) e 479 (com défice de 33%). Deste modo, foram incluídos no estudo cerca de 350 utentes. De forma proporcional a este número, foi calculado o número de idosos a ser rastreado em cada uma das instituições. Foi efetuada uma distribuição aleatória por tabelas numéricas.

Para a concretização do projeto, foi realizada uma sessão de apresentação, em parceria com o Município do Sabugal, aos dirigentes das equipas técnicas das diferentes ERPIs do concelho. Posteriormente, foram enviados os consentimentos às instituições. Após aceitação por parte das mesmas, foram agendadas as datas para recolha dos dados. Os participantes selecionados foram abordados pessoalmente para explanação dos objetivos do projeto e procedimentos a aplicar e foi fornecido o documento de consentimento informado, esclarecido e livre para realização de testes e acesso a informação médica. No caso de recusa, verbal ou não verbal, de participação por parte do entrevistado, mesmo quando dado consentimento pelo representante legal, este não era aplicado. Com uma duração média de 60 minutos, foram realizadas entrevistas de forma individual onde se efetuou a recolha de dados sociodemográficos, dados referentes ao processo de institucionalização, dados referentes aos estados de saúde física, funcional e social, foram aplicadas escalas de avaliação geriátrica e efetuados exame neurológico e clínico sumários (Apêndice I).

A recolha de dados decorreu durante 2 meses, sendo efetuada por uma equipa de estudantes do Mestrado Integrado em Medicina, orientada e apoiada por profissionais da área da saúde, nomeadamente Neurologia, Neurofisiologia e Psicologia. Alguns dados clínicos resultaram da consulta dos processos clínicos dos utentes, tendo sido devidamente autorizados pelos diretores clínicos/médicos das instituições e pelos utentes/seus representantes. A consulta dos processos clínicos foi efetuada por parte da

equipa de investigadores ou por funcionários da ERPI, consoante a decisão da administração de cada instituição.

O estudo foi autorizado pela Comissão de Ética da UBI, a 17 de outubro de 2023 com a referência n.º CE-UBI-Pj-2023-048 (Anexo I).

2.4. Instrumentos

A elaboração do inquérito para Rastreio Geriátrico aos utentes residentes em ERPI, no concelho do Sabugal, incluiu os seguintes parâmetros:

1. Inquérito sociodemográfico;
2. Inquérito referente ao processo de institucionalização;
3. Inquérito referente ao estado de saúde física;
4. *Mini-Mental State Examination de Folstein* (MMSE);
5. Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage - versão curta (GDS 15);
6. Escala Multidimensional De Suporte Social Percebido (EMSSP);
7. Escala Doloplus - Dor crónica;
8. Escala de Lawton & Brody;
9. Índice de Barthel;
10. *Mini-Nutritional Assessment* (MNA);
11. Classificação Funcional da Marcha de Holden;
12. Teste *Timed Up and Go*;
13. Inquérito WHOQOL-OLD;
14. Escala de Solidão da UCLA;
15. Escala FRAIL;
16. Questionário SARC-F;
17. Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh;
18. Exame Neurológico sumário: Escala de Força Muscular do *Medical Research Council (MRC)* para avaliação da força do músculo vasto, teste da força de preensão manual (*hand-grip*), Prova de Barré (membros superiores), sensibilidade algica, deglutição, paladar, visão (prova de contagem dos dedos), audição (prova da voz ciciada), teste de Romberg e reflexos posturais;
19. Exame Clínico Sumário: Pressão Arterial, avaliação de pulsos periféricos (radial e maleolar), grau de desidratação (sinal da prega cutânea e observação das mucosas), saturação de oxigénio, auscultação cardíaca, auscultação pulmonar, peso atual e há 1 ano, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), avaliação de

insuficiência venosa de acordo com a classificação clínica, etiológica, anatómica e patofisiológica (escala CEAP), estratificação do risco cardiovascular em idosos de acordo com o SCORE2-OP (permite estimar o risco a 10 anos de doenças cardiovasculares (DCV) fatais e não fatais com base no sexo, idade, pressão arterial sistólica, colesterol não-HDL e tabagismo), avaliação da cavidade oral e estado da dentição, perímetros abdominal e cervical e presença de úlceras;

20. Parâmetros analíticos: glicémia capilar, vitaminas A, D e B12, colesterol total, colesterol HDL, triglicérides, TSH, T4 e PCR;

21. Inquérito de satisfação do utente.

No âmbito dos objetivos propostos para esta investigação, os dados relevantes são os obtidos nos parâmetros primeiro, terceiro, quarto, quinto, nono, décimo, décimo primeiro, décimo segundo, décimo sexto, décimo sétimo, décimo oitavo (apenas teste de *hand-grip* e deglutição), décimo nono e vigésimo (exceto vitaminas).

Inquérito sociodemográfico

O inquérito sociodemográfico aplicado neste estudo avaliou diversas variáveis, nomeadamente a idade, o sexo, naturalidade, residência, o estado civil, o grau de escolaridade, emigração prévia, profissão e religião.

Inquérito referente ao estado de saúde física

Com o objetivo de obter informação em relação ao estado de saúde física dos participantes, foram recolhidos dados referentes às patologias crónicas, histórico cirúrgico, número de recursos ao serviço de urgência no último ano, medicação habitual, recurso a oxigénio de longa duração ou ventilação não invasiva, uso de sonda nasogástrica, recurso a alimentação parentérica ou estoma, grau de mobilidade, número de quedas no último ano e hábitos tabágicos e etílicos.

Em relação às patologias crónicas, foi efetuada uma categorização por sistemas: cardiovascular, endócrino-metabólico, nervoso, mental e do comportamento, nefrogenitourinário, músculo-esquelético, digestivo, órgãos dos sentidos, respiratório, hematopoiético, neoplasias, tumentar, outros. Foi ainda criada uma categoria isolada para patologia demencial para facilitar a distinção com as restantes patologias do sistema nervoso.

Foi também questionada a autoperceção dos participantes em relação ao estado de saúde atual.

Avaliação do grau de dependência

Índice de Barthel

Concebido e estruturado por Mahoney e Barthel, em 1995, este instrumento permite avaliar o nível de dependência do idoso para a realização de dez ABVD: alimentação, transferências, toalete, utilização da casa de banho, tomar banho, mobilidade, subir e descer escadas, vestir, controlo intestinal e controlo urinário. A aplicação pode ser efetuada através de observação direta, autorrelato ou consulta de registos clínicos. Cada parâmetro é categorizado entre dois e quatro níveis. Uma pontuação de 0 corresponde a dependência total. Por sua vez, a pontuação atribuída a independência pode ser de 5, 10 ou 15 pontos. Sendo a escala composta por 10 itens, a pontuação total pode variar entre 0 e 100. Esta ferramenta permite categorizar o grau de dependência em: total (0-20 pontos), grave (21-60), moderado (61-90) ou muito leve (91-99). Pontuações de 100 indicam independência. O tempo estimado para aplicação é de aproximadamente 5 minutos. (20)

Avaliação da função motora

Classificação Funcional da Marcha de Holden

A classificação funcional da marcha de Holden é um instrumento concebido para avaliar o nível de autonomia em termos de locomoção, tendo em consideração o tipo de supervisão ou de ajuda física necessárias, dependendo do tipo de superfície (plana, escadas, inclinada). Para a recolha de informação, é possível recorrer à observação direta da marcha do idoso ou questionar o próprio, os seus familiares ou os cuidadores. Esta escala estabelece 6 categorias distintas e o tempo estimado de aplicação é de 3 a 5 minutos. (21)

Teste *Timed Up and Go* (TUG)

Com a aplicação do TUG, pretende-se avaliar a mobilidade e o equilíbrio, recorrendo à indução de um potencial risco de queda por via de atividades que requerem a execução de diversos movimentos: mudança da posição sentada para a ortostática e vice-versa, virar-se, caminhar em frente em linha reta, capacidade de realizar tarefas de forma sequencial e controlo do equilíbrio. Assim, proporciona uma avaliação abrangente de diferentes componentes essenciais para a mobilidade. A sua execução consiste em o idoso levantar-se da cadeira, percorrer 3 metros a caminhar em linha reta até um ponto assinalado, virar-se 180 graus e fazer o percurso inverso, sentando-se novamente. O teste deve ser, idealmente, realizado com o seu calçado e auxiliar de marcha habituais, se necessário. Na presente investigação, não foi fornecida qualquer assistência física

durante a execução do teste, no entanto, foi efetuado o acompanhamento dos idosos ao longo da totalidade do percurso, por razões de segurança. É contabilizado o tempo total de realização do percurso, desde o momento em que é dado o comando para se levantarem da cadeira até se voltarem a sentar com as costas apoiadas. O tempo é registado em segundos. Um tempo de prova inferior a 10 segundos, considera-se sem alterações, entre 10-19 segundos implica risco moderado e, se for superior a 19 segundos estamos perante um risco elevado de queda. (22)

Força muscular de preensão manual (*hand-grip*)

Em termos de avaliação da força muscular da mão, foi efetuado um teste com recurso a um dinamómetro (*Grip Strength Dynamometer T.K.K. 5401 GRIP-D*). Para a sua realização, o idoso estava sentado, com o braço a realizar um ângulo de 90 graus e em adução. O antebraço e o pulso estavam em posição neutra. (23) Foram efetuadas duas medições da força da mão, uma em cada braço, considerando-se para o estudo o melhor valor das duas medições. diabe

Avaliação do estado mental

Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE)

O MMSE é um instrumento globalmente aplicado para o rastreio de declínio cognitivo. Foi elaborado em 1975 por Folstein *et al.* e, posteriormente, adaptado por Guerreiro *et al.* em 1994 para a população portuguesa, tendo bastante utilidade no meio clínico e investigacional. Contém um total de 30 questões, relativas a seis domínios cognitivos distintos: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e capacidade construtiva. A pontuação final irá variar entre 0 e 30 pontos e, por cada resposta certa, é atribuído 1 ponto. Importa salientar que a pontuação pode diferir em função de condições sociodemográficas como a idade e o grau de escolaridade, sendo menor consoante o maior número de anos vividos e com menor grau de escolaridade. Portanto, a interpretação da pontuação final vai depender do nível educacional do idoso. Se analfabeto, uma pontuação inferior ou igual a 15 pontos sugere défice cognitivo; no caso de possuir um a onze anos de escolaridade, uma pontuação igual ou inferior a 22 traduz a existência de défice cognitivo; por fim, se escolaridade superior a 11 anos será uma pontuação igual ou inferior a 27 a indicar o défice. (20,21)

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage - versão curta (GDS-15)

A Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, instrumento recomendado pelo Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI), possibilita a avaliação do estado afetivo do idoso com potencial risco para desenvolver estados

depressivos. (21) Apesar de esta escala possuir uma versão completa, totalizando 30 questões, a sua versão curta, de 15 questões, encontra-se validada pelo autor e apresenta resultados sobreponíveis aos da versão completa. O questionário é aplicado diretamente ao utente que tem de responder a 15 questões com resposta dicotómica (sim ou não). Às respostas que sugerem a existência de depressão é atribuído 1 ponto. A soma dos pontos obtidos em cada pergunta origina a pontuação total. Pontuações até 5 pontos indicam ausência de estado depressivo, pontuações entre 6 e 10 pontos indicam depressão ligeira e pontuações de 11 a 15 pontos sugerem depressão grave.

Avaliação do estado nutricional

Mini-Nutritional Assessment (MNA)

O MNA é uma ferramenta que permite apurar o risco ou presença de desnutrição no idoso, sem recorrer à avaliação de parâmetros analíticos. A informação pode ser recolhida através do questionário direto ao utente ou a familiares/cuidadores (exceto as questões sobre a autoperceção). A primeira parte (Triagem) consiste em 6 questões. Se a pontuação obtida nesta secção sugerir presença ou risco de desnutrição, avança-se para a realização da segunda parte (Avaliação Global) com 12 questões adicionais. A cada uma das questões é conferida uma pontuação, o total obtido permite categorizar os idosos em: estado nutricional normal (24 a 30 pontos), sob risco de desnutrição (17 a 23,5 pontos), desnutrido (menos de 17 pontos). (21)

Questionário SARC-F

Este questionário de auto reporte, desenvolvido por Malmstrom et al. (2016), é considerado por diversos autores uma ferramenta consistente, válida e simplificada para o rastreio da sarcopenia na população sénior, permitindo a identificação e posterior confirmação do diagnóstico. As questões que o constituem possibilitam a deteção de alterações associadas a consequências da sarcopenia. Permite estabelecer o nível de dificuldade percebido pelo idoso para cinco componentes distintas: força, marcha, transferências, subir escadas e ocorrência de quedas. A pontuação final variará entre 0 e 10 pontos. Uma pontuação igual ou superior a 4, é sugestiva de sarcopenia. (24)

Avaliação da qualidade do sono

Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh

É um questionário de auto reporte constituído por 19 itens para avaliação da qualidade subjetiva do sono concebido com o objetivo de detetar distúrbios do sono. Subdivide-se em 7 componentes: qualidade subjetiva, latência, duração, eficiência, distúrbios, uso de

medicação para dormir, sonolência e disfunção diurnas. O seu tempo de aplicação varia entre 5 e 10 minutos. (25)

2.5. Análise estatística

As variáveis categóricas foram discriminadas através da sua frequência relativa (%) e absoluta (n) e as variáveis contínuas através da média e desvio-padrão. Para o estudo da distribuição da autoperceção da saúde entre idosos com e sem quedas, incontinência, sarcopenia e demência, recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis. No que concerne a análise estatística, esta foi realizada através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25, com um nível de significância α definido a 0.05.

3. Resultados

3.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

O estudo inclui uma amostra de 350 idosos institucionalizados, com uma idade média de 87,1 anos (DP=6,6). A maioria dos participantes era do sexo feminino (73,4%) e 38,9% eram ex-emigrantes. Em relação à escolaridade, observou-se que 32,9% eram analfabetos e 34,0% tinham completado apenas o 1º Ciclo. No que diz respeito ao estado civil, 64,7% eram viúvos, com uma média de tempo de viuvez de 12,7 anos (DP=11,6). A religião católica é predominante na amostra (99,4%). A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas da amostra.

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra.

Variáveis	(n=350)
Idade (anos), média (DP)	87,1 (6,6)
Sexo, n (%)	
Feminino	257 (73,4)
Masculino	93 (26,6)
Ex-Emigrante, n (%)	
Não	214 (61,1)
Sim	136 (38,9)
Escolaridade, n (%)	
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)
Sem informação	7 (2,0)
Estado Civil, n (%)	
Solteiro	32 (9,1)
Casado/União de Facto	73 (20,9)
Viúvo	227 (64,9)
Divorciado	12 (3,4)
Sem informação	6 (1,7)
Se viúvo, há quanto tempo? (anos), média (DP)	12,7 (11,6)
Religião, n (%)	
Católica	348 (99,4)
Outra	1 (0,3)
Sem informação	1 (0,3)

DP, Desvio-Padrão.

3.2. Caracterização clínica dos participantes

Na tabela 2, observámos que os idosos institucionalizados apresentavam, em média, 4,6 patologias (DP=2,5) e os três grupos de patologias mais comuns são as do sistema cardiovascular (82,0%), seguidas pelas do sistema endócrino-metabólico (60,0%) e as do sistema nervoso (54,9%).

Encontram-se medicados, em média, com 8,6 fármacos (DP=3,6) sendo que, 85,7% consomem 5 ou mais fármacos. A maioria dos participantes (44,3%) consome entre 5 a 9 fármacos. (Tabela 3)

De acordo com o Índice de Barthel, 10,3% dos utentes eram independentes e 26% eram totalmente dependentes.

A maioria não tinha hábitos tabágicos passados ou presentes (82,0%), nem etílicos (64,6%).

Tabela 2 – Características clínicas da amostra.

Variáveis	(N=350)
Tipos de patologias, n (%)	
Patologia do sistema cardiovascular	287 (82,0)
Patologia do sistema endócrino-metabólico	210 (60,0)
Patologia do sistema nervoso	192 (54,9)
Patologia mental e do comportamento	97 (27,7)
Patologia do sistema nefrogenitourinário	84 (24,0)
Patologia do sistema músculo-esquelético	83 (23,7)
Patologia do sistema digestivo	79 (22,6)
Patologia dos órgãos dos sentidos	53 (15,1)
Patologia do sistema respiratório	48 (13,7)
Patologia demencial	48 (13,7)
Patologia do sistema hematopoiético	45 (12,9)
Neoplasias	18 (5,1)
Patologia do sistema tegumentar	6 (1,7)
Outros sistemas	13 (3,7)
Número total de patologias, média (DP)	4,6 (2,5)
Número de vezes que recorreu ao SU, média (DP)	0,9 (1,2)
Índice de Barthel, n (%)	
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)
Hábitos tabágicos, n (%)	
Não	287 (82,0)
Sim	31 (8,9)
Passados	29 (93,5)
Presentes	2 (6,5)
Sem informação	32 (9,1)
Hábitos alcoólicos, n (%)	
Não	226 (64,6)
Sim	90 (25,7)
Passados	78 (86,7)
Presentes	7 (7,8)
Sem informação	5 (5,6)
Sem informação	35 (9,7)

DP, desvio-padrão;

Tabela 3 – Medicação crónica.

Número total de medicações, média (DP)	8,6 (3,6)
Número de medicamentos prescritos, n (%)	(n=350)
0-4	50 (14,3)
5-9	155 (44,3)
10-14	127 (36,3%)
>14	18 (5,1)

3.3. Avaliação da função motora

No âmbito da avaliação da função motora dos participantes foram utilizados o TUG, a classificação funcional da marcha de Holden e foi efetuada a avaliação da força da mão com recurso a dinamómetro.

Observando a tabela 4, em relação ao TUG, 36,3% dos idosos apresentava um risco de queda elevado. Quanto à mobilidade, 40,9% apresentavam mobilidade dependente, 57,9% eram independentes e 8,4% estavam acamados. Na Classificação Funcional da Marcha de Holden, 33,4% tinham uma marcha ineficaz e 26,9% eram totalmente independentes na marcha. Em relação à avaliação da força da mão, os valores alcançados traduzem-se numa média de 8,7 quilogramas (kg) (DP=6,7).

Tabela 4 - Parâmetros de avaliação da função motora.

Variáveis	(n=350)
Teste Timed Up and Go, n (%)	
Não aplicável	128 (36,6)
Sem alterações	13 (3,7)
Risco moderado	82 (23,4)
Risco elevado	127 (36,3)
Mobilidade, n (%)	
Mobilidade dependente	142 (40,9)
Mobilidade independente	201 (57,9)
Acamado	29 (8,4)
Classificação Funcional da Marcha de Holden, n (%)	
Marcha ineficaz	117 (33,4)
Marcha dependente nível II	19 (5,4)
Marcha dependente nível I	9 (2,6)
Marcha dependente com supervisão	24 (6,9)
Marcha independente em plano	84 (24,0)
Marcha independente	94 (26,9)
Sem informação	3 (0,9)
Avaliação da força da mão com dinamómetro (kg), média (DP)	8,7 (6,7)

DP, Desvio-Padrão;

3.4. Avaliação do estado nutricional

No âmbito do MNA, os resultados obtidos ao nível da triagem demonstram que 57,1% apresentavam pontuações sugestivas de desnutrição (19,7 desnutridos e 37,4% sob risco de desnutrição).

Naqueles que apresentaram uma pontuação sugestiva de desnutrição ou risco de desnutrição ao nível da Triagem (n=200), foi efetuada uma avaliação mais detalhada com a Avaliação Global de modo a obter a pontuação indicadora de desnutrição. Nesta, concluiu-se que dos 200 idosos que apresentavam pontuações sugestivas de desnutrição ao nível da triagem, 28% estavam de facto desnutridos, 68,5% estavam sob risco de desnutrição e 3,5% tinham um estado nutricional normal.

Em relação à deglutição, a maioria (88,3%) era capaz de beber um copo de água, enquanto 10,3% não puderam realizar o teste devido a incapacidades específicas e 1,4% não era capaz de deglutir. Quando questionados sobre a sua autoperceção do ato de deglutir, 9,7% admite ter algum tipo de dificuldade. Quanto ao estado da denteição, 59,1% dos participantes apresentavam ausência de peças dentárias e 32,6% usavam prótese dentária. Os resultados da avaliação do estado nutricional estão descritos na tabela 5.

Tabela 5 – Avaliação do estado nutricional.

Variáveis	
Mini-Nutritional Assessment	
Resultado da Triagem, n (%)	(n=350)
Desnutrido	69 (19,7)
Sob risco de desnutrição	131 (37,4)
Estado nutricional normal	93 (26,6)
Sem informação	57 (16,3)
Resultado da Avaliação Global, n (%)	(n=200)
Desnutrido	56 (28)
Sob risco de desnutrição	137 (68,5)
Estado nutricional normal	7 (3,5)
Deglutição (beber um copo de água), n (%)	(n=350)
Não	5 (1,4)
Sim	309 (88,3)
Não aplicável	36 (10,3)
Deglutição (autoperceção), n (%)	
Boa	248 (70,9)
Má	34 (9,7)
Não aplicável	68 (19,4)
Estado da dentição, n (%)	
Ausência de peças	207 (59,1)
Prótese dentária (total/parcial)	114 (32,6)
Implantes	1 (0,3)
Sem informação	28 (8,0)

DP, Desvio-Padrão;

3.5. Avaliação Clínica Sumária

No que diz respeito à saúde cardiovascular e metabólica (Tabela 6), o IMC médio foi de 24,6 kg/m² (DP=5,6), e as médias de pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) foram 142,8 mmHg (DP=819,5) e 68,6 mmHg (DP=13,7), respetivamente. O pulso periférico radial estava presente em 98,6% dos casos, enquanto o pulso periférico maleolar estava ausente em 31,7%. A maioria (48,6%) apresentava mucosas coradas e hidratadas. Em relação à auscultação cardíaca, em 58,3% era rítmica sem sopro, em 16,3% rítmica com sopro, em 20,6% arritmica sem sopro e em 4,3% arritmica com sopro. Quanto à classificação CEAP, 31,7% foram classificados como “C4 - Hiperpigmentação ou eczema”. O perímetro abdominal médio foi de 97,9 cm (DP=14,9).

Tabela 6 – Avaliação da saúde cardiovascular e metabólica.

Variáveis	(n=350)
IMC (kg/m²), média (DP)	24,6 (5,6)
Pressão arterial sistólica (mmHg), média (DP)	142,8 (819,5)
Pressão arterial diastólica (mmHg), média (DP)	68,6 (13,7)
Pulso periférico radial, n (%)	
Ausente	4 (1,1)
Presente	345 (98,6)
Sem informação	1 (0,3)
Pulso periférico maleolar, n (%)	
Ausente	111 (31,7)
Presente	238 (68,0)
Sem informação	1 (0,3)
Sinal de prega cutânea, n (%)	
Ausente	211 (60,1)
Presente	139 (39,6)
Sem informação	1 (0,3)
Mucosas, n (%)	
Descoradas, desidratadas	81 (23,1)
Descoradas, hidratadas	42 (12,0)
Coradas, desidratadas	56 (16,0)
Coradas, hidratadas	170 (48,6)
Hidratadas	1 (0,3)
Auscultação cardíaca, n (%)	
Rítmica, sem sopro	204 (58,3)
Rítmica, com sopro	57 (16,3)
Arritmica, sem sopro	72 (20,6)
Arritmica, com sopro	15 (4,3)
Sem informação	2 (0,6)
Classificação CEAP, n (%)	
C0 – Sem sinais de doenças venosas sensíveis ou palpáveis	97 (27,7)
C1 – Telangiectasias e/ou veias reticulares	46 (13,1)
C2 – Veias varicosas	34 (9,7)
C3 – Veias varicosas mais edemas	28 (8,0)
C4 - Hiperpigmentação ou eczema	111 (31,7)
C5 – Úlcera curada	17 (4,9)
C6 – Úlcera venosa ativa	15 (4,3)
Sem informação	2 (0,6)
Perímetro abdominal (cm), média (DP)	97,9 (14,9)

DP, Desvio-Padrão;

A maioria dos idosos observados (93,1%) não apresentava úlceras ativas, tal como descrito na Tabela 7.

Tabela 7 – Presença de úlceras ativas.

Variáveis	n=350
Úlceras ativas, n (%)	
Não	326 (93,1)
Sim	23 (6,6)
Sem informação	1 (0,3)

DP, Desvio-Padrão;

Relativamente à saúde respiratória (Tabela 8), a saturação média de oxigénio (O₂) foi de 94,0% (DP=6,0). Na auscultação pulmonar, a maioria (90,6%) apresentou resultados normais, enquanto 7,7% tinham ruídos adventícios e 1,4% evidenciaram consolidação. O perímetro cervical médio foi de 36,8 cm (DP=4,2).

Tabela 8 – Avaliação da saúde respiratória.

Variáveis	(n=350)
Saturação de O₂ (%), média (DP)	94,0 (6,0)
Auscultação pulmonar, n (%)	
Normal	317 (90,6)
Ruídos adventícios	27 (7,7)
Consolidação	5 (1,4)
Sem informação	1 (0,3)
Perímetro cervical (cm), n (%)	36,8 (4,2)

DP, Desvio-Padrão;

3.6. Avaliação Analítica

Não foi possível obter os parâmetros analíticos pretendidos e, conseqüentemente, efetuar a sua avaliação.

3.7. Avaliação do estado depressivo

A avaliação do estado depressivo, efetuada com recurso à Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (Tabela 9) revelou que 34,9% dos participantes não apresentavam sintomas depressivos, enquanto 28,9% tinham resultados sugestivos de depressão ligeira a moderada e 8,9% de depressão grave.

Tabela 9 – Avaliação do estado de saúde mental.

Escala de depressão geriátrica de Yesavage	(n=350)
Sem depressão	122 (34,9)
Depressão ligeira a moderada	101 (28,9)
Depressão grave	31 (8,9)
Sem informação	96 (27,4)

3.8. Avaliação da qualidade do sono

O Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh apresentou uma média de 7,3 pontos (DP=3,3), sugerindo uma qualidade de sono moderadamente comprometida. 42,9% dos idosos afirma recorrer a medicamentos para melhoria do seu sono. (Tabela 10)

Tabela 10 – Avaliação da qualidade do sono.

Variável	(n=350)
Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh, média (DP)	7,3 (3,3)
Recurso a medicação para melhoria do sono, n (%)	42,9 (150)

3.9. Síndromes Geriátricas: quedas, incontinência, sarcopenia e défice cognitivo

No que diz respeito à avaliação das quatro grandes síndromes geriátricas, tal como consta na tabela 11, cerca de 37,3% relataram a ocorrência de pelo menos 1 queda no último ano. A incontinência fecal foi reportada por 31,1% dos participantes, enquanto 40,9% sofriram de incontinência urinária. 67,2% apresentaram risco de sarcopenia. De acordo com os resultados da realização do MMSE, 46,3% dos participantes apresentaram défice cognitivo e 19,7% encontravam-se em estado de demência avançada impossibilitando a aplicação deste instrumento. Isto traduz-se numa percentagem de 66% de utentes com défice cognitivo.

Tabela 11 – Avaliação de quatro grandes síndromes geriátricas.

Variáveis	(n=350)
Quedas no último ano, n (%)	
Não	218 (62,1)
Sim	131 (37,3)
Sem informação	2 (0,6)
Incontinência fecal, n (%)	
Incontinência	109 (31,1)
Sem incontinência ou incontinência ocasional	240 (68,6)
Sem informação	1 (0,3)
Incontinência urinária, n (%)	
Incontinência	143 (40,9)
Sem incontinência ou incontinência ocasional	206 (58,9)
Sem informação	1 (0,3)
Questionário SARC-F, n (%)	
Sem sarcopenia	114 (32,6)
Com sarcopenia	236 (67,4)
Mini Mental State Examination (MMSE), n (%)	
Sem défice cognitivo	119 (34,0)
Com défice cognitivo	162 (46,3)
Sem informação	69 (19,7)

DP, desvio-padrão;

3.10. Autoperceção do estado de saúde

Em relação à autoperceção dos participantes em relação ao seu estado de saúde, os resultados da Tabela 12 revelam que, uma pequena percentagem classificou o seu estado de saúde atual como "Excelente" (1,4%) ou "Muito boa" (4,9%). A maioria dos participantes classificou-o como "Bom" (21,1%) ou "Razoável" (24,0%). Por outro lado, uma proporção considerável avaliou-o como "Mau" (21,1%) ou "Muito mau" (5,7%).

Tabela 12 – Autoperceção do estado de saúde atual.

Respostas, n (%)	(n=350)
Excelente	5 (1,4)
Muito bom	17 (4,9)
Bom	74 (21,1)
Razoável	84 (24,0)
Mau	74 (21,1)
Muito mau	20 (5,7)
Sem informação	76 (21,7)

Tal como consta na tabela 13, quanto questionados acerca da possibilidade de melhoria do seu estado de saúde atual, 42,0% considera que a sua saúde poderia melhorar.

Tabela 13 – Autoperceção da possibilidade de melhoria do seu estado de saúde atual.

Variável	(n=350)
Considera que a sua saúde poderia melhorar?, n (%)	
Não	123 (35,1)
Sim	147 (42,0)
Sem informação	80 (22,9)

3.11. Análise da associação entre autoperceção do estado de saúde e quatro grandes síndromes geriátricas

Na análise estatística inferencial, a variável “autoperceção do estado de saúde”, considerada ordinal devido aos seus sete níveis, foi avaliada utilizando mediana com intervalo interquartil (AIQ) e média com DP. Desta forma, quanto mais elevada a pontuação média/mediana, pior a autoperceção do estado de saúde.

A análise da associação “autoperceção do estado de saúde”, “quedas”, “incontinência”, “sarcopenia” e “demência” (Tabela 14) mostrou que a autoperceção era significativamente pior em idosos com ocorrência de quedas no último ano ($p=0.027$) e com sarcopenia ($p<0.001$), mas não diferiu significativamente com a presença de incontinência fecal ($p=0.858$) ou urinária ($p=0.129$) ou de déficite cognitivo.

Tabela 14 – Análise da associação entre a auto percepção do estado de saúde, quedas, incontinência, sarcopenia e demência.

Variáveis	Auto percepção do estado de saúde		
	Mediana (AIQ)	Média (DP)	Valor p*
Queda no último ano			0.027
Não	4,0 (5,0-3,0)	3,9 (1,1)	
Sim	4,0 (5,0-3,0)	4,1 (1,1)	
Sem informação			
Incontinência fecal			0.858
Incontinência	4,0 (5,0-3,0)	4,0 (1,3)	
Sem incontinência ou incontinência ocasional	4,0 (5,0-3,0)	4,0 (1,1)	
Sem informação			
Incontinência urinária			0.129
Incontinência	4,0 (5,0-3,0)	4,1 (1,2)	
Sem incontinência ou incontinência ocasional	4,0 (5,0-3,0)	3,9 (1,1)	
Sem informação			
Questionário SARC-F			<0.001
Sem sarcopenia	4,0 (4,0-3,0)	3,5 (1,1)	
Com sarcopenia	4,0 (5,0-3,0)	4,2 (1,1)	
Mini Mental State Examination (MMSE)			0.665
Sem défice cognitivo	4,0 (5,0-3,0)	4,0 (1,1)	
Com défice cognitivo	4,0 (5,0-3,0)	4,0 (1,2)	
Sem informação	3,0 (4,0-3,0)	3,6 (0,9)	

*Valores referente ao teste Kruskal-Wallis. AIQ, amplitude interquartil; DP, Desvio-Padrão.

4. Discussão

Revelando-se escassa a literatura sobre as características da população idosa institucionalizada em Portugal, o principal objetivo desta dissertação de mestrado foi a caracterização da população idosa residente em ERPI, reunindo diversos dados que permitem uma melhor visão da realidade vivida pelos utentes e compreensão aprofundada das suas necessidades, contribuindo para uma mudança de paradigma da prestação de cuidados e abrindo caminho para novas investigações nesse âmbito.

Iniciando pela caracterização demográfica da amostra, verifica-se que a média de idades foi de 87,1 anos, o que coincide com o envelhecimento populacional descrito a nível nacional, quer na população geral (6), quer na população residente em ERPI (26). De acordo com o INE, em 2021, o índice de envelhecimento nacional foi de 182, sendo este amplamente ultrapassado quando nos centramos na realidade do concelho do Sabugal, onde atinge os 625,5. (6) Concordantemente, estudos realizados em diferentes países da Europa demonstraram que a população institucionalizada apresenta idades médias superiores a 80 anos. (27, 28)

A população estudada era maioritariamente constituída por indivíduos do sexo feminino (73,4%). Esta expressiva predominância na população institucionalizada, já apelidada de feminização do envelhecimento, coincide com estudos nacionais (26,29) e internacionais (27,28). Analisando o panorama nacional, em 2022, Portugal possuía um maior número de mulheres com idade superior a 65 anos. Por sua vez, o concelho do Sabugal também apresentava valores discrepantes no que concerne o número de pessoas do sexo masculino (5 334 indivíduos) e feminino (5 928 indivíduos). (30) Facilmente compreendemos este fenómeno quando escrutinamos os valores da esperança média de vida no nosso país que, em 2021, era de 83,5 anos nas mulheres e 78,1 anos nos homens. (3)

No que concerne ao grau de literacia, 32,9% dos idosos eram analfabetos o que vai de encontro aos achados de outros estudos. (26, 29) A nível nacional, o índice de analfabetismo em 2021 era de 3,08. De forma discrepante, no concelho do Sabugal este índice era de 11,33. (31) Tais dados transparecem a realidade do interior do país e de uma geração que era desde cedo instruída a trabalhar na atividade pecuária e na agricultura defrontando-se com diversas limitações e desafios no acesso à educação. (29, 32) Paralelamente, estamos perante uma população com uma percentagem considerável de ex-emigrantes, 38,9%, o que também pode ter influência no que concerne o acesso à educação, no passado. A baixa escolaridade ou até inexistência da mesma poderão ter

implicações na saúde dos idosos, no nível de dependência e na necessidade de institucionalização. (33) A baixa alfabetização da população idosa representa um desafio significativo para os serviços de saúde, pois afeta diretamente a capacidade dos idosos de compreender, aceder e utilizar informações cruciais para a promoção da saúde e a gestão das suas condições médicas. Este fenómeno poderá contribuir para uma série de impactos adversos, tanto para a população idosa quanto para o sistema de saúde como um todo. A baixa literacia pode levar a interpretações erradas de sinais e sintomas, atrasando a procura por atendimento médico adequado, a uma menor adesão a tratamentos e a um aumento do risco de complicações. O analfabetismo também impacta negativamente a capacidade dos idosos de utilizar recursos digitais, cada vez mais presentes na prestação de serviços de saúde. A comunicação eficaz entre profissionais de saúde e utentes idosos analfabetos pode ser desafiadora e a falta de compreensão mútua pode levar a resultados de saúde negativos. Para enfrentar este desafio, é essencial desenvolver estratégias específicas para a abordagem desta população, como programas educacionais voltados para a alfabetização na terceira idade e preparação das equipas de saúde para lidar especificamente com o problema. Em última análise, é exigida uma abordagem integrada, que combine esforços do sistema de saúde, organizações governamentais e comunidades locais. Investir em estratégias de alfabetização funcional e adaptar os serviços de saúde para atender às necessidades específicas deste grupo demográfico são passos cruciais para garantir que todos tenham acesso igualitário a cuidados de saúde eficazes.

Ao nível da caracterização clínica, os participantes apresentavam, em média, 4,6 patologias sendo que, os grupos de patologias mais frequentes foram as do sistema cardiovascular (82,0%), seguidas pelas do sistema endócrino-metabólico (60,0%) e as do sistema nervoso (54,9%). Estes resultados vão de encontro aos descritos para a população geral pela Administração Regional de Saúde (ARS) Centro (34) em que, as patologias mais prevalentes são as do sistema cardiovascular e endócrino-metabólico nomeadamente, hipertensão e dislipidemia. Na população institucionalizada, são relevantes as patologias do sistema cardiovascular, nervoso e músculo-esquelético. (26, 35) No cenário internacional, embora alguns corroborem a maior prevalência da patologia cardiovascular (36,37), outros apresentam a demência como patologia mais prevalente, surgindo a patologia músculo-esquelética como o segundo grupo mais presente nesta população. (27)

A alta prevalência de doenças cardiovasculares nos idosos pode ser atribuída a uma combinação complexa de fatores. Com o envelhecimento, ocorrem alterações a nível anatómico e fisiológico no coração e no sistema vascular. (9,11) Essas mudanças surgem

mesmo na ausência de patologia e resultam em níveis de pressão arterial aumentados, que pode desencadear o desenvolvimento de hipertensão, um importante fator de risco cardiovascular na população idosa. (9,34) Outro fator preponderante e com impacto direto na saúde cardiovascular é o estilo de vida (alimentação inadequada, falta de atividade física, tabagismo e consumo excessivo de álcool). (9,11) De acordo com o Relatório de Fatores de Risco Cardiovascular na população portuguesa (2019), cerca de 91,3% da população com mais de 65 anos apresenta dois ou mais fatores de risco para doença cardiovascular e 38,4% quatro ou mais fatores de risco, considerando-se apenas os de maior relevância, ou seja: diabetes *mellitus*, hipercolesterolemia, hipertensão arterial, pré-obesidade/obesidade e tabagismo. A compreensão destes fatores é crucial para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção eficazes, visando reduzir a incidência e o impacto das doenças cardiovasculares nesta faixa etária. (38)

Relativamente à medicação, os utentes encontram-se medicados com, em média, 8,6 fármacos sendo que, 85,7% estão submetidos a polifarmácia de acordo com a definição da OMS, ou seja, consomem 5 ou mais fármacos. (39) Estas conclusões são congruentes com estudos nacionais e internacionais, em todos eles a maioria dos idosos apresenta polifarmácia. (27, 28, 36) A polifarmácia nesta faixa etária pode surgir como consequência de diferentes fatores. Primeiramente, as características clínicas desta população, que apresenta diversas comorbilidades. (9) Também a sobremedicação em si contribui para o agravamento desta problemática já que há um maior risco de incidência de efeitos adversos farmacológicos e, conseqüentemente, de gerar uma cascata iatrogénica. Por outro lado, estudos têm associado a medicação excessiva com questões relacionadas com a prática clínica (duração das consultas, pressão exercida pelos próprios utentes, fragmentação dos cuidados, aplicação de *guidelines* que abordam apenas uma patologia e cujos estudos excluem população mais idosa ou acometida por múltiplas patologias) (40,41). Concomitantemente, a falta de envolvimento e autonomia do utente na gestão da sua saúde pode ter um efeito deletério neste âmbito. (41) Claramente, a polifarmácia não é inócua e vai acarretar diversos riscos para o idoso, nomeadamente, um maior risco de eventos adversos (quedas, reações adversas farmacológicas, menor adesão terapêutica, défices funcionais, toxicidade cumulativa). Subseqüentemente, está relacionada com uma menor qualidade de vida, maior morbimortalidade e aumento de custos a nível de saúde. (9, 42)

Em termos do nível de dependência para as ABVD, o índice de Barthel apresentou altos níveis de dependência com apenas 10,3% dos idosos independentes e 26% totalmente dependentes. Estes altos níveis de dependência estão de acordo com as conclusões de vários estudos, nacionais e internacionais para as populações institucionalizadas e

justificam a sua institucionalização. (26, 27, 28) É essencial o investimento em programas dirigidos à prevenção e à autonomia no envelhecimento, que podem reduzir este número futuramente. O médico surge aqui com um papel fundamental ao ter oportunidade para solicitar e sensibilizar para a reabilitação, atividades ocupacionais, atividade física entre outras terapias.

Na avaliação da função motora, uma percentagem significativa (40,9%) apresenta algum grau de dependência e, de acordo com a Classificação Funcional da Marcha de Holden 33,4 % apresentam marcha ineficaz. Concomitantemente, com a aplicação do TUG, conclui-se que 36,3% apresenta um risco de queda elevado. Estes resultados coincidem com, pelo menos, dois estudos nacionais (43, 44).

Observando os dados obtidos em termos da avaliação do estado nutricional, com recurso ao MNA, estes demonstraram que 57,1% dos utentes apresentavam pontuações na triagem sugestivas de desnutrição (19,7% desnutridos e 37,4% sob risco de desnutrição). Noutros estudos nacionais, os valores apresentados são de 50,9% e 22,4% contudo, as amostras não eram tão representativas. (45, 46) No Reino Unido, Gordon et al. (2014) relataram valores muito superiores com 86% dos 200 idosos institucionalizados em desnutrição ou risco de desnutrição. (27) Paralelamente, em Marrocos, foram obtidas percentagens de 85,5% num total de 180 idosos institucionalizados, indicativas de desnutrição ou risco de desnutrição. (47) Por sua vez, no Brasil, os resultados apresentados são de 85,4% em 204 idosos também em instituições. (48) A desnutrição é, de facto, um grave problema na população idosa institucionalizada e deve ser um ponto importante na remodelação de processos com vista à melhoria da saúde destes utentes. A desnutrição tem como consequências a alteração da função muscular, diminuição da massa óssea, disfunção imunitária, repercussões a nível cognitivo, aumento do tempo de recuperação após intervenção cirúrgica, má cicatrização, maior permanência hospitalar, fragilidade e, subsequentemente, maior morbidade e mortalidade. (49)

Em múltiplos estudos, a disfagia surge associada a desnutrição em idosos institucionalizados de tal modo que, atualmente, é sugerido que a disfagia orofaríngea seja considerada uma síndrome geriátrica. (50, 51) Recorrendo a uma simples avaliação do ato de beber um copo de água, 1,4% dos idosos não era capaz de o fazer. Contudo, quando analisada a autoperceção dos mesmos, 9,7% considera a sua capacidade de deglutir “má”. Importa ressaltar que não foi avaliada a capacidade de deglutição de alimentos sólidos.

Outro fator importante, muitas vezes associado ao estado nutricional destes utentes, é o estado da dentição. Neste contexto, 59,1% dos participantes apresentavam ausência de

peças dentárias e 32,6% usavam prótese dentária. Tais resultados são coincidentes com estudos internacionais e nacionais em que mais de 50% dos idosos em instituições apresentam ausência de peças dentárias. (52, 53,54)

Em termos de saúde cardiorrespiratória e metabólica, é relevante analisar os dados obtidos em termos de IMC, perímetro abdominal, pressão arterial, classificação CEAP e ocorrência de úlceras. O IMC médio foi de 24,6 kg/m². Quer em estudos nacionais, quer internacionais os resultados são concordantes, com valores de IMC médio superiores a 24 kg/m². (55, 56) Apenas num estudo realizado no Reino Unido o resultado foi de 23,8 kg/m². (27) Atualmente, é amplamente aceite que o IMC é um fator preponderante na predição de mortalidade e morbilidade, estando associado à capacidade para viver de forma independente, à mobilidade e à preservação do estado mental. (57) Os valores encontrados sugerem que a população estudada apresenta, no geral, risco de desnutrição, de acordo com os critérios propostos para classificação do IMC em idosos. (9,58) Outro importante fator também relacionado com o risco de doenças metabólicas, cardiovasculares e fragilidade é o perímetro abdominal. (57) Na amostra, o perímetro abdominal médio foi de 97,9 cm, indo de encontro a pelo menos um estudo nacional em que a média foi de 98,38 cm. (56) Estes resultados traduzem, na generalidade, um risco de doença cardiovascular e metabólica elevado, de acordo com os critérios da OMS.

O perímetro cervical, parâmetro cada vez mais utilizado, tem sido progressivamente aceite como marcador de obesidade, preditor de risco de eventos cardiovasculares (57,59, 60), de síndrome de apneia obstrutiva do sono (62) e como preditor de mortalidade global (63). Particularmente, no caso de idosos institucionalizados, têm emergido diversos estudos no âmbito da sua associação com a desnutrição. (64) Contudo, os valores de referência ainda não são unânimes e variam consoante o contexto em análise. O perímetro cervical médio da amostra do presente estudo, foi de 36,8 cm. Por sua vez, num estudo também efetuado em idosos institucionalizados em Espanha, o valor médio foi de 35,3. (65) Em estudos futuros, é pertinente a estratificação dos resultados em termos de sexo e consoante a associação a analisar.

Relativamente à pressão arterial, foram obtidos valores médios de PAS de 142,8 mmHg e PAD de 68,6 mmHg. Num estudo nacional, os valores médios obtidos foram de 132,95/67,05 mmHg. (65) Num outro estudo internacional os valores foram de 132,4/76,9 mmHg. (66) Em termos de doença venosa crónica (DVC), a maioria (31,7%) da amostra encontrava-se na classificação C4 e, apenas 27,7% não apresentava qualquer sinal de DVC. Em Espanha, Escudero et. Al (2014) constatou que a maioria da amostra de idosos institucionalizados (32,4%) se inseria na categoria C1 e 17,5% em C0. (67) Efetivamente, são necessários mais estudos relativamente à prevalência da doença

venosa crónica em idosos institucionalizados. De forma díspar a outros estudos, 6,6% dos idosos observados no Sabugal apresentavam úlceras ativas. Esta percentagem é ligeiramente inferior aos 8% apresentados em estudos nacionais. (68) Em termos europeus, a percentagem apresenta-se nos 10,4%. (28)

Um dos objetivos desta investigação era a caracterização da amostra em termos de parâmetros analíticos. Contudo, tal não se mostrou possível por diversas limitações externas à equipa de investigação. Efetivamente, apenas uma pequena porção dos participantes (n=49) possuíam análises efetuadas há menos de 6 meses e, das análises efetuadas, apenas 4 possuíam alguns dos parâmetros analíticos pretendidos uma vez que eram estudos analíticos realizados em contexto de serviço de urgência. Não existe, nas ERPIs do município do Sabugal, uma política de avaliação regular dos parâmetros analíticos dos idosos institucionalizados.

No âmbito da avaliação do estado depressivo, os resultados da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage demonstram que 37,8% dos idosos referiam sintomas depressivos. Por sua vez, estudos internacionais relatam uma prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados de 45,5% no Brasil (69) e de 32% a nível europeu. (28) Em Portugal, são escassos os dados epidemiológicos em relação à prevalência da depressão na população idosa em contexto de ERPI, comunidade, cuidados continuados, entre outros. É expectável que o idoso, em alguma etapa da sua velhice, apresente algum tipo de sintomatologia depressiva tendo em conta todas as mudanças que ocorrem em termos sociais, anatómicos e fisiológicos e à multimorbilidade. (9, 70) Concomitantemente, o processo de institucionalização também terá o seu impacto uma vez que está associado a comorbilidades médicas, diminuição da capacidade para realização das ABVD e aumento da mortalidade. (70) Nas instituições, a depressão é uma causa importante de emagrecimento e aumento do número de quedas. Para além disso, poderá acelerar o agravamento da incapacidade funcional com uma perda substancial de autonomia. (70) Deste modo, torna-se urgente o diagnóstico e orientação de idosos acometidos por depressão. Para o médico, importa ter em consideração que, nos idosos, a sintomatologia pode ser atípica tornando o diagnóstico mais desafiante. (9)

Quanto à qualidade do sono, a população apresentou um índice médio de 7,3. Isto traduz-se numa baixa qualidade do sono globalmente (pontuações > 5). Coincidentemente a outros estudos, em que os utentes residentes em ERPI apresentavam pontuações indiciadoras de baixa qualidade do sono, conseguimos perceber que este é um problema prevalente nos idosos institucionalizados. (71, 72) Cerca de 42,9% dos idosos afirmou recorrer a medicação para conseguir dormir. A

partilha de quarto surge como um dos principais motivos invocados para justificar a fraca qualidade do seu sono devido a vocalizações e roncopatia, em associação com a padronização dos horários de sono que as instituições impõem.

Relativamente às quatro grandes síndromes geriátricas selecionadas (quedas, incontinência, sarcopenia e demência) foram obtidos alguns dados díspares de outros estudos efetuados.

Primeiramente, em relação à ocorrência de quedas, 37,3% dos utentes relatavam a ocorrência de pelo menos uma queda no último ano. Este valor vai de encontro a estudos nacionais em que são apresentados valores superiores a 35% (35, 44) mas difere de um em que o valor obtido foi de 27,2% numa amostra de 136 idosos institucionalizados. (73) A nível europeu, a prevalência foi menor (18,6%), numa amostra de 4156 idosos institucionalizados. (28) Tais conclusões podem significar que a prevenção das quedas a nível das ERPIs em Portugal carece de maior atenção e investimento. Ao nível da prevenção primária, é necessário identificar os indivíduos em risco e implementar estratégias através de uma abordagem multidisciplinar e multiprofissional. (9, 75) Tais estratégias passam pela intervenção ao nível do espaço da instituição, removendo condições que possam ser perigosas (fraca iluminação, superfícies com baixa aderência, tapetes, entre outros). Adicionalmente, programas de exercício físico com atividades apropriadas à condição física de cada idoso são de extrema relevância nomeadamente em termos de treino de ABVD. (74) Para além de prevenir a ocorrência da queda, é importante minimizar as suas consequências, caso tal ocorra, através da promoção da capacidade de lidar com a queda e de programas de reabilitação do padrão de marcha e do equilíbrio. (9, 74)

Analisando os dados relativos à incontinência urinária, os valores alcançados são de 40,9%, um resultado bastante inferior aos obtidos a nível europeu (73,5%) (25) e nacional (70%) (76). Tal diferença pode estar relacionada com o método de avaliação dos diferentes estudos que, na presente investigação se baseou na análise de resultados de um dos parâmetros do Índice de Barthel. No primeiro estudo referido, foi aplicado um instrumento com 4 itens.(25) No segundo foram aplicados questionários mais detalhados em termos de características uroginecológicas e pélvicas. (76) Tendo em conta o questionário mais generalista utilizado no presente estudo, é possível que alguns casos não tenham sido identificados.

Por sua vez, no que concerne a aplicação da escala SARC-F, 67,4% dos indivíduos foram considerados sarcopénicos. Estes resultados foram bastante superiores aos apresentados noutros estudos. Na Suécia, os resultados foram de 36%, tendo sido utilizados outros

métodos além da SARC-F para avaliação da sarcopenia. (55) A nível nacional, ao aplicar os critérios do *European Working Group on Sarcopenia in Older People* (EWGSOP) e com recurso a fórmulas para estimativa de valores de massa muscular, os valores obtidos foram de 28,8%. (77) Estudos recentes demonstraram que o questionário SARC-F pode ser implementado em estruturas de cuidados prolongado uma vez que apresenta uma especificidade de 78,7% e sensibilidade de 18,2% quando comparado aos critérios EWGSOP. (78) Contudo, tal divergência de dados, pode ser consequência do facto de, atualmente, ainda não existir um consenso em relação à definição de sarcopenia. Assim, a prevalência da sarcopenia vai divergir não só consoante a definição considerada, mas também consoante a população em estudo e os métodos diagnósticos utilizados. (79) Em relação à amostra de idosos avaliados no presente estudo, os valores obtidos não são surpreendentes tendo em conta a realidade observada, em que a maioria dos idosos apresentavam um estado físico coincidente. A maioria das ERPIs não tinha qualquer tipo de contacto com profissionais da área da nutrição que pudessem avaliar a nível nutricional estes idosos e responder às suas necessidades dietéticas. Para além disso, estes dados podem traduzir um desequilíbrio de base prévio relativamente a hábitos de estilo de vida, nomeadamente de prática de exercício físico, da população portuguesa: entre os 27 estados-membros da União Europeia, Portugal é o país com maior inatividade física e esta inatividade agrava com a idade, contrariamente a países como a Suécia que se posicionam nos últimos lugares deste *ranking*. (80)

O défice cognitivo associado ao envelhecimento representa uma preocupação crescente. Este fenómeno manifesta-se por alterações na capacidade cognitiva, incluindo memória, atenção, raciocínio e capacidades executivas. Além do impacto direto na qualidade de vida do indivíduo, apresenta-se como um desafio para o cuidador, exigindo abordagens integradas e individualizadas. (9,11) Na população institucionalizada no concelho do Sabugal, 46,3% da amostra apresentava algum grau de défice cognitivo, de acordo com as pontuações obtidas no MMSE. Em 19,7% dos utentes selecionados não foi aplicada a escala porque estavam em estado de demência avançado, não sendo possível estabelecer qualquer tipo de comunicação eficaz para a aplicação do instrumento. Concluindo, as ERPIs do concelho do Sabugal apresentam uma percentagem de 66% de utentes com défice cognitivo. Num estudo nacional, a percentagem obtida foi de 53,7%. (26) Por outro lado, em estudos internacionais, a nível europeu e do Reino Unido, as percentagens foram de 68% e 75%, respetivamente. (27, 28) No estudo europeu a escala utilizada foi a Escala de Performance Cognitiva que, apesar de ter uma performance similar ao MMSE na deteção de declínio cognitivo, é um instrumento de avaliação menos invasivo baseando-se na observação clínica em vez de questões e testes. Apesar da elevada

percentagem de idosos que apresentam algum grau de défice cognitivo na realização do MMSE, apenas 13,7% tem um diagnóstico formal de demência.

Finalmente, no que diz respeito à autoperceção de saúde dos utentes residentes em ERPIs, os resultados obtidos revelam que a maioria dos participantes classificou o seu estado de saúde como "Razoável" (24,0%). Por outro lado, uma proporção considerável avaliou-o como "Mau" (21,1%) ou "Muito mau" (5,7%). Concluiu-se que 26,8% apresenta uma autoperceção negativa da sua condição. No panorama nacional, Oliveira, et. Al (2019), obtiveram valores de 70,4% para "Razoável" e 8,7% "Má" contudo, o número de opções de resposta possíveis era menor. (81) Por sua vez, Ferreira (2011). revelou uma autoperceção negativa de saúde em 57,4% da sua amostra. (82) No âmbito internacional, um estudo efetuado no Brasil, revelou autoperceções negativas em 63,19% dos utentes. (83). A diferença de valores encontrados pode ser explicada pelas diferentes opções de resposta disponíveis nos inquéritos, pelas diferenças sociais e demográficas de cada população estudada e, acima de tudo, pelo estado cognitivo (66% dos idosos institucionalizados apresentavam défice cognitivo). Assistimos a uma população conformada com a ideia de que, o envelhecimento está naturalmente associado a mais perdas do que ganhos. (17)

Contudo, um dado importante a realçar é que, 42,0% considera que a sua saúde tem potencial para melhorar.

A análise da associação "autoperceção do estado de saúde", "quedas", "incontinência", "sarcopenia" e "demência" demonstrou que a autoperceção era significativamente pior em idosos com ocorrência de quedas no último ano ($p=0.027$) e com sarcopenia ($p<0.001$), mas não diferiu significativamente com a presença de incontinência fecal ($p=0.858$) ou urinária ($p=0.129$) ou de déficit cognitivo.

São escassos os estudos publicados até à data em relação à influência das quatro grandes síndromes geriátricas abordadas nesta investigação sobre a autoperceção do estado de saúde de idosos institucionalizados. Os estudos existentes abrangem amostras que não são consideradas representativas da população residente em ERPI como, por exemplo, um estudo nacional conduzido por São José et al. (2022) que evidenciou uma relação entre a presença de défice cognitivo e pior autoperceção de saúde numa amostra de 58 idosos. (84) A autoperceção de saúde dos idosos institucionalizados assume um papel crucial na compreensão abrangente de seu bem-estar e na formulação de estratégias de cuidado adequadas, holísticas e de acordo com as necessidades e prioridades percebidas pelos utentes. É um indicador subjetivo de bem-estar, fornece informação complementar aos indicadores clínicos objetivos (fatores emocionais, sociais e

psicológicos) e surge como um preditor de resultados de saúde futuros: idosos que relatam uma boa autoperceção de saúde geralmente apresentam menor mortalidade e melhor capacidade funcional ao longo do tempo. (85) Deste modo, é de extrema relevância a investigação nesta área.

Em relação às potencialidades deste estudo, importa realçar o facto de ter abrangido a totalidade das ERPIs do concelho do Sabugal, fornecendo uma amostra representativa e permitindo conclusões objetivas e aplicáveis a essa população. Adicionalmente, todas as entrevistas foram realizadas presencialmente e individualmente, o que contribui para a fiabilidade dos dados obtidos. Por último, foi construída uma ampla base de dados constituída por inúmeros parâmetros que poderão ser utilizados para a realização de diferentes estudos no futuro.

Em termos de limitações destaca-se o facto de a equipa de investigação, aquando da recolha dos dados, ter sido constituída por 5 elementos diferentes, o que pode ter impacto na objetividade de alguns parâmetros. Para além disso, sendo um estudo transversal e não longitudinal, com a recolha a ser efetuada num momento específico no tempo, pode ter influência em alguns resultados. Concomitantemente, em algumas instituições, verificou-se um elevado número de idosos incapazes de responder a parte dos parâmetros avaliados, contudo, considerou-se pertinente a inclusão no estudo para que os dados fossem o mais aproximados da realidade possível. Por fim, a ausência de estudos analíticos completos, com menos de 6 meses, na maioria dos idosos não permitiu a análise e caracterização a esse nível.

5. Conclusão

A presente dissertação teve como motivação principal efetuar uma ampla caracterização da população institucionalizada em ERPIs de forma a promover a reflexão sobre o estado atual dos idosos residentes nestas instituições e das suas necessidades, fornecendo dados que permitam repensar a estrutura das mesmas de forma a promoverem um envelhecimento saudável aos seus utentes.

Os resultados apresentados provocam alguma inquietação relativamente à complexidade e aos desafios relacionadas com a população idosa que vive nestas instituições:

- Os idosos em ERPI apresentam elevada multimorbilidade, polifarmácia e altos graus de dependência. O grupo de patologias mais frequente são as patologias do sistema cardiovascular.
- Uma grande percentagem da população estudada apresenta algum grau de défice cognitivo e manifestações sugestivas de quadros depressivos.
- Ao nível do estado nutricional a maioria apresenta-se sob risco de desnutrição e com pontuações sugestivas de sarcopenia.
- Um número considerável apresenta marcha dependente e/ou risco de queda moderado a elevado.
- A incontinência urinária surge como uma das síndromes geriátricas prevalentes nesta população.
- A generalidade considera que o seu estado de saúde atual se encontra “razoável” e um número significativo classifica-o como “mau” ou “muito mau”. Um grande número de idosos considera que a sua saúde poderia melhorar.
- Idosos com sarcopenia e ocorrência de quedas no último ano demonstram uma autoperceção mais negativa relativamente ao seu estado atual de saúde.

A personalização dos cuidados mostra-se premente para que a instituição seja um local de manutenção ou melhoria do nível de dependência e capacidades ao invés de um local de progressiva deterioração das mesmas.

Deste modo, uma sugestão pertinente seria equacionar uma segregação das diferentes instituições tendo em conta grupos de patologias e graus de dependência. Cada uma com profissionais capacitados para a prestação de cuidados mais especializados permitindo a abordagem e prevenção de forma mais direcionada e eficaz das principais complicações de cada doença. Por exemplo, no caso da demência, seria possível implementar terapias e programas dirigidos aos grandes défices apresentados de modo a prevenir a deterioração inerente e permitindo um trabalho mais individualizado e estruturado com

cada utente. A estruturação de programas de reabilitação motora e cognitiva adaptados aos principais défices de cada idoso é urgente em todas as ERPIs.

Adicionalmente, o estado nutricional dos idosos surge como um dos grandes problemas neste estudo, mostrando-se necessária a intervenção de profissionais especializados (nutricionistas, dietistas) para a avaliação e adequação da nutrição de cada um dos utentes.

O papel do médico é fulcral na melhoria dos cuidados prestados à população residente em ERPIs. Um médico assistente responsável pelo cuidado geral e integrado de um paciente, com a gestão centralizada da sua terapêutica, possibilita uma oportunidade para melhor gestão das situações de multimorbilidade e polifarmácia, diminuindo o risco de ocorrência de situações adversas associadas a esta problemática. Adicionalmente, possui um papel preponderante na avaliação da necessidade, na recomendação e na prescrição de terapias de reabilitação e treino cognitivo bem como, no planeamento de intervenções e programas de prevenção e reabilitação no contexto da instituição, sempre a par com uma equipa multidisciplinar. Assumindo estas responsabilidades, torna-se possível a inovação e melhoria dos cuidados gerontológicos nesta população.

O compromisso contínuo com a investigação nesta área é vital para enfrentar os desafios emergentes, promover práticas inovadoras e garantir que o envelhecimento seja vivenciado com dignidade, respeito e qualidade de vida. A avaliação global de forma contínua de todos os utentes residentes em ERPI bem como, da sua autoperceção em relação à sua condição atual, é fundamental para um reajuste da oferta dos cuidados prestados. A estrutura das ERPIs em Portugal exige reformulações na forma de prestação de cuidados ao idoso e nos tipos de serviços que fornece. É imperativo repensar e adaptar estes serviços aos problemas que os idosos apresentam, no presente, e ao que podemos esperar que serão as necessidades e exigências dos idosos do futuro.

6. Bibliografia

- 1 - World Health Organization. Ageing and Health, Fact sheet [Internet]. 2018 [cited 2023 Ago 6]. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- 2 - Eurostat. Ageing Europe - looking at the lives of older people in the EU. 2020 edition.
- 3 - INE P. Portugal: Esperança de vida à nascença [Internet]. [cited 2023 Ago 6]. Available from: [https://www.pordata.pt/portugal/esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo+\(base+trienio+a+partir+de+2001\)-418](https://www.pordata.pt/portugal/esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo+(base+trienio+a+partir+de+2001)-418)
- 4 - Portugal. Direção-Geral da Saúde. Direção de Serviços de Informação e Análise. A Saúde dos Portugueses 2016.
- 5 - Direção-Geral da Saúde. Principais Indicadores da Saúde para Portugal [Internet]. 2013-2017 [cited 2023 Ago 7]. Available from: <https://www.dgs.pt/em-destaque/principais-indicadores-da-saude-para-portugal.aspx>
- 6 - INE P. Portugal: Indicadores de envelhecimento segundo os Censos [Internet]. [cited 2023 Ago 7]. Available from: <https://www.pordata.pt/municipios/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+censos-1055>
- 7 - GEP-MTSSS. Carta Social. Capacidade das Respostas Sociais [Internet]. [cited 2023 ago 7]. Available from: <https://www.cartasocial.pt/capacidade-das-respostas-sociais>
- 8 - Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2012, 21 de março). Diário da República.
- 9 - Veríssimo MT. Geriatria fundamental: saber e praticar. Lisboa: LIDEL – Edições Técnicas, Lda; 2014.
- 10 - Lemoine M. Defining aging. Biol Philos [Internet]. 2020;35(5):1–30. [cited 2023 Ago 6]. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10539-020-09765-z>
- 11 - Halter JB, Ouslander JG, Studenski S, High KP, Asthana S, Supiano MA, et al. No Title. In: Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology, 8e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2022. Available from: <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1190694779>

- 12 - World Health Organization. Misconceptions on ageing and health, Fact sheet [Internet]. 2018 [cited 2023 ago 7]. Available from: <https://www.who.int/ageing/features/misconceptions/en/>
- 13 - Pinto MP. Revista da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia. As grandes síndromes geriátricas. 1. 2022;23-7.
- 14 - Wang SY, Shamliyan TA, Talley KMC, Ramakrishnan R, Kane RL. Not just specific diseases: Systematic review of the association of geriatric syndromes with hospitalization or nursing home admission. Arch Gerontol Geriatr [Internet]. 2013;57(1):16-26. [cited 2023 Sept 8] Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2013.03.007>
- 15 - Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008, dezembro). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Estudos de Psicologia, 4, 585-593
- 16 - Almeida, A. (2008). A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares: Aspectos e contextos da Qualidade de Vida. Porto: Universidade do Porto.)
- 17 - Vieitas M. O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro. 2015;122.
- 18 - Pinto DCV. Por que vão os idosos para lares? Determinantes no internamento de pessoas maiores de 65 anos em instituições de longa permanência. Dissertação de Mestrado [Internet]. Universidade de Lisboa. 2013. Available from: <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/6622>
- 19 - Wei Y, Zhang L. Analysis of the influencing factors on the preferences of the elderly for the combination of medical care and pension in long-term care facilities based on the andersen model. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(15):1-14.
- 20 - Apóstolo J. Instrumentos para Avaliação Geriátrica (Geriatric Instruments). 2012
- 21 - Duque AS, Gruner H, Clara JG, Ermida JG, Veríssimo MT. Avaliação geriátrica. Geriatr Fundam Saber e Prat [Internet]. 2014;103-17. Available from: https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf
- 22 - Martins A. Era uma vez no lar: um idoso, uma cadeira, um tempo. O TUG aplicado a idosos institucionalizados. 2019
- 23 - Hong Han S, Shik Nam K, Suk Cho Y. Normative Data on Hand Grip Strength. Journal of Novel Physiotherapies. 2011;01(01).
- 24 - Faria A et al. Desenvolvimento das versões portuguesas dos questionários FRAIL Scale e SARC-F: Ferramentas de rastreio para a fragilidade física e sarcopenia. 2021

- 25 - João K et al. Validation of the Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-PT). 2017
- 26 - Lopes M, Advinha A, Afonso A, Frias A, Fonseca C, Cruz D, et al. Relatório: Estudo De Intervenção Complexa: As Respostas Sociais no Percurso de Cuidados à Pessoa com Dependência. 2021;9–10.
- 27 - Gordon AL, Franklin M, Bradshaw L, Logan P, Elliott R, Gladman JRF. Health status of UK care home residents: A cohort study. *Age Ageing*. 2014;43(1):97–103.
- 28 - Onder G, Carpenter I, Finne-Soveri H, Gindin J, Frijters D, Henrard J, et al. Assessment of nursing home residents in Europe: The Services and Health for Elderly in Long Term care (SHELTER) study. *BMC Health Serv Res*. 2012;12(1).
- 29 - Ana D, Pires P, Belo R, Eugénia M, Grilo N. Os Idosos Institucionalizados. Estudo de Algumas Variáveis. Marilene de Oliveira Peres [Internet]. Mestrado em Gerontologia Social. 2014. [cited 2023 Dec 9] Available from: https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2707/1/OS_IDOSOS_INSTITUCIONALIZADOS_Estudo_de_Alguas_Variáveis.pdf
- 30 - INE P. Portugal. População residente em Portugal [Internet]. [cited 2024 Jan 6]. Available from: <https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+total+e+por+sexo-357-1768>
- 31 - INE. Taxa de analfabetismo (%) por Local de residência à data dos Censos [2021] [Internet]. [cited 2024 Jan 6]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=12828&tipoSelecao=0&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true
- 32 – Cavaco C. Analfabetismo em Portugal – os dados estatísticos, as políticas públicas e os analfabetos. *Rev Int Educ Jovens e Adultos*. 2019;1(2):17.
- 33- Marisa H, Neves F. “ Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos ” Estudo tipo série de casos [Internet]. Universidade da Beira Interior; 2012. Available from: https://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/1209/1/CAUSAS_CONSEQUENCIAS_INSTITUCIONALIZACAO_IDOSOS.pdf

- 34- ARS Centro. Que saúde temos? [Internet]. Perfil Local de Saúde 2021. [cited 2024 Jan 6]. Available from: https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/reports/PeLS2021/PeLS2021_A31_ULSG.htm
- 35 - Paredes Moreira SA, Almeida Nogueira J, Silva LM, Tura Rangel LF, Peixoto Rodrigues T, Costa Feitosa Alves M do S, et al. Health Problems of Institutionalized Elderly. *Int Arch Med.* 2016;1-7.
- 36 - Silva RS da, Fedosse E, Pascotini F dos S, Riehs EB. Condições de saúde de idosos institucionalizados: contribuições para ação interdisciplinar e promotora de saúde. *Cad Bras Ter Ocup.* 2019;27(2):345-56.
- 37 - Marventano S, Ayala A, Gonzalez N, Rodríguez-Blázquez C, Garcia-Gutierrez S, Forjaz MJ. Multimorbidity and functional status in institutionalized older adults. *Eur Geriatr Med.* 2016;7(1):34-9.
- 38 - Bourbon M, Alves AC, Rato Q. Prevalência de fatores de risco cardiovascular na população portuguesa [Internet]. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 2019. 82 p. Available from: https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/02/e_COR_relatorio.pdf
- 39 - Report T. World Health Organization Technical Report; Medication Safety in Polypharmacy. 2019;11.
- 40 - Aoki T, Ikenoue T, Yamamoto Y, Kise M, Fujinuma Y, Fukuma S, et al. Attributes of primary care in relation to polypharmacy: A multicenter cross-sectional study in Japan. *Int J Qual Heal Care.* 2017;29(3):378-83.
- 41 - Heppenstall P., “Medication use and potentially inappropriate medications in those with limited prognosis living in residential aged care.,” *Australas. J. Ageing*, pp. 18-24, Junho 2016.
- 42 - Silva GL da S e, Magalhães EQ de, Silva EC da, Ladislau RS, Silva FGC da, Oliveira ABT de, et al. Análise das consequências que a Polifarmácia causa em pacientes com doenças crônicas: uma revisão bibliográfica. *Res Soc Dev.* 2022;11(12):e43111234065.
- 43 - Vanessa A, Martins O. Era uma vez no lar : um idoso , uma cadeira , um tempo. O TUG aplicado a idosos institucionalizados. Universidade da Beira Interior; 2019.
- 44 - Baixinho CL, Dixe M dos A, Madeira C, Alves S, Henriques MA. Falls in institutionalized elderly with and without cognitive decline. 2019;

- 45 - Martins* E, Mendes F, Fernandes R. Nutritional Status In A Portuguese Sample Of Institutionalized And Non-Institutionalized Elderly. 2018;236–43.
- 46 – Carrasco C, Reis G, Sim-Sim M, Parraca JA, Fernandes O, Tomas-Carus P. Sex, cognitive state and falls as factors associated with malnutrition: a cross-sectional study of institutionalized older adults living in a rural area of Portugal. BMC Public Health. 2021;21:1–10.
- 47 – Benksim A, Ait Addi R, Khalloufi E, Habibi A, Cherkaoui M. Self-reported morbidities, nutritional characteristics, and associated factors in institutionalized and non-institutionalized older adults. BMC Geriatr. 2021;21(1):4–11.
- 48 – Medeiros MMD de, Figueredo OMC de, Pinheiro MA, Oliveira LFS de, Wanderley RL, Cavalcanti YW, et al. Factors associated with the overlap of frailty and nutrition in institutionalized older adults: A multicenter study. Arch Gerontol Geriatr [Internet]. 2020;90(901):104150. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104150>
- 49 – Norman K, Haß U, Pirlich M. Malnutrition in older adults-recent advances and remaining challenges. Nutrients. 2021;13(8):1–20.
- 50 - Sarabia-Cobo CM, Pérez V, de Lorena P, Domínguez E, Hermosilla C, Nuñez MJ, et al. The incidence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients institutionalized: A multicenter study in Spain. Appl Nurs Res [Internet]. 2016;30:e6–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2015.07.001>
- 51 - Baijens LWJ, Clavé P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb GF, et al. European society for swallowing disorders - European union geriatric medicine society white paper: Oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. Clin Interv Aging. 2016;11:1403–28.
- 52 - Lamy M, Mojon P, Kalykakis G, Legrand R, Butz-Jorgensen E. Oral status and nutrition in the institutionalized elderly. J Dent. 1999;27(6):443–8.
- 53 - Santos J. Caracterização da condição articular de pacientes idosos institucionalizados. Universidade Católica Portuguesa; 2019.
- 54 - Choufani A, Folliguet M, El-Osta N, Rammal S, Doumit M. Oral health status and care of institutionalized elderly individuals in Lebanon. Indian J Dent Res. 2020;31(4):507–14.
- 55 - Loureiro M de FC. Avaliação nutricional dos idosos institucionalizados no concelho de viseu [Internet]. Instituto Politécnico de Viseu; 2013. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.19/3406>

56 - Faxén-Irving G, Luiking Y, Grönstedt H, Franzén E, Seiger, Vikström S, et al. Do Malnutrition, Sarcopenia and Frailty Overlap in Nursing-Home Residents? *J Frailty Aging*. 2021;10(1):17–21.

57 - Visscher TLS, Seidell JC, Molarius A, van der Kuip D, Hofman A, Witteman JCM. A comparison of body mass index, waist-hip ratio and waist circumference as predictors of all-cause mortality among the elderly: The Rotterdam study. *Int J Obes*. 2001;25(11):1730–5.

58 – Kıskaç M, Soysal P, Smith L, Capar E, Zorlu M. What is the Optimal Body Mass Index Range for Older Adults? *Ann Geriatr Med Res*. 2022;26(1):49–57.

59 - Pei X, Liu L, Imam MU, Lu M, Chen Y, Sun P, et al. Neck circumference may be a valuable tool for screening individuals with obesity: Findings from a young Chinese population and a meta-analysis. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1–10.

60 - Preis SR, Massaro JM, Hoffmann U, D’Agostino RB, Levy D, Robins SJ, et al. Neck circumference as a novel measure of cardiometabolic risk: The framingham heart study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010;95(8):3701–10.

61 - Hu T, Shen Y, Cao W, Xu Y, Wang Y, Ma X, et al. Neck circumference for predicting the occurrence of future cardiovascular events: A 7.6-year longitudinal study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* [Internet]. 2022;32(12):2830–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2022.08.023>

62 - Davies RJO, Ali NJ, Stradling JR. Neck circumference and other clinical features in the diagnosis of the obstructive sleep apnoea syndrome. *Thorax*. 1992;47(2):101–5.

63 – H DBO, A RD, Maitri P, M MR. Neck circumference as a predictor of all-cause mortality in middle-aged and older adults in rural Ecuador. 2024;1–6.

64 - Lardiés-Sánchez B, Arbones-Mainar JM, Perez-Nogueras J, Serrano-Oliver A, Torres-Anoro E, Sanz-Paris A. Neck circumference is associated with nutritional status in elderly nursing home residents. *Nutrition*. 2019;62:153–7.

65 - Machado TMM. Perfil de fragilidade em idosos institucionalizados num lar do concelho de Macedo de Cavaleiros [Internet]. Instituto Politécnico de Bragança; 2020. Available from: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/23049/1/pauta-relatorio%2812%29.pdf>

66 - Naharci MI, Katipoglu B. Relationship between blood pressure index and cognition in older adults. *Clin Exp Hypertens* [Internet]. 2021;43(1):85–90. Available from: <https://doi.org/10.1080/10641963.2020.1812626>

- 67 - Escudero Rodríguez JR, Fernández Quesada F, Bellmunt Montoya S. Prevalence and clinical characteristics of chronic venous disease in patients seen in primary care in Spain: Results of the international study Vein Consult Program. *Cir Esp*. 2014;92(8):539–46.
- 68 - Matos S, Abreu M, Lucena A, Diniz I, Andrade S, Oliveira S. Úlcera Por Pressão Em Idosos Institucionalizados: Escores De Risco E Determinantes Clínicos. *Rev Rol enferm* [Internet]. 2020;43(1,supl):493–9. Available from: https://e-rol.es/rol_2020/IC_RESEARCH_INNOVATION_DEVELOPMENT_NURSING_2019.pdf
- 69 - Jerez-Roig J, de Oliveira NPD, de Lima Filho BF, de Farias Bezerra MA, Matias MGL, Ferreira LM, et al. Depressive Symptoms and Associated Factors in Institutionalized Elderly. *Exp Aging Res*. 2016;42(5):479–91.
- 70 – Matos Queirós A, Von Gunten A, Martins M, Wellens NIH, Verloo H. The Forgotten Psychopathology of Depressed Long-Term Care Facility Residents: A Call for Evidence-Based Practice. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2021;11(1):38–44.
- 71 - Araújo CL de O, Ceolim MF. Sleep quality of elderly residents in a long-stay institution. *Rev da Esc Enferm*. 2010;44(3):619–26.
- 72 - Filipa R, Da Silva M. Caracterização da qualidade do sono em idosos institucionalizados. Universidade de Lisboa; 2018.
- 73 - Martins R, Carvalho N, Batista S, Dinis A. Falls in Elderly: Study of the Prevalence and Associated Factors. *Eur J Dev Stud*. 2022;2(3):12–7.
- 74 – Schoberer D, Breimaier HE, Zuschnegg J, Findling T, Schaffer S, Archan T. Fall prevention in hospitals and nursing homes: Clinical practice guideline. *Worldviews Evidence-Based Nurs*. 2022;19(2):86–93.
- 75 - Albasha N, Curtin C, McCullagh R, Cornally N, Timmons S. Staff's insights into fall prevention solutions in long-term care facilities: a cross-sectional study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2023;23(1):1–20. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04435-7>
- 76 - Santarém D, Ferreira CT. Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em idosos institucionalizados no município de Santarém. 2022;2022:1–7.
- 77 - Cardoso SCV. Avaliação do Estado Nutricional de idosos residentes em Instituições Particulares de Solidariedade Social (estruturas residenciais) do Concelho de Vila Nova

de Gaia e Avaliação de Características Ambientais e Físicas dos Respetivos Espaços de Refeição. Re. Universidade do Porto; 2017.

78 - Yang M, Jiang J, Zeng Y, Tang H. Sarcopenia for predicting mortality among elderly nursing home residents: SARC-F versus SARC-CalF. *Med (United States)*. 2019;98(7):1–9.

79 - Bijlsma AY, Meskers CGM, Ling CHY, Narici M, Kurrle SE, Cameron ID, et al. Defining sarcopenia: The impact of different diagnostic criteria on the prevalence of sarcopenia in a large middle aged cohort. *Age (Omaha)*. 2013;35(3):871–81.

80 – European Commission. Directorate-General for Education Y. Special Eurobarometer 525 - Sport and Physical Activity – Summary report. 2022. 38 p.

81 - Oliveira A, Nossa P, Mota-Pinto A. Assessing functional capacity and factors determining functional decline in the elderly: A cross-sectional study. *Acta Med Port*. 2019;32(10):654–60.

82 - Ferreira Z. Perceção do estado de saúde da pessoa idosa intitucionalizada. *J Aging Innov*. 2011;1(1):23–9.

83 - Jerez-Roig J, Souza DLB, de Andrade FLJP, de Lima Filho BF, de Medeiros RJ, de Oliveira NPD, et al. Self-perceived health in institutionalized elderly. *Cienc e Saude Coletiva*. 2016;21(11):3367–75.

84 - São José MJC, Caldeira E, Mestre TD. A Pessoa Idosa Institucionalizada: Autoperceção de Saúde. *Rev Ibero-Americana Saúde e Envelhec*. 2022;7(3):325

85 - Marcellini F, Leonardi F, Marcucci A, Freddi A. Health Perception of Elderly People: The results of a longitudinal study. *Arch Gerontol Geriatr Suppl*. 2002;8:181–9.

7. Apêndices

Apêndice I - Inquérito aos participantes



O PERFIL DOS UTENTES RESIDENTES EM ERPIs 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 [Deterioração cognitiva; Demência; Sintomas depressivos; Problemas psiquiátricos]
- Incapacidade Física [Limitações de mobilidade; Falta de autonomia funcional; Menor participação nas AVD; Maior número de doenças e lesões; Doenças crónicas; Incontinência]
- Condições socioeconómicas e afetivas [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]
- Outro

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 anterior à institucionalização?

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

Perceção sobre 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 Crónicas:

Histórico Cirúrgico (PTA, PTJ, P. Valvular, Veias Varicosas, Oncológico):

Nº de internamentos no último ano: _____

Nº de vezes que recorreu ao SU no último ano: _____

Quantas das anteriores foram devido a agudização de patologia crónica?

Data do último internamento/recurso ao SU: _____

Quantos ciclos de antibioterapia realizou no último ano? _____

Medicação habitual:

OLD/ VNI: Sim OLD ___ Sim VNI ___ Não a 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 ___; Porque motivo ocorreu a queda? _____ Se sim: Local: _____

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? _____; Etfílicos: 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? _____ **E netos?** _____

Realiza algum tipo de atividade: Sim Não ; Se sim, quais? _____
Com que frequência? _____

Visitas desde o início do ano? Sim Não **Se sim:** _____ vezes por mês **Por quem?** _____

Contactos Sim Não **Se sim:** _____ vezes por semana/mês **Por quem?** _____

Saídas da Instituição por vontade do próprio: Sim Não

5. Escalas de Avaliação Geriátrica

Estado Mental

Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE)

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 país estamos? Opts ____ 1pt ____

Em que estação do ano 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 ____

“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 ____.

b) 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 ____

c) 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 ____

d) Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

“Como se chama isto?” (Mostrar os objetos)

Relógio - 0pts ____ 1pt ____

Caneta - 0pts ____ 1pt ____

“Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”: 0pts ____ 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: 0pts ____ 1pt ____

Dobra ao meio: 0pts ____ 1pt ____

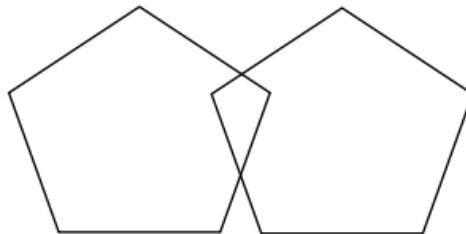
Coloca onde deve: 0pts ____ 1pt ____


“Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS” (se for analfabeto ler o cartão) 0pts ____ 1pt ____

“Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação: 0pts ____ 1pt ____

e) Capacidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação: 0pts ____ 1pt ____



Analfabeto	15 pontos
1-11 anos de escolaridade	22 pontos
	27 pontos
Total	

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage

	Sim	Não
1. Está satisfeito com a sua vida?	0	1
2. Abandonou muitos dos seus interesses e atividades?	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
Pontuação Total		
-Sem Depressão: 0-5 pontos;		
-Depressão ligeira ou moderada: 6 a 10 pontos;		
-Depressão grave: 11 a 15 pontos.		

Escala Multidimensional De Suporte Social Percebido (EMSSP)

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 da família 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;">Pontuação Total: Baixo suporte: 1 - 2.9 pontos Médio suporte: 3-5 pontos Elevado suporte: 5.1-7 pontos</p>							
1. Subescala do outro significativo							
2. Subescala da família							
3. Subescala dos amigos							
4. Pontuação Total							

Escala Doloplus - Dor crónica

Escala numérica (0-10): _____

REPERCUSSÃO SOMÁTICA		
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 individuo 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	Mimica habitual	0
	Mimica que parece exprimir dor quando há solicitação	1
	Mimica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação	2
	Mimica 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
REPERCUSSÃO PSICOMOTORA		
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
REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL		
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
	PONTUAÇÃO	

Atividades de Vida Diária
Escala de Lawton & 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
- 0 É totalmente incapaz de comprar

3- Preparação das refeições

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

4- Tarefas domésticas

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

- 0 Não participa em nenhuma tarefa doméstica

5- Lavagem da roupa

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

6- Utilização de meios de transporte

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

7- Manejo da medicação

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

8- Responsabilidade de assuntos financeiros

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

Mulher		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

Escala adaptada 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

RESULTADO:

- 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

Estado Nutricional

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 [m²])

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

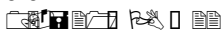
M. Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?

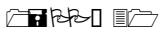
0.0 = menos de três copos
0.5 = três a cinco copos
1.0 = mais de cinco copos

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

1.0 = PB > 22

R. Perímetro da perna (PP) em cm
0 = PP < 31


Avaliação global (máximo 16 pontos): _____
Pontuação da triagem: _____
Pontuação total (máximo 30 pontos): _____

Avaliação do Estado Nutricional:
de 24 a 30 pontos: estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos: sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos: desnutrido

Estado Motor

Classificação Funcional da Marcha de Holden

Categoria	Descrição
0 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.
1 Marcha dependente Nível II	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.
2 Marcha dependente Nível I	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.
3 Marcha dependente com supervisão	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas sem ajuda, mas para a sua segurança requer supervisão de uma pessoa.
4 Marcha independente (superfície plana)	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.
5 Marcha independente	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas

Nota: Tipo de ajuda necessária: _____

Teste “Timed Up and Go”

O idoso deverá estar sentado numa cadeira com apoio lateral de braço. Solicita-se ao idoso, que se levante sem se apoiar nas laterais da cadeira, caminhe 3 metros, rode 180º e retorne ao ponto de partida, para se sentar novamente.

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

Qualidade De Vida

WHOQOL-OLD						
		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1. (F25.1)	As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam 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 actividades?	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 actividades 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 actividades 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

Maior pontuação = Maior qualidade de Vida

Tabela 2. Itens invertidos do WHOQOL-OLD (versão portuguesa)

ITEM 1	(As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua vida diária?)
ITEM 2	(As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua capacidade para participar em actividades?)
ITEM 3	(As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua capacidade para se relacionar com as outras pessoas?)
ITEM 7	(Está preocupado(a) com o modo como irá morrer?)
ITEM 8	(Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte?)
ITEM 9	(Tem medo de morrer?)
ITEM 10	(Receia sofrer antes de morrer?)

Solidão

Escala UCLA - Daniel Russel

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

Fragilidade

Escala FRAIL

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

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

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

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: $[(\text{peso há 1 ano} - \text{peso atual}) / \text{peso há 1 ano}] * 100$.



Perda de peso < 5% = 0

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

As doenças são:

hipertensão 1=Sim 0=Não

insuficiência cardíaca congestiva 1=Sim
0=Não

diabetes 1=Sim 0=Não

cancro (exceto cancro da pele não-melanoma) 1=Sim 0=Não

angina 1=Sim 0=Não

doença pulmonar crónica 1=Sim 0=Não

asma 1=Sim 0=Não

enfarte 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

Score Total: _____/5

0: Sem fragilidade

1 a 2: Risco de Pré-Fragilidade

3 a 5: Risco de Fragilidade

Sarcopenia

Questionário SARC-F

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

Nenhuma = 0

Alguma = 1

Muita ou incapaz = 2

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

Nenhuma = 0

Alguma = 1

Muita, usa apoios ou incapaz = 2

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

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

Nenhuma = 0

Alguma = 1

Muita ou incapaz = 2

Quantas vezes caiu no último ano?

Nenhuma = 0

1 - 3 quedas = 1

4 ou mais quedas = 2

RESULTADO:

Pontuação: 0 a 10 pontos.

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

Sono

Índice de qualidade de sono de Pittsburgh

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

PONTUAÇÃO

Componente 1 – Qualidade subjetiva do sono

Examine a questão 6 e atribua a pontuação da seguinte forma:

Resposta	Pontuação
Muito boa	0
Boa	1
Má	2
Muito má	3

Pontuação da componente 1: _____

Componente 2 – Latência do sono

1. Examine a questão 2 e atribua a pontuação da seguinte forma:

Resposta	Pontuação
< ou = 15 minutos	0
16 a 30 minutos	1
31 a 60 minutos	2
>60 minutos	3

2. Examine a questão 5a e atribua a pontuação da seguinte forma:

Resposta	Pontuação
Nunca	0
Menos de 1x/semana	1
1 ou 2x/semana	2
3x/semana ou mais	3

3. Some a pontuação da questão 2 e 5a _____

4. Atribua a pontuação da Componente 2 da seguinte forma:

Resposta	Pontuação
0	0
1 e 2	1
3 e 4	2
5 e 6	3

Pontuação da componente 2: _____

Componente 3 – Duração do sono

1. Examine a questão 4 e atribua a pontuação da seguinte forma:

Resposta	Pontuação
>7 horas	0
6 a 7 horas	1
5 a 6 horas	2
<5 horas	3

Pontuação da componente 3: _____

Componente 4 – Eficiência do sono

1. Atribua a pontuação da seguinte forma:

- a) Escreva o número de horas dormidas (questão 4): _____
- b) Calcule o número de horas de leito: [horário de levantar (questão 3)] – [horário de deitar (questão 1)]
- c) Calcule a eficiência do sono: [no de horas dormidas/no de horas de leito] x 100 = eficiência do sono %

2. Atribua a pontuação da componente 4 da seguinte forma:

Resposta	Pontuação
>85%	0
75% a 84%	1
65% a 74%	2
<65%	3

Pontuação da componente 4: _____

Componente 5 – Distúrbios do sono

1. Examine as questões de 5b a 5j e atribua a pontuação da seguinte forma:

Resposta	Pontuação
Nunca	0
Menos de 1x/semana	1
1 ou 2x/semana	2
3x/semana ou mais	3

2. Some a pontuação das questões 5b a 5j _____

3. Atribua a pontuação da componente 5 da seguinte forma:

Resposta	Pontuação
0	0
1 a 9	1
10 a 18	2
19 a 27	3

Pontuação da componente 5: _____

Componente 6 – Uso de medicação para dormir

1. Examine a questão 7 e atribua a pontuação da seguinte forma:

Resposta	Pontuação
Nunca	0
Menos de 1x/semana	1
1 ou 2x/semana	2
3x/semana ou mais	3

Pontuação da componente 6: _____

Componente 7 – Sonolência e disfunção diurnas

1. Examine a questão 8 e atribua a pontuação da seguinte forma:

Resposta	Pontuação
Nunca	0
Menos de 1x/semana	1
1 ou 2x/semana	2
3x/semana ou mais	3

2. Examine a questão 9 e atribua a pontuação da seguinte forma:

Resposta	Pontuação
Nunca	0
Menos de 1x/semana	1
1 ou 2x/semana	2
3x/semana ou mais	3

3. Some a pontuação das questões 8 e 9 _____

4. Atribua a pontuação da componente 7 da seguinte forma:

Resposta	Pontuação
0	0
1 e 2	1
3 e 4	2
5 e 6	3

Pontuação da componente 7: _____

Qualidade do sono – valor global

Some as pontuações das 7 componentes para obter o valor global do PSQI (Qualidade do sono). A pontuação varia de 0 a 21.

<5 boa qualidade do sono
>5 pobre qualidade do sono

6. Exame Neurológico Sumário

Força:

- Membro Inferior (Vasto-extensão): _____ MRC
- Membro Superior: **Hand Grip** (com recurso a dinamómetro) _____ N
- Provas de Barré (Membros Superiores) 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___

Romberg

Positivo ___ Negativo ___ Duvidoso ___
Não aplicável___

Reflexos Posturais: Mantidos ___ Diminuídos ___ Não aplicável___

Visão (Prova de contagem dos dedos): Visão a 1 metro___ Visão a 3 metros___ Não aplicável___

Audição (Voz ciciada): Audição a 33 cm - Ouve___ Não ouve___

7. Exame Clínico Sumário

Pressão Arterial: _____

Pulsos Periféricos

Radial Presentes _____ Ausentes _____

Maleolar: Presentes _____ Ausentes _____

Grau de desidratação

Sinal da prega cutânea Presente _____ Ausente _____

Observação das mucosas: Coradas _____ Descoradas _____ Hidratadas _____

Desidratadas _____

Glicémia capilar em jejum _____

Saturação de Oxigénio _____

Auscultação cardíaca: Rítmico ___ Arritmico ___ Com sopro ___ Sem sopro ___

Auscultação pulmonar: Normal ___ Anormal ___ Se anormal, porquê? Consolidação ___

Ruídos Adventícios ___

Estado Nutricional: Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ Peso há 1 ano _____

Níveis séricos: Vit. D _____ Vit. B12 _____ CT _____ cHDL _____ Triglicéridos _____
TSH _____ T4 _____ PCR _____

Insuficiência Venosa (Classificação CEAP): _____

C0 – Sem sinais de doenças venosas sensíveis ou palpáveis.

C1 – Telangiectasias e/ou veias reticulares.

C2 – Veias varicosas.

C3 – Veias varicosas mais Edemas.

C4 – Hiperpigmentação ou eczema.

C5 – Úlcera curada.

C6 – Úlcera venosa ativa.

NA - Não aplicável

Estratificação do RCV (SCORE2-OP): _____

Cavidade Oral: ___ Próteses Dentárias (total/parcial); ___ Ausência de peças dentárias;
___ Implantes

Estado da dentição: Bom ___ Razoável ___ Péssimo ___

Perímetro abdominal _____ cm

Perímetro cervical _____ cm

Integridade da Pele - Presença de úlceras Sim ___ Não ___

Se sim, onde? _____

8. 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. 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 ____;

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

Insatisfeito ____; Pouco Satisfeito ____; Indiferente ____; Satisfeito ____; Muito Satisfeito ____;

3.1. Considera ter amigos dentro da instituição?

Funcionários ____; Outros Utentes ____; Não ____;

4. 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 ____

5. 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 ____

6.1 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 ____;

**6.2 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)**

7. 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 ____;

8.1 Como caracteriza as atividades diárias que pode realizar na instituição?

Nada Interessantes ____; Pouco Interessantes ____; Indiferentes ____; Interessantes ____; Muito Interessantes ____

8.2. 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 ____;

8.3 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:____

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

Nada Satisfeito ____; Pouco Satisfeito ____; Indiferente ____; Satisfeito ____; Muito Satisfeito ____;

Porquê? Sabor____; Textura____; Quantidade____; Temperatura____; Grau de confeção____;

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

Relação com os funcionários ____; Relação com os colegas ____; Atividades diárias ____;
Conforto das instalações____; Alimentação fornecida____; Rotina____; Outro:_____

11. Que aspeto desta instituição o deixa menos satisfeito?(escolha múltipla)

Relação com os funcionários ____; Relação com os colegas ____; Atividades diárias ____;
Conforto das instalações ____; Alimentação fornecida____; Rotina____; Outro: ____

12. 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 ____;

13. Como classifica o nível de ruído da instituição?

Muito elevado____; Elevado ____; Reduzido ____; Nulo ____;

Para si, como seria um lar ideal?

8. Anexos

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética



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 Pato**, 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: B1102417849
Data: 2023.10.26 10:17:36+01'00'



(Professora Doutora Amélia Maria Monteiro Fernandes Nunes)

(Professora Auxiliar)