



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências da Saúde

“A importância da Intervenção Gerontológica junto dos mais velhos”

Ana Teresa Martins Almeida

Dissertação para obtenção do Grau Mestre em

Gerontologia

(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof. Doutora Maria Assunção Vaz Patto

Covilhã, Outubro de 2016

**“Nunca consideres o estudo como uma obrigação,
mas sim como uma oportunidade para penetrar
no belo e maravilhoso mundo do saber”**

Albert Einstein

Dedicatória

Dedico esta dissertação a todos aqueles que direta e indiretamente contribuíram para a sua realização e que me apoiaram incondicionalmente! Dedico-a com toda a confiança e orgulho que depositaram em mim!

Agradecimentos

Agradeço ao meu namorado Leonel, pelas palavras de incentivo, pela paciência, por todo o carinho, amor, dedicação e compreensão nestes últimos dois anos.

Agradeço aos meus pais, por estarem sempre disponíveis sem esperar nada em troca, fazendo o tempo esticar.

Agradeço à minha irmã, por todos os conselhos, por todos os desabafos e sobretudo pela amizade.

Agradeço à Professora Doutora Assunção Vaz Patto, pela orientação deste projeto, pela disponibilidade e sobretudo pelos conhecimentos transmitidos.

Agradeço a todos os elementos que quiseram participar neste estudo, por mim desenvolvido! Um beijinho enorme a todos! São muito especiais para mim!

Agradeço, a minha amiga e colega Sandra Salvado, pelas horas infinitas passadas de volta da tese, pelo apoio que íamos dando uma à outra para nunca desistirmos! Um obrigado gigante. Que alcances sempre os teus sonhos!

Agradeço ao TECTO - Centro Social do Telhado, pela disponibilidade dada, para que me fosse sempre possível estar presente na escola quantas vezes fossem necessárias.

A todos, o meu muito obrigado!
Sem vocês nada teria sido possível!

Resumo

Introdução: Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), no ano de 2050, a população idosa mundial será de 1,9 biliões. Nos países desenvolvidos, no ano de 1998 a expectativa de vida dos homens era de 70,6 anos e 78,4 anos para as mulheres, prevendo-se que no ano de 2050 seja de 87,5 anos e 92,5 anos respetivamente. Modificações nos indicadores demográficos contribuem significativamente para as alterações nas pirâmides etárias, estando atualmente invertidas (uma base estreita, devido aos baixos valores na taxa de natalidade e um topo grande influenciado pela maior esperança média de vida).

Devido a este processo progressivo de envelhecimento da sociedade, no ano de 1903 surgiu uma nova ciência, a gerontologia, que visaria o estudo científico da velhice aos níveis bio-psico-social com a capacidade de promover/implementar estratégias que contribuam para uma melhor qualidade de vida do idoso até ao fim dos seus dias.

Objetivos: O presente trabalho pretende responder à seguinte pergunta de investigação: “Será que a intervenção gerontológica promove realmente benefícios no processo de envelhecimento”?

Metodologia: Foi utilizada uma amostra de conveniencia e aplicado um questionário a uma amostra de idosos que frequentam as instalações do TECTO. A colheita de dados foi realizada em 3 momentos diferentes. No primeiro momento de avaliação foi aplicado o Mini Exame do Estado Mental de Folstein, com a finalidade de selecionar os elementos que iam integrar a amostra (n=24).

O segundo momento de avaliação foi também de intervenção, ou seja subdividido em duas partes: na primeira parte foi aplicado um rastreio gerontológico, com os pontos-chave da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) e na segunda parte foi realizado aconselhamento gerontológico com o objetivo de melhorar (ou não) as variáveis analisadas no rastreio aplicado.

O terceiro momento de avaliação consistiu na aplicação do mesmo rastreio gerontológico e na análise das variáveis do mesmo.

Resultados: Através da comparação dos resultados obtidos no segundo e terceiro momento de avaliação, 96% da amostra (n=23) atingiu melhorias em pelo menos 2 das variáveis sujeitas a intervenção gerontológica.

Conclusões: Pode afirmar-se que, nesta amostra, a intervenção gerontológica parece ter trazido benefícios ao processo de envelhecimento.

Palavras-Chave

Envelhecimento, Qualidade de Vida, Gerontologia, Avaliação Geriátrica, Aconselhamento Gerontológico, Escalas de Avaliação.

Abstract

Introduction: According to the United Nations (UN), in the year 2050, the world's elderly population will be 1.9 billion. In developed countries, in 1998 the expectation of life of men was 70.6 years and 78.4 years for women, it is expected that the year 2050 is 87.5 years and 92.5 years respectively. Changes in demographic indicators significantly contribute to changes in the age pyramid, now being reversed (a narrow base due to low values in the birthrate and a big top influenced by higher average life expectancy).

Because of this progressive process of aging society in the year 1903 came a new science, gerontology, which would aim at the scientific study of aging bio-psycho-social levels with the ability to promote / implement strategies that contribute to a better quality of the old life to the end of his days.

Objectives: This study aims to answer the following research question: "Does the gerontological intervention actually promotes benefits in the aging process"?

Methodology: a sample of convenience was used and applied a questionnaire to a sample of elderly attending CEILING facilities. The collection of data was carried out in 3 different times. At first evaluation was applied to the Mini Mental State Examination Folstein, in order to select the elements that were part of the sample (n = 24).

The second assessment was also intervention, that is divided into two parts: the first part was implemented a geriatric screening, with the key points of the Comprehensive Geriatric Assessment (AGA) and the second part was performed gerontological counseling with the aim of improve (or not) the variables applied in screening.

The third moment of evaluation was the application of the same geriatric screening and analysis of the same variables.

Results: By comparing the results obtained in the second and third stage of evaluation, 96% of the sample (n = 23) achieved improvements in at least two of the variables subject to gerontological intervention.

Conclusions: It can be said that in this sample, the gerontological intervention seems to have brought benefits to the aging process.

Keywords

Aging, quality of life, Gerontology, Geriatric Assessment, Counseling Gerontology, Rating Scales

Índice

1. Introdução	1
1.1- Definição de Termos Básicos	2
1.1.1 - Velhice/ Envelhecimento	2
1.1.3 - Qualidade de Vida.....	4
1.1.4 - Geriatria/Gerontologia.....	5
1.2- Análise Demográfica	6
1.2.1 - Medidas para a avaliação do número de idosos na sociedade e da sua importância relativa:	8
1.3 - A atual sociedade e a Velhice	11
1.4- Envelhecimento Ativo	12
1.4.1 - Determinantes do Envelhecimento Ativo	13
1.5 - Envelhecimento Dos Sistemas	16
1.5.2 - Alterações Anatomofisiológicas com o Envelhecimento.....	18
1.6- Avaliação Geriátrica	26
2.1 - Objetivos.....	31
2.2 - Tipo de Estudo	31
2.3 - Local do Estudo	32
2.4 - População-alvo.....	32
2.5 - Amostragem e Amostra.....	32
2.5.2 Critérios de Inclusão:.....	32
2.5.3 Critérios de Exclusão	32
2.6-Colheita de Dados.....	33
2.6.1 - Variáveis Analisadas	33
2.7- Autorização da colheita de dados e consentimento livre e informado	48
2.8 - Análise Estatística.....	49
3.1 - Primeiro Momento de Avaliação	51
3.2 - Segundo Momento de Avaliação/Intervenção	51
3.3 - Terceiro Momento de Avaliação	80

5- Sugestões	117
7-Bibliografia	119
Anexo 1 - Tabela Terapêutica e Respetiva Toma Diária	123
Anexo 2 - Teste de Snellen.....	125
Anexo 3 - Teste do Sussurro	127
Anexo 4 - Escala de Katz	129
Anexo 5 - Escala de Barthel.....	131
Anexo 6 - Índice de Lawton e Brody.....	133
Anexo 7 - Escala de Tinetti	135
Anexo 8 - Teste Get Up and Go	137
Anexo 9 - Mini Exame do Estado Mental de Folstein	139
Anexo 10 - Prova do Relógio e Nomeação dos Animais	141
Anexo 11 - Escala da Depressão Geriátrica	143
Anexo 12 - Mini Avaliação Nutricional	145
Anexo nº 13 - Rastreio Gerontológico	147
Anexo nº 14 - Autorização de Colheita de Dados	151
Anexo nº 15 - Consentimento Informado aos Utentes Constituintes da Amostra.....	153
Anexo nº 17 - Proposta da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.....	161

Lista de Figuras

- Figura 1 - Pirâmide etária da população portuguesa no ano de 2010
- Figura 2 - Projeção da população residente em Portugal para o ano de 2030
- Figura 3 - Projeção da população residente em Portugal para o ano de 2060
- Figura 4 - Cálculo para a percentagem de idosos
- Figura 5 - Cálculo do índice de envelhecimento
- Figura 6 - Cálculo do índice de longevidade
- Figura 7 - Determinantes do envelhecimento ativo segundo a OMS, 2005
- Figura 8 - Relação entre os três pilares do envelhecimento ativo e o princípio das nações unidas para os idosos (2005)
- Figura 9 - Alterações na composição corporal com a idade
- Figura 10 - Exercícios de Kegel
- Figura 11 - Análise Estatística das variáveis um e dois em estudo (idade e sexo)
- Figura 12 - Percentagem do número de fármacos/dia
- Figura 13 - Resultados obtidos no teste de Snellen
- Figura 14 - Ajudas técnicas utilizadas pela amostra para colmatar déficits visuais
- Figura 15 - Principais problemas de visão da amostra
- Figura 16 - Uso de ajudas técnicas pelos constituintes da amostra
- Figura 17 - Queixas de presença de ruídos por parte da amostra (sendo esta presença de ruídos um dos sinais de presbiacúsia)
- Figura 18 - Percentagem da presença de cerume na amostra
- Figura 19 - Resultado do teste do sussurro
- Figura 20 - Resultados obtidos na Mini Avaliação Nutricional
- Figura 21 - Perda de peso nos últimos 6 meses dos elementos constituintes da amostra
- Figura 22 - Manutenção ou ganho de peso da amostra
- Figura 23 - Queixas de perda involuntária de urina
- Figura 24 - Uso de audas técnicas por parte da amostra
- Figura 25 - Resultado da escala de Katz
- Figura 26 - Resultado da escala de Barthel
- Figura 27 - Resultado do índice de Lawton & Brody
- Figura 28 - Resultado da escala de Tinetti
- Figura 29 - Uso de ajudas técnicas pela amostra
- Figura 30 - Quedas ocorridas nos últimos seis meses
- Figura 31 - Percentagem de fratura nos elementos que sofreram queda
- Figura 32 - Apoio Social
- Figura 33 - Pessoas que compõem o agregado familiar
- Figura 34 - Número de andares da habitação das pessoas que vivem em casa própria
- Figura 35 - Resultado do Mini Exame Mental de Folstein
- Figura 36 - Resultado da Escala de Depressão Geriátrica

Figura 37 - Número de fumadores que integram a amostra
Figura 38 - Número de cigarros fumados por dia
Figura 39 - Hábitos Alcoólicos por parte da amostra
Figura 40 - Número de copos/dia que os elementos com hábitos alcoólicos consomem
Figura 41 - Hábitos desportivos
Figura 42 - Frequência Semanal da prática de exercício físico
Figura 43 - Principais problemas de saúde da amostra
Figura 44 - Análise Estatística das variáveis um e dois em estudo (idade e sexo)
Figura 45 - Percentagem do número de fármacos/dia
Figura 46 - Medicação Temporária
Figura 47 - Resultados obtidos no teste de Snellen
Figura 48 - Ajudas técnicas utilizadas pela amostra para colmatar déficits visuais
Figura 49 - Principais problemas de visão da amostra
Figura 50 - Uso de ajudas técnicas pelos constituintes da amostra
Figura 51 - Queixas de presença de ruídos por parte da amostra (sendo esta presença de ruídos um dos sinais de presbiacúsia)
Figura 52 - Percentagem da presença de cerume na amostra
Figura 53 - Resultado do teste do sussurro
Figura 54 - Resultados obtidos na Mini Avaliação Nutricional
Figura 55 - Perda de peso nos últimos 6 meses dos elementos constituintes da amostra
Figura 56 - Manutenção ou ganho de peso da amostra
Figura 57 - Queixas de perda involuntária de urina
Figura 58 - Uso de audas técnicas por parte da amostra
Figura 59 - Resultado da escala de Katz
Figura 60 - Resultado da escala de Barthel
Figura 61 - Resultado do índice de Lawton & Brody
Figura 62 - Resultado da escala de Tinetti
Figura 63 - Uso de ajudas técnicas pela amostra
Figura 64 - Quedas ocorridas nos últimos seis meses
Figura 65 - Percentagem de fratura nos elementos que sofreram queda
Figura 66 - Apoio Social
Figura 67 - Pessoas que compõem o agregado familiar
Figura 68 - Número de andares da habitação das pessoasque vivem em casa própria
Figura 69 - Resultado do Mini Exame Mental de Folstein
Figura 70 - Resultado da Escala de Depressão Geriátrica
Figura 71 - Número de fumadores que integram a amostra
Figura 72 - Número de cigarros fumados por dia
Figura 73 - Hábitos Alcoólicos por parte da amostra
Figura 74 - Número de copos/dia que os elementos com hábitos alcoólicos consomem
Figura 75 - Hábitos desportivos

Figura 76 - Frequência Semanal da prática de exercício físico

Figura 77 - Principais problemas de saúde da amostra

Lista de Tabelas

- Tabela 1 - Comparação do índice de envelhecimento nos anos de 2001 e 2011
- Tabela 2 - Comparação do índice de longevidade nos anos de 2001 e 2011
- Tabela 3 - Acontecimentos históricos para a população com mais de 65 anos de acordo com Ermida, J. (2014)
- Tabela 4 - Queixas de memória mais frequentes
- Tabela 5 - Exemplos de Exercícios para trabalhar a memória
- Tabela 6 - Descrição dos exercícios para trabalhar a memória
- Tabela 7 - Patologias crónicas dos elementos da amostra
- Tabela 8 - Análise descritiva da variável nº 1 em estudo (idade)
- Tabela 9 - Frequência e Percentagem da segunda variável em estudo (sexo)
- Tabela 10 - Análise descritiva da segunda variável em estudo (sexo)
- Tabela 11 - Distribuição por sexo e idade dos idosos pertencentes à amostra integrante do estudo
- Tabela 12 - Análise da variável estado civil (casada/o)
- Tabela 13 - Análise da variável estado civil (solteira/o)
- Tabela 14 - Análise da variável estado civil (viúva/o)
- Tabela 15 - Grau de depressão na amostra em estudo
- Tabela 16 - Variáveis em estudo (2ª avaliação)
- Tabela 17 - Análise descritiva da variável nº 1 em estudo (idade)
- Tabela 18 - Frequência e percentagem da segunda variável em estudo (sexo)
- Tabela 19 - Análise descritiva da segunda variável em estudo (sexo)
- Tabela 20 - Distribuição por sexo e idade dos idosos pertencentes à amostra integrante do estudo
- Tabela 21 - Análise da variável estado civil (casada/o)
- Tabela 22 - Análise da variável estado civil (solteira/o)
- Tabela 23 - Análise da variável estado civil (viúva/a)
- Tabela 24 - Grau de depressão na amostra em estudo
- Tabela 25 - Variáveis em estudo (3ª avaliação)
- Tabela 26 - Melhoria das variáveis após intervenção gerontológica
- Tabela 27 - Comparação entre o segundo e terceiro momento de avaliação

Lista de Acrónimos

UE - União Europeia

INE - Instituto Nacional de Estatística

TECTO - Centro Social do Telhado

OMS - Organização Mundial de Saúde

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

CD - Centro de Dia

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

MMS/ MEEM - Mini Mental State - Escala de Avaliação

AGA - Avaliação Geriátrica Ampla

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

CID - Classificação estatística e internacional das doenças

IMC - Índice de Massa Corporal

MAN - Mini Avaliação Nutricional

GDS - Escala de Depressão Geriátrica

DSM IV - Manual de Estatística e Diagnóstico de Transtornos Mentais

AIVD's - Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVD's - Atividades de Vida Diária

1. Introdução

O ano de 2012, que foi designado pela União Europeia (UE) como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, desmistificou alguns estereótipos associados ao envelhecimento. No entanto é fundamental continuar a refletir sobre as respostas que a sociedade tem para dar aos idosos, sejam eles de cariz social (formal ou informal) ou de saúde, pois o envelhecimento populacional é atualmente um fenómeno progressivo e mundial.

Os jovens de hoje serão os idosos de amanhã e torna-se fundamental que todas as pessoas se consciencializem que as ações do agora tem repercussões no futuro e que se queremos ser idosos saudáveis há opções que podem ser tomadas o quanto antes, pois o processo de envelhecimento não surge de repente; é sim um processo contínuo que dia após dia se vai desenvolvendo, quer interna quer externamente.

Kane, R. et al (2005) referem que o propósito da gerontologia é evitar que doenças tratáveis passem despercebidas como condições associadas à idade avançada e que os processos naturais do envelhecimento sejam tratados como se fossem doenças. Essa última possibilidade é particularmente perigosa, porque os adultos são muito vulneráveis aos efeitos iatrogénicos, sendo estes o desfecho menos desejável da assistência médica (redução da saúde do paciente como a consequência do contato com o sistema de saúde).

O intuito fundamental desta tese é, através da intervenção gerontológica, dar resposta à pergunta de investigação “ **Será que a intervenção gerontológica promove realmente benefícios para ao processo de envelhecimento?**”

Para se dar resposta à pergunta desta investigação e realçar toda a componente teórica desta tese foram realizados três momentos de avaliação, tendo o segundo momento de avaliação uma subparte de intervenção (analisar ponto 2.5) a 24 idosos com idades compreendidas entre os 65-93 anos através dos pontos-chave da avaliação geriátrica ampla (AGA) que é um processo diagnóstico multidimensional, geralmente interdisciplinar, para determinar as deficiências ou habilidades dos pontos de vista médico, psicossocial e funcional. Vários estudos confirmam os benefícios da AGA, como tendo uma maior precisão diagnóstica, com efeitos a nível da melhoria do estado funcional e mental, redução da mortalidade, diminuição do internamento hospitalar e de institucionalização, além de maior satisfação com o atendimento por parte do idoso (Wong, 1998; Reuben, Rosen, 2009).

1.1- Definição de Termos Básicos

1.1.1 - Velhice/ Envelhecimento

Para Fernández- Ballesteros (2000) etimologicamente **velhice** deriva de velho, procedendo do latim *veclus, vetulum*, definido como “pessoa de muita idade”. Distintos vocábulos são usados para denominar as etapas da vida que correspondem a distintas idades: infância, juventude, idade adulta e velhice. A **velhice** para esta autora significa a última etapa da vida.

Berger e Mailloux-Poireier (1995) consideram que a **velhice** é a última fase do ciclo da vida, na qual o organismo sofre transformações sucessivas e atendendo às numerosas definições de **velhice** que se encontram na literatura gerontológica, pode-se reagrupar as mesmas segundo várias dimensões, tais como:

- ✓ **Biológica** - A dimensão biológica contempla a velhice com base nas alterações físicas que se verificam no organismo humano, à medida que os anos passam.
E.g. Os tecidos perdem flexibilidade e capacidade de recuperação; produzem-se alterações da imunidade face às doenças; os órgãos e sistemas corporais reduzem a velocidade e a capacidade das suas funções.
- ✓ **Sociológica** - A dimensão sociológica considera que a velhice é um conceito relativo, no qual contempla o contexto onde os acontecimentos se definem socialmente. A definição social de velhice atribui significado aos acontecimentos de vida.
E.g. A velhice é a idade da reforma.
- ✓ **Cronológica** - A dimensão cronológica contempla a velhice com base na idade cronológica.
E.g. A velhice é o período de vida que tem início pelos 65 anos e finaliza com a morte. Neugarten (1974) delimita a velhice cronológica em duas categorias: uma que abarcaria os indivíduos dos 55 anos aos 75 anos (jovens-velhos), outra que abarcaria os indivíduos a partir dos 75 anos (velhos- velhos). Fontaine (1999/2000) define velhice como “o estado que caracteriza um grupo de determinada idade, o das pessoas com mais de sessenta anos”.
- ✓ **Psicológica** - A dimensão psicológica contempla a velhice com base nas alterações cognitivas e afetivas que se verificam com o avançar da idade.
E.g. A velhice é o período da vida em que declina a memória, em que se fica mais deprimido.

- ✓ **Funcional** - Em termos fisiológicos, é extremamente difícil circunscrever os limites temporais do início da velhice, pois todos nós conhecemos “velhos que parecem novos e novos que parecem velhos”.

E.g. A velhice em termos funcionais pode ser classificada como: “velhice normal”, “velhice patológica” ou “velhice saudável, competente, satisfatória ou com êxito”.

A velhice normal refere-se à velhice que cursa sem patologias, enquanto que a patológica refere-se à velhice que está associada a patologias múltiplas, regra geral crónicas.

Entende-se por velhice saudável, competente, satisfatória ou com êxito, aquela que cursa com uma baixa probabilidade em surgir doença e incapacidade, associada a um alto funcionamento cognitivo, a uma capacidade física funcional e a um compromisso ativo com a vida.

Para Ballesteros, R. (2000) o envelhecimento entende-se como um processo que ocorre desde o nascimento até à morte.

Filho e Alencar (1998) entendem o envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo, responsável por alterações morfológicas, bioquímicas e psicológicas, que implicam uma perda de capacidade do indivíduo em relação ao meio ambiente, bem como maior vulnerabilidade aos processos patológicos que acabam por torná-lo dependente e levá-lo à morte.

“O envelhecimento é um fenómeno que pode ser aprendido a diversos níveis. Antes de mais biológico, porque os estigmas da velhice, de certa forma mais palpáveis, se traduzem com a idade por um aumento de doenças, por modificações do nosso aspecto, tal como a nossa forma de nos deslocarmos, ou ainda pelas rugas que pouco a pouco sulcam a nossa pele; social, com a mudança de estatuto provocada pela passagem à reforma; finalmente psicológico, **com as modificações das nossas atividades intelectuais e das nossas motivações**” Fontaine, R. (2000)

O envelhecimento é bio-psico-social e existem teorias biológicas (teorias estocásticas e sistémicas) e diversos paradigmas psicológicos que tentam explicar este fenómeno, no entanto, o meio ambiental onde cada um está inserido, bem como as oportunidades de saúde, económicas, de participação e culturais influenciam diretamente este processo.

1.1.3 - Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida está relacionado com a percepção que cada um tem de si e dos outros, podendo ser interpretado de diferentes maneiras, mediante critérios (educação, saúde, atividade profissional, necessidades pessoais, entre outros). Este conceito está submetido a múltiplos pontos de vista que variam de época para época e de cultura para cultura. **(WHOQOL GROUP, 1994)**

Qualidade de vida significa muitas coisas. Diz respeito a como as pessoas vivem, sentem e compreendem o seu quotidiano. Envolve saúde, educação, transporte, moradia, trabalho e participação nas decisões que nos dizem respeito. Compreende desse modo, situações extremamente variadas como anos de escolaridade, atendimento digno em casos de doenças e acidentes, conforto e pontualidade nas condições para se dirigir a diferentes locais, alimentação em quantidade suficiente e qualidade adequada e, até mesmo, posse de aparelhos eletrodomésticos.” **(Giovanni Pires, 1998)**

1.1.3.1 - Evolução do Conceito de Qualidade de Vida

- **1964-** Lyndon Johnson, presidente dos EUA, associou a Qualidade de Vida do idoso à economia, pois acreditava que os objetivos da economia podiam ser alcançados através da qualidade de vida que proporcionavam aos idosos; **(WHOQOL GROUP)**
- **1976-** Augus Campbell afirmou que a qualidade de vida do idoso era “...uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém, sabe claramente o que é”; **(WHOQOL GROUP)**
- **A partir dos anos 80-** Passou a ser encarada numa perspectiva biológica, psicológica, económica e cultural, uma vez que a qualidade de vida depende destes fatores e é subjetiva; **(WHOQOL GROUP)**
- **1994-** Gil et al concluiu que tanto a nível da definição do conceito de qualidade de vida, como a nível dos instrumentos de avaliação da mesma, existe pouca clareza e consistência; **(WHOQOL GROUP)**
- **1998-** Costa Neto identificou quase 450 instrumentos de avaliação da qualidade de vida, dos quais 322 só começam a aparecer em bibliografia; Giovanni Pires afirmou que qualidade de vida tem a ver com a forma como as pessoas vivem, sentem e compreendem o seu quotidiano; **(WHOQOL GROUP)**
- **2005-** Arnaldo Ribeiro referenciou que a qualidade de vida é “um termo que surgiu como conceito de condições de vida no trabalho, como um conjunto de aspectos de bem-estar, saúde e segurança física, mental e social, capacidade de desempenhar actividades com

segurança e com máximo aproveitamento possível da energia de cada trabalhador (produtividade).”; (WHOQOL GROUP)

- **Atualmente-** Qualidade de vida é definida segundo as perspectivas de determinados grupos de pessoas (WHOQOL GROUP)

1.1.4 - Geriatria/Gerontologia

Nasher introduz o termo **Geriatria em 1909** que corresponderia ao ramo da medicina que se ocuparia especificamente das doenças dos idosos (Pereira, A. et al, 2009). **Atualmente a Geriatria** é o ramo da medicina que se dedica ao idoso, ocupando-se não só da prevenção, do diagnóstico e do tratamento das suas doenças agudas e crónicas, mas também da sua recuperação funcional e reinserção na sociedade. (Cantero, I. & Domingo, P. (1998)). Fontaine, R. (2000) refere que a **geriatria** representa o aspeto terapêutico da gerontologia. Ela estuda os meios para lutar contra os efeitos do envelhecimento.

Élie Metchnikoff propôs a **Gerontologia** em 1903 como uma nova ciência que visaria o estudo científico da velhice. Berger, L. & Mailloux-Poireier, D. (1995) afirmam que a **Gerontologia** deriva do grego *geros, gerontos* (velho) que designa o estudo do processo de envelhecimento sob todos os aspetos: envelhecimento físico, psicológico, comportamental bem como todo o contexto social do envelhecimento. Fontaine, R. (2000) assume que a **gerontologia** tem por objeto o estudo de todas as modificações morfológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais consecutivas à ação do tempo no organismo, independentemente de qualquer fenómeno patológico.

1.2- Análise Demográfica

De acordo com Camarano, A (2006) a demografia de uma população pode ser influenciada por uma série de fatores relacionados direta e indiretamente com o idoso enquanto pessoa individual. São impulsionadores de uma mudança demográfica a taxa de natalidade, a taxa de mortalidade e as migrações.

O formato clássico de uma pirâmide populacional tem uma base grande (onde nos deparamos com um grande número de crianças - elevada taxa de natalidade) e um topo estreito (com poucos idosos e uma elevada taxa de mortalidade). Nos estudos publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) no ano de 2011 (após os censos da população) podemos constatar pirâmides invertidas, pois temos uma diminuição da base (diminuição da fertilidade - influenciada por fatores culturais, religiosos, sociais e por conseguinte diminuição da natalidade) e um aumento do topo (com um elevado número de idosos - transição demográfica influenciada por mudanças positivas na saúde, saneamento, água potável, mudanças sociais, económicas, modernizações e industrialização que influenciaram a diminuição da taxa de mortalidade). (INE, 2011)

Segundo os resultados dos censos de 2011 publicados pelo INE verifica-se que a esperança média de vida (nº médio de anos que qualquer humano pode esperar viver) tem aumentado, influenciada por fatores genéticos (intrínsecos) mas também por fatores externos e é atualmente maior nas mulheres. (INE, 2011)

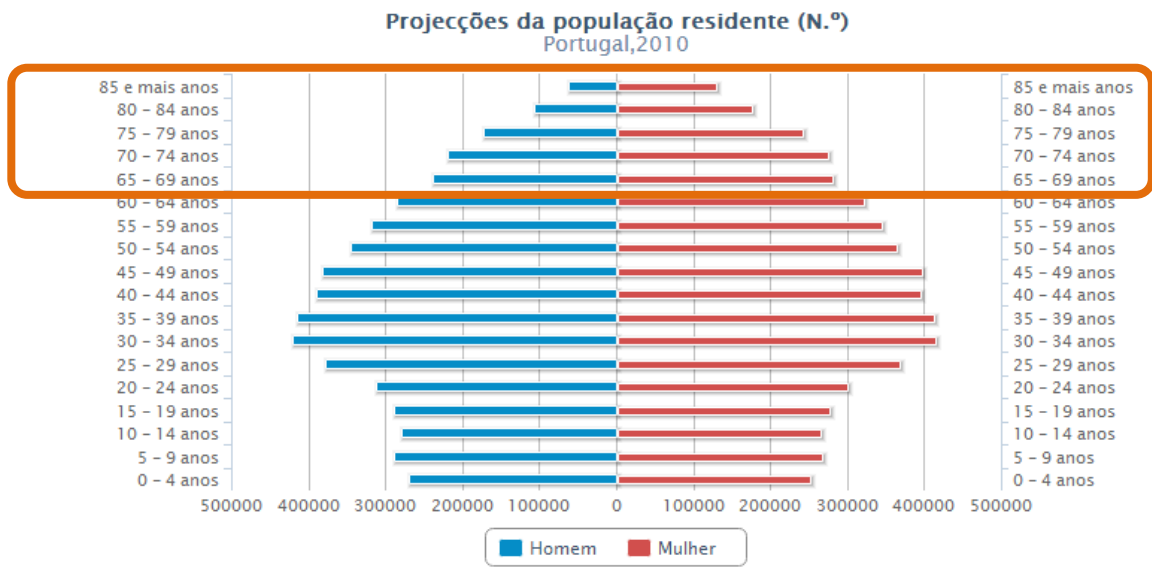


Figura 1- Pirâmide Etária da População Portuguesa no ano de 2010 (INE)

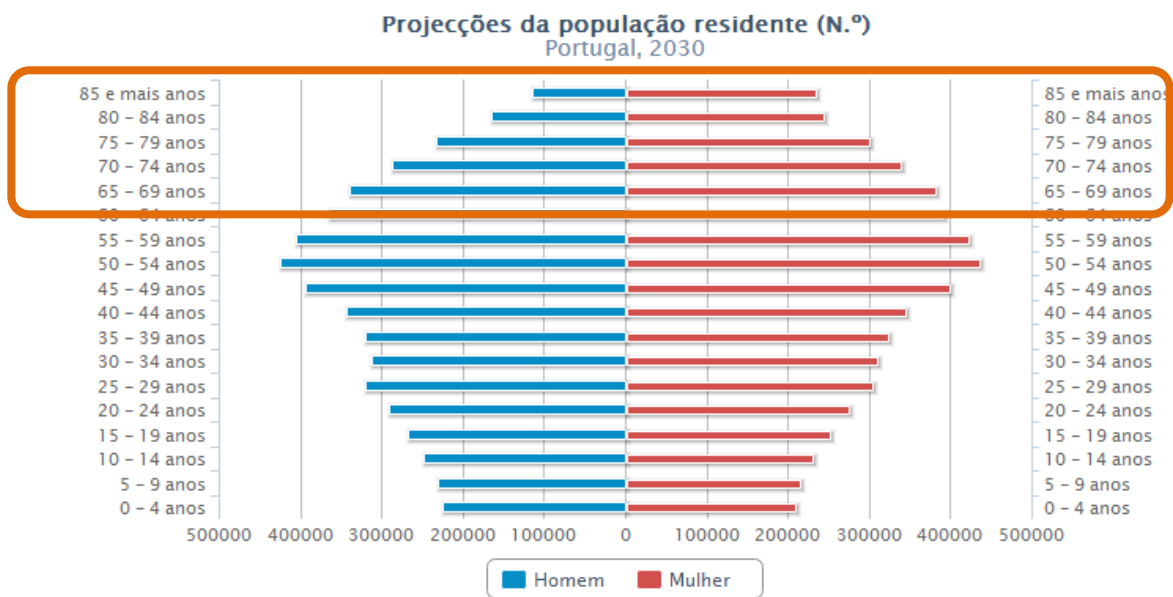


Figura 2 - Projeção da População Residente em Portugal para o ano de 2060 (INE)

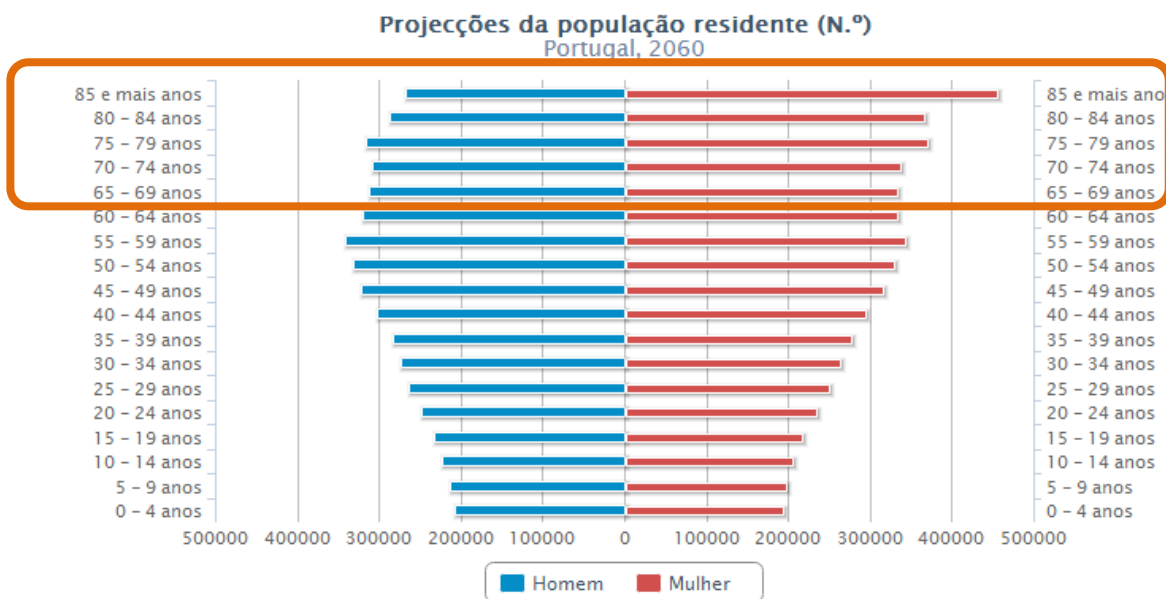


Figura 3 - Projeção da População Residente em Portugal para o ano de 2060 (INE)

Através da observação das pirâmides populacionais constatamos que a população futura terá tendência para ser cada vez mais envelhecida e com cada vez menos jovens. A taxa de natalidade (Número de nados vivos ocorrido durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período) deverá continuar baixa e a taxa de mortalidade (Número de óbitos observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período) também tem tendência a diminuir.

1.2.1 - Medidas para a avaliação do número de idosos na sociedade e da sua importância relativa:

A percentagem de idosos, o índice de envelhecimento e o índice de longevidade são medidas para a avaliação do número de idosos na sociedade.

A percentagem de idosos é a relação entre a população com 65 ou mais anos e a população residente.

$$\left(\frac{\text{População com 65 ou mais anos}}{\text{População residente}} \right) \times 100$$

Figura 4 - Cálculo para a percentagem de idosos (INE)

Em 2011, a percentagem de idosos em Portugal era de 22,4% contra 13,7% de jovens. A população idosa tem uma percentagem maior de mulheres (24,8%) do que homens (19,8%).

O índice de Envelhecimento é a relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos.

$$\left(\frac{\text{População com 65 ou mais anos}}{\text{População 0 - 14 anos}} \right) \times 100$$

Figura 5 - Cálculo do índice de envelhecimento (INE)

Tabela 1 - Comparação do índice de envelhecimento nos anos de 2001 e 2011 (INE)

ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO	2001			2011		
	Total	H	M	Total	H	M
Portugal	102,23	83,56	121,78	127,84	104,77	151,98

Em Portugal este indicador passou de cerca de 102 em 2001 para 128 em 2011.

O índice de longevidade relaciona a população com 75 ou mais anos com o total da população idosa com 65 ou mais anos.

$$\left(\frac{\text{População com 75 ou mais anos}}{\text{População com 65 ou mais anos}} \right) \times 100$$

Figura 6 - Cálculo do índice de longevidade (INE)

Tabela 2 - Comparação do índice de longevidade nos anos de 2001 e 2011 (INE)

ÍNDICE DE LONGEVIDADE	2001			2011		
	Total	H	M	Total	H	M
Portugal	41,42	37,75	44,05	47,86	43,79	50,79

A longevidade é caracterizada por um aumento na esperança média de vida. As principais razões que levaram a este aumento prendem-se com as melhorias das condições de vida (quer a nível social quer a nível económico), melhoria das condições ambientais e sanitárias, bem como a uma melhoria considerável ao nível da saúde e descoberta/investigação/estudo das chamadas doenças do envelhecimento.

Em Portugal o índice de longevidade aumentou na última década, passando de 41,42 em 2001 para 47,86 em 2011. As mulheres apresentam um índice de longevidade superior ao dos homens, 44,05 e 50,79 respetivame

1.3 - A atual sociedade e a Velhice

De acordo com Ermida, J. (2014), foi no início do século XX, que surge o reconhecimento e a institucionalização do estudo do envelhecimento nas suas implicações e consequências médicas e sociais, onde Metchnikov, em 1903, designa a Gerontologia como a ciência que estuda o envelhecimento nos seus aspetos biológico, psicológico e social. O autor supra citado, sintetiza 3 acontecimentos históricos para a população com mais de 65 anos:

Tabela 3 - Acontecimentos históricos para a população com mais de 65 anos de acordo com Ermida, J. (2014)

Data	Acontecimento Histórico	Observações
<u>1965</u>	Assembleia da Associação Internacional dos Cidadãos Idosos, em Los Angeles	Foi aprovada a Declaração dos Direitos das Pessoas Idosas, onde se definem direitos. Direito: À existência física À existência económica À existência social À existência cultural A dispor por si própria
<u>1982</u>	I Assembleia Mundial do Envelhecimento, Viena	Encarou-se pela 1ª vez o problema do envelhecimento global
<u>2002</u>	II Assembleia Mundial do Envelhecimento, Madrid	Aprovada declaração política com 15 pontos e um Plano de Ação Internacional, no qual se reafirmaram e reforçaram os princípios aprovados na 1ª assembleia, onde se destacaram 3 orientações prioritárias: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Envelhecimento e suas consequências na área social ✓ Melhoria da saúde e do bem-estar dos idosos ✓ Melhoria do habitat dos idosos

1.4- Envelhecimento Ativo

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o “Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.” A OMS (2005) refere que o envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários.

A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para os seus familiares, companheiros, comunidades e países. (OMS, 2005)

O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados. O termo “saúde” refere-se ao bem-estar físico, mental e social, como definido pela Organização Mundial da Saúde. Por isso, num projeto de envelhecimento ativo, as políticas e programas que promovem saúde mental e relações sociais são tão importantes quanto aquelas que melhoram as condições físicas de saúde. (OMS, 2005)

Manter a autonomia e independência durante o processo de envelhecimento é uma meta fundamental para indivíduos e governantes. Além disto, o envelhecimento ocorre dentro de um contexto que envolve outras pessoas - amigos, colegas de trabalho, vizinhos e membros da família. Esta é a razão pela qual a interdependência e solidariedade entre gerações (uma via de mão-dupla, com indivíduos jovens e velhos, onde se dá e se recebe) são princípios relevantes para o envelhecimento ativo. (OMS, 2005)

A qualidade de vida que as pessoas terão quando avós depende não só dos riscos e oportunidades que experimentarem durante a vida, mas também da maneira como as gerações posteriores irão oferecer ajuda e apoio mútuos, quando necessário. (OMS, 2005)

1.4.1 - Determinantes do Envelhecimento Ativo

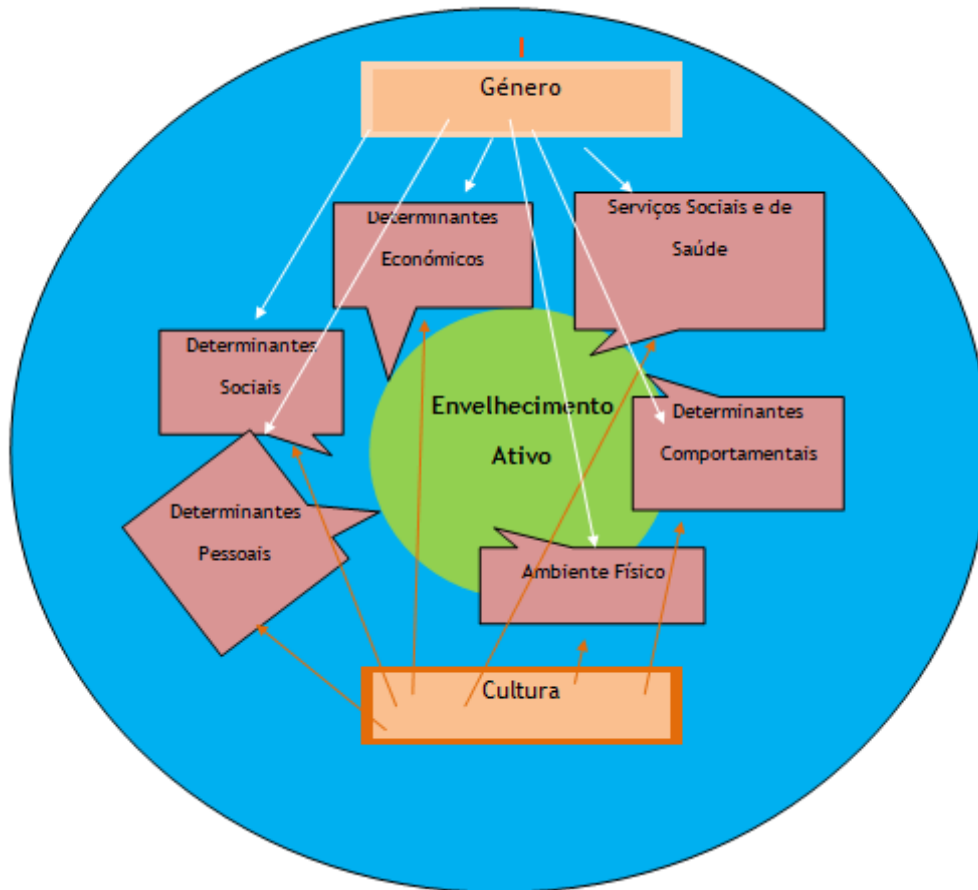


Figura 7 - Determinantes do Envelhecimento Ativo (OMS, 2005)

O envelhecimento ativo é influenciado direta e indiretamente por diversas determinantes nomeadamente a cultura e o género (que são inerentes a cada um de nós) e depois por determinantes pessoais, económicos, comportamentais, sociais e de saúde e o ambiente físico, que moldam todo o nosso processo de envelhecimento, interagindo constantemente uns com os outros.

De acordo com a resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 de Dezembro de 1991, os princípios das Nações Unidas para as pessoas idosas são:

- **Independência**
- **Participação**
- **Assistência**

- Realização pessoal
- Dignidade

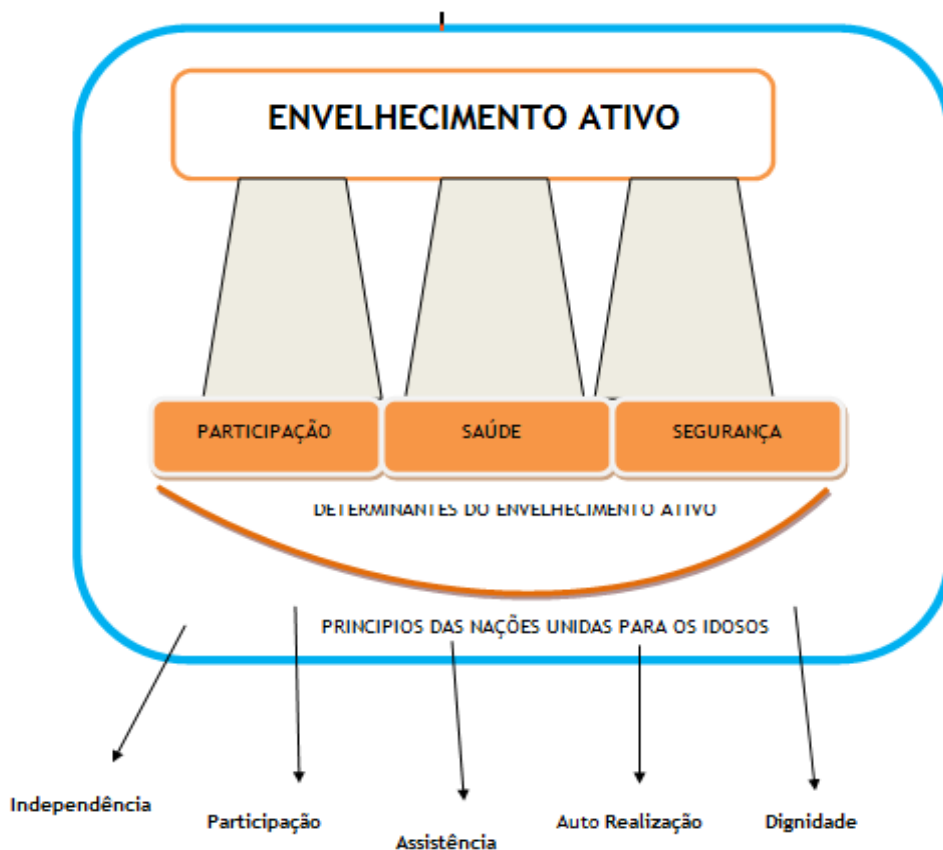


Figura 8 - Relação entre os três pilares do envelhecimento ativo e os princípios das nações unidas para os idosos (OMS 2005)

O envelhecimento ativo depende de uma diversidade de fatores “determinantes” que envolvem indivíduos, famílias e países.

Os valores culturais e as tradições determinam muito como uma sociedade encara as pessoas idosas e o processo de envelhecimento. Os fatores culturais também influenciam na busca por comportamentos mais saudáveis.

Para promover o envelhecimento ativo, os sistemas de saúde necessitam ter uma perspectiva de curso de vida que vise à promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo a cuidado primário e de longo prazo de qualidade. A assistência a longo prazo é definida pela OMS como “o sistema de atividades empreendidas por cuidadores informais (família, amigos e/ou vizinhos) e/ou profissionais (de serviços sociais e de saúde) a uma pessoa não plenamente capaz de se cuidar, para que esta tenha a melhor qualidade de vida possível, de acordo com as suas

preferências individuais, com o maior nível possível de independência, autonomia, participação, satisfação pessoal e dignidade humana”. (OMS, 2005)

A adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa no cuidado da própria saúde são importantes em todos os estágios da vida. Um dos mitos do envelhecimento é que é tarde demais para se adotar esses estilos nos últimos anos de vida. Pelo contrário, o envolvimento em atividades físicas adequadas, alimentação saudável, a abstinência do fumo e do álcool, e fazer uso de medicamentos sabiamente podem prevenir doenças e o declínio funcional, aumentar a longevidade e a qualidade de vida do indivíduo. (OMS, 2005)

Nos determinantes pessoais os genes podem estar envolvidos na etiologia de doenças; entretanto a causa de muitas é mais ambiental e externa do que genética e interna, pois a razão principal dos idosos ficarem doentes com mais frequência do que os jovens é que devido à vida mais longa, foram expostos por mais tempo a fatores externos, comportamentais e ambientais que causam doenças do que os indivíduos mais novos. Os fatores psicológicos, que incluem a inteligência e capacidade cognitiva (por exemplo, a capacidade de resolver problemas e de se adaptar a mudanças e perdas), são indícios fortes de envelhecimento ativo e longevidade. (OMS, 2005)

O ambiente físico adequado à idade podem representar a diferença entre a independência e a dependência para todos os indivíduos, mas especialmente para aqueles em processo de envelhecimento. Por exemplo, pessoas idosas que moram em ambientes ou áreas de risco com múltiplas barreiras físicas saem, provavelmente, com menos frequência, e, por isto, estão mais propensas ao isolamento, depressão, menor preparo físico e mais problemas de mobilidade. Os perigos no ambiente físico podem causar lesões incapacitantes e dolorosas nos idosos, e as mais frequentes são decorrentes de quedas, incêndios e batidas de automóveis. Água limpa, ar limpo e acesso à alimentação segura são particularmente importantes para os idosos. (OMS, 2005)

Apoio social, oportunidades de educação e aprendizagem permanente, paz, e proteção contra a violência e maus-tratos são fatores essenciais do ambiente social que estimulam a saúde, participação e segurança, à medida que as pessoas envelhecem. Solidão, isolamento social, analfabetismo e falta de educação, maus tratos e exposição a situações de conflito aumentam muito os riscos de deficiências e morte precoce. (OMS, 2005). Importante ressaltar ainda o ambiente econômico, já que há pelo menos três aspectos do ambiente econômico com um efeito particularmente relevante sobre o envelhecimento ativo: o rendimento, o trabalho, e a proteção social. (OMS, 2005)

1.5 - Envelhecimento Dos Sistemas

De acordo com Comallonga, M. & Zamarriego, G. (2003), o envelhecimento poderia definir-se como uma série de modificações morfológicas, psicológicas, funcionais e bioquímicas que o passar do tempo origina nos seres vivos. É um processo biológico, que começa assim que se alcança a maturidade, é universal, progressivo e irreversível caracterizado por um decréscimo gradual das funções que termina com a morte. A deterioração progressiva dos sistemas fisiológicos associados à idade ocorre através da associação dos fatores genéticos e a interação do indivíduo com o meio ao longo da sua vida.

Segundo Torres, A. (2003) o órgão que mais precocemente manifesta sinais de envelhecimento é a pele e o órgão que o faz mais tarde é o cérebro. O mesmo autor refere que o envelhecimento, ao contrário do crescimento, não é um fenómeno geneticamente programado. Não obstante, a extensão de vida de um determinado organismo depende de duas circunstâncias: uma delas é o limite fixado para cada uma das espécies e o nível de redundância alcançado pela seleção natural do material genético.

1.5.1 - Aspetos gerais sobre as características fisiológicas do envelhecimento:

- I. “A função fisiológica de muitos órgãos e sistemas tende a declinar com a idade, no entanto, existem diferenças no grau de afetação dos diferentes sistemas. Existe também uma grande variabilidade individual e desta forma definem-se dois tipos de idosos sãos: os que representam um envelhecimento normal, com um declinar fisiológico médio e os que representam um envelhecimento com êxito, no qual as alterações morfológicas e funcionais são mínimas”;
- II. “As modificações fisiológicas associadas à idade não têm grande significado quando o organismo está em repouso, no entanto podem ser importantes em situações de *stress*, no exercício, na doença e na administração de fármacos”;
- III. “Existem uma alteração nos sistemas homeostáticos associados ao envelhecimento”;
- IV. “As modificações fisiológicas determinam a esperança média de vida ou a sobrevivência máxima potencial de uma espécie (aproximadamente 120 anos para a espécie humana), no entanto a expectativa de vida dos indivíduos ao nascer é determinada pela interação dos fatores pessoais, ambientais e sociais”. (Comallonga, M. & Zamarriego, G. (2003))

1.5.1.1 - Etiologia das modificações fisiológicas associadas à idade de acordo com Comallonga, M. & Zamarrigo, G. (2003):

- I. Mudanças produzidas por processos intrínsecos: muitos dos processos essenciais para a vida têm também aspetos negativos para o organismo, como por exemplo o metabolismo aeróbico que produz reagentes como o superóxido, radicais livres que são potencialmente prejudiciais.
- II. Mudanças produzidas por processos extrínsecos: o organismo esta relacionado com o seu ambiente, pelo que os fatores externos podem modificar a evolução do deterioramento fisiológico (tabaco, fatores psicossociais, exercício)
- III. Doenças associadas ao envelhecimento: é aceite que uma maior deterioração das mudanças associadas à idade se deve a uma série de doenças associadas ao envelhecimento, no entanto o limite entre as mudanças fisiológicas e a doença é pouco claro!

1.5.1.2 - Consequências Clínicas das mudanças fisiológicas associadas ao envelhecimento referindo Comallonga, M. & Zamarrigo, G. (2003)

- I. As mudanças fisiológicas podem afetar a forma de manifestação da doença no idoso (por exemplo, a taquicardia que normalmente no adulto jovem antecede a febre ou uma hemorragia, no idoso pode não se manifestar).
- II. A deterioração da função fisiológica pode afetar a suscetibilidade antes de uma doença (por exemplo, as mudanças na resposta imunitária podem contribuir para uma maior incidência de tuberculose num idoso).
- III. A cinética e dinâmica dos fármacos geralmente está alterada devido às variações na função renal e hepática e a alterações na composição corporal.
- IV. Os valores de referência dos testes utilizados na prática clínica como a função respiratória ou análises laboratoriais podem ser alterados em relação às alterações fisiológicas.

1.5.2 - Alterações Anatomofisiológicas com o Envelhecimento

1.5.2.1 - Composição Corporal

Pereira, S. (2011) refere que há controvérsias em relação ao início do envelhecimento, porém por volta dos 25 anos, já podemos observar modificações na composição corporal:

- Diminuição da celularidade;
- Diminuição da função dos órgãos;
- Diminuição da água intracelular, fazendo com que o organismo do idoso seja desidratado, fisiologicamente;
- A musculatura vai diminuindo, especialmente as fibras de contração rápida;
- Diminuição da força muscular;
- Em substituição à musculatura, há aumento proporcional de gordura, especialmente em torno da cintura pélvica, provocando alterações da silhueta)
- (Navazio & Testa, 2007)

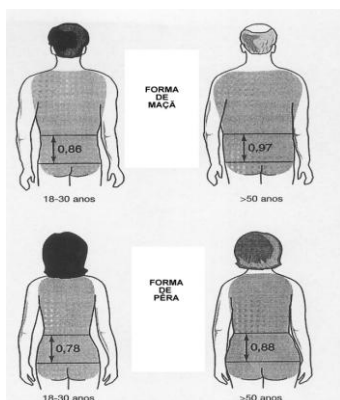


Figura 9 - Alterações na composição corporal com a idade

1.5.2.2 - Pele

A pele é um importante órgão, para além de ser o invólucro que separa o meio interno/externo, previne a perda de água, regula o equilíbrio hidra eletrolítico, controla a temperatura corporal e recebe os estímulos sensoriais de tato, pressão, temperatura e dor. Uma das suas camadas, a epiderme, é responsável pelas glândulas sudoríparas, glândulas sebáceas, unhas, pelos e cabelo. De acordo com Timiras, 2007, com o envelhecimento:

- A pele fica mais seca e espessada por diminuição das glândulas sebáceas;
- Diminuição do número de melanócitos;

- Diminuição do nº de fibras elásticas e colagénio, levando a uma perda da resiliência e à formação de rugas.

Seeley, R. , Stephens, T. & Tate, P. (2003) referem os principais efeitos do envelhecimento no sistema tegumentar:

- À medida que o corpo envelhece, o fluxo sanguíneo para a pele diminui e a pele torna-se mais fina e perde elasticidade;
- As glândulas sudoríparas e sebáceas tornam-se menos ativas e o número de melanócitos diminui.

1.5.2.2.1 - Pálpebras

Pereira, S. (2011) refere que flacidez das pálpebras superiores leva a uma limitação do campo visual lateral, podendo a pessoa não ver objetos ao seu lado, não ver um veículo a aproximar-se. Essa flacidez desloca o orifício de entrada do canal lacrimal provocando uma lacrimação contínuo e incomodativo.

1.5.2.2.2 - Fâneros

Timiras (2007) refere que a diminuição do número de glândulas sudoríparas somada à diminuição dos vasos sanguíneos na derme e à diminuição da espessura do tecido celular subcutâneo dificultam a termorregulação. Com o envelhecimento:

- As glândulas sebáceas mantêm o seu número constante, mas o seu tamanho aumenta;
- O embranquecimento dos cabelos ocorre pela perda progressiva de melanócitos;
- O nº de corpúsculos de Pacini e Meissner, responsáveis pela sensação de pressão e tato leve, diminui, predispondo a lesões e diminuição de destrezas para certos movimentos com as mãos;
- O crescimento longitudinal das unhas diminui, tornam-se mais quebradiças e frágeis.

Tecidos e envelhecimento:

- As alterações dos tecidos relacionados com o envelhecimento resultam da dinamização da divisão celular e de alterações nas fibras extracelulares;
- As fibras de colagénio perdem flexibilidade e resistência;
- As fibras elásticas fragmentam-se e perdem elasticidade.

(Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P. (2003))

1.5.2.3 - Alterações Cardiovasculares

O envelhecimento compromete severamente algumas partes do sistema cardiovascular enquanto outras são mantidas sem alterações. (Pereira, S. 2011)

Efeitos do Envelhecimento sobre o Coração:

- O envelhecimento provoca alterações graduais da função cardíaca que são pouco significativas em repouso mas que se tornam mais importantes durante o exercício;
- A hipertrofia ventricular esquerda é frequente nas pessoas mais velhas;
- A frequência cardíaca máxima diminui e por volta dos 85 anos o débito cardíaco pode ter diminuído 30-60%;
- Existe uma tendência acrescida para o aparecimento de problemas valvulares e arritmias;
- O aumento do consumo de oxigénio, necessário para bombear a mesma quantidade de sangue, faz com que a doença coronária relacionada com a idade seja mais grave.

(Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P. (2003))

1.5.2.4 - Sistema Nervoso

Com o avançar da idade, as doenças neurológicas estão muito prevalentes e o conhecimento do processo biológico do envelhecimento do sistema nervoso é fundamental. (Pereira, S. 2011)

1.5.2.4.1 - Alterações Estruturais

Com o envelhecimento:

- Perda de volume cerebral;
- Diminuição do peso cerebral;
- Perda neuronal, limitada a algumas áreas;
- Aumento de células gliais;
- Perda de neurónios;
- Redução de mielina;
- Diminuição do número de dendrites;
- Alterações dos nervos periféricos e da musculatura.

(Long et al. 1999 & Ketomen, 1998 & Elkind, 2003)

1.5.2.4.2 - Alterações Bioquímicas

A comunicação celular dentro do sistema nervoso dá-se por meio de neurotransmissores. Na mesma célula podem coexistir o neurotransmissor e o péptido que modulará a ação do neurotransmissor. O equilíbrio dessas ações é fundamental para a manutenção do sistema nervoso. O compromisso das funções está ligado mais ao desequilíbrio desse processo do que

a alteração de um neurotransmissor isoladamente. Além disso cada neurotransmissor tem o seu tempo de envelhecimento.

(Timiras, Maletta, 2007).

1.5.2.4.3 - Alterações Metabólicas e Circulatórias

Além dos neurotransmissores, outras substâncias estão alteradas no sistema nervoso central (SNC). Com o envelhecimento:

- Há diminuição tanto da água extracelular como da intracelular;
- Lentidão da síntese proteica;
- Aumento da oxidação das proteínas e sua glicosilação;
- Diminuição da síntese lipídica;
- Alteração na membrana lipídica,
- Alteração da condução nervosa;
- Diminuição do fluxo sanguíneo cerebral.

Apesar de todas as alterações descritas, o sistema nervoso mantém-se íntegro graças à sua plasticidade e à sua capacidade de compensar e reparar danos ocorridos. (Timiras, Maletta, 2007).

1.5.2.4.4 - Memória

Na actualidade, admite-se que as partes do cérebro responsáveis pela memória envolvem o hipocampo, o tálamo, o córtex temporal, frontal e pré-frontal e o cerebelo (Timiras, Maletta, 2007).

As memórias reflexa modular, sensorial e implícita pouco se alteram com o envelhecimento. Já a episódica começa a diminuir por volta dos 30 anos e declina, progressivamente, enquanto a semântica responsável pela recordação de nomes, palavras e memória espacial pode ser mantida por toda a vida (Graf, Schacter, 1985)

1.5.2.5 - Marcha, Postura e Equilíbrio

A instabilidade postural representa uma das grandes síndromes da geriatria devido as suas complicações. Várias são as estruturas centrais e periféricas responsáveis por essa função de independência motora. (Alexander, 1996). Com o envelhecimento:

- É comum uma certa hesitação no andar;
- Menor balanço dos braços;
- Passos menores;
- Ao mudar de direção no caminho, faz a volta com o corpo em bloco;
- Adquire-se uma postura mais rígida (base alargada, retificação da coluna cervical, grau de cifose torácica, flexão do quadril e dos joelhos).

O grande problema nos distúrbios da marcha é a queda com todas as complicações posteriores.

(Timiras, Maletta, 2007)

Efeitos do Envelhecimento no sistema Músculo-esquelético:

- O envelhecimento do sistema músculo-esquelético está associado a redução da massa muscular, aumento do tempo de resposta e aumento do tempo que o músculo leva a contrair em resposta ao estímulo nervoso;
- As fibras musculares diminuem em número, as unidades motoras diminuem em número e o tempo de recuperação aumenta.

(Seeley, R. , Stephens, T. & Tate, P. (2003)

- Há uma diminuição constante e universal da força muscular, força essa que é necessária para a manutenção de quase todas as funções do corpo, como postura, locomoção, respiração e digestão. (McCarter, 2006)

Efeitos do Envelhecimento no Sistema Esquelético:

- Com a idade perde-se matriz óssea, e a remanescente torna-se mais quebradiça;
- A perda de osso esponjoso resulta do adelgaçamento e perda de trabéculas. A perda de osso compacto dá-se principalmente na superfície interna dos ossos;
- A perda óssea aumenta o risco de fraturas e causa deformidade, redução da estatura, dor, rigidez e perda de dentes.

(Seeley, R. , Stephens, T. & Tate, P. (2003))

Envelhecimento nas Articulações:

- Com a idade, o tecido conjuntivo das articulações torna-se menos flexível e menos elástico. A resultante rigidez articular aumenta o desgaste das superfícies articulares. As alterações do tecido conjuntivo também reduzem a amplitude do movimento.

(Seeley, R. , Stephens, T. & Tate, P. (2003))

1.5.2.6 - Sono

O ciclo sono-vigília modifica-se com o envelhecimento. Há a tendência de dormir mais cedo e acordar mais cedo (Baehr et al., 2000). As queixas de insônia, sonolência diurna, despertar durante a noite e sono pouco reparador são frequentes.

1.5.2.7 - Sistema Respiratório

Efeitos do Envelhecimento no Aparelho Respiratório:

- Com o envelhecimento ocorre uma diminuição da capacidade vital e da ventilação total, devido ao enfraquecimento dos músculos respiratórios e à diminuição da elasticidade da caixa torácica;
- O volume residual aumenta devido ao maior diâmetro das vias aéreas, o que vai determinar uma diminuição da ventilação alveolar;
- A diminuição da ventilação alveolar, a perda de paredes alveolares e o espessamento daquelas paredes são compensadas por um aumento do volume corrente em repouso;
- A capacidade para remover o muco das vias diminui com a idade.

(Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P. (2003))

1.5.2.8 - Sistema Urinário

Por volta dos 30 anos a função renal começa a diminuir de maneira progressiva, atingindo a sua metade aos 85 anos. As principais alterações com o envelhecimento são:

- O rim perde peso;
- Há diminuição do fluxo plasmático.

(Silva, 2005)

Efeitos do Envelhecimento sobre os Rins:

- O tamanho dos rins sofre uma diminuição gradual;
- A diminuição do tamanho dos rins está associada à diminuição do débito renal;
- O número de nefrónios funcionais diminui;
- A secreção de renina e a síntese de vitamina D diminuem;
- As capacidades de secreção e absorção do nefrónio declinam.

(Seeley, R. , Stephens, T. & Tate, P. (2003))

1.5.2.8.1 - Diurese

O padrão do ritmo urinário apresenta-se modificado na pessoa idosa, que passa a eliminar água e electrólitos mais à noite que durante o dia (poliúria noturna).

(Pereira, S. 2011)

1.5.2.9 - Sistema Endócrino

1.5.2.9.1 - Tireoide

As hormonas da tireoide estimulam o consumo de oxigénio em quase todos os tecidos e aumentam a taxa do metabolismo celular, contribuindo para a manutenção da temperatura corporal, que diminui com o aumento da idade, elevando a susceptibilidade de hipotermia em idosos e à menor sudorese. A redução da resposta febril ao ataque de diferentes agentes dá-se pela incompetência termorregulatória observada.

(Habra, Sarlis, 2005; Scobbo, 2005)

1.5.2.9.2 - Paratiroide

As glândulas da paratiroide são responsáveis pela secreção de hormonas paratiroideias e calcitonina. Os níveis do cálcio sérico são mantidos ao longo da vida mas com o avanço da idade o mecanismo de regulação modifica-se e na idade avançada, a calcemia é mantida pela reabsorção do cálcio ósseo mais do que pela absorção intestinal do cálcio ingerido ou pela reabsorção do mineral pelo rim. (Fujita, 1991)

1.5.2.9.3 - Pâncreas

Pereira, S. (2011) refere que são pequenas as alterações morfológicas observadas no pâncreas com o envelhecimento:

- É esperado um leve aumento da glicémia em jejum com a idade;
- Após ingestão alimentar a glicémia alcança níveis mais elevados e o tempo de retorno ao normal é mais elevado quando comparado com adultos jovens.

1.5.2.10 - Trato Gastrintestinal

A principal função do trato gastrintestinal é transferir as substâncias nutritivas, vitaminas, minerais e líquidos para o sangue, alcançando os tecidos e excretar o conteúdo não absorvido. (Pereira, S. 2011)

Com o envelhecimento as principais alterações são:

- Na boca a perda de dentes, devido ao pouco hábito de saúde oral, sendo que a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde oral pela presença no mínimo de 20 dentes e ocorre perda de papilas gustativas, responsáveis pelas alterações no paladar; (Murphy, 1987)
- No esófago em 35% das pessoas com idades compreendidas entre os 50 e 75 anos, pode ocorrer a incompetência esfíncteriana, permitindo o refluxo do conteúdo ácido do estômago para a porção distal do esófago. Em consequência pode surgir dor torácica; (Sandler et al. 2002)
- No estômago ocorre dificuldade na digestão de alimentos e dificuldade de esvaziamento gástricos; (Timiras, 2007)
- No intestino pode ocorrer presença de divertículos no intestino grosso; aumento da pressão intraluminal; “prisão” intestinal; diminuição do tónus e da força do esfíncter anal; (Bitar, Patil, 2004)
- O pâncreas diminui de tamanho; endurece pelo aumento da fibrose; ganha cor mais amarelada pelo depósito de lipofuscina e produção de lipase e tripsina diminui. (Mason, Brunicardi, 2001)

- O fígado diminui de volume, diminui o seu fluxo sanguíneo, ganha uma cor mais escura pelo depósito de lipofuscina, a síntese de colesterol diminui e há redução da bilis total. (Masonl, Brunicardi, 2001)

1.5.2.11 - Sistema Imunitário e Imunidade

Efeitos do Envelhecimento no Sistema Imunitário e na Imunidade:

- O envelhecimento tem pouco efeito na capacidade do sistema linfático para remover os líquidos dos tecidos (manter o equilíbrio hídrico), para absorver as gorduras no aparelho digestivo ou para remover as células defeituosas do sangue;
- A diminuição da proliferação das células T helper provoca uma diminuição da resposta aos antigénios, na imunidade mediada por anticorpos e por células;
- As respostas primárias e secundária aos antigénios diminuem com o envelhecimento;
- A capacidade para resistir aos agentes patogénicos intracelulares diminui com a idade.

(Seeley, R. , Stephens, T. & Tate, P. (2003))

1.5.2.12- Sistema Reprodutor

1.5.2.12.1 - Alterações relacionadas com a idade nos Homens:

- Existe uma diminuição relacionada com a idade no tamanho e peso dos testículos, bem como diminuição do número de células intersticiais, adelgaçamento da parede dos túbulos seminíferos e diminuição da produção de espermatozóides. A produção de espermatozoides mantém-se compatível com a fecundação;
- A próstata aumenta de volume e existe um aumento do cancro da próstata relacionada com a idade;
- A impotência relaciona-se com a idade e há uma diminuição gradual da actividade sexual.

(Seeley, R. , Stephens, T. & Tate, P. (2003))

1.5.2.12.2 - Alterações relacionadas com a idade nas Mulheres:

- A mais significativa alteração relacionada com a idade é a menopausa;
- O útero diminui de tamanho e a parede vaginal torna-se mais fina;
- Há um aumento relacionado com a idade no cancro da mama, do útero e do ovário.

(Seeley, R. , Stephens, T. & Tate, P. (2003))

Todas as alterações acima descritas afetam direta e indiretamente a autonomia e a independência do idoso, estando fortemente ligadas à qualidade de vida individual.

1.6- Avaliação Geriátrica

Com objectivo de facilitar a avaliação do idoso, foram criados instrumentos capazes de detetar sinais de alterações das funções nervosas superiores, efeitos colaterais de medicamentos, *déficits* de ordem visual e auditiva bem como a presença das grandes síndromes geriátricas. O conjunto dos instrumentos e avaliação - procedimentos, regras e técnicas- visa avaliar o Idoso de forma global. (Freitas, Miranda, 2006; Costa,2005).

Em 1936, foi criada a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) (também chamada de Avaliação Geriátrica Multidimensional - AGM ou Avaliação Geriátrica Global - AGG) desenvolvida pela Dra Marjory Warren que iniciou um obstinado trabalho de reabilitação de pacientes idosos incapacitados com excelentes resultados. O resultado positivo do trabalho da Dra. Warren introduziu o conceito do cuidado interdisciplinar e a necessidade de uma avaliação ampla nos pacientes geriátricos, com o objectivo de esquematizar um plano terapêutico eficaz e multimodal. (Freitas, Miranda, 2006)

A AGA é um processo diagnóstico multidimensional, geralmente interdisciplinar, que visa determinar as deficiências ou habilidades do idoso dos pontos de vista médico, psicossocial e funcional. Difere de um atendimento médico habitual por se concentrar nos idosos frágeis, portadores de múltiplas morbidades; por usar, com frequência, equipa multidisciplinar; por dar ênfase ao estado funcional e à qualidade de vida. Além disso é bastante comum o uso de escalas de avaliação, o que facilita a comunicação entre os membros da equipa e comparação evolutiva. (Wong, 1998; Reuben, Rosen, 2009)

O principal objectivo da AGA é, com a participação de uma equipa multiprofissional e a utilização de escalas, identificar as limitações do paciente geriátrico, quantificá-las e estabelecer a conduta terapêutica adequada. As principais áreas a serem analisadas incluem a deteção das doenças crónicas, da função física e mental e das condições sociais e familiares. A AGA faz parte do exame clínico do idoso, sendo fundamental nos pacientes portadores de polipatologias e com vários medicamentos. (Wong, 1998; Reuben, Rosen, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua três domínios específicos que definem os objetivos da AGA: **Deficiência** (Impairment) - definida como a perda da estrutura corpórea, aparência ou função de um órgão ou de um sistema, **Incapacidade** (Disability) - refere-se a restrição ou a perda de habilidade e **Desvantagem** (Handicap) - restrições ou perdas sociais e/ou ocupacionais experimentados por uma pessoa.

Os componentes básicos da AGA incluem a **avaliação clínica**, que inclui a anamnese, avaliação da saúde física - incluindo visão, audição, fala e incontinência urinária -; **avaliação nutricional**; **avaliação funcional**; equilíbrio e mobilidade; **avaliação ambiental, social e de saúde mental**.

a) Avaliação Clínica: Na anamnese é importante falar devagar, com o tom de voz adequado, olhar para o paciente de modo a facilitar a leitura labial, usar gesticulação para ajudar na comunicação, ter cuidado para não gritar com os idosos que ouvem bem, é importante deixar que o idoso se expresse, o interrogatório feito pelo técnico deve ser diverso e completo e é importante saber os medicamentos em uso, pois estes ajudam a conhecer diagnósticos anteriores e atuais bem como ter conhecimento sobre automedicação, posologias incorretas e uso de mais de um fármaco com o mesmo objectivo (Anexo nº 1).

Relativamente ao exame físico os *déficits* sensoriais são muito comuns nos idosos e representam motivo de perda de qualidade de vida, tornando-se uma complicação para a realização das AVDs (Actividade de Vida de Diária). Estas limitações sociais podem levar ao isolamento social, ao risco maior de quadro confusionais e a quedas. (Freitas, Miranda, 2006). **Visão** - as principais doenças visuais nesta faixa etária são a catarata, degeneração macular, glaucoma, retinopatia diabética e presbiopia. Estas alterações visuais estão relacionadas com quedas, declínio cognitivo e funcional, processos depressivos e imobilidade. (Rosenthal, 2001). O método de padrão de triagem da acuidade visual é feito por meio de testes - teste de Snellen. (Anexo nº 2) **Audição** - para avaliação auditiva o teste mais utilizado é o do sussurro que avalia a compreensão de sons de alta e de baixa frequência (Schneider, 1997) (Anexo nº 3) **Incontinência urinária** - é definida como a perda involuntária de urina em quantidade suficiente para constituir um problema de ordem social e/ou de saúde. A perda da continência é um fator preponderante para a criação de isolamento social, tem prevalência entre 30 e 60% influenciando na independência e na autonomia do idoso (Isaacs, 1965)

b) Avaliação Funcional: A capacidade funcional é definida como a aptidão do idoso para realizar determinada tarefa que lhe permita cuidar de si mesmo e ter uma vida independente. A funcionalidade do idoso é determinada pelo seu grau de independência e pode ser avaliada por instrumentos específicos. As atividades básicas são aquelas que se referem ao autocuidado; ou seja; tomar banho, vestir-se, promover higiene, transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa, ter continência e capacidade de se alimentar - Actividades de Vida Diária (AVD) - Avaliadas pela Escala de Katz (Anexo nº 4). Outra escala usada é a Escala de Barthel, que avalia 10 funções: tomar banho, vestir-se, promover higiene, usar o vaso sanitário, transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa, manter continência fecal e urinária, capacidade para se alimentar, deambular e subir escadas. (Anexo nº 5). Para uma vida independente e ativa na comunidade, executando as actividades rotineiras do dia-a-dia, o idoso deve usar os recursos do meio ambiente - Actividades Instrumentais da Vida Diária - AIVD, avaliadas pela escala de Lawton - arrumar a casa, telefonar, viajar, fazer

compras, preparar alimentos, controlar e tomar os remédios e administrar as Finanças. (Lawton, Brody, 1969) (Anexo nº 6).

c) **Equilíbrio e Mobilidade** - O aparelho locomotor sofre importantes modificações, reduzindo a amplitude dos movimentos, alterando a marcha com passos curtos e mais lentos e pelo arrastar dos pés. Os movimentos dos braços perdem amplitude e tendem a se manter mais próximos do corpo. O centro da gravidade corporal adianta-se e a base de sustentação amplia-se na procura de maior segurança e equilíbrio. A grande propensão dos idosos à instabilidade postural e à alteração de marcha aumenta o risco de quedas. O equilíbrio e a mobilidade são avaliados por testes. - Teste de Equilíbrio e Marcha (Teste de Tinetti) (anexo nº 7) e o teste Get Up and Go (anexo nº 8). (Freitas, Miranda, 2006)

d) **Avaliação Mental:** Por meio da avaliação cognitiva podem ser identificadas as principais alterações da saúde mental do idoso - os quadros demenciais e os depressivos. As síndromes demenciais são causas importantes de dependência e de institucionalização, o desempenho físico e social depende da boa função cognitiva. A instituição de terapêutica pode trazer, inicialmente, alguma melhora para o paciente e possibilita retardar a sua progressão. Existem várias escalas para avaliar o estado cognitivo: Mini Exame do Estado Mental de Folstein. (Anexo nº 9). Para complementar o MEEM, pode utilizar-se a prova do relógio e de nomeação de animais (Anexo nº 10). Para uma avaliação profunda deverá utilizar-se os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV). A depressão tem maior prevalência e a duração costuma ser mais longa, e tem mais recorrências nos idosos. Na maioria das vezes está mascarada em sintomas físicos que não melhoram apesar dos inúmeros tratamentos. A escala de depressão geriátrica (GDS) é uma das mais utilizadas. (anexo nº 11) (Freitas, Miranda, 2006)

e) **Avaliação Nutricional:** Inúmeros são os motivos que podem levar o idoso ao quadro de desnutrição: viver sozinho desestimula o indivíduo a preparar alimentos, restrições funcionais podem incapacitá-lo de ir as compras e de cozinhar; o sexo masculino é mais suscetível aos quadros de desnutrição. A mini avaliação nutricional (MAN) é o único instrumento validado para a avaliação nutricional do idoso (Anexo nº 12)

f) **Avaliação dos fatores socio ambientais:** Devem ser avaliadas as relações e as atividades sociais, os recursos disponíveis de suporte (social, familiar e financeiro), sabendo com que tipo de ajuda o idoso pode contar caso necessite. Estes fatores influenciam diretamente o planejamento terapêutico. Muitas vezes um bom suporte social e familiar pode manter o idoso na comunidade e evitar a institucionalização. O isolamento é um fator de risco para a morbidade e para a mortalidade. Outros aspectos que devem ser avaliados são as necessidades especiais e a adaptação ao ambiente. A residência do idoso deve ser adaptada às suas limitações, de forma a preservar ou recuperar a independência, além de evitar quedas e todas as suas consequências. Outro aspecto relevante, prende-se com o cuidador (stress do cuidador), que também deve ser avaliado para verificar se está apto a desenvolver um bom trabalho.

Kane, R. et al (2005) salientam o fato dos problemas geriátricos serem de natureza pluridimensional e a existência comum de vários distúrbios clínicos inter-relacionados, a avaliação ampla do paciente idoso pode ser demorada e, por isso, dispendiosa. As estratégias que podem tornar o processo de avaliação mais eficiente incluem as seguintes:

1. Formação de uma equipa interdisciplinar bem entrosada, com redundância mínima nas avaliações efetuadas,
2. Aplicação de questionários bem planeados, que o paciente e/ou o cuidador possam preencher antes da consulta,
3. Incorporação de instrumentos de triagem que determinem a necessidade de se realizar uma avaliação adicional mais detalhada,
4. Utilização de formulários de avaliação que possam ser incorporados facilmente ao banco de dados informatizados integrados,
5. Integração do processo de avaliação com as intervenções indicadas para o paciente, que determinem os serviços necessários com base nos resultados de avaliação.

2. Material e Método

2.1 - Objetivos

O objetivo geral deste trabalho é analisar se a intervenção gerontológica acarreta benefícios no processo de envelhecimento.

Os objetivos específicos do mesmo são:

- Estudar a distribuição da amostra por idade e sexo;
- Conhecer o estado civil da amostra;
- Identificar a prevalência de polimedicação;
- Identificar os problemas visuais da amostra;
- Identificar os problemas de audição da amostra;
- Identificar os problemas nutricionais da amostra;
- Identificar os problemas de incontinência da amostra;
- Identificar o grau de independência e autonomia da amostra;
- Identificar problemas de equilíbrio e mobilidade da amostra;
- Identificar o apoio social recebido pela amostra;
- Analisar o estado mental da amostra;
- Identificar qual o grau de depressão da amostra;
- Conhecer os hábitos da amostra;
- Conhecer os principais problemas crónicos da amostra;
- Após a intervenção gerontológica identificar alterações positivas ou negativas nos problemas da amostra.

2.2 - Tipo de Estudo

Nesta investigação foi realizado um **estudo observacional descritivo longitudinal** com aplicação de questionários e pergunta fechada/aberta e também um **estudo experimental** com propostas de intervenção entre os dias 25 de Setembro de 2015 e 15 de Julho de 2016.

Foram considerados os dois tipos de estudos (observacional e experimental) porque há variáveis em estudo que não foram alvo de intervenção por parte do investigador, mas sim apenas observadas, medidas e analisadas.

2.3 - Local do Estudo

Este estudo foi realizado no TECTO - Centro Social do Telhado, que é uma IPSS da freguesia do Telhado, concelho do Fundão.

A IPSS comporta três respostas sociais: Centro de Dia (CD), Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI).

Para além dos elementos que compõem a direção do TECTO, a equipa técnica é composta pela diretora técnica, uma assistente social, uma gerontóloga, uma enfermeira, uma médica e 20 colaboradores distribuídos pelas 3 respostas sociais.

2.4 - População-alvo

A população-alvo deste estudo é uma amostra de conveniência constituída pelos idosos admitidos no TECTO nas 3 respostas sociais.

2.5 - Amostragem e Amostra

A amostra deste estudo é não aleatória, pois as probabilidades dos elementos da população serem selecionados são completamente diferentes e foram definidas por critérios do investigador, por motivos de ordem prática e de acessibilidade aos dados.

A seleção da amostra, para além de ser não aleatória foi também por conveniência, uma vez que se optou pela IPSS TECTO, por ser o local de trabalho do observador, pois permitia um acompanhamento mais eficaz dos participantes e uma recolha de dados mais vigorosa. O período em que decorreu a colheita de dados foi também por conveniência, devido a data limite para entrega de dissertação.

2.5.2 Critérios de Inclusão:

- 1) Idade igual ou superior a 65 anos
- 2) Ser utente do TECTO há mais de 1 ano
- 3) Ter nota maior ou igual a 22 no MMS

2.5.3 Critérios de Exclusão

- 1) Idade inferior a 65 anos
- 2) Ser utente do TECTO há menos de 1 ano
- 3) Ter nota inferior a 22 no MMS

2.6-Colheita de Dados

A colheita de dados foi efetuada junto dos utentes, pois tal como referido nos critérios de inclusão, todos eles tinham capacidade de fornecer uma resposta coerente (MMS maior ou igual a 22). Quando houve necessidade de saber mais especificamente certas informações, nomeadamente clínicas, foram retiradas do processo clínico individual, com o consentimento informado do doente, da equipa de saúde e diretora técnica do TECTO.

A colheita de dados foi feita por 3 momentos diferentes:

1º Momento de Avaliação: No primeiro momento de avaliação foi aplicado o MMS, para criar a amostra (Anexo nº 9);

2º Momento de Avaliação: O segundo momento de avaliação teve duas etapas distintas:

2.1 - Aplicação de um rastreio gerontológico criado para este estudo, de acordo com os pontos - chave da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), (Anexo nº 13);

2.2 - Após análise dos rastreios aplicados foi “criado” um aconselhamento gerontológico geral para cada variável em estudo que depois foi disponibilizado individualmente de acordo com as necessidades individuais;

3º Momento de Avaliação: Aplicação do rastreio gerontológico (Anexo nº 13) e comparação de resultados. Considerou-se o critério de avaliação da investigação a “melhoria em pelo menos duas das variáveis alvo de intervenção”.

2.6.1 - Variáveis Analisadas

As variáveis analisadas neste estudo foram:

1- **Idade** - refere-se à **idade atual** do idoso ao invés da idade na admissão;
(excluída de aconselhamento gerontológico)

2- **Sexo** - refere-se ao **sexo** do idoso;
(excluída de aconselhamento gerontológico)

3- **Estado civil** - refere-se ao **estado conjugal atual**;
(excluída de aconselhamento gerontológico)

4- **Terapêutica** - refere-se ao **número** de medicamentos que os idosos tomam atualmente, permitindo estudar se há ou não **polimedicação**;

Para a avaliação da polifarmácia/polimedicação foi utilizada a definição segundo Carlson, 1996. (Hanlon et al., 2001)

No que diz respeito ao aconselhamento gerontológico recomendou-se ao utente:

- Compre medicamentos sempre que possível na mesma farmácia e da mesma farmacêutica, para que as caixas sejam iguais e seja mais fácil para si saber a que horas e qual o medicamento que deve tomar;
- Em situações em que não consegue orientar-se pelas caixas que vêm da farmácia, peça a um familiar ou cuidador, que compre a medicação por si, e que prepare a medicação para uma semana, em caixas de preparação individualizada de medicação;
- Não tome medicamentos que foram aconselhados para os outros, porque o mesmo medicamento pode ser aconselhado para mais do que uma doença e pode fazer-lhe mal a si;
- Cada vez que for a uma consulta leve todos os medicamentos que toma, para que o médico saiba tudo o que toma e não lhe receite medicamentos repetidos ou que anulem o efeito de algum que toma;
- Seria importante ter uma folha com toda a medicação que toma habitualmente, com alergias/intolerâncias e o cartão de saúde, sempre no mesmo sítio para que quando aconteça uma emergência seja fácil fornecer toda a informação;
- Se a medicação for para fazer até ao fim (por exemplo antibióticos) não pare de tomar, mesmo que se sinta melhor, cumpra sempre o que lhe foi indicado;
- Respeite intervalos de horas e horários habituais das tomas terapêuticas, para que não tenha falhas e/ou não faça sobredosagem dos mesmos;
- Mantenha a medicação ao abrigo do calor e da luz solar direta;
- Verifique se o seu regime de comparticipação está atualizado, ou informe na farmácia se usufrui descontos sobre a medicação para que não gaste dinheiro em vão.”

5- Visão - refere-se ao valor obtido no teste de Snellen (anexo nº 2), ao uso de ajudas técnicas (uso de óculos ou de lentes oculares) e à quantificação dos principais problemas visuais. Para complementar a variável em estudo, foi analisado o processo clínico e verificados quais os principais problemas de visão referidos pelo idoso.

No que diz respeito ao aconselhamento gerontológico recomendou-se ao utente que:

- Haja controlo médico sobre patologias que influenciam a área ocular (por exemplo a diabetes);
- Haja avaliação periódica do idoso por um oftalmologista;
- Sejam frequentemente avaliados os óculos corretores, para saber se ainda são funcionais;

- Se proteja dos raios UV, usando óculos de sol;
- Que não se acomode à falta de visão;
- Que todas as alterações sentidas sejam repercutidas ao médico de família e/ou assistente.

6-Audição - refere-se ao **desempenho obtido no teste do sussurro** (anexo nº 3), ao **uso de ajudas técnicas** (aparelho auditivo), **presença de presbiacusia** e ao **acumulo de cera**;

No que diz respeito ao aconselhamento gerontológico recomendou-se ao utente:

- Avaliar os ouvidos uma vez por semana e verificar a presença de cera e se esta é dura e poderá provocar rolhões ou se é mole, sem problema para sair para o exterior do ouvido;
- Nunca deve tirar a cera dos ouvidos e se por acaso o fizer não o faça com objetos pontiagudos;
- Ter atenção aos brincos, que usa, pois pode desenvolver alguma alergia;
- Evitar permanecer em locais de grande ruído;

Poderá:

- Usar ajudas técnicas. Existem no mercado uma variedade de aparelhos auditivos que podem compensar as perdas auditivas;
- Consultar um otorrinolaringologista, caso os sintomas persistam.

Ensino ao idoso com presbiacusia:

- Explicou-se ao idoso de que reconhecer, perante si e perante os outros, de que efectivamente não ouve bem é uma atitude correcta a seguir. Falou-se com que o idoso para que não tenha vergonha de dizer às pessoas de que não ouve bem, nem de pedir às pessoas para que repitam o que acabaram de dizer, pois tal atitude permite uma maior aceitação da sua deficiência auditiva e, permite uma maior autoconfiança na capacidade para a minimização da mesma;
- Ensinou-se quanto à manipulação dos ruídos de ambiente. Por exemplo, diminuir o som do rádio, da televisão, porque estes podem interferir com a audição, aumentar a intensidade da campainha do telefone e da porta, poderão constituir atitudes que melhorem as relações sociais;
- Alertou-se o idoso de que o cerúmen (rolhão de cera) existente nos seus ouvidos, pode reduzir ainda mais a audição e alertou-se também quanto à forma de extracção do mesmo e salientar ao idoso, de que poderá ser necessário procurar ajuda especializada para a extracção do cerúmen ao invés de usar fósforos, nem cotonetes, porque se o fizer, pode empurrar a cera ainda mais para dentro;

- Comunicou-se ao idoso, de que existem aparelhos auditivos que podem melhorar muito a audição e que os mesmos não são muito caros e que o mesmo deverá então procurar informar-se junto do médico especialista, relativamente à melhor opção a tomar.

Inclui-se também o ensino ao cuidador, familiares e amigos do idoso com presbiacúsia

- Não fale com o idoso a uma distância superior a dois metros;
- Tente colocar-se num local bem iluminado, para que a pessoa possa ver claramente e observar os movimentos dos seus lábios, a sua expressão facial e os seus gestos;
- Comece a falar, apenas, quando tiver a certeza de que a pessoa o está a ver;
- Quando estiverem presentes mais pessoas, chame pelo nome a pessoa que ouve mal, para que ela perceba que é com ela que deseja falar;
- As pessoas surdas, sabem ler os movimentos dos lábios. Por isso: não acentue demasiado as palavras, pois pode distorcer os sons e fazer com que seja mais difícil a concentração na leitura dos lábios;
- Fale mais alto que o habitual, mas não grite: os gritos não reproduzem as suas palavras de forma clara e podem, mesmo, distorce-las;
- Não fale depressa;
- Não fale com objectos dentro da boca;
- Não fale directamente para o ouvido da pessoa com deficiência auditiva;
- Se a pessoa não compreender o que lhe está a dizer, repita aquilo que disse, utilizando frases curtas e simples;
- Dirija-se à pessoa com simpatia e respeito. Se ela não tiver conseguido compreender o que outras pessoas disseram, repita aquilo que foi dito, desta forma ajudará a quebrar o isolamento em que ela se encontra em relação ao mundo.

7-Nutrição - refere-se ao resultado obtido na **miniavaliação nutricional (MAN)** (anexo nº 12) e à **perda e/ou ganho de peso** nos últimos 6 meses. Foi aplicada uma escala de avaliação (anexo nº 12) e realizadas medidas antropométricas. O índice de massa corporal, obtido pela razão do peso (kg) pela altura (m) ao quadrado, tem os seus valores adequados aos idosos. Para os idosos, recomenda-se adotar os seguintes valores IMC: normal de 22 a 27 kg/m²; sobrepeso > 27 a 29,9 kg/m²; obesidade ≥ 30 kg/m² (Heiat, Vaccarino e Krumholtz (2001))

No que diz respeito ao aconselhamento gerontológico recomendou-se ao utente:

1º Passo: Aumentar e variar o consumo de frutas, legumes e verduras. Coma-os 5 vezes por dia.. As frutas e verduras são ricas em vitaminas, minerais e fibras. Coma, pelo menos, 4 colheres de sopa de vegetais (verduras e legumes) 2 vezes por dia. Coloque os vegetais no prato do almoço e do

jantar. Comece com 1 fruta ou 1 fatia de fruta no café da manhã e acrescente mais 1 nos lanches da manhã e da tarde.

2º Passo: Comer feijão pelo menos 1 vez por dia, no mínimo 4 vezes por semana. O feijão é um alimento rico em ferro. Na hora das refeições, coloque 1 concha de feijão no seu prato, assim você estará evitando a anemia.

3º Passo: Redução do consumo de alimentos gordurosos, como carne com gordura aparente, salsicha, mortadela, frituras e salgadinhos, para no máximo 1 vez por semana.

Retire antes da cozedura a pele do frango, a gordura visível da carne e o couro do peixe. Apesar do óleo vegetal ser um tipo de gordura mais saudável, tudo em excesso faz mal! O ideal é não usar mais que 1 lata de óleo por mês para uma família de 4 pessoas. Prefira os alimentos cozidos ou assados e evite cozinhar com margarina, gordura vegetal ou manteiga.

4º Passo: Redução do consumo de sal. Tire o saleiro da mesa. O sal da cozinha é a maior fonte de sódio da nossa alimentação. O sódio é essencial para o funcionamento do nosso corpo, mas o excesso pode levar ao aumento da pressão do sangue, que chamamos de hipertensão. As crianças e os adultos não precisam de mais que 1 pitada de sal por dia.

Siga estas dicas: não coloque o saleiro na mesa, assim você evita adicionar o sal na comida pronta. Evite temperos prontos, alimentos enlatados, carnes salgadas e embutidos como mortadela, presunto, linguiça, etc. Todos têm muito sal.

5º Passo: Fazer pelo menos 3 refeições e 1 lanche por dia. Não saltar as refeições. Para lanche e sobremesa prefira frutas. Fazendo todas as refeições, você evita que o estômago fique vazio por muito tempo, diminuindo o risco de ter gastrite e de exagerar na quantidade quando for comer. Evite “beliscar”, isso vai ajudar você a controlar o peso.

6º Passo: Redução do consumo de doces, bolos, biscoitos e outros alimentos ricos em açúcar para no máximo 2 vezes por semana.

7º Passo: Redução do consumo de álcool e refrigerantes. Evite o consumo diário. A melhor bebida é a água.

8º Passo: Apreciar a sua refeição e comer devagar. Faça das refeições um ponto de encontro da família. Não se alimente assistindo TV.

9º Passo: Manter o seu peso dentro de limites saudáveis (IMC deverá estar compreendido entre 18,5 e 24,9 kg/m².) O IMC (índice de massa corporal) mostra se o seu peso está adequado para sua altura. É calculado dividindo-se o peso, em kg, pela altura, em metros, elevado ao quadrado.

10º Passo: Ser ativo. Acumule 30 minutos de atividade física todos os dias. Caminhe pelo seu bairro. Suba escadas. Não passe muitas horas a ver televisão.

- Para estimular as sensações de gosto e cheiro, que com o avançar da idade ou com a doença podem estar diminuídos, é importante que as refeições sejam saborosas, de fácil digestão, bonitas e cheirosas.
- Uma boa maneira de estimular o apetite é variar os temperos e o modo de preparo dos alimentos. Os temperos naturais como: alho, cebola, açafrão, cominho, manjericão, louro, alecrim, orégãos, hortelã, noz-moscada, manjericão, erva-doce, coentro, alecrim, dão sabor e aroma aos alimentos e podem ser usados à vontade.
- Se a pessoa consegue mastigar e engolir alimentos em pedaços não há razão para modificar a consistência dos alimentos. No caso da ausência parcial ou total dos dentes, e uso de prótese, o cuidador deve oferecer carnes, legumes, verduras e frutas bem picadas, desfiadas, raladas, moídas ou batidas no liquidificador.
- Para manter o funcionamento do intestino é importante que o cuidador ofereça à pessoa alimentos ricos em fibras como as frutas e hortaliças cruas, leguminosas, cereais integrais como arroz integral, farelos, trigo, aveia, etc. Substituir o pão branco por pão integral e escolher massas com farinha integral. Substituir metade da farinha branca por integral em preparações assadas. Acrescentar legumes e verduras no recheio de sanduíches e tortas e nas sopas.
- Ofereça à pessoa cuidada, de preferência nos intervalos das refeições, 6 a 8 copos de líquidos por dia: água, chá, leite ou sumo de frutas.

8- Incontinência - refere-se a **presença de perdas de urina involuntárias** e ao uso de **ajudas técnicas** (penso, fralda, algália)

A intervenção gerontológica neste aspecto consistiu em recomendar:

- Mudanças no estilo de vida - redução do peso, ajuste na quantidade de líquidos, suspensão de álcool, de bebidas com cafeína e de cigarros;
- Terapias de comportamento
 - **Treino Vesical** - tem como objetivo aumentar o horário entre as micções e conseqüentemente a capacidade vesical. Deve ser estabelecido pequenos intervalos entre micções (2 em 2h) e aumentar este intervalo progressivamente.

- **Fisioterapia do soalho pélvico** - tem como objetivo aumentar a força e o volume dos músculos dessa região. Um dos exercícios que podem ser realizados pelo idoso, com ajuda de um profissional de saúde são os exercícios de Kegel e baseiam-se no fortalecimento dos mecanismos de pressão uretral pela realização de contrações musculares isométricas, realizadas em 3 séries de 8 a 12 contrações, com duração de 6 a 8 segundos cada, 3 a 4 vezes por semana, durante, pelo menos 15 a 20 semanas. Estes exercícios são indicados para incontinência de urgência, de esforço e mista.

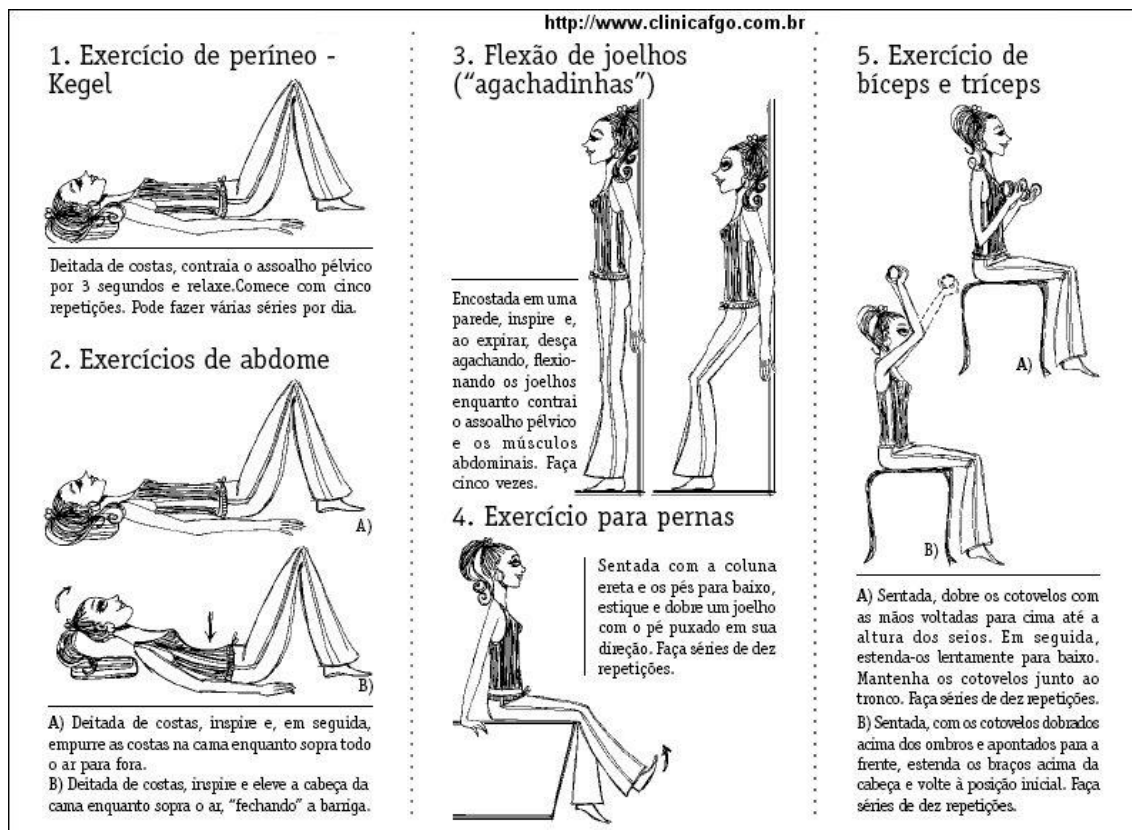


Figura 10 - Exercícios de Kegel

9- Independência e Autonomia - Refere-se aos resultados obtidos nas escalas de Katz (anexo nº 4), Barthel (anexo nº 5), Lawton (anexo nº 6).

No que diz respeito ao aconselhamento gerontológico recomendou-se ao utente:

- Praticar atividade física, adaptando a mesma à sua condição de saúde;
- Ter um bom estado nutricional (analisar ponto 3.2.2.4), uma boa hidratação e uma eliminação eficaz;

- Estimular funções cognitivas
- Privilegiar as atividades que se associam à capacidade de executar os gestos necessários ao autocuidado (por exemplo pentear)
- Adaptar-se às novas tecnologias, pois existem no mercado, tecnologias adaptadas à terceira idade (como por exemplo, telemóveis);
- Prevenir/diminuir o excesso de peso;
- Promover o convívio;
- Evitar tabaco e álcool;
- Adaptar o seu espaço às suas necessidades;
- Impedir que o seu corpo se habitue/modifique em prol da doença;
- Usar ajudas técnicas que permitam a capacidade de desenvolver as AVD e AIVD dentro das suas limitações;
- Fazer sempre que possível e não se acomodar que façam as coisas por si;
- Evitar o isolamento;
- Manter rotinas/hábitos;
- Arranjar estratégias de compensação;
- Falar abertamente com o profissional de saúde que o acompanha, pois ele irá sempre compreendê-la/o;
- Adapte o vestuário.

10- Equilíbrio e Mobilidade - refere-se ao resultado obtido na escala de Tinetti (anexo nº7), ao uso de ajudas técnicas (bengala, andarilho, cadeira de rodas) e se houve presença de queda no último ano bem como saber se houve fratura e intervenção para colocação de prótese;

A perda de equilíbrio e os mais diversos problemas que alteram a mobilidade são das principais causas para a ocorrência de uma queda.

No que diz respeito ao aconselhamento gerontológico recomendou-se ao utente:

- Fazer exercícios que fortaleçam os seus músculos das pernas;
- Fazer exercícios que promovam o equilíbrio, quer sentado ou em pé;
- Aprender a usar corretamente auxiliares de marcha;
- Fortalecer braços;
- Tentar levantar o mais possível os pés do chão;
- Frequentar espaços amplos e retos do que espaços muito confinados, ou de grandes inclinações;
- Procurar sempre que possível locais que tenham entradas acessíveis, evitando barreiras arquitetónicas;
- Usar calçado confortável;

Em sua casa deverá:

- Ter à mão as coisas que usa com mais frequência, evitando ter que subir para uma cadeira e/ou escada para os alcançar;
- Ter os corredores livres de plantas e ou outros objetos que dificultem a circulação;
- Ter corrimões de apoio, sempre que há escadas;
- Evitar que o chão seja encerado, a fim de evitar escorregar;
- Pregos os tapetes ao chão;
- Ter todos os locais da sua casa com boa iluminação;
- Usar calçado confortável ao invés de chinelos ou sapatos de salto;
- Preferir cadeiras com apoios para braços e com altura fácil, para se levantar e sentar;

No quarto:

- Ter ao seu alcance o interruptor da luz (deverá haver luz ao lado da cama, a fim de ter que se levantar da cama até a entrada do quarto para que possa acender a luz);
- Evitar camas muito altas;

Na casa de banho:

- Elevar a altura da sanita;
- Colocar barras de apoio lateral ao lado da sanita para facilitar o sentar/levantar;
- Substituir o vidro do duche por cortinas, bem como colocar na sua banheira tapetes anti derrapantes;
- Colocar barras de apoio dentro da zona do duche, para se sentir sempre amparado;

11- Apoio Social - Refere-se ao apoio social - se vive numa instituição ou se vive em casa própria. Se viver em casa própria, verificar se **vive sozinho** ou se tem **companhia** e se a habitação tem **1/2 ou 3 andares**;

As respostas sociais desenvolvidas para idosos pelo TECTO são a resposta social de Centro de Dia (CD), a resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI). (anexo nº16)

O aconselhamento gerontológico desta variável, foi dar a conhecer os principais objetivos as principais respostas sociais dirigidas a idosos a fim de os elementos da amostra verificarem se a resposta que frequentam é a mais aconselhada para as suas necessidades. Foram expostos os objetivos e os cuidados e serviços das respostas sociais de serviço de apoio domiciliário, centro de convívio, centro de dia, centro de noite, acolhimento familiar, estruturas residenciais e centro de férias e lazer. (anexo nº 16)

12 - Estado Mental - refere-se ao resultado obtido no Mini Exame Mental de Folstein (anexo nº 9).

O mini exame do estado mental (MEEM), exame breve do estado mental ou teste de Folstein é um breve questionário de 30 pontos usado para rastrear perdas cognitivas. É comumente utilizado em medicina para rastrear demência. É também utilizado para estimar a severidade da perda cognitiva em um momento específico e seguir o curso de mudanças cognitivas em um indivíduo através do tempo, portanto fazendo dele um meio efetivo de documentar a resposta do indivíduo ao tratamento.

Tabela 4 - Queixas de memória mais frequentes (Freitas, E.V., Py, L., Cançado, F.A.X., Doll, J. & Gorzoni, M., 2006)

Esquecimento de ações quotidianas: Normalmente este tipo de esquecimentos produz-se em ações muito repetidas convertidas em hábitos que a pessoa realiza de modo automático (por exemplo: esquecer-se de tomar a medicação)
Perdas de objetos de uso corrente: A causa destes esquecimentos encontra-se na falta de atenção num tipo de ação quotidiana e automatizada.
Perder o rumo da leitura: Este tipo de esquecimento ocorre por falta de atenção
Porque vim aqui? Este tipo de esquecimento está relacionado com a memória de trabalho, armazém de memória limitada que pode ser absorvido por outros conteúdos mentais, outras tarefas, outros dados.
Ter uma palavra na ponta da língua: As palavras e os acontecimentos da nossa vida que não “refrescamos” passam para o armazém de memória a longo prazo onde se vão acumulando uns atrás dos outros, nomes, dados, datas, etc. Se não ativarmos de vez em quando aquelas recordações, se não nos lembrarmos dos nomes, histórias e acontecimentos esquecidos vão desaparecendo com os novos dados que o nosso cérebro recebe a cada dia.
Não recordar informação nova que se acaba de estudar: Em ocasiões, a falta de atenção é o resultado de uma ausência de motivação pela tarefa a realizar. Em outras ocasiões, é devida à diminuição das estratégias de codificação e armazenamento de informação.

A intervenção gerontológica neste aspecto consistiu em conhecer em que grupos se encontravam as principais queixas de memória e recomendar treino cognitivo.

Nos últimos anos tem havido um interesse crescente pelo estudo da plasticidade cerebral e como, através de métodos de treino cognitivo, se pode manter ou até mesmo melhorar as capacidades cognitivas. Quando falamos de treino cognitivo referimo-nos ao conjunto de estratégias e técnicas que se ensinam, praticam e aplicam com o objectivo de otimizar os processos e as actividades postas em marcha na gestão de informação e que devem ser realizados:

- Para prevenir o aparecimento e desenvolvimento de transtornos de memória de maior importância;
- Para preservar a independência da pessoa que tem um transtorno de memória, ensinando-a a utilizar recursos próprios;

- Para poder conhecer como é a nossa memória e aprender as áreas que nela intervêm e o seu funcionamento;
- Porque podemos promover, através do treino, estratégias mnemotécnicas;
- Porque evita ou reduz as preocupações que se criam sobre esta área;
- Porque reforçam a auto estima e a confiança em nos próprios;
- Porque favorecem a criação de actitudes novas para a aprendizagem. (Pousada e Fuentes, 2005)

Tabela 5 - Exemplos de exercícios para trabalhar a memória (Freitas, E.V., Py, L., Cançado, F.A.X., Doll, J. & Gorzoni, M., 2006)

Exercícios de atenção, concentração e percepção: Elaboração do livro da memória, jogo das diferenças, jogo do dado, lâminas de Strupp, árvore genealógica, desenho, pintura, cartões de associação, estimulação sensorial, jogo dos balões
Exercícios de linguagem: Estimulação cognitiva para doentes com Alzheimer em fase leve, cartões de associação e lâminas de Strupp.
Exercícios de lógica: Jogo do dado, jogo do bingo, jogo das cartas, damas, dominó
Visualização: Lâminas de Strupp, desenho, pintura e jogo dos balões

Tabela 6 - Descrição dos exercícios para trabalhar a memória (Freitas, E.V., Py, L., Cançado, F.A.X., Doll, J. & Gorzoni, M., 2006)

Estimulação Cognitiva para doentes com Alzheimer em fase leve: 1º Organizar os utentes por grupo; 2º É escrita uma letra do alfabeto no quadro e pede-se aos utentes que digam palavras que comecem pela letra escrita.
Elaboração do livro da memória: 1º Cada profissional de saúde fica encarregue de elaborar um livro sobre a vida de um utente escolhido; 2º Tem como pré-requisito que o utente não apresente deterioração cognitiva.
Jogo das Diferenças: 1º Organizar os utentes por grupos; 2º Distribuir desenhos com duas partes, um original e outro com diferenças na mesma folha; 3º Pede-se ao utente que as identifique.
Jogo do Dado: 1º O utente lança o dado; 2º Se sair antónimos, o técnico diz uma palavra e solicita ao utente que diga o seu antónimo
Jogo do Bingo: 1º Organizar os utentes por grupo; 2º Cada utente tem um cartão com números variados; 3º O profissional de saúde retira de um saco, bolas com números e vai dizendo alto o número que saiu, para que os utentes identifiquem se no seu cartão existe o número retirado; 4º Ganha quem preencher o 1º cartão todo.
Jogo das Cartas: 1º Organização em grupos de 4 pessoas; 2º O jogo pode ser jogado a pares (sueca) ou conjunto (peixinho); 3º Ganha quem conseguir obter mais pontos.

<p>Jogo das Damas: 1º Organizar grupos de duas pessoas; 2º No tabuleiro, são jogadas peças pretas contra peças brancas; 3º O objetivo do jogo é comer as peças adversárias; 4º Ganha quem conseguir comer mais peças.</p>
<p>Dominó: 1º Organizar os utentes em grupos de 4 pessoas; 2º É distribuído a cada jogador sete peças; 3º Cada jogador tem de seguir a ordem das peças que estão na mesa; 4º Ganha o jogador que terminar em primeiro lugar as peças.</p>
<p>Lâminas de Strupp: 1º Organizar um grupo; 2º É apresentado na parede um exemplo de uma lâmina de Strupp e de acordo com o que está escrito o utente tem de identificar por exemplo as cores, em palavras das diferentes cores 3º Exemplo: VERDE, AZUL, ROSA</p>
<p>Árvore Genealógica: O profissional de saúde constrói uma árvore na qual são pendurados bilhetes de identidade com os dados que os utentes nos fornecem sobre eles. Exemplo: idade, data de nascimento, data de admissão na instituição</p>
<p>Desenho: 1º Organizar os utentes por grupos; 2º Distribuir a cada utente uma folha e lápis para que eles possam desenhar a seu gosto.</p>
<p>Pintura: 1º Organizar os utentes por grupos; 2º Distribuir a cada utente um desenho e lápis de cor, para eles pintarem.</p>
<p>Cartões de Associação: 1º Organizar um grupo; 2º O profissional de saúde, mostra aos idosos cartões com diversas imagens e cores e pede-se ao utente que identifique o que está no cartão.</p>
<p>Estimulação Sensorial: 1º Organizar um grupo; 2º Exemplo: Usar cheiros intensos e pedir aos utentes para os identificar.</p>
<p>Jogo dos Balões: 1º É distribuído ao utente 1 ou 2 balões cheios de farinha (anti-stress), de diferentes cores e tamanhos. 2º Exemplo: É solicitado ao grupo que levante com a mão esquerda o balão amarelo; É solicitado ao grupo que comprima o balão mais pequeno com a mão direita.</p>

13 - Depressão - refere-se ao resultado obtido na escala da depressão geriátrica GDS-15 (anexo nº 11). Quando atendemos um idoso deprimido, devemos verificar se esta depressão não está a ser causada por um medicamento de uso contínuo, como os anti-hipertensivos, hipnóticos, ansiolíticos, anti-vertiginosos, antieméticos, hipoglicemiantes, analgésicos, diuréticos, etc;

No que diz respeito ao aconselhamento gerontológico aos doentes deprimidos recomendou-se ao utente:

- Manter o convívio social. Com a reforma, aqueles que não têm relações sociais bem estabelecidas tendem a perder totalmente o seu referencial e o seu objectivo de vida, caindo em depressão;
- Manter e/ou reforçar a actividade intelectual: o idoso deve aproveitar o seu tempo livre para aprender novas coisas e voltar a estudar aquilo que gostaria e que por algum motivo não pode fazer-lo;

- A utilização de terapias farmacológicas deve ser bem orientada, pois geralmente os idosos já tomam muitos medicamentos;
- É importante actuar com calma, ganhar a confiança do utente e saber respeitá-lo.
- Explicar à família/cuidador, o que é a depressão e como deve actuar
- Motivar o utente a fazer aquilo que gosta e aprender a evitar as situações que o desmotivam;
- Perceber o que leva o utente a sentir-se em baixo;
- Saber compreender;
- Conhecer a história pessoal, pois o grande problema pode vir do passado;
- Encarar que a depressão é uma doença

É fundamental estar atento a:

- Queixas somáticas;
- Sintomas atípicos;
- Depressão secundária (que deriva de doenças - AVC, demências, Parkinson, dor crónica);
- Tentativas de suicídio.

14- Hábitos - Se fuma (nº cigarros/dia), se bebe (nº copos/dia), desportivos (nº vezes/semana).

Os hábitos diários influenciam a nossa saúde e o nosso bem-estar no presente e no futuro, pois as ações de hoje são consequências amanhã!

A intervenção gerontológica neste aspecto consistiu em recomendar:

No que diz respeito ao **hábito de fumar** é importante salientar que:

- O tabaco é o grande responsável por diversas doenças pulmonares que o vão incapacitar no futuro, como cancro, DPOC, enfisemas etc.
- Para além das doenças acima referidas, o fumo do tabaco ataca os seus dentes, as suas gengivas, a sua garganta, a sua visão etc.

Deixar de fumar:

- São diversos os tratamentos que existem para que deixe de fumar, no entanto a motivação pessoal é o ponto forte. Pois a medicação sem a motivação de nada faz;
- Poderá ser marcada uma consulta de cessação tabágica no centro de saúde mais próximo;
- Terá de compensar a perda de nicotina, mas não deve deixar de fumar e ganhar outro hábito (como por exemplo beber mais café, ou mais bebidas alcoólicas);
- Irá sentir melhorias quase imediatas (melhorias nos valores de tensão arterial, mais gosto pela comida, diminuição do cansaço, diminuição do mau hábito);

- Terá de ganhar novas rotinas, a fim de não ter vontade de fumar (evitar permanecer em locais com fumo e/ou rodeados de pessoas que fumam e que o impulsionam a fumar um cigarro de vez em quando).

No que diz respeito ao **hábito de beber** é importante salientar que:

- Uma coisa é beber vinho outra coisa será beber cerveja, bebidas brancas e/ou mistura de bebidas.
- Está comprovado cientificamente que um copo de vinho às refeições não faz mal algum, muito pelo contrário.

Deverá:

- Apenas consumir diariamente 2 copos vinho/dia;
- Evitar o consumo exagerado durante a tarde, pois influenciará seu período noturno.

No que diz respeito aos **hábitos desportivos** é importante salientar que:

- A prática regular de actividade física, além dos efeitos positivos sobre a capacidade funcional funcional, tem sido considerada, como uma das melhores formas de preservar uma vida independente nos idosos:
 - subir e descer escadas;
 - apertar os cordões dos sapatos;
 - sentar-se e levantar-se de uma cadeira;
 - transportar um saco com compras;
- As investigações na área têm demonstrado que o declínio físico e funcional associado ao envelhecimento, pode, mesmo em sujeitos com idade extrema, ser revertido através do exercício físico.

A prática de actividades físicas está associada à redução:

- ✓ Da incidência de doenças cardiovasculares;
- ✓ Da hipertensão;
- ✓ Da diabetes tipo II;
- ✓ Da neoplasia do intestino;
- ✓ De estados de ansiedade e depressão;
- ✓ Do risco de fracturas osteoporóticas.

Os principais benefícios do Exercício Físico são:

- ✓ Diminuição da Pressão Arterial;

- ✓ Aumenta o Volume de Oxigénio;
- ✓ Controla o Peso Corporal;
- ✓ Melhora a Mobilidade Articular;
- ✓ Melhora o Perfil Lípido;
- ✓ Melhora a Resistência Física;
- ✓ Aumenta a Densidade Óssea
- ✓ Aumenta a Auto-Estima;
- ✓ Melhora a Força Muscular;
- ✓ Diminui a Resistência à Insulina.

Se o objetivo do exercício é melhorar a aptidão cardiovascular, diminuir os valores elevados da pressão arterial, alterar favoravelmente o perfil lipídico e melhorar o estado de saúde o exercício que se deverá fazer é aeróbio. Se o objetivo é aumentar a massa e força muscular e aumentar a coordenação neuromuscular deverá ser realizado treino de força e potência muscular.

15- Problemas de saúde - refere-se às patologias crónicas registadas no processo clínico do idoso, agrupadas por grupo de patologias, de acordo com o Tratado de Geriatria e Gerontologia, de Freitas, E. (et al) em consonância com a classificação estatística internacional de doenças (CID), da OMS (2010):

Tabela 7 - Patologias Crónicas dos elementos da amostra

Grupo de Patologias	Patologias
Circulatório	Insuficiência Cardíaca, Arritmias Cardíacas, fibrilação auricular, doença cardíaca valvular, doença coronária, cardiomiopatias, hipertensão arterial, doença aterosclerótica, doenças cerebrovasculares, dislipidémia, doença venosa dos membros inferiores etc.
Digestivo	Doenças da cavidade oral, dispepsia, distúrbios motores do esófago, úlceras digestivas, refluxo gastroesofágico, gastrites, hemorragias digestivas, obstipação, diarreia, doenças do fígado, vesícula ou vias biliares, incontinência fecal, neoplasias etc.
Endócrino, Nutricional e Metabólico	Diabetes mellitos, doenças da tiroide e/ou paratiroide, obesidade, neoplasia etc.

Génito-Urinário	Doenças da próstata, infeções urinárias, incontinência urinária, doença renal, disfunção eréctil, ginecológicas, doenças sexualmente transmissíveis, neoplasias etc.
Imunológico	Doenças infecciosas não sexualmente transmissíveis.
Nervoso, transtornos mentais e comportamentais	Doença de Alzheimer, demência vascular, outras demências, doença de Parkinson, distúrbios do sono, depressão, tentativas de suicídio etc.
Osteomuscular e Tecido Conjuntivo	Osteoporose, doenças articulares degenerativas, mialgias, manifestações reumáticas, neoplasias etc.
Respiratório	Doença pulmonar obstrutiva crónica, pneumonias, tuberculose pulmonar, bronquites, enfisema, tumores pulmonares etc.

(excluída de aconselhamento gerontológico)

Para se perceber se houve ou não melhoria na qualidade de vida da amostra em estudo, após as recomendações gerontológicas, que foram feitas após o 2º momento de avaliação da amostra escolheu-se como critério de avaliação “**a melhoria, em pelo menos duas, das variáveis estudadas**”, excluindo obviamente a variável 1,2 e 3, de acordo com a avaliação individual de cada variável.

2.7- Autorização da colheita de dados e consentimento livre e informado

A colheita de dados necessários a esta investigação foi realizada **após consentimento** da direção do TECTO, da diretora técnica do TECTO, da enfermeira e da médica assistente do TECTO, que foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos previamente delineados. (Anexo nº 14)

Os elementos que integraram a amostra foram devidamente informados sobre os objetivos dos questionários em causa, sendo que para o efeito o investigador leu/ deu a ler um texto com a explicação do presente projeto. (Anexo nº 15)

Em nenhuma instância foi divulgada a identidade de qualquer elemento da amostra na descrição dos dados avaliados e resultados descritos, protegendo assim o anonimato dos sujeitos e respeitando a ética.

2.8 - Análise Estatística

A análise de dados foi realizada com recurso ao programa informático Microsoft Office Excel 2007 e 2013 e ao programa informático, SPSS versão 22.

3- Resultados

3.1 - Primeiro Momento de Avaliação

(Setembro de 2015)

A população alvo do estudo era constituída por 62 utentes. De acordo com os critérios de inclusão para a amostra (ter idade igual ou superior a 65 anos, ser utente do TECTO há mais de um ano e ter nota maior ou igual a 22 no MMS) foram excluídos 6 pessoas por não cumprirem o requisito da idade, 16 pessoas por não cumprirem o requisito de serem utentes do TECTO há mais de um ano e 11 por terem obtido classificação inferior a 22 pontos no MMS. Da população-alvo houve ainda 5 pessoas que recusaram participar no estudo.

A amostra do estudo é então constituída por 24 elementos (n=24).

3.2 - Segundo Momento de Avaliação/Intervenção

(Outubro de 2015)

No segundo momento de avaliação houve duas etapas distintas. A primeira etapa foi a aplicação de um rastreio gerontológico, com os pontos-chave da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) e a avaliação das variáveis em estudo (que são o foco das perguntas que constituem o rastreio).

3.2.1 - Variáveis Analisadas

3.2.1.1 - Idade

Tabela 8 - Análise Descritiva da variável nº 1 em estudo (idade)

Descritivos		Estatística	Erro Padrão	
VAR0001	Média	83,0417	1,07251	
	95% Intervalo de Confiança para a média	Limite inferior	80,823	
		Limite superior	85,2603	
	5% da média aparada	83,0926		
	Mediana	83,0000		
	Variância	27,607		
	Desvio Padrão	5,25423		
	Mínimo	73		
Máximo	92			

A média de idades (**primeira variável em estudo**) e o respetivo desvio padrão da amostra é de $83,04 \pm 5,25$ anos. A idade mínima da amostra é de 73 anos e a idade máxima 92 anos, sendo a mediana amostral 83,00 anos.

A pessoa mais nova que integra a amostra é do sexo feminino e a mais velha também é do sexo feminino.

3.2.1.2- Sexo

Tabela 9 - Frequência e percentagem da segunda variável em estudo (Sexo)

VAR00002		Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulativa
Válido	F	16	66,7	66,7	66,7
	M	8	33,3	33,3	100
	Total	24	100	100	

Tabela 10 - Análise Descritiva da segunda variável em estudo (Sexo)

VAR00002			Estatística	Erro Padrão	
VAR00001	F	Média	83,8125	1,44977	
		95% Intervalo de Confiança para a média	Limite Inferior	80,7224	
			Limite Superior	86,9026	
		5% da média aparada	83,9583		
		Mediana	83,5		
		Variância	33,629		
		Desvio Padrão	5,79907		
		Mínimo	73,00		
		Máximo	92,00		
		Intervalo	19,00		
		Intervalo Interquartil	8,50		
		Assimetria	-0,193	0,564	
		Curtose	-0,301	1,091	
VAR00002			Estatística	Erro Padrão	
VAR00001	M	Média	81,5000	1,3496	
		95% Intervalo de Confiança para a média	Limite Inferior	78,3087	
			Limite Superior	84,6913	
		5% da média aparada	81,6667		
		Mediana	83		
		Variância	14,571		
		Desvio Padrão	3,81725		
		Mínimo	75,00		
		Máximo	85,00		
		Intervalo	10,00		
		Intervalo Interquartil	6,50		
		Assimetria	-1,233	0,752	
		Curtose	-0,155	1,481	

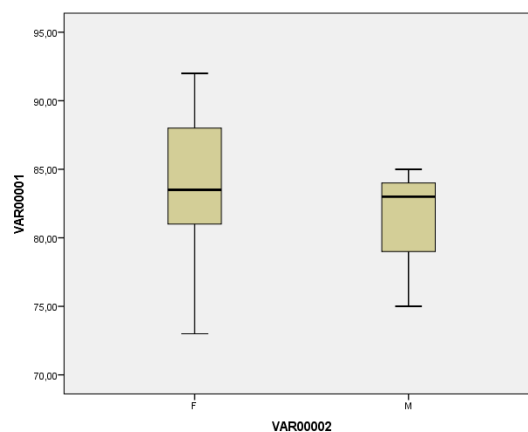


Figura 11 - Análise Estatística das variáveis um e dois em estudo (idade e sexo)

Tabela 11 - Distribuição por sexo e idade dos idosos pertencentes à amostra integrante do estudo

Variáveis		Idade (anos)			Total	Médias e Respetivo Desvio Padrão
		65-74	75-84	85-94		
Sexo	Feminino	n	1	8	7	83,81 ± 5,79 anos
		%	4,17	33,33	29,16	
	Masculino	n	1	6	1	81,50 ± 3.81 anos
		%	4,17	25.0	4,17	
Total		n	2	15	7	83,04 ± 5.25 anos
		%	8,34	58.33	33.33	

No que diz respeito à segunda variável em estudo (sexo), dos 24 elementos constituintes da amostra, 66,66% (n=16) são do sexo feminino e 33,34% (n=8) são do sexo masculino. A mulher mais nova tem 73 anos e a mais velha 92, sendo 83,81 anos a média de idades do sexo feminino com ± 5.79 anos de valor de desvio padrão. O homem mais novo tem 75 anos e o mais velho 85 anos, sendo a média de idades do sexo masculino 81,50 anos e ±3,81 anos de valor de desvio padrão.

3.2.1.3- Estado Civil

Tabela 12 - Análise da variável Estado Civil (Casada/o)

Descritivos		Estatística	Erro Padrão	
VAR00003				
VAR0001	Média	80,6364	1,30922	
	95% Intervalo de Confiança para a média	Limite inferior	77,7192	
		Limite superior	83,5535	
	5% da média aparada	80,8182		
	Mediana	82,0000		
	Variância	18,855		
	Desvio Padrão	4,34218		
	Mínimo	73		
	Máximo	85		
	Intervalo	12		
	Intervalo Interquadril	8		
	Assimetria	-0,898	0,661	
	Curtose	-0,699	1,279	

Tabela 13 - Análise da Variável Estado Civil (Solteira/o)

Descritivos		Estatística	Erro Padrão	
VAR00003				
VAR0001	Média	79,0000	4,0000	
	95% Intervalo de Confiança para a média	Limite inferior	28,1752	
		Limite superior	129,8248	
	5% da média aparada	.		
	Mediana	79,0000		
	Variância	32,0000		
	Desvio Padrão	5,6569		
	Mínimo	75,00		
	Máximo	83,00		
	Intervalo	8,00		
	Intervalo Interquadril	.		
	Assimetria	.		
	Curtose	.		

Tabela 14 - Análise da variável Estado Civil (Viúva/o)

Descritivos		Estatística	Erro Padrão	
VAR00003				
VAR0001	Média	79,0000	4,0000	
	95% Intervalo de Confiança para a média	Limite inferior	28,1752	
		Limite superior	129,8248	
	5% da média aparada	.		
	Mediana	79,0000		
	Variância	32,0000		
	Desvio Padrão	5,6569		
	Mínimo	75,00		
	Máximo	83,00		
	Intervalo	8,00		
	Intervalo Interquadril	.		
	Assimetria	.		
	Curtose	.		

A terceira variável em estudo pretende analisar o estado conjugal da amostra, na qual 45,83% (n=11) é casado/a, 45,83% (n=11) é viúvo/a e 8,34% (n=2) é solteiro.

Os dois elementos solteiros que constituem a amostra são do sexo masculino.

3.2.1.4- Terapêutica

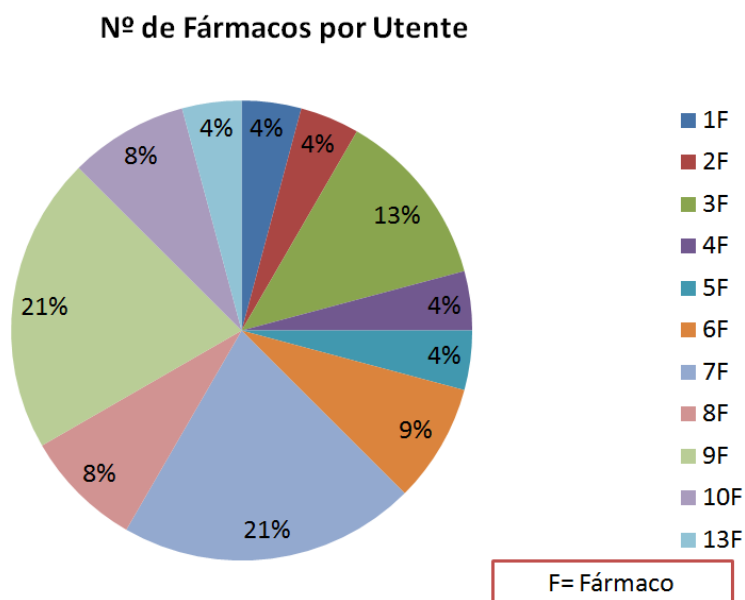


Figura 12 - Percentagem do Número de fármacos/dia

A quarta variável analisada foi a terapêutica. Dos 24 elementos que compõem a amostra todos são medicados com 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10 ou 13 fármacos. Um elemento da amostra (n=1) (4,17%) toma 1 fármaco; um outro elemento da amostra (n=1) (4,17%) toma 2 fármacos, três elementos (n=3) (12,5%) toma 3 fármacos, um elemento (n=1) (4,17%) toma 4 fármacos, um elemento (n=1) (4,17%) toma 5 fármacos, dois elementos (n=2) (8,33%) tomam 6 fármacos, cinco elementos (n=5) (20,83%) tomam 7 fármacos, dois elementos (n=2) (8,33%) tomam 8 fármacos, cinco elementos (n=5) (20,83%) tomam 9 fármacos, dois elementos (n=2) (8,33%) tomam 10 fármacos e um elemento (n=1) (4,17%) toma 13 fármacos.

Considerando que existe polimedicação quando a toma de fármacos de forma continuada é de 5 ou mais fármacos/dia, 75% da amostra (n=18) toma 5 ou mais comprimidos/dia.

As mulheres são os elementos da amostra que mais fármacos tomam. O menor número de comprimidos tomado pelas mulheres é igual a 5 e o número máximo de comprimidos tomados pelo sexo feminino é de 13 comprimidos/dia.

Os homens são os elementos da amostra que menos fármacos tomam. O menor número de comprimidos tomado pelos homens é igual a 1 e o número máximo de comprimidos tomados pelo sexo masculino é de 10 comprimidos/dia.

3.2.1.5- Visão

A quinta variável analisada (visão) compreende três resultados: o primeiro resultado diz respeito ao valor obtido no teste de Snellen, o segundo ao uso de ajudas técnicas (óculos, lentes oculares) e o terceiro às principais doenças visuais, constantes no processo clínico do utente.

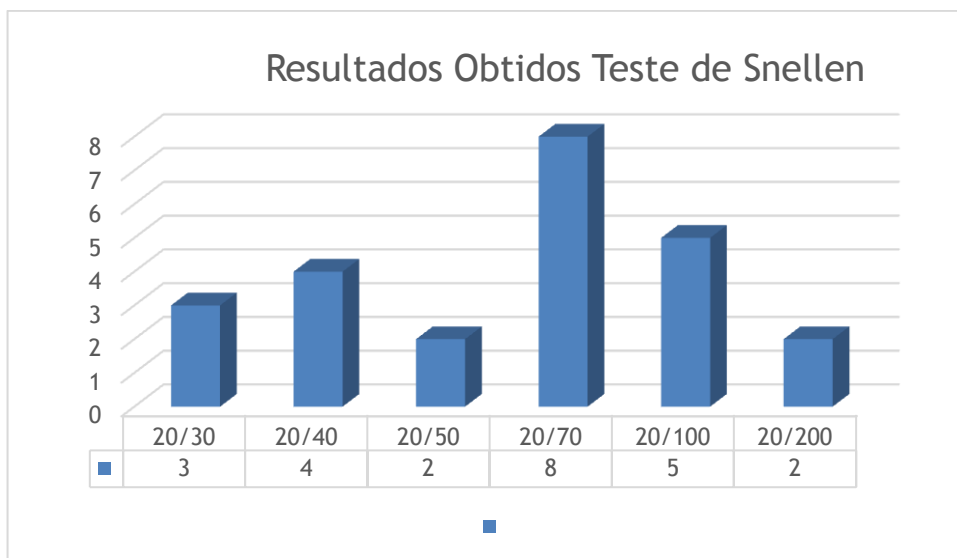


Figura 13 - Resultados Obtidos no Teste de Snellen

Relativamente ao resultado obtido no teste de Snellen, 12,5% da amostra (n=3) com o melhor olho obteve resultado de 20/30, 16,7% da amostra (n=4) com o melhor olho obteve resultado 20/40, 8,3% da amostra (n=2) com o melhor olho obteve resultado 20/50, 33,4% da amostra (n=8) com o melhor olho obteve resultado 20/70, 20,8% da amostra (n=5) com o melhor olho obteve resultado 20/100 e 8,3% da amostra (n=2) com o melhor olho obteve resultado de 20/200.

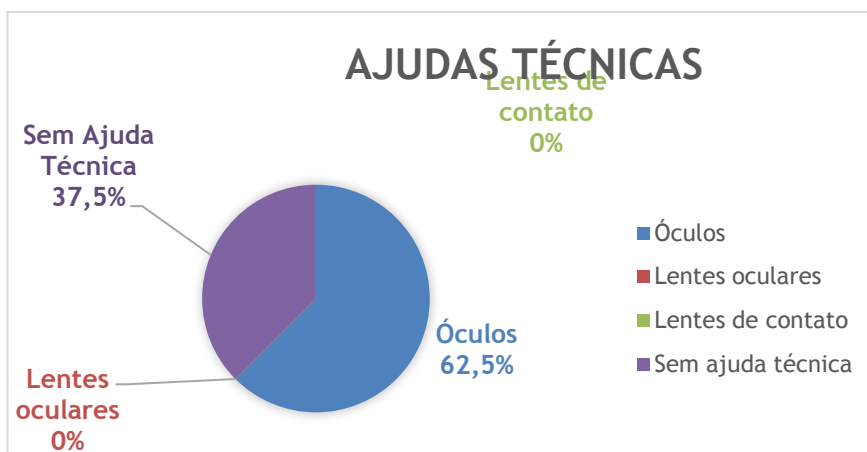


Figura 14- Ajudas técnicas utilizadas pela amostra para colmatar deficits visuais

No que diz respeito ao uso de ajudas técnicas 37,50% da amostra (n=9) não utiliza nenhuma ajuda técnica e 62,5% da amostra (n=15) usa óculos corretores.

O terceiro resultado da variável “Visão” prende-se com as principais doenças visuais, constantes no processo clínico do utente.

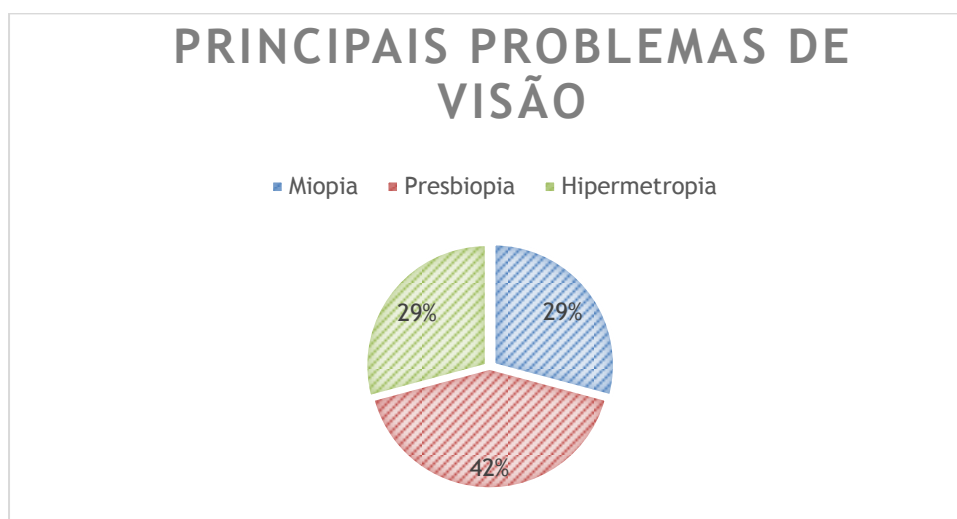


Figura 15 - Principais Problemas de Visão da Amostra

Apesar das possibilidades de doenças visuais, a amostra em estudo apenas refere/ consta do processo clínico 3 grandes problemas: 29 % da amostra (n=7) tem miopia, 42% da amostra (n=10) tem presbiopia e 29% da amostra (n=7) tem hipermetropia. Da totalidade da amostra, 16,7% (n=4) têm *status* pós cirurgia a catarata.

3.2.1.6- Audição

A audição é a sexta variável em estudo. Pretende detetar anomalias auditivas (presbiacusia), verificar a presença de cerume, uso de ajudas técnicas e quantificar o resultado obtido no teste do sussurro.

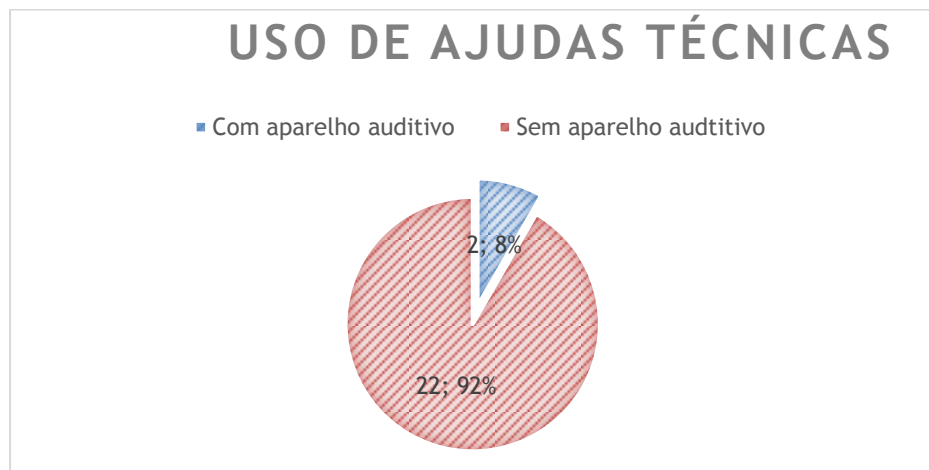


Figura 16 - Uso de ajudas técnicas pelos constituintes da amostra

No que diz respeito às ajudas técnicas usadas pela amostra, para solucionar/melhoras as perdas auditivas apenas 8% (n=2) fazem uso de aparelho auditivo, contrastando com os 92% (n=22) que não usa nenhum tipo de ajuda técnica.

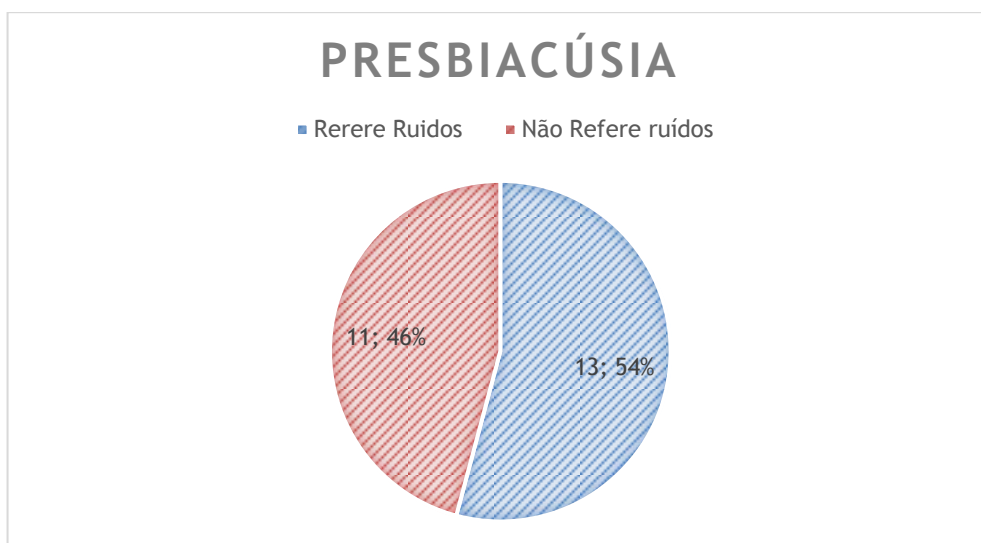


Figura 17- Queixas da presença de ruídos por parte da amostra (sendo esta presença de ruídos, um dos sinais de presbiacusia)

Dos 24 elementos constituintes da amostra, 46% (n=11) não refere presença de ruídos e 54% dos elementos (n=13) refere que sente diariamente acufenos.

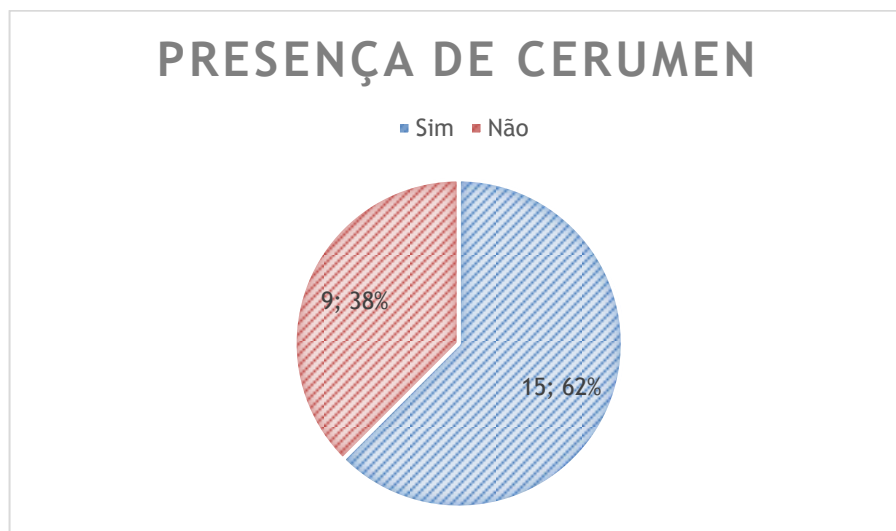


Figura 18 - Percentagem da presença de cerumen na amostra

38% da amostra (n=9) antes da realização de teste de triagem auditiva não possuía cerumen, ao invés dos 62% (n=15) que possuía.

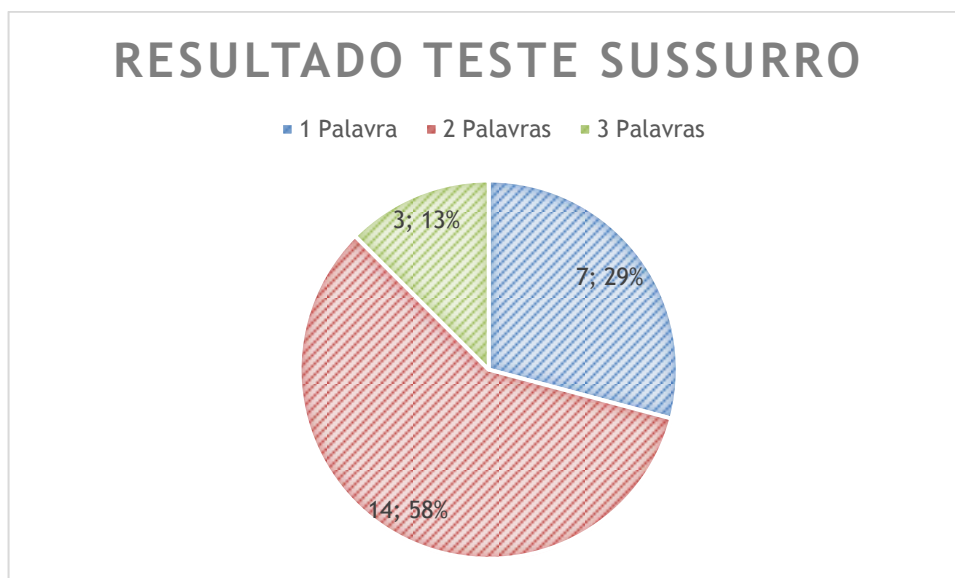


Figura 19- Resultado do teste do sussurro

Da aplicação do teste do sussurro surgem 3 hipóteses para avaliação:

- 1- O elemento da amostra consegue acertar numa palavra, correspondendo a 29% da amostra (n=7);
- 2- O elemento da amostra consegue acertar duas palavras, correspondendo a 58% da amostra (n=14);
- 3- O elemento da amostra consegue acertar três palavras, correspondendo a 13% da amostra (n=3).

3.2.1.7-Nutrição

A sétima variável em estudo (Nutrição) pretende avaliar se os elementos constituintes da amostra se encontram em bom estado nutricional (o instrumento utilizado para a avaliação foi a Mini Avaliação Nutricional) com 3 principais resultados: ≥ 24 pontos, normal; de 17 a 23,5 pontos - risco de desnutrição e pontuação menor que 17 - desnutrido e avaliar se houve ou não perda de peso nos últimos 6 meses.

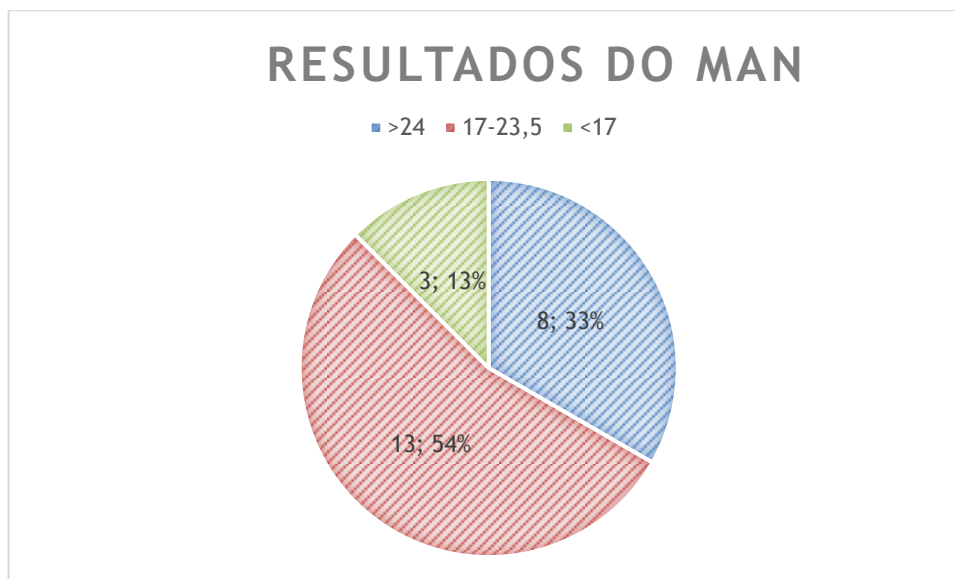


Figura 20- Resultados Obtidos na Mini Avaliação Nutricional

Dos 24 elementos constituintes da amostra, 13% (n=3), encontram-se em situação de desnutrição, 33% (n=8) encontram-se com o seu estado nutricional bom e 54% (n=13) encontram-se em risco de desnutrição. De salientar que os elementos que obtiveram pontuações mais baixas, são utentes das respostas sociais de Centro de Dia (CD) e Serviço Apoio Domiciliário (pessoas que passam a maioria do tempo em suas casas).



Figura 21 - Perda de Peso nos últimos 6 meses, dos elementos constituintes da amostra

Relativamente à perda de peso da amostra nos últimos 6 meses, 62,5% (n=15) perderam peso comparativamente a 37,5% (n=9) que mantiveram e/ou ganharam peso no últimos 6 meses.

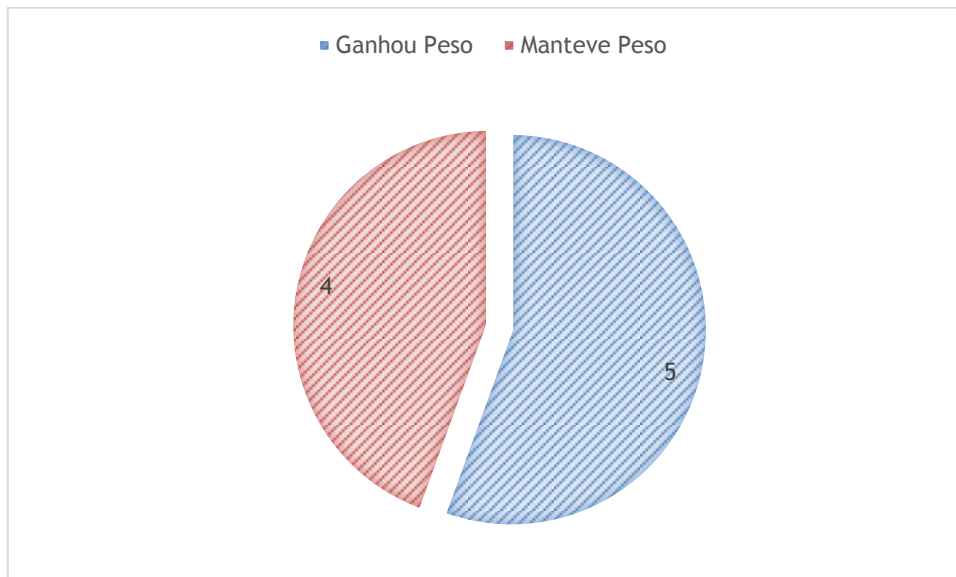


Figura 22 - Manutenção ou Ganho de Peso da amostra

Dos 37,5% da amostra (n=9), 55,6% (n=5) ganhou peso e 44,4% manteve o seu peso habitual ao longo de 6 meses.

3.2.1.8-Incontinência

A incontinência é a oitava variável em estudo e pretende avaliar queixas relativamente a perdas de urina involuntárias e saber se a amostra recorre ao uso de ajudas técnicas (penso, fralda, algália)



Figura 23 - Queixas de perda involuntária de urina

66,7% (n=16) da amostra refere que tem perdas involuntárias de urina e 33,3% (m=8) refere que não possui perdas involuntárias. Nenhum dos elementos masculinos da amostra referiu perdas de urina.

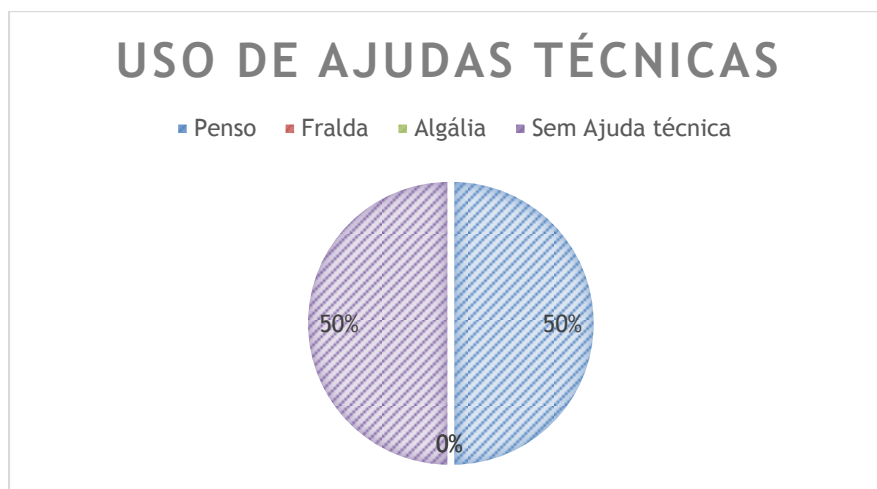


Figura 24 - Uso de Ajudas Técnicas por parte da amostra

Como apresentado anteriormente, 66.7% da amostra (n=16) possui perdas de urina involuntárias, no entanto apenas 50% da amostra usa ajudas técnicas. Das ajudas técnicas avaliadas, 50% da amostra (n=8) usa penso e os outros 50% (n=8) da amostra refere que não usa qualquer tipo de ajuda técnica.

3.2.1.9 - Independência e Autonomia

A independência e autonomia são as nonas variáveis em estudo e referem-se aos resultados obtidos nas escalas de Katz, Barthel, Lawton.

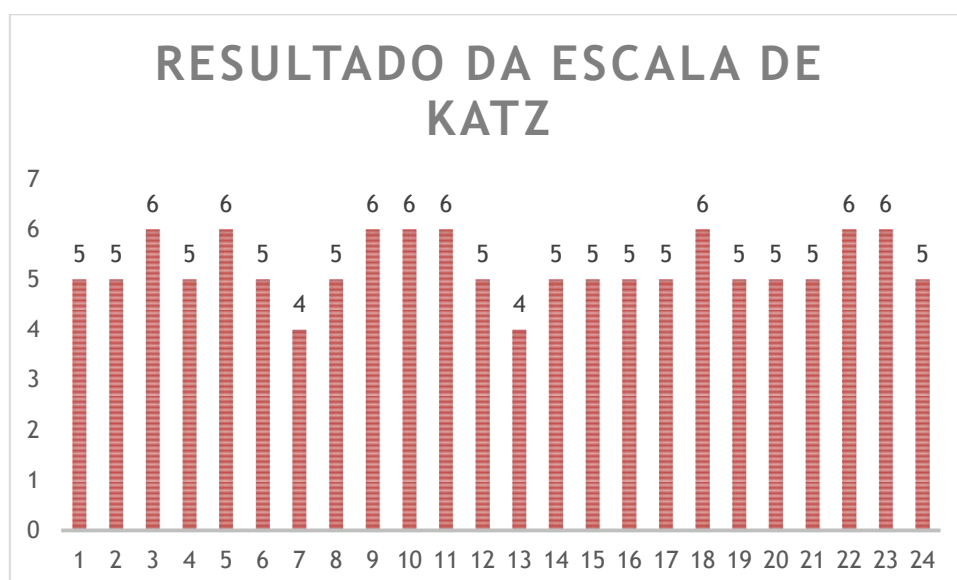


Figura 25 - Resultado da Escala de Katz

Na escala de Katz os elementos são avaliados quanto à independência para a realização das atividades básicas do dia-a-dia. Um total de 6 pontos significa independência, 4 pontos dependência parcial e 2 pontos dependência importante.

Dos 24 elementos que constituem a amostra 33,33% (n=8) têm independência máxima para a realização das atividades de vida diária obtendo pontuação máxima (6 pontos) na escala de Katz; 58,33% da amostra (n=14) obtiveram 5 pontos. A pontuação de 5 pontos é ainda considerada independência total. Logo, no total 22 elementos da amostra (92%) são autônomos. Dois elementos da amostra (n=2) alcançaram a pontuação de 4 pontos, possuindo independência parcial nas atividades de vida diária.

Os elementos que obtiveram menores pontuações são do sexo feminino e são utentes da resposta social de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas.

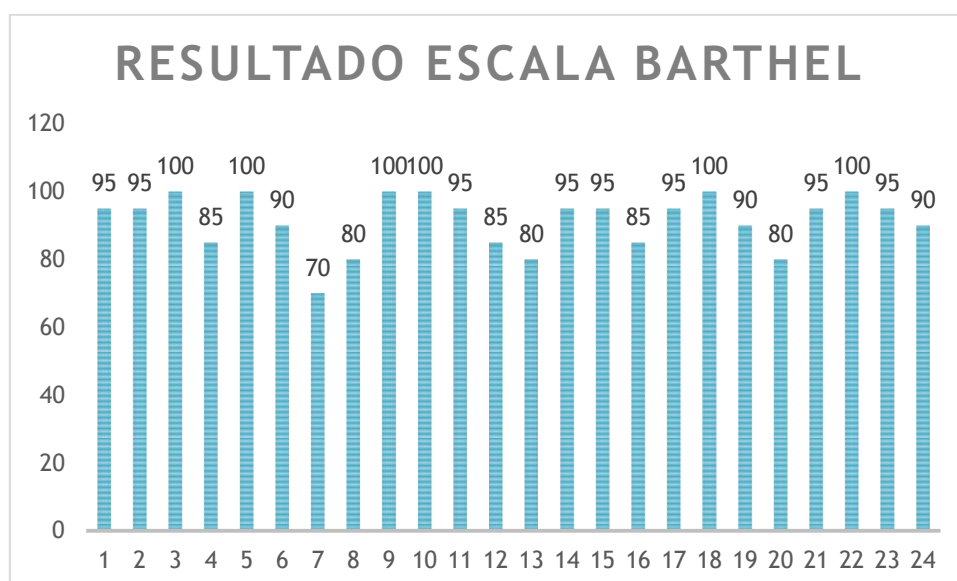


Figura 26 - Resultado da Escala de Barthel

Na escala de Barthel os elementos são avaliados quanto à independência para a realização das atividades básicas de vida diária contemplando mais itens do que a escala de Katz e tem parâmetros de avaliação mais detalhado. Um total de 100 pontos significa independência máxima, entre 99 e 91 pontos dependência escassa, 90-60 pontos ligeiramente dependente, 59-40 pontos moderadamente dependente, 39-20 pontos severamente dependente e pontuação inferior a 20 pontos totalmente dependente.

Dos 24 elementos que constituem a amostra ninguém tem limitações elevadas para a realização das atividades básicas da vida diária uma vez que ninguém obteve pontuação inferior a 59 pontos. Dos elementos que constituem a amostra 25% (n=6) têm independência máxima para a realização das atividades de vida diária obtendo a pontuação máxima (100 pontos) na escala de Barthel; 33,33% da amostra (n=8) obtiveram pontuações entre os valores 91 e 99, e segundo a avaliação possuem dependência escassa. Dez elementos da amostra (n=10) alcançaram pontuações compreendidas entre 60 e 90 pontos e são elementos com dependência ligeira.

A pontuação mais baixa na escala de Barthel foi de 70 e o elemento que obteve 70 pontos é do sexo feminino e é utente da resposta social de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas.

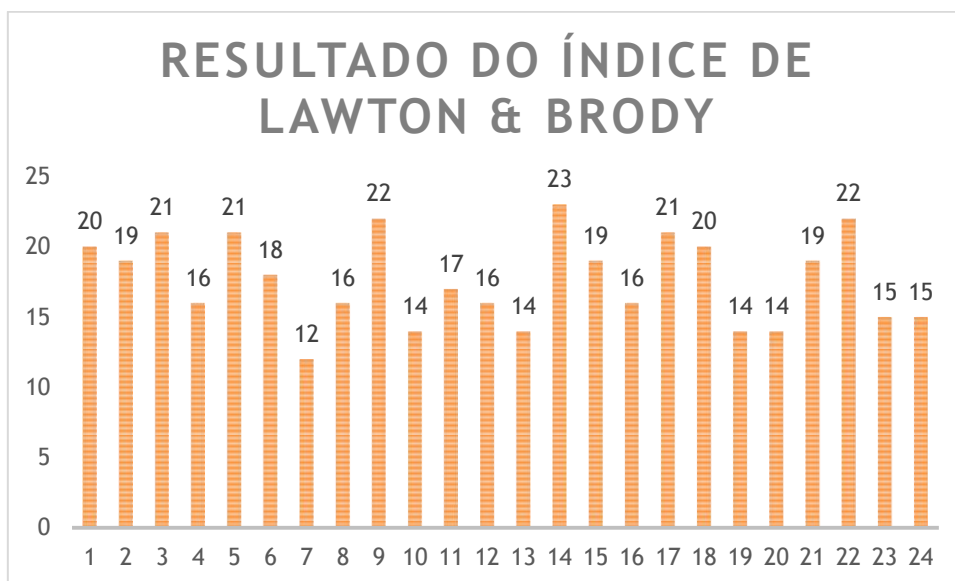


Figura 27 - Resultado do índice de Lawton & Brody

No índice de Lawton & Brody os elementos são avaliados quanto à independência para a realização de atividades instrumentais do dia-a-dia e perceber se é possível o indivíduo viver sózinho ou não. A pontuação máxima para a escala é de 27 pontos, correspondendo este valor à independência máxima e 9 pontos correspondendo à maior dependência.

Dos 24 elementos que constituem a amostra nenhum elemento obteve a pontuação máxima (27 pontos) e a pontuação mínima obtida foi de 12 pontos. Um elemento da amostra, 4,16% (n=1) obteve 12 pontos; 16,66% (n=4) obteve 14 pontos; 8,33% (n=2) obteve 15 pontos; 16,66% (n=4) obteve 16 pontos; 4,16% (n=1) obteve 17 pontos; 4,16% (n=1) obteve 18 pontos; 12,5% (n=3) obteve 19 pontos; 8,33% (n=2) obteve 20 pontos; 12,5% (n=3) obteve 21 pontos; 8,33% (n=2) obteve 22 pontos e 4,16% (n=1) obteve 23 pontos.

As atividades instrumentais envolvem atividades mais complexas pelo que os resultados obtidos são de valores diminutos.

3.2.1.10 - Equilíbrio e Mobilidade

O equilíbrio e mobilidade é a décima variável em estudo e este avalia-se segundo o resultado obtido na escala de Tinetti, ao uso de ajudas técnicas (bengala, andarilho, cadeira de rodas) e se houve presença de queda no último ano. Caso a queda tenha acontecido averiguar se houve fratura e intervenção para colocação de prótese.

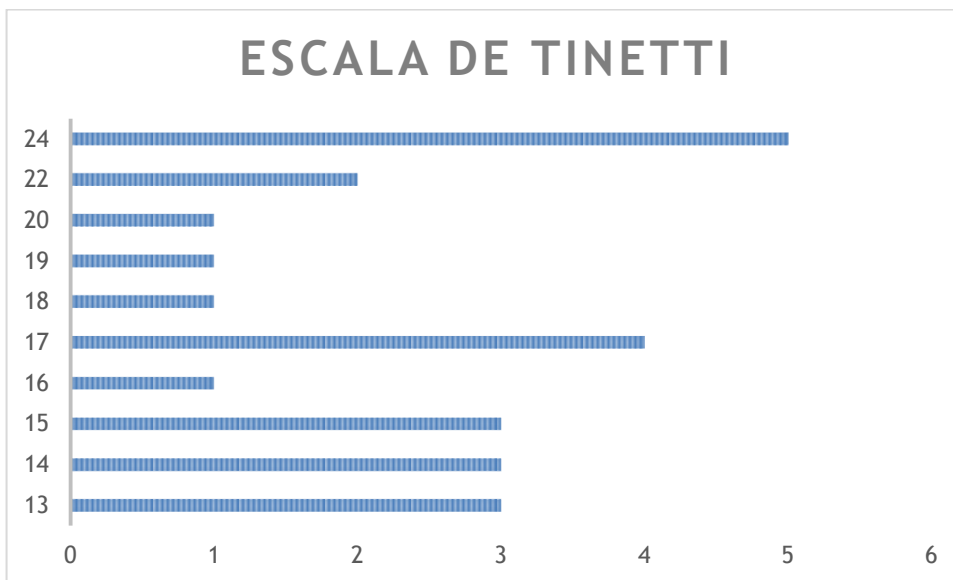


Figura 28 - Resultado da Escala de Tinetti

A escala de Tinetti avalia duas componentes: o equilíbrio e a mobilidade. Não há propriamente valores tabelados para a avaliação do equilíbrio e mobilidade, mas Tinetti (1986) refere que pontuação menor a 19 pontos indica um risco cinco vezes maior de quedas.

A pontuação máxima atingida foi de 24 pontos e foi alcançada por 20,83% da amostra (n=5); 8,33% (n=2) obteve 22 pontos; 4,16% (n=1) da amostra obteve 20 pontos; 4,16% (n=1) da amostra obteve 19 pontos; 4,16% (n=1) da amostra obteve 18 pontos; 16,66% (n=4) obteve 17 pontos; 4,16% (n=1) da amostra obteve 16 pontos; 16,66% (n=4) obteve 15 pontos; 12,5% da amostra (n=3) obteve 15 pontos; 12,5% da amostra (n=3) obteve 14 pontos e 12,5% da amostra (n=3) obteve 13 pontos.

Dos 24 elementos que constituem a amostra 62,5% (n=15) correm cinco vezes maior probabilidades em ter uma queda, em comparação a 37,5% (n=9).

As melhores pontuações foram obtidas por elementos do sexo masculino.

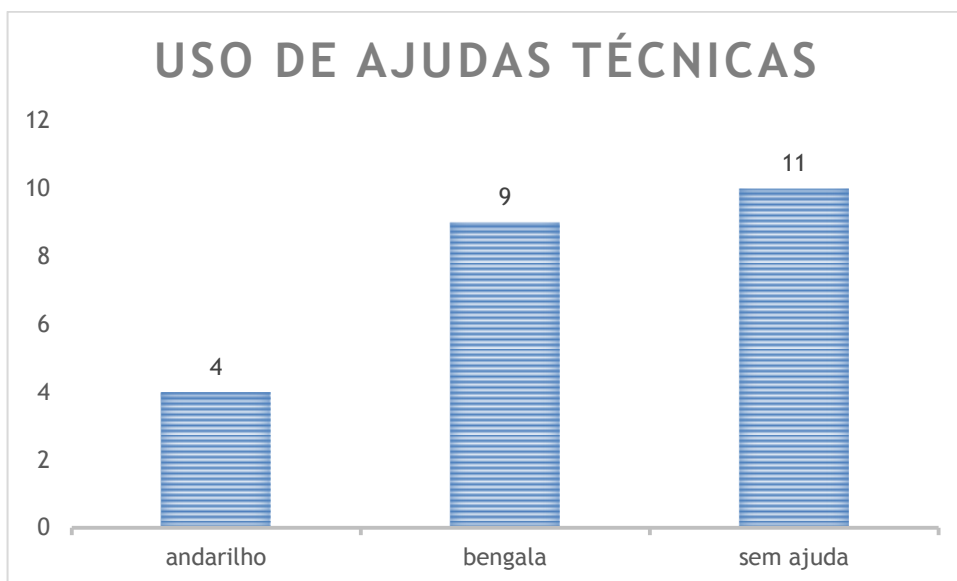


Figura 29 - Uso de ajudas técnicas pela amostra

A maioria da amostra, 54,16% (n=13) usa ajudas técnicas, comparativamente a 45,83% (n=11) que não usa nenhum auxiliar de marcha.

Dos elementos que usam auxiliares de marcha 30,77% (n=4) usam andarilho e 69,23% (n=9) usam bengala.



Figura 30 - Queda ocorrida nos últimos seis meses

Muitas são as causas que podem desencadear a ocorrência de uma queda, principalmente quando se é mais velho. Dos 24 elementos da amostra, nos últimos 6 meses, 29,16% (n=7) teve uma queda enquanto 70,83% (n=17) não teve nenhuma ocorrência.

Dos sete elementos que tiveram queda, 71,41% da amostra (n=5) ocorreram em casa e 28,57% da amostra (n=2) ocorreram na instituição, com utentes do sexo feminino que frequentam a resposta social de estrutura residencial para pessoas idosas.

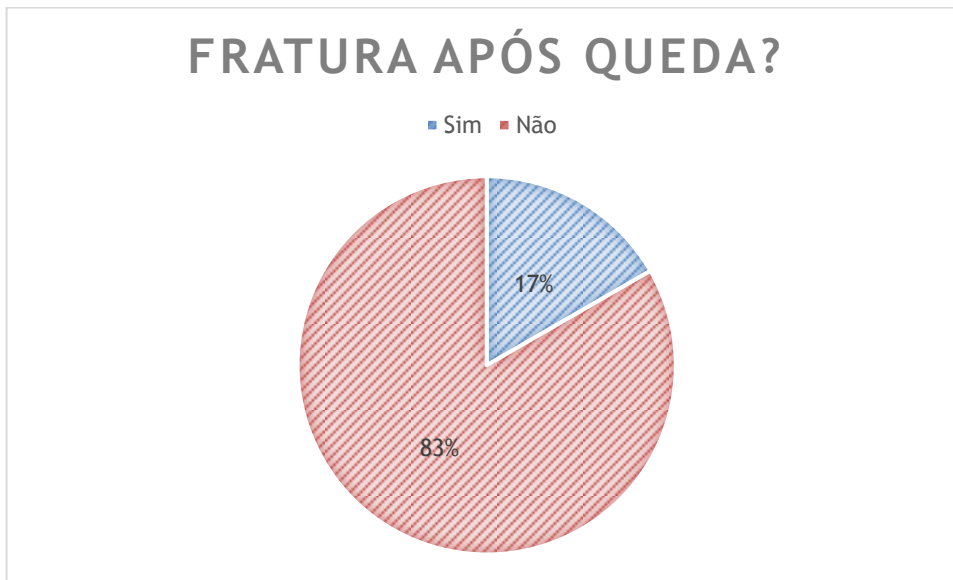


Figura 31 - Percentagem de fratura nos elementos que sofreram uma queda

Dos sete elementos que sofreram queda nos últimos 6 meses apenas 17% da amostra (n=1) sofreu fratura, tendo sido intervencionada com prótese total.

3.2.1.11 - Apoio Social

A décima primeira variável a analisar é o Apoio Social e pretende saber se os elementos constituintes da amostra vivem numa instituição ou se vive em casa própria. Se viver em casa própria, verificar se vive sozinho ou se tem companhia e se a habitação tem 1/2 ou 3 andares;

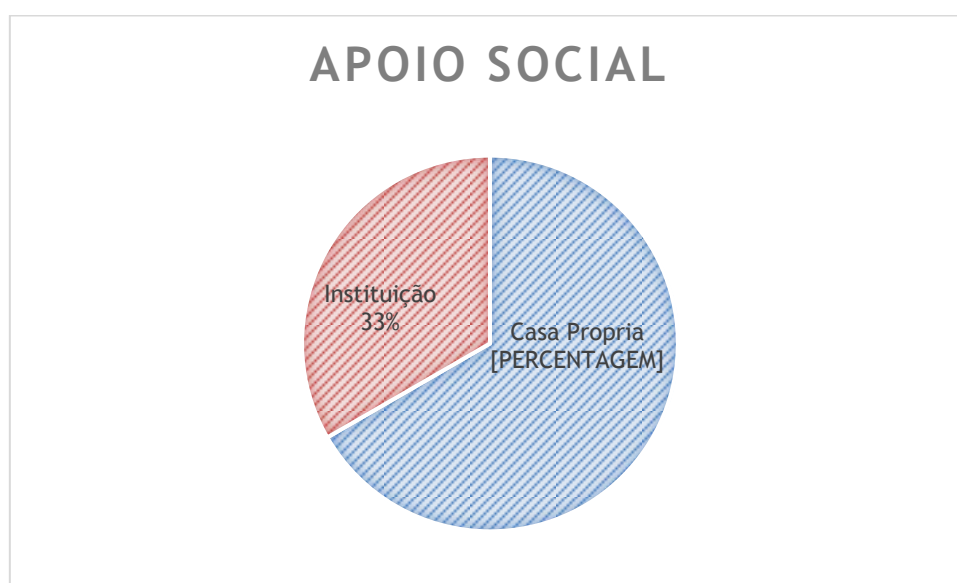


Figura 32 - Apoio Social

Dos 24 elementos que integram a amostra 67% (n=16) vive em casa própria e frequentam as respostas sociais de centro de dia (41,66%) (n=10); e serviço de apoio domiciliário (25,00%) (n=6). 33,33% da amostra (n=8) frequentam a resposta social de estrutura residencial para pessoas idosas.

Das pessoas que vivem em casa própria, a sua maioria é do sexo feminino.



Figura 33 - Pessoas que compõem o agregado familiar

Dos 16 elementos que vivem em casa própria, 58% da amostra (n=9) vive com companhia e 44% da amostra (n=7) vive sozinha.

Dos 7 elementos que vivem sozinhos, 71,42% (n=5) da amostra são mulheres e 28,57% (n=2) são homens, e dos 9 elementos que vivem em companhia, 88,88% (n=8) vivem com o cônjuge e 11,11% (n=1) vive na companhia da família (filha).

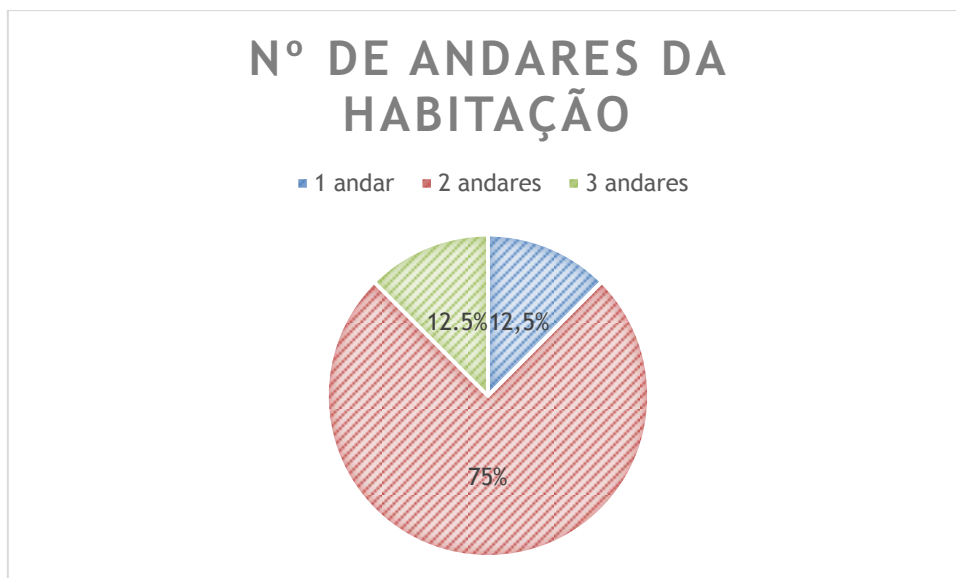


Figura 34- Nº de andares da habitação das pessoas que vivem em casa própria

Dos 16 elementos que vivem em casa própria, 12,5% da amostra (n=2) vive numa habitação que contém um andar, 75% da amostra (n=12) vive numa habitação que possui dois andares e 12.5% da amostra (n=2) vive numa habitação que possui 3 andares.

3.2.1.12 - Estado Cognitivo

O Estado Mental é a décima segunda variável em estudo e refere-se ao resultado obtido no Mini Exame Mental de Folstein. Os resultados aqui obtidos são maiores ou iguais a 22 pontos, pois era critério de inclusão na amostra.

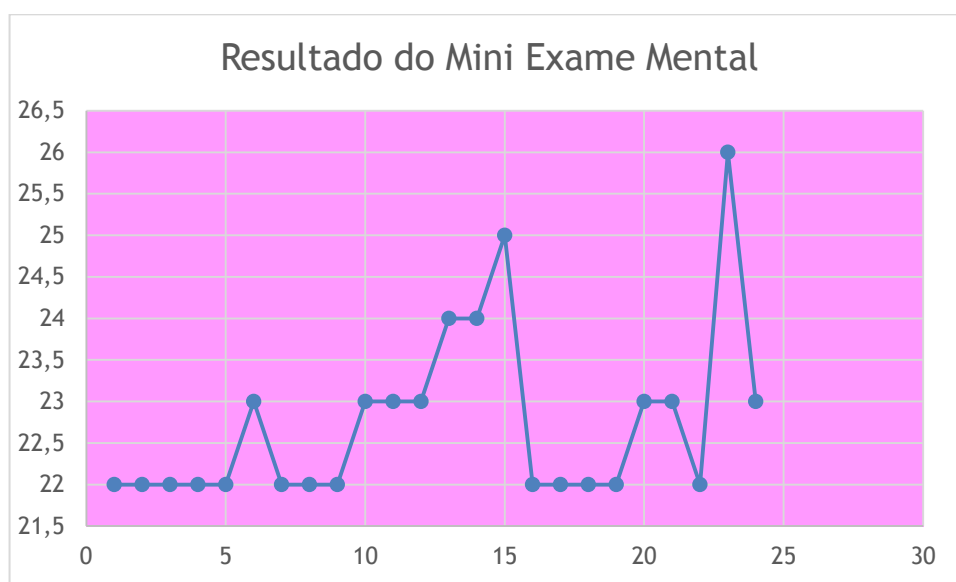


Figura 35 - Resultado do Mini Exame Mental de Folstein

A pontuação máxima possível para esta escala é de 30 pontos. Quanto menor a pontuação, maior o comprometimento cognitivo. Dos 24 elementos constituintes da amostra, 54% (n=13) obtiveram pontuação igual a 22 pontos; 29% da amostra (n=7) obteve 23 pontos; 9% da amostra (n=2) obteve 24 pontos; 4% da amostra (n=1) obteve 25 pontos e outros 4% da amostra (n=1) obteve 26 pontos. As pontuações mais altas (25 e 26 pontos) foram obtidas por elementos do sexo feminino.

3.2.1.13 - Depressão

A décima terceira variável a analisar é o grau de depressão da amostra e foi avaliado de acordo com o resultado obtido na escala da depressão GDS-15.

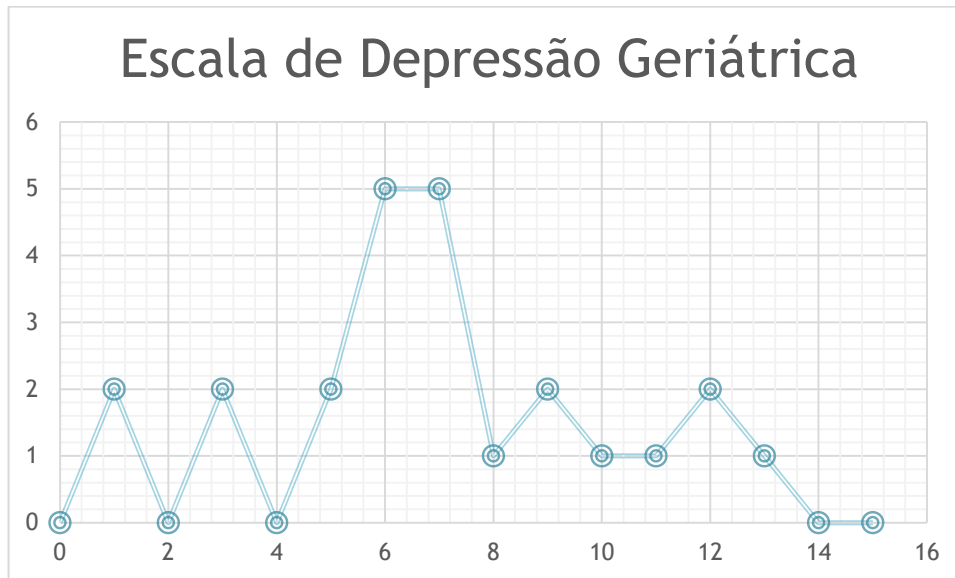


Figura 36 - Resultado da Escala de Depressão Geriátrica

A pontuação máxima obtida para esta escala de avaliação é de 15 pontos. A classificação da depressão segundo a escala é por intervalo de valores. Se a pontuação obtida for entre 0-5 não há depressão; se a pontuação obtida estiver compreendida no intervalo de 6-10, existe depressão leve e se a pontuação for maior ou igual a 11 é considerado depressão grave.

Dos elementos que constituem a amostra ninguém obteve pontuações de 0,2,4,14 e 15. Dois elementos da amostra (8,33%) obtiveram 1 ponto; dois elementos da amostra (8,33%) obtiveram 3 pontos; dois elementos da amostra (8,33%) obtiveram 5 pontos; cinco elementos da amostra (20,83%) obtiveram 6 pontos; cinco elementos da amostra (20,83%) obtiveram 7 pontos; um elemento da amostra (4,16%) obteve 8 pontos; dois elementos da amostra (8,33%) obtiveram 9 pontos; um elemento da amostra (4,16%) obteve 10 pontos; um elemento da amostra (4,16%) obteve 11 pontos; dois elementos da amostra (8,33%) obteve 12 pontos e um elemento da amostra (4,16%) obtiveram 13 pontos.

Tabela 15 - Grau de depressão na amostra em estudo

Depressão na Amostra em Estudo		
0-5 Pontos	Sem depressão	25 % Da amostra (n=6)
6-10 Pontos	Depressão Leve	58,31% Da amostra (n=14)
11-15 Pontos	Depressão grave	16,65% Da amostra (n=4)

100% da amostra (n=24) respondeu sim, à pergunta nº 6 da escala da depressão geriátrica (“Você teme que algo ruim lhe aconteça?”) e 95% da amostra (n=22) respondeu sim à pergunta nº 10 (“Você sente que tem mais problemas de memória do que antes?”).

3.2.1.14 - Hábitos de Vida

Os hábitos diários, é a décima quarta variável em estudo e pretende saber quantos elementos da amostra fumam e se fuma qual o nº cigarros/dia, se bebem e se bebe qual o nº copos/dia e hábitos desportivos sabendo a frequência em que o faz.

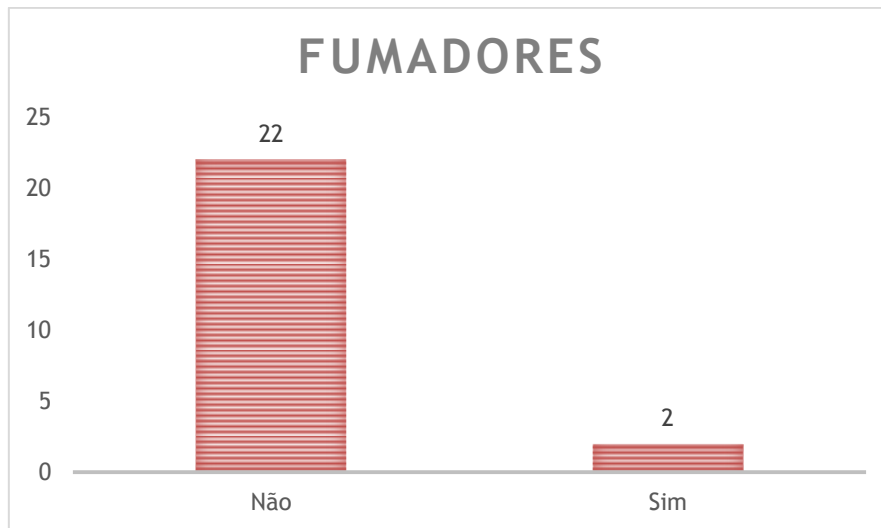


Figura 37 - Número de fumadores que integram a amostra

Dos 24 elementos que integram a amostra, 8,33% (n=2) são fumadores. A restante amostra não fuma, mas houve elementos que no passado fumaram durante alguns anos.

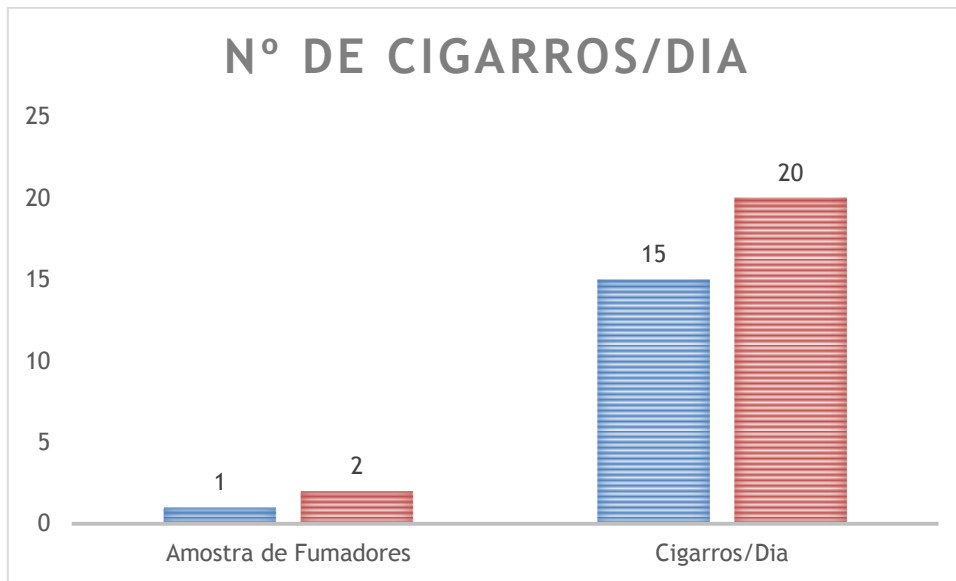


Figura 38 - Número de cigarros fumados por dia

Dos elementos fumadores (n=2), um elemento fuma em média 15 cigarros/dia e outro 20 cigarros/dia.

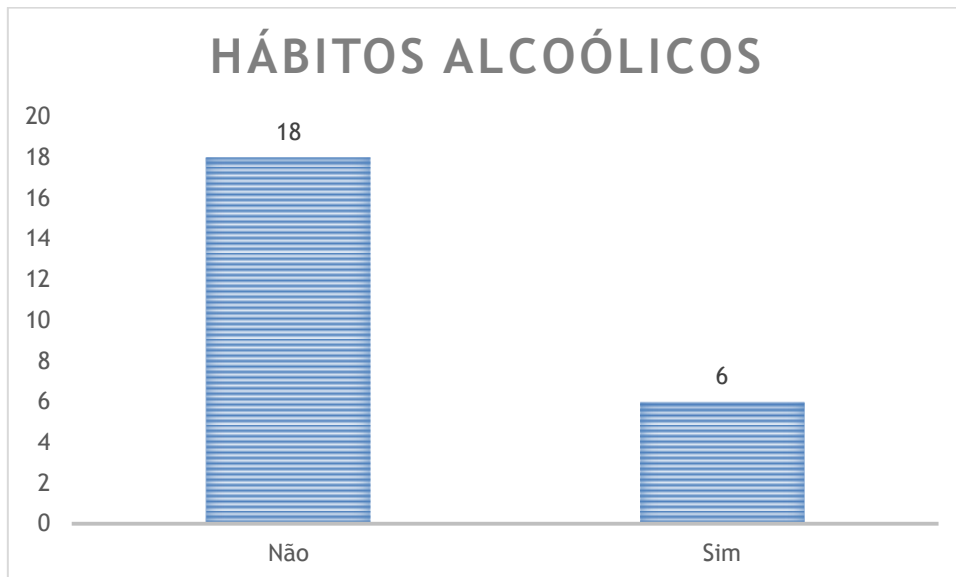


Figura 39 - Hábitos alcoólicos por parte da amostra

Dos 24 elementos, 75% da amostra (n=18) não têm hábitos alcoólicos e 25% da amostra (n=6) referem hábitos alcoólicos. Todos os elementos que têm hábitos alcoólicos são do sexo masculino.

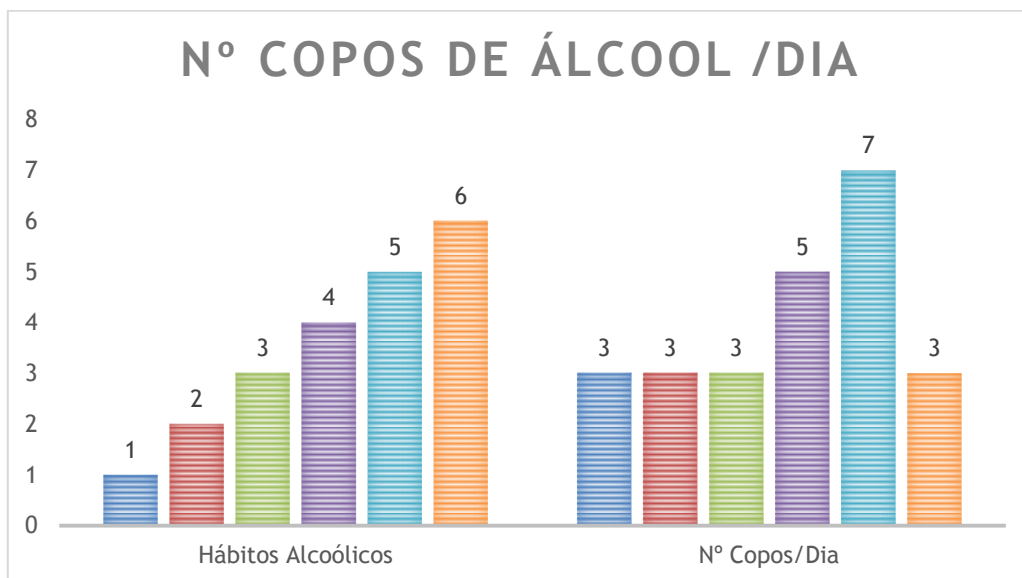


Figura 40 - Número de copos/dia que os elementos com hábitos alcoólicos consomem

Dos seis elementos que têm hábitos alcoólicos, 66,66% da amostra (n=4), bebem em média 3 copos de vinho por dia, e que o seu consumo costuma ser após as três principais refeições; 16,66% da amostra (n=1) bebe em média 5 copos de vinho por dia, sendo 3 deles a seguir às principais refeições; 16,66% da amostra (n=1) bebe em média 7 copos de vinho por dia, sendo três deles após as refeições e os restantes durante o período da tarde.

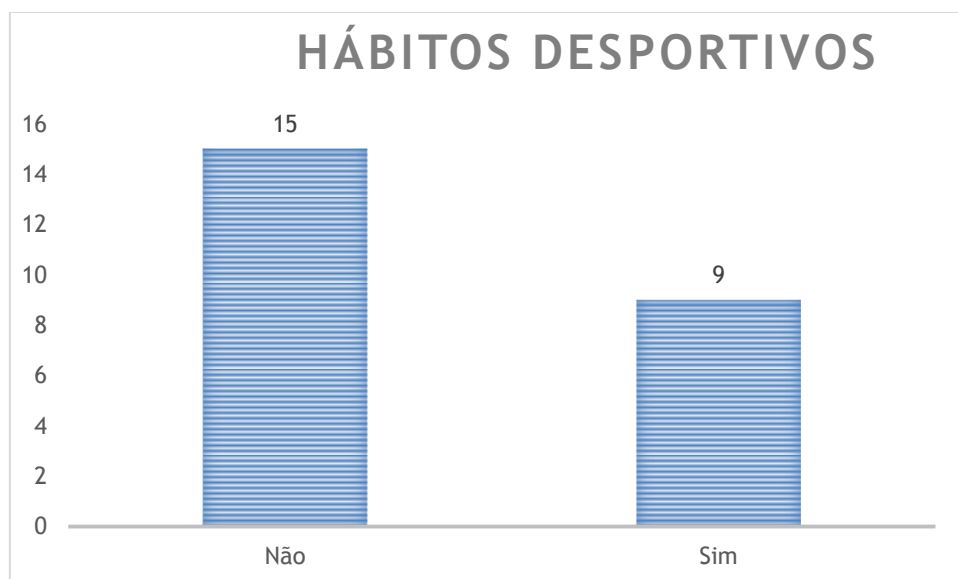


Figura 41 - Hábitos desportivos

Dos 24 elementos da amostra 62,5% (n=15), não tem hábitos desportivos regulares, mas, existem elementos que ainda se dirigem às suas quintas/fazendas pelo menos uma vez por semana e 37,5% da amostra (n=9) têm hábitos desportivos regulares. Todos os elementos que têm hábitos desportivos regulares são utentes da resposta social de estrutura residencial para pessoas idosas.

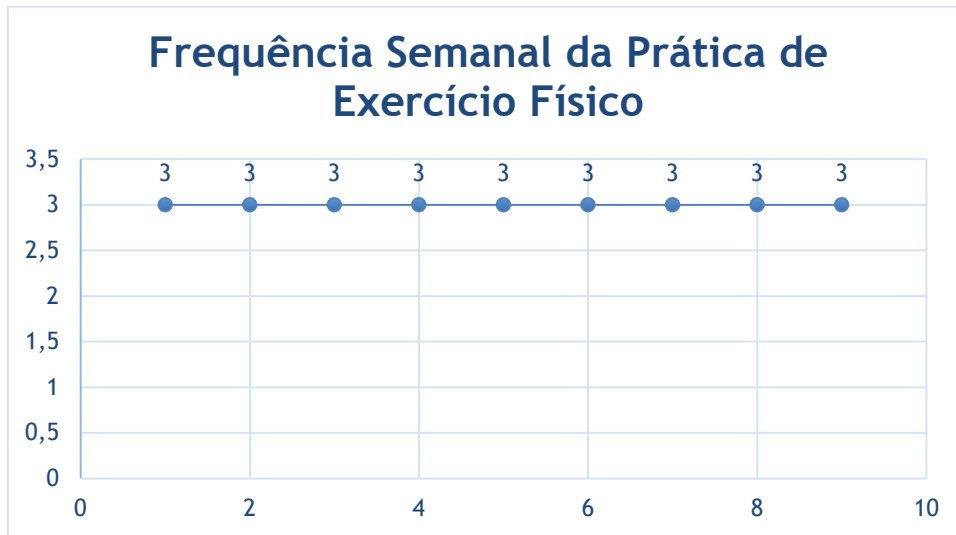


Figura 42 - Frequência Semanal da Prática de Exercício Físico

Os 9 elementos que praticam exercício físico com regularidade, fazem-no com a frequência de 3 vezes por semana durante uma hora. Esta frequência é constante para todos os elementos, pois o exercício físico é realizado nas instalações do TECTO e os elementos que integram esta amostra também inteiram a classe de ginástica gerontológica.

3.2.1.15 - Problemas de Saúde

A décima quinta variável em estudo são os **problemas de saúde** e esta refere-se às **patologias crónicas registadas no processo clínico do idoso**, agrupadas por grupo de patologias, de acordo com o Tratado de Geriatria e Gerontologia, de Freitas, E. (et al) em consonância com a classificação estatística internacional de doenças (CID), da OMS (2010).

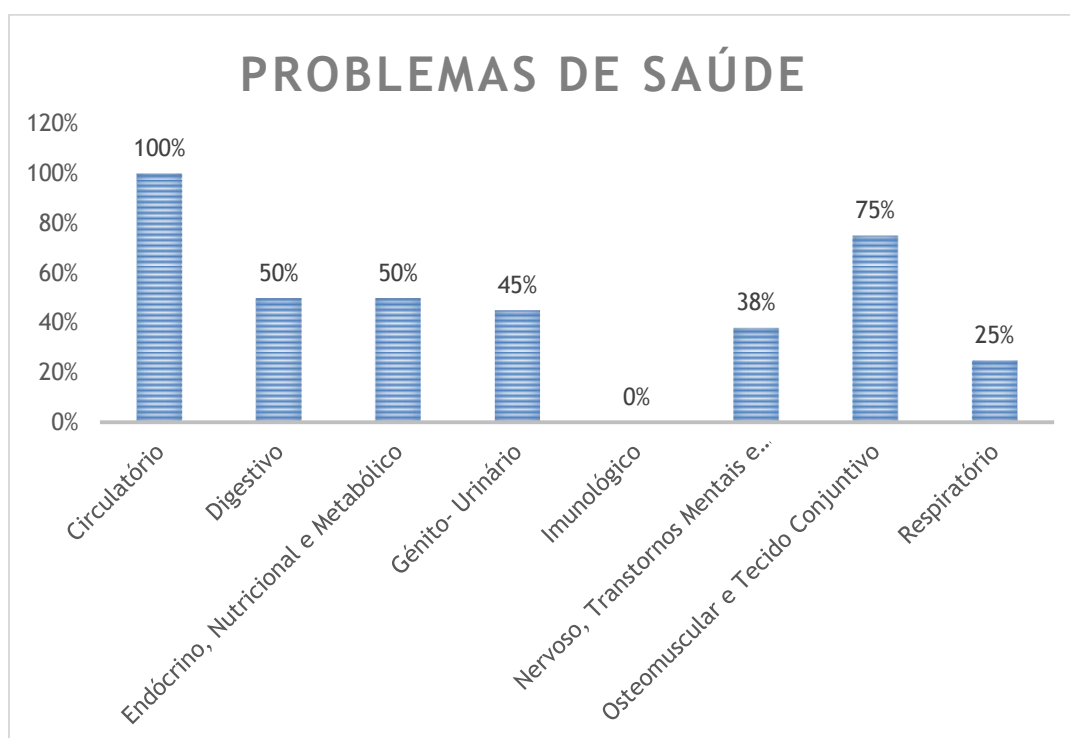


Figura 43 - Principais Problemas de Saúde da Amostra

Dos 24 elementos da amostra, 100% da mesma (n=24) tem problemas circulatórios, 75% amostra (n=18) tem problemas osteomusculares e do tecido conjuntivo; 50% da amostra (n=12) tem problemas digestivos; 50% da amostra (n=12) tem problemas endócrinos, nutricionais e metabólicos; 45% da amostra (n=11) tem problemas gêrito-urinários; 38% da amostra (n=9) tem problemas do foro nervoso, transtornos mentais e comportamentais; 25% da amostra (n=6) tem problemas respiratórios e 0% da amostra (n=0) tem doenças imunológicas.

Tabela 16 - Variáveis em estudo (2ª Avaliação)

n°	Idade	Sexo	Estado Conjugual	Terapêutica	Visão				Audição				Nutrição		Incontinência			Independência e Autonomia			Equilíbrio e Mobilidade				Apoio Social	Estado Cognitivo	Depressão	Habitos de Vida				
					Teste de Snellen	Óculos	Ajudas Técnicas	Ajudas Técnicas	Presbioclástica	Presença de Cera	Teste Sussurro	MAN	Perda Peso	Perdas involuntárias	Ajudas Técnicas	Katz	Barthel	Lawton & Brody	Timetti	Ajudas Técnicas	Queda	Fratura	Fuma	Cigarros/dia				Bebe	Copos/dia	Esercio	Frequência	
1	86	F	V	9	20/30	óculos	Sim	Sim	Sim	2	<17	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	5	95	20	18	bengala	Não	Não	SAD	22	7	Não	0	Não	0	Não	0
2	84	F	C	6	20/100	óculos	Sim	Não	Sim	2	18	Não	Sim	Não	Sim	Sim	5	95	19	16	sem ajuda	sim	sim	SAD	22	6	Não	0	Não	0	Não	0
3	84	M	V	10	20/200	óculos	Não	Sim	Sim	2	19	Sim	Não	Não	Sim	Sim	6	100	21	24	sem ajuda	não	Não	SAD	22	7	Não	0	Sim	3	Não	0
4	84	F	C	9	20/70	óculos	Não	Sim	Sim	2	20	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	5	85	16	14	bengala	sim	sim	SAD	22	11	Não	0	Não	0	Não	0
5	84	M	C	6	20/70	óculos	Não	Sim	Sim	2	17	Sim	Não	Não	Sim	Sim	6	100	21	24	sem ajuda	não	Não	SAD	22	8	Não	0	Sim	3	Não	0
6	74	F	C	5	20/70		Não	Sim	Sim	2	18	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	5	90	18	14	bengala	Não	Não	SAD	23	9	Não	0	Não	0	Não	0
7	92	F	V	7	20/50		Não	Sim	Sim	2	>24	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	4	70	12	13	andarilho	Não	Não	ERPI	22	5	Não	0	Não	0	Sim	3 x semana
8	84	F	V	10	20/40	óculos	Não	Sim	Sim	1	>24	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	5	80	16	13	andarilho	sim	sim	ERPI	22	5	Não	0	Não	0	Sim	3 x semana
9	84	M	V	4	20/30	óculos	Não	Sim	Sim	1	>24	Não	Não	Não	Sim	Sim	6	100	22	24	sem ajuda	Não	Não	ERPI	22	1	Não	0	Sim	3	Sim	3 x semana
10	83	M	S	1	20/30		Não	Não	Sim	1	23	Não	Não	Não	Sim	Sim	6	100	14	20	bengala	Não	Não	ERPI	23	3	Sim	15	Não	0	Sim	3 x semana
11	83	M	C	7	20/40	óculos	Não	Não	Sim	1	>24	Não	Não	Não	Sim	Sim	6	95	17	15	bengala	Não	Não	ERPI	23	10	Não	0	Não	0	Sim	3 x semana
12	83	F	C	11	20/40		Não	Não	Sim	1	>24	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	5	85	16	17	bengala	Não	Não	ERPI	23	1	Não	0	Não	0	Sim	3 x semana
13	82	F	V	9	20/40		Não	Não	Sim	1	23	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	4	80	14	13	andarilho	Não	Não	ERPI	24	3	Não	0	Não	0	Sim	3 x semana
14	80	F	C	11	20/50	óculos	Não	Não	Não	1	22	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	5	95	23	22	sem ajuda	Não	Não	ERPI	24	12	Não	0	Não	0	Sim	3 x semana
15	92	F	V	11	20/70	óculos	Não	Não	Não	2	22	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	5	95	19	19	sem ajuda	sim	Não	CD	25	7	Não	0	Não	0	Não	0
16	92	F	V	8	20/70		Não	Não	Não	2	23	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	5	85	16	17	bengala	sim	Não	CD	22	7	Não	0	Não	0	Não	0
17	91	F	V	7	20/100	óculos	Não	Não	Não	2	>24	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	5	95	21	15	bengala	Não	Não	CD	22	9	Não	0	Não	0	Não	0
18	85	M	C	2	20/100	óculos	Não	Não	Não	2	23	Sim	Não	Não	Sim	Sim	6	100	20	22	sem ajuda	Não	Não	CD	22	6	Não	0	Sim	5	Não	0
19	85	F	C	8	20/200	óculos	Não	Não	Não	2	22	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	5	90	14	17	sem ajuda	Não	Não	CD	22	12	Não	0	Não	0	Não	0
20	84	F	V	9	20/100		Não	Sim	Não	2	19	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	5	80	14	15	andarilho	sim	sim	CD	23	6	Não	0	Não	0	Não	0
21	79	F	V	7	20/70		Não	Sim	Não	2	<17	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	5	95	19	17	bengala	Não	Não	CD	23	7	Não	0	Não	0	Sim	3 x semana
22	76	M	C	7	20/70	óculos	Não	Sim	Sim	3	<17	Sim	Não	Não	Sim	Sim	6	100	22	24	sem ajuda	sim	Não	CD	22	6	Não	0	Sim	7	Não	0
23	75	M	S	9	20/70		Não	Sim	Sim	3	>24	Sim	Não	Não	Sim	Sim	6	95	15	24	sem ajuda	Não	Não	CD	26	6	Sim	20	Sim	3	Não	0
24	73	F	C	13	20/100	óculos	Não	Sim	Não	3	>24	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	5	90	15	14	bengala	Não	Não	CD	23	13	Não	0	Não	0	Não	0

3.3 - Terceiro Momento de Avaliação

(Julho de 2016)

Não faleceu nenhum elemento da amostra, no intervalo de tempo entre o segundo e o terceiro momento de avaliação pelo que continua a ser constituída por 24 elementos.

Apesar de haver variáveis que não foram susceptíveis de intervenção vão na mesma ser analisadas, pois são modificadoras delas próprias (como por exemplo a idade, pois esta modifica-se sem que haja intervenção externa).

Foi aplicado o rastreio geriátrico e avaliadas novamente as 15 variáveis em estudo.

3.3.1 - Idade

Tabela 17 - Análise Descritiva da variável nº 1 em estudo (idade)

Descritivos		Estadística	Erro Padrão	
VAR0001	Média	84,0417	1,07251	
	95% Intervalo de Confiança para a média	Limite inferior	81,823	
		Limite superior	86,2603	
	5% da média aparada	84,0926		
	Mediana	84,0000		
	Variância	27,607		
	Desvio Padrão	5,25423		
	Mínimo	74		
Máximo	93			

A média de idades (**primeira variável em estudo**) e o respetivo desvio padrão da amostra é de $84,04 \pm 5,25$ anos. A idade mínima da amostra é de 74 anos e a idade máxima 93 anos, sendo a mediana amostral 84,00 anos.

A pessoa mais nova que integra a amostra é do sexo feminino e a mais velha também é do sexo feminino.

Entre o período da 2ª avaliação e a 3ª avaliação a média de idades aumentou sensivelmente 1 valor.

3.3.2 - Sexo

Tabela 18 - Frequência e percentagem da segunda variável em estudo (Sexo)

VAR00002		Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulativa
Válido	F	16	66,7	66,7	66,7
	M	8	33,3	33,3	100
	Total	24	100	100	

Tabela 19 - Análise Descritiva da segunda variável em estudo (Sexo)

VAR00002			Estatística	Erro Padrão	
VAR00001	F	Média	84,8125	1,44977	
		95% Intervalo de Confiança para a média	Limite Inferior	81,7224	
			Limite Superior	87,9026	
		5% da média aparada	84,9583		
		Mediana	84,5		
		Variância	33,629		
		Desvio Padrão	5,79907		
		Mínimo	74,00		
		Máximo	93,00		
		Intervalo	19,00		
		Intervalo Interquartil	8,50		
		Assimetria	-0,193	0,564	
		Curtose	-0,301	1,091	
VAR00002			Estatística	Erro Padrão	
VAR00001	M	Média	82,5000	1,3496	
		95% Intervalo de Confiança para a média	Limite Inferior	79,3087	
			Limite Superior	85,6913	
		5% da média aparada	82,6667		
		Mediana	84		
		Variância	14,571		
		Desvio Padrão	3,81725		
		Mínimo	76,00		
		Máximo	86,00		
		Intervalo	10,00		
		Intervalo Interquartil	6,50		
		Assimetria	-1,233	0,752	
		Curtose	-0,155	1,481	

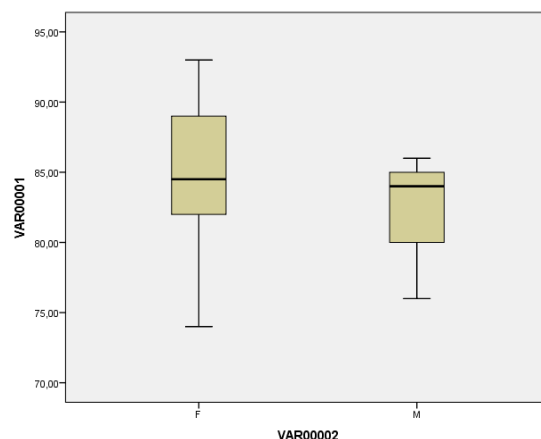


Figura 44 - Análise Estatística das variáveis um e dois em estudo (idade e sexo)

Tabela 20 - Distribuição por sexo e idade dos idosos pertencentes à amostra integrante do estudo

Variáveis		Idade (anos)			Total	Médias e Respetivo Desvio Padrão	
		65-74	75-84	85-94			
Sexo	Feminino	n	1	7	8	16	84,81 ± 5,79 anos
		%	4,17	29,18	33,35		
	Masculino	n	0	5	3	8	
		%	0	20,81	12,49	33,3	
Total		n	1	12	11	24	84,04 ± 5,25 anos
		%	4,17	50,00	45,83	100%	

No que diz respeito à segunda variável em estudo (sexo), dos 24 elementos constituintes da amostra, 66,67% (n=16) são do sexo feminino e 33,33% (n=8) são do sexo masculino. A mulher mais nova tem 74 anos e a mais velha 93, sendo 84,81 anos a média de idades do sexo feminino com $\pm 5,79$ anos de valor de desvio padrão. O homem mais novo tem 76 anos e o mais velho 86 anos, sendo a média de idades do sexo masculino 82,50 anos e $\pm 3,81$ anos de valor de desvio padrão.

3.3.3- Estado Civil

Tabela 21 - Análise da Variável Estado Civil (Casada/o)

Descritivos		Estatística	Erro Padrão	
VAR00003				
VAR0001	Média	81,6364	1,3092	
	95% Intervalo de Confiança para a média	Limite inferior	78,7192	
		Limite superior	84,5535	
	5% da média aparada	81,8182		
	Mediana	83,0000		
	Variância	18,8550		
	Desvio Padrão	4,3422		
	Mínimo	74,00		
	Máximo	86,00		
	Intervalo	12,00		
	Intervalo Interquadril	8,0000		
	Assimetria	-0,898	0,661	
Curtose	-0,699	1,279		

Tabela 22 - Análise da Variável Estado Civil (Solteira/o)

Descritivos		Estatística	Erro Padrão	
VAR00003				
VAR0001	Média	80,0000	4,0000	
	95% Intervalo de Confiança para a média	Limite inferior	29,1752	
		Limite superior	130,8248	
	5% da média aparada	.		
	Mediana	80,0000		
	Variância	32,0000		
	Desvio Padrão	5,6569		
	Mínimo	76,00		
	Máximo	84,00		
	Intervalo	8,00		
	Intervalo Interquadril	.		
	Assimetria	.	.	
Curtose	.	.		

Tabela 23 - Análise da variável Estado Civil (Viúva/o)

Descritivos		Estadística	Erro Padrão	
VAR00003				
VAR0001	Média	87,1818	1,3805	
	95% Intervalo de Confiança para a média	Limite inferior	84,1059	
		Limite superior	90,2578	
	5% da média aparada	87,2576		
	Mediana	85,0000		
	Variância	20,9640		
	Desvio Padrão	4,5786		
	Mínimo	80,00		
	Máximo	93,00		
	Intervalo	13,00		
	Intervalo Interquartil	9,0000		
	Assimetria	0,178	0,661	
	Curtose	-1,335	1,279	

A terceira variável em estudo pretende analisar o estado conjugal da amostra, na qual 45,83% (n=11) é casado/a, 45,83% (n=11) é viúvo/a e 8,34% (n=2) é solteiro, não havendo alterações entre as avaliações.

3.3.4- Terapêutica

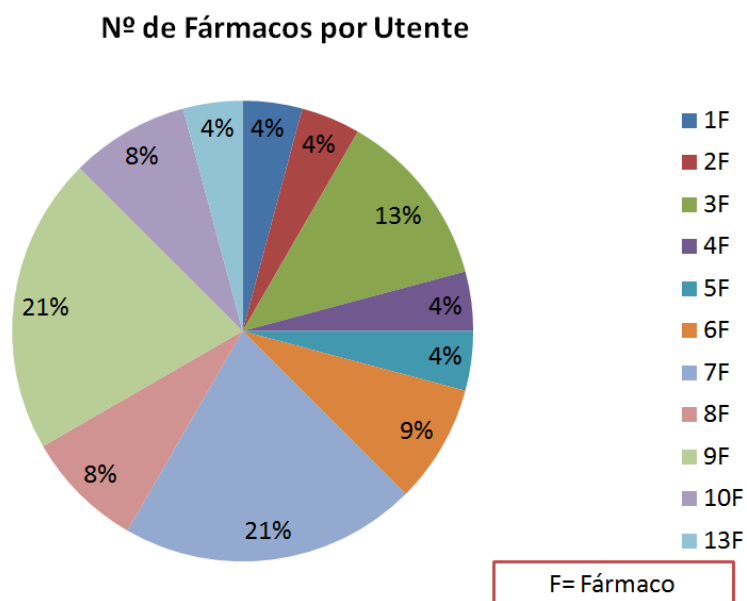


Figura 45 - Percentagem do Número de fármacos/dia

A quarta variável analisada foi a terapêutica. Dos 24 elementos que compõem a amostra todos são medicados com 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10 ou 13 fármacos. Um elemento da amostra (n=1) (4,17%) toma 1 fármaco; um outro elemento da amostra (n=1) (4,17%) toma 2 fármacos, três elementos (n=3) (12,5%) toma 3 fármacos, um elemento (n=1) (4,17%) toma 4 fármacos, um elemento (n=1) (4,17%) toma 5 fármacos, dois elementos (n=2) (8,35%) tomam 6 fármacos, cinco elementos (n=5) (20,83%) tomam 7 fármacos, dois elementos (n=2) (8,33%) tomam 8 fármacos, cinco elementos (n=5) (20,83%) tomam 9 fármacos, dois elementos (n=2) (8,33%) tomam 10 fármacos e um elemento (n=1) (4,17%) toma 13 fármacos.

Considerando que existe polimedicação quando a toma de fármacos de forma continuada é de 5 ou mais fármacos/dia, 75% da amostra (n=18) toma 5 ou mais comprimidos/dia.

As mulheres são os elementos da amostra que mais fármacos tomam. O menor número de comprimidos tomado pelas mulheres é igual a 5 e o número máximo de comprimidos tomados pelo sexo feminino é de 13 comprimidos/dia.

Os homens são os elementos da amostra que menos fármacos tomam. O menor número de comprimidos tomado pelos homens é igual a 1 e o número máximo de comprimidos tomados pelo sexo masculino é de 10 comprimidos/dia.

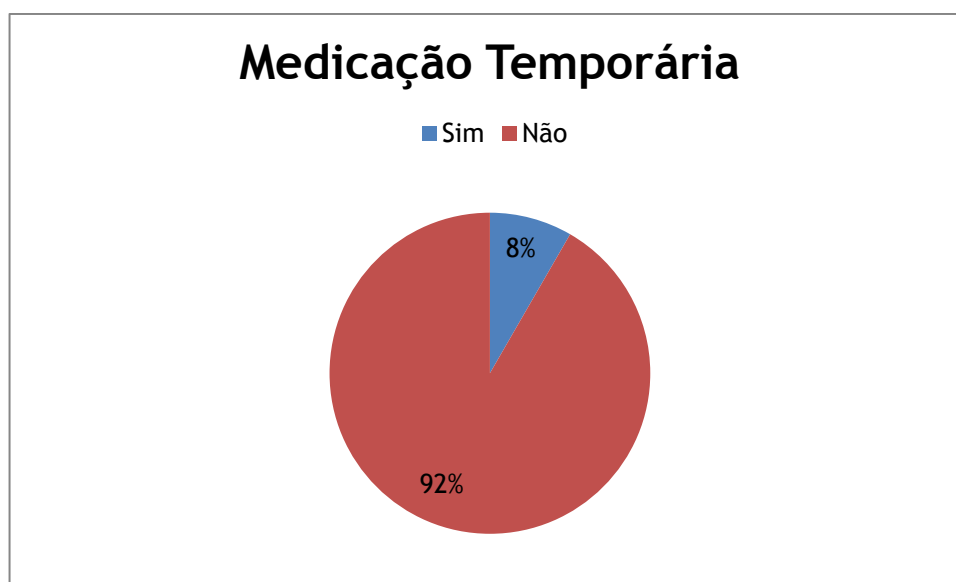


Figura 46 - Medicação Temporária

Dos 24 elementos que integram a amostra 8% da amostra (n=2) está a fazer medicação temporária. Um dos elementos está a fazer antibiótico por infeção do trato urinário e o outro elemento antibiótico por infeção respiratória.

Observações:

Da comparação dos resultados entre o segundo (antes da intervenção gerontológica) e o terceiro momento de avaliação (após intervenção gerontológica) a medicação crónica manteve-se constante em todos os elementos que integram a amostra, excetuando dois elementos, que se encontravam a fazer medicação temporária (antibióticos).

A maioria dos elementos, referiu que o fato dos comprimidos ser sempre igual (ao serem do mesmo laboratório, a cor e a forma dos mesmos mantêm-se inalterada) há menos enganos na toma dos mesmos.

Cerca de 50% dos elementos que integram a amostra (n=11), passaram a ter a sua medicação preparada em caixas de medicação semanal, o que evitou os enganos de más dosagens e facilitou a administração dos mesmos nos horários certos e tomas corretas (pois havia medicamentos que tinham dosagens diferentes todos os dias bem como pausas de tomas que não estavam a ser feitas corretamente).

O fato de terem um envelope de saúde, sempre consigo, facilitou algumas idas ao serviço de urgência, consultas externas, consultas com médico de família, pois o médico sabia qual a medicação correta que o elemento fazia, ao invés de levar todas as caixas de medicação que possuía em sua casa (pois muitas vezes, os elementos chegavam a levar medicação que já não faziam).

3.3.5- Visão

A quinta variável analisada (visão) compreende três resultados: o primeiro resultado diz respeito ao valor obtido no teste de Snellen, o segundo ao uso de ajudas técnicas (óculos, lentes oculares) e o terceiro às principais doenças visuais, constantes no processo clínico do utente.



Figura 47 - Resultados Obtidos no Teste de Snellen

Relativamente ao resultado obtido no teste de Snellen, 12,5% da amostra (n=3) com o melhor olho obteve resultado 20/30, 16,7% da amostra (n=4) com o melhor olho obteve resultado 20/40, 16,7% (n=4) com o melhor olho obteve resultado 20/50, 33,4% da amostra (n=8) com o melhor olho obteve resultado 20/70, 16,7% da amostra (n=4) com o melhor olho obteve resultado 20/100 e 4% da amostra (n=1) com o melhor olho obteve resultado de 20/200.

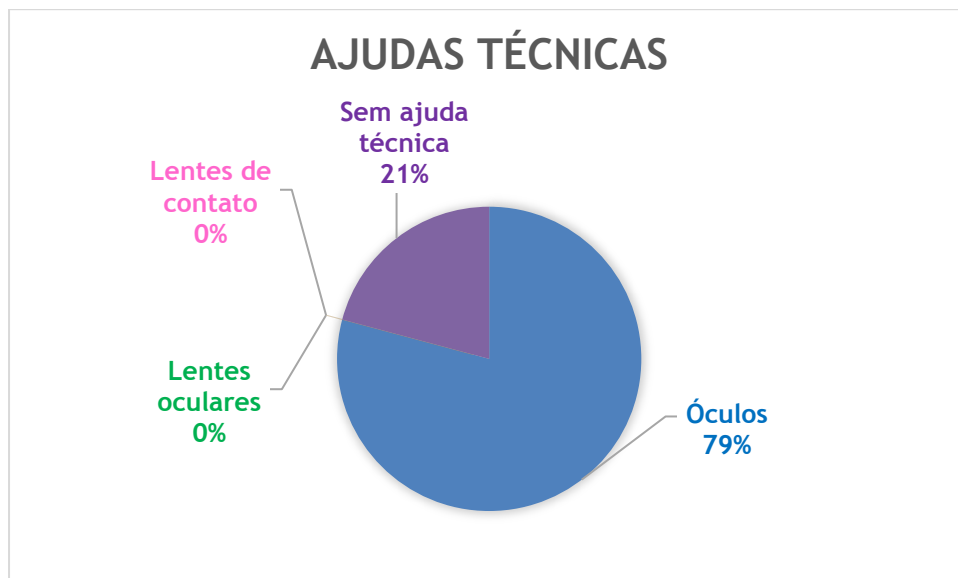


Figura 48 - Ajudas técnicas utilizadas pela amostra para colmatar deficit visual

No que diz respeito ao uso de ajudas técnicas 21% da amostra (n= 5) não utiliza nenhuma ajuda técnica e 79% da amostra (n=19) usa óculos corretores.

O terceiro resultado da variável visão prende-se com as principais doenças visuais, constantes no processo clínico do utente.

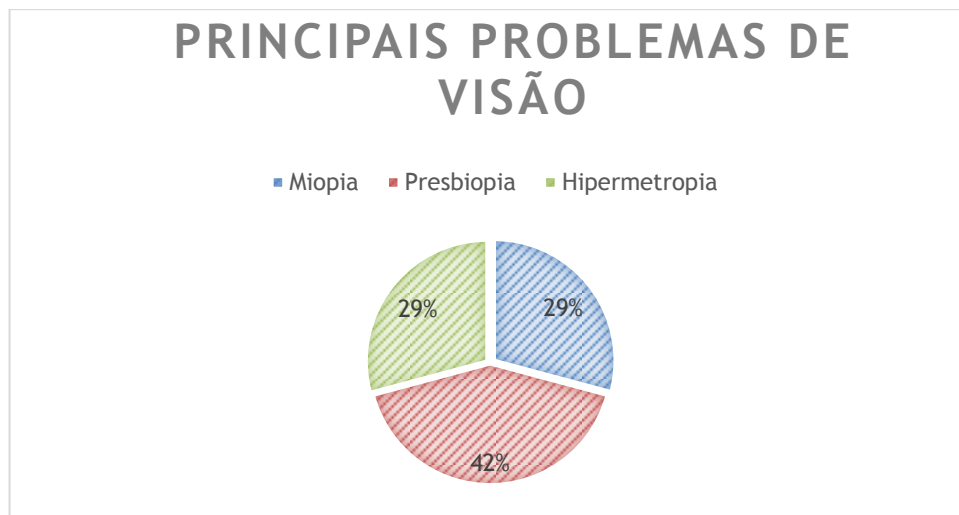


Figura 49 - Principais Problemas de Visão da Amostra

Apesar das possibilidades de doenças visuais, a amostra em estudo apenas refere/ consta do processo clínico 3 grandes problemas: 29% da amostra (n=7) tem miopia, 49% da amostra (n=10) tem presbiopia e 29 % da amostra (n=7) tem hipermetropia. Da totalidade da amostra, 20,83% (n=5) têm *status* pós cirurgia a catarata.

Observações:

Da comparação dos resultados entre o segundo (antes da intervenção gerontológica) e o terceiro momento de avaliação (após intervenção gerontológica) houve modificações positivas na variável visão, com cinco elementos a melhorar a capacidade visual com o seu melhor olho.

No uso de ajudas técnicas, quatro elementos passaram a usar óculos corretores e dos quinze elementos que já usavam óculos na 2ª avaliação, cerca de 55% (n=8) consultou o seu oftalmologista e desses 55% , 40% (n=6) necessitou de mudar as suas lentes corretoras.

Dos 24 elementos da amostra, incluindo quem não usava óculos corretores, 58% (n=14) passou a usar óculos de sol, com proteção UV.

3.3.6- Audição

A audição é a sexta variável em estudo. Pretende detetar anomalias auditivas (presbiacusia), verificar a presença de cerumen, uso de ajudas técnicas e quantificar o resultado obtido no teste do sussurro.

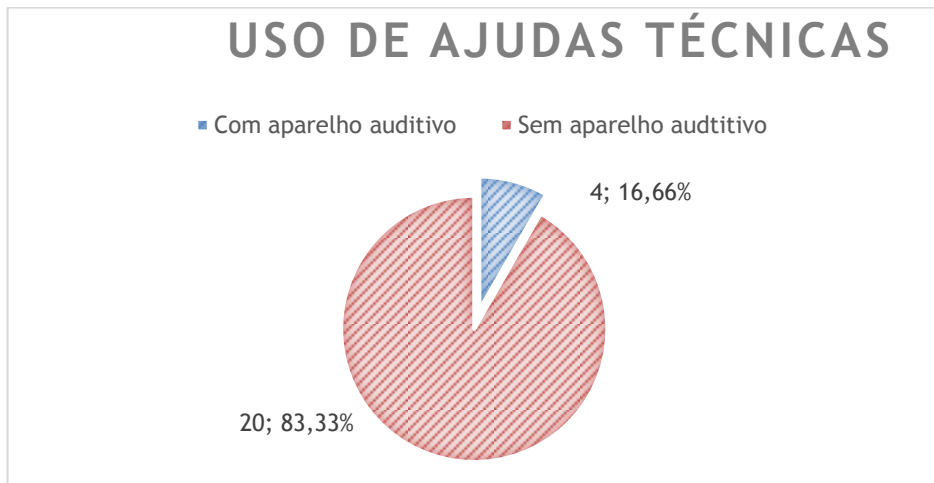


Figura 50 - Uso de ajudas técnicas pelos constituintes da amostra

No que diz respeito às ajudas técnicas usadas pela amostra, para solucionar/melhoras as perdas auditivas apenas 16,66% (n=4) fazem uso de aparelho auditivo, contrastando com os 83,33% (n=20) que não usa nenhum tipo de ajuda técnica.

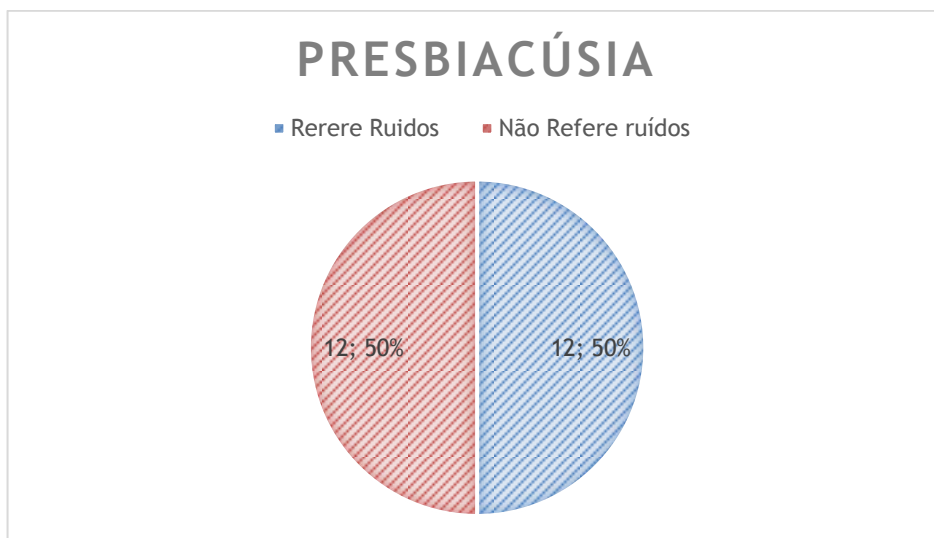


Figura 51 - Queixas da presença de ruídos por parte da amostra (sendo esta presença de ruídos, um dos sinais de presbiacusia)

Dos 24 elementos constituintes da amostra, 50% (n=12) não refere presença de ruídos e 50% dos elementos (n=12) refere que sente diariamente ruídos, acúfenos, que parecem campainhas e/ou estalinhos.

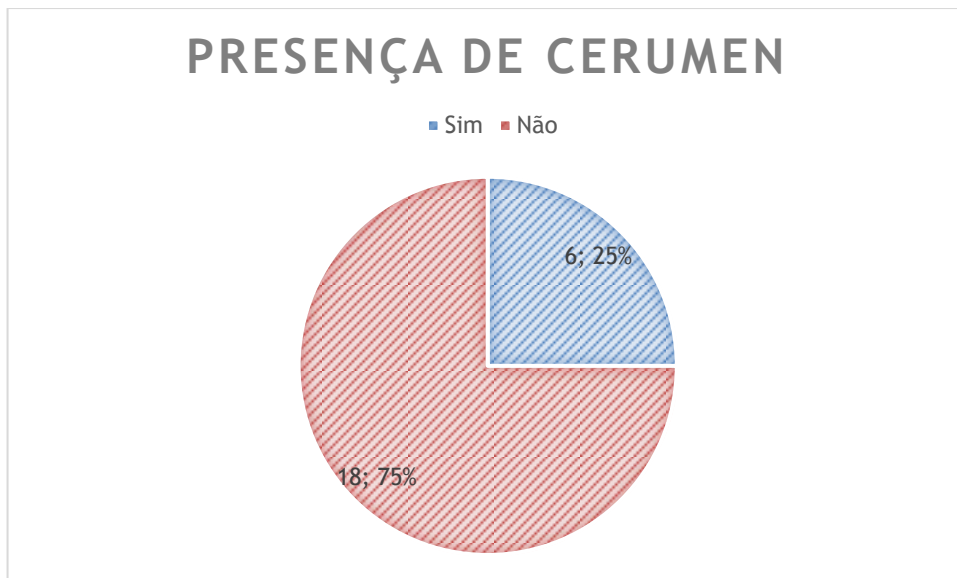


Figura 52 - Percentagem da presença de cerume na amostra

75% da amostra (n=18) antes da realização de teste de triagem auditiva não possuía cerumen, ao invés dos 25% (n=6) que possuía. Tal como referido por Pedrão, R. (2011) é mais constatada a acumulação de cerumen nos homens.

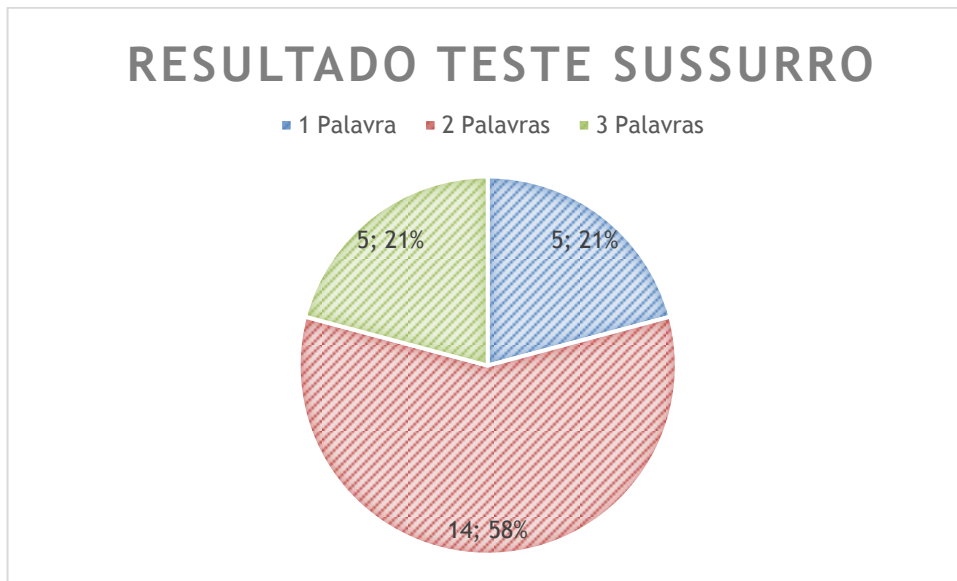


Figura 53 - Resultado do teste do sussurro

Da aplicação do teste do sussurro surgem 3 hipóteses para avaliação:

- 1- O elemento da amostra consegue acertar numa palavra, correspondendo a 21% da amostra (n=5);
- 2- O elemento da amostra consegue acertar duas palavras, correspondendo a 58% da amostra (n=14);
- 3- O elemento da amostra consegue acertar três palavras, correspondendo a 21% da amostra (n=5).

Observações:

Da comparação dos resultados entre o segundo (antes da intervenção gerontológica) e o terceiro momento de avaliação (após intervenção gerontológica) houve modificações positivas na variável audição.

Para colmatar as perdas auditivas mais dois elementos passaram a usar aparelho auditivo e houve menos uma queixa de presbiacusia, que coincidiu com um dos elementos que passou a usar aparelho auditivo.

Houve redução da presença de cerumen acumulado de n=15 para n=6, pois foi aconselhado, evitar o uso de cotonetes e/ou materiais pontiagudos, que ao invés de facilitar a extração de cera, favorecem o seu acúmulo.

Os resultados no teste do sussurro alteraram-se, pois na 2ª avaliação 7 elementos acertaram numa palavra e na 3ª avaliação apenas 5; 14 elementos acertaram em duas palavras em ambas as avaliações e na 3ª avaliação 5 elementos acertaram em 3 palavras ao inverso da 2ª avaliação que apenas acertaram 3 palavras, 3 elementos.

3.3.7-Nutrição

A sétima variável em estudo (Nutrição) pretende avaliar se os elementos constituintes da amostra se encontram em bom estado nutricional (o instrumento utilizado para a avaliação foi a Mini Avaliação Nutricional) com 3 principais resultados: ≥ 24 pontos, normal; de 17 a 23,5 pontos - risco de desnutrição e pontuação menor que 17 - desnutrido e avaliar se houve ou não perda de peso nos últimos 6 meses.

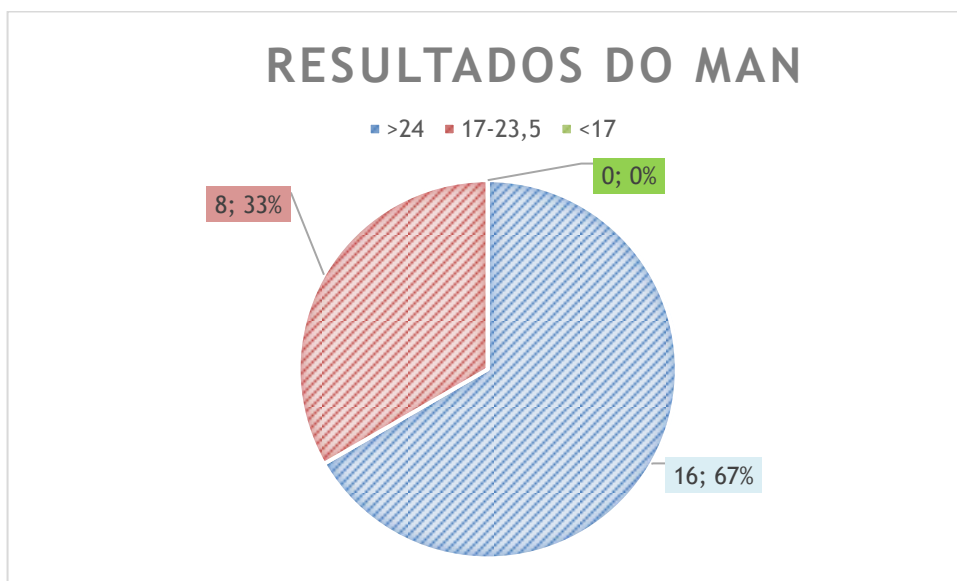


Figura 54 - Resultados Obtidos na Mini Avaliação Nutricional

Dos 24 elementos constituintes da amostra, 0% (n=0), encontram-se em situação de desnutrição, 67% (n=16) encontram-se com o seu estado nutricional bom e 33% (n=8) encontram-se em risco de desnutrição. De salientar que os elementos que obtiveram pontuações mais baixas, são utentes das respostas sociais de Centro de Dia (CD) e Serviço Apoio Domiciliário (pessoas que passam a maioria do tempo em suas casas).



Figura 55 - Perda de Peso nos últimos 6 meses, dos elementos constituintes da amostra

Relativamente à perda de peso da amostra nos últimos 6 meses, 8,33% (n=2) perderam peso comparativamente a 91,66% (n=22) que mantiveram e/ou ganharam peso no últimos 6 meses.

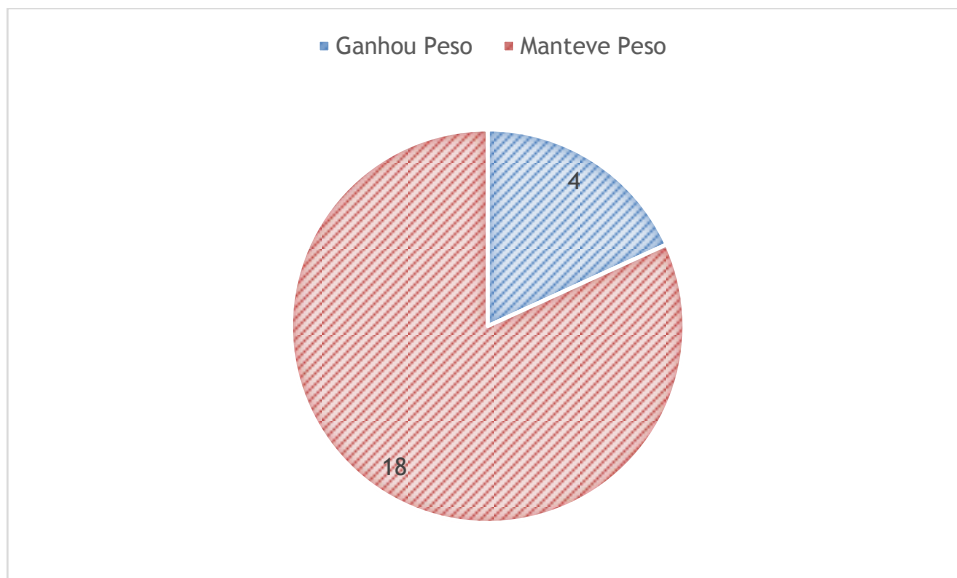


Figura 56 - Manutenção ou Ganho de Peso da amostra

Dos 91,66 %da amostra (n=22), 18,18% (n=4) ganhou peso e 81,81% (n=18) manteve o seu peso habitual ao longo de 6 meses.

Observações:

Da comparação dos resultados entre o segundo (antes da intervenção gerontológica) e o terceiro momento de avaliação (após intervenção gerontológica) houve modificações bastante positivas na variável nutrição.

No que diz respeito ao estado nutricional houve melhorias, pois através das modificações na alimentação individual de acordo com as necessidades individuais, reduziram-se os casos de desnutrição de 3 elementos para 0 elementos, reduziram-se os casos potenciais de desnutrição de 13 elementos para 8 e melhorou-se o estado nutricional bom de 8 para 16 elementos.

A perda de peso, da 2ª para a 3ª avaliação, não foi significativa, uma vez que apenas 2 elementos perderam peso, contrariamente à 2ª avaliação, onde mais de 50% da amostra tinha perdido peso nos últimos 6 meses.

3.3.8-Incontinência

A incontinência é a oitava variável em estudo e pretende avaliar queixas relativamente a perdas de urina involuntárias e saber se a amostra recorre ao **uso de ajudas técnicas** (penso, fralda, algália).



Figura 57 - Queixas de perda involuntária de urina

75% (n=18) da amostra refere que tem perdas involuntárias de urinária e 25% (n=6) refere que não possui perdas involuntárias. Dos elementos masculinos da amostra, dois referiram perdas de urina.

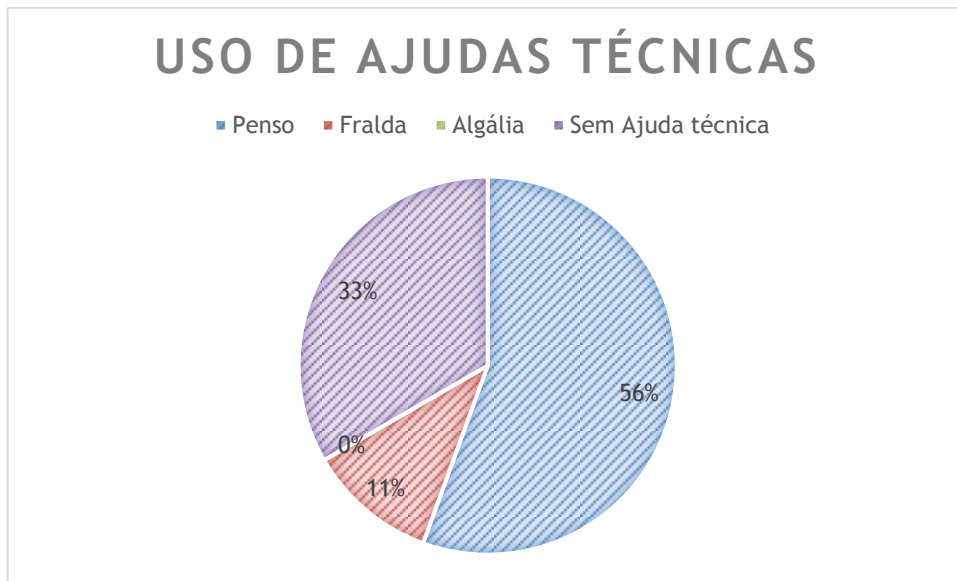


Figura 58 - Uso de Ajudas Técnicas por parte da amostra

Como apresentado anteriormente, 75% da amostra (n=18) possui perdas de urina involuntárias. 56% da amostra (n=10) usa penso, 33% da amostra (n=6) não usa nenhuma ajuda técnica, 11% da amostra (n=2) usa fralda e 0% da amostra (n=0) não usa algália.

Observações:

Da comparação dos resultados entre o segundo (antes da intervenção gerontológica) e o terceiro momento de avaliação (após intervenção gerontológica) pode verificar-se que os homens também sofreram perdas (n=2) e que os restantes elementos que já afirmavam ter perdas involuntárias de urina, passaram a usar ajudas técnicas, que compensam o incómodo das perdas de urina, aparecendo para além do uso de penso, o uso de fraldas.

No que diz respeito ao treino vesical e à fisioterapia do soalho pélvico através dos exercícios de Kegel, não foi bem-sucedida, pois os exercícios são muito complexos e pouco aptos para idosos.

3.3.9 - Independência e Autonomia

A independência e autonomia são as nonas variáveis em estudo e referem-se aos resultados obtidos nas escalas de Katz, Barthel, Lawton.

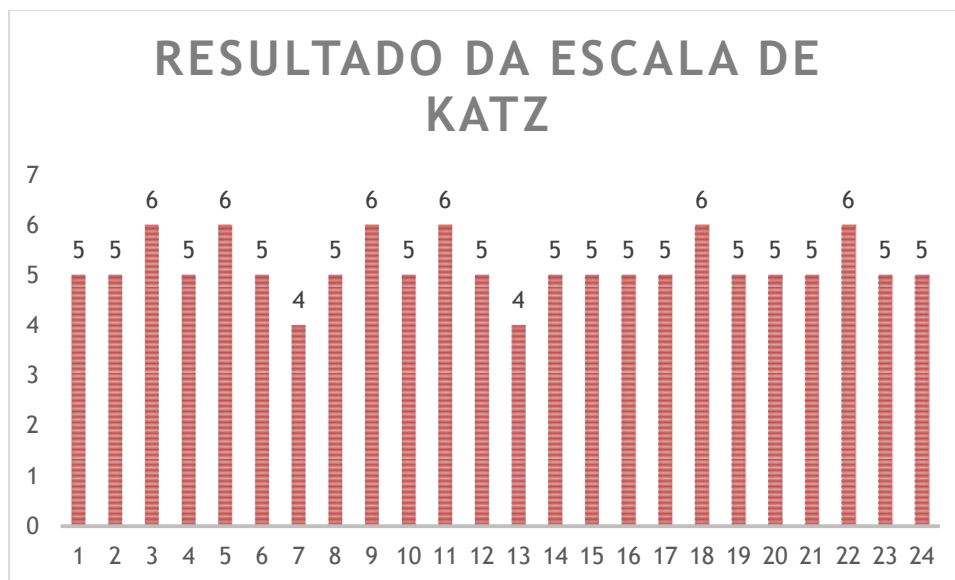


Figura 59 - Resultado da Escala de Katz

Na escala de Katz os elementos são avaliados quanto à independência para a realização das atividades básicas do dia-a-dia. Um total de 6 pontos significa independência, 4 pontos dependência parcial e 2 pontos dependência importante.

Dos 24 elementos que constituem a amostra 25% (n=6) têm independência máxima para a realização das atividades de vida diária obtendo pontuação máxima (6 pontos) na escala de Katz; 66,66% da amostra (n=16) obtiveram 5 pontos. A pontuação de 5 pontos é ainda considerada independência total. Logo, no total 22 elementos da amostra (92%) são autônomos! Dois elementos da amostra (n=2) alcançaram a pontuação de 4 pontos, possuindo independência parcial nas atividades de vida diária.

Os elementos que obtiveram menores pontuações são do sexo feminino e são utentes da resposta social de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas.

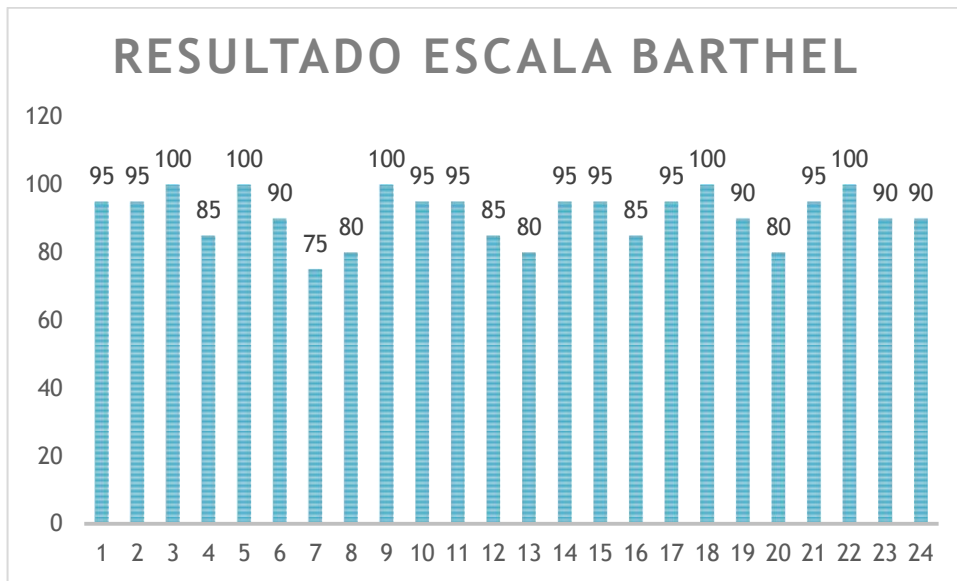


Figura 60- Resultado da Escala de Barthel

Na escala de Barthel os elementos são avaliados quanto à independência para a realização das atividades básicas de vida diária contemplando mais itens do que a escala de Katz e tem parâmetros de avaliação mais detalhado. Um total de 100 pontos significa independência máxima, entre 99 e 91 pontos dependência escassa, 90-60 pontos ligeiramente dependente, 59-40 pontos moderadamente dependente, 39-20 pontos severamente dependente e pontuação inferior a 20 pontos totalmente dependente.

Dos 24 elementos que constituem a amostra ninguém tem limitações elevadas para a realização das atividades básicas da vida diária uma vez que ninguém obteve pontuação inferior a 59 pontos. Dos elementos que constituem a amostra 20,83% (n=5) têm independência máxima para a realização das atividades de vida diária obtendo a pontuação máxima (100 pontos) na escala de Barthel; 33,33% da amostra (n=8) obtiveram pontuações entre os valores 91 e 99, e segundo a avaliação possuem dependência escassa. Onze elementos da amostra (n=11), ou seja, 45,83% da amostra alcançaram pontuações compreendidas entre 60 e 90 pontos e são elementos com dependência ligeira.

A pontuação mais baixa na escala de Barthel foi de 75 e o elemento que obteve 75 pontos é do sexo feminino e é utente da resposta social de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas.

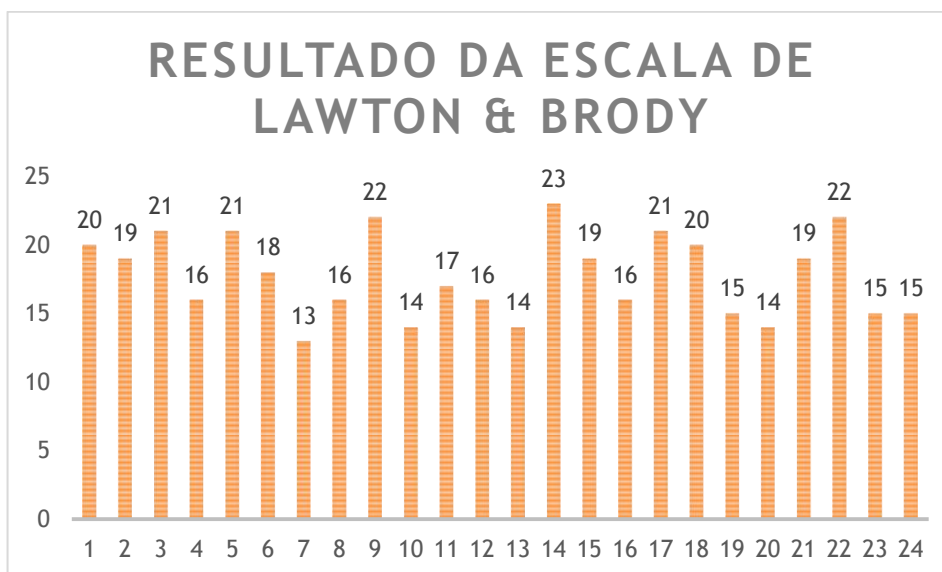


Figura 61 - Resultado do índice de Lawton & Brody

No índice de Lawton & Brody os elementos são avaliados quanto à independência para a realização de atividades instrumentais do dia-a-dia e perceber se é possível o indivíduo viver sozinho ou não. A pontuação máxima para a escala é de 27 pontos, correspondendo este valor à independência máxima e 9 pontos correspondendo à maior dependência.

Dos 24 elementos que constituem a amostra nenhum elemento obteve a pontuação máxima (27 pontos) e a pontuação mínima obtida foi de 13 pontos. Um elemento da amostra, 4,16% (n=1) obteve 13 pontos; 12,50% (n=3) obteve 14 pontos; 12,50% (n=3) obteve 15 pontos; 16,66% (n=4) obteve 16 pontos; 4,16% (n=1) obteve 17 pontos; 4,16% (n=1) obteve 18 pontos; 12,5% (n=3) obteve 19 pontos; 8,33% (n=2) obteve 20 pontos; 12,5% (n=3) obteve 21 pontos; 8,33% (n=2) obteve 22 pontos e 4,16% (n=1) obteve 23 pontos.

As atividades instrumentais envolvem atividades mais complexas pelo que os resultados obtidos, são de valores diminutos.

Observações:

Da comparação dos resultados entre o segundo (antes da intervenção gerontológica) e o terceiro momento de avaliação (após intervenção gerontológica) pode constatar-se que fomentar o auto-cuidado e que o uso de ajudas técnicas que permitam a capacidade de desenvolver as atividades básicas e instrumentais de vida diária, contrariamente ao hábito de se acomodar às limitações da doença promove melhorias e/ou estagnação na sua autonomia e independência, considerando que 92% da amostra é autônoma nas atividades de vida diária (escala de Katz). Na escala de Barthel, houve melhoria em dois elementos da amostra de forma positiva e na escala de Lawton e Brody houve melhorias em dois elementos. A escala de Lawton e Brody, que avalia as

atividades instrumentais é muito difícil de aplicar neste grupo, pois algumas das ações avaliadas, não fazem parte do quotidiano dos elementos constituintes da amostra.

3.3.10 - Equilíbrio e Mobilidade

O equilíbrio e mobilidade é a décima variável em estudo e este avalia-se segundo o resultado obtido na escala de Tinetti, ao uso de ajudas técnicas (bengala, andalho, cadeira de rodas) e se houve presença de queda no último ano. Caso a queda tenha acontecido averiguar se houve fratura e intervenção para colocação de prótese.

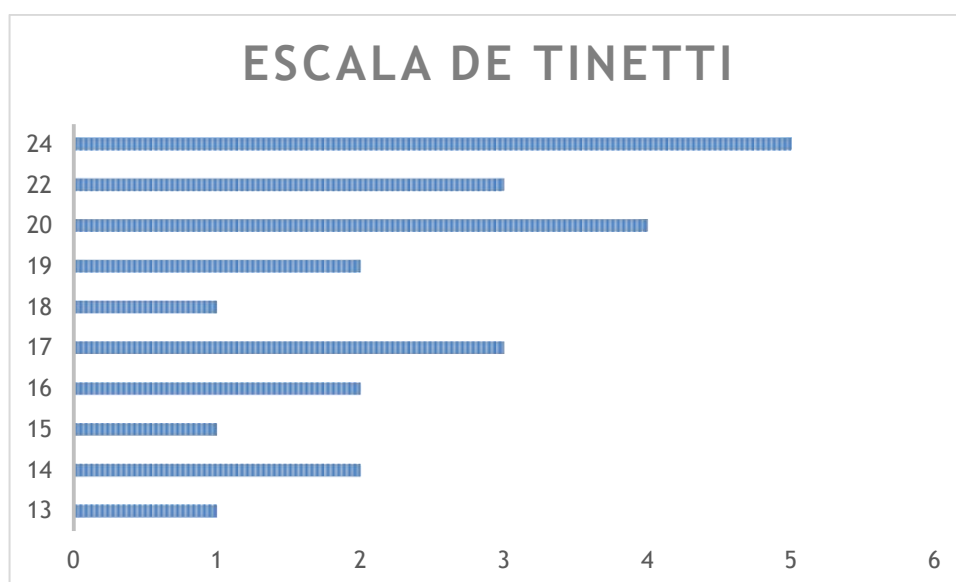


Figura 62 - Resultado da Escala de Tinetti

A escala de Tinetti avalia duas componentes: o equilíbrio e a mobilidade. Não há propriamente valores tabelados para a avaliação do equilíbrio e mobilidade, mas Tinetti (1986) refere que pontuação menor a 19 pontos indica um risco cinco vezes maior de quedas.

A pontuação máxima atingida foi de 24 pontos e foi alcançada por 20,83% da amostra (n=5); 12,50% (n=3) obteve 22 pontos; 16,66% (n=4) da amostra obteve 20 pontos; 8,33% (n=2) da amostra obteve 19 pontos; 4,16% (n=1) da amostra obteve 18 pontos; 12,50% (n=3) obteve 17 pontos; 8,33% (n=2) da amostra obteve 16 pontos; 4,16% (n=1) obteve 15 pontos; 8,33% da amostra (n=2) obteve 14 pontos e 4,16% da amostra (n=1) obteve 13 pontos.

Dos 24 elementos que constituem a amostra 50,% (n=12) correm cinco vezes maior probabilidade em ter uma queda, uma vez que obtiveram pontuações menores que 19 pontos.

As melhores pontuações foram obtidas por elementos do sexo masculino.

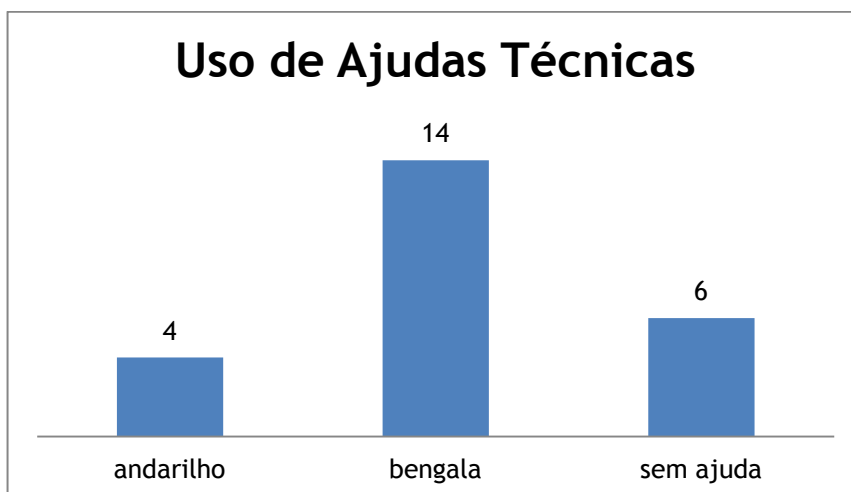


Figura 63 - Uso de ajudas técnicas pela amostra

A maioria da amostra, 75% (n=18) usa ajudas técnicas, comparativamente a 25% (n=6) que não usa nenhum auxiliar de marcha.

Dos elementos que usam auxiliares de marcha 30,77% (n=4) usam andarrilho e 58,33% (n=14) usam bengala.



Figura 64 - Queda ocorrida nos últimos 6 meses

Muitos são as causas que podem desencadear a ocorrência de uma queda, principalmente quando se é mais velho. Dos 24 elementos da amostra, nos últimos 6 meses, 4,16% (n=1) teve uma queda enquanto 95,83% (n=17) não teve nenhuma ocorrência.

O elemento que teve queda nos últimos 6 meses foi um elemento que frequenta a resposta social de centro de dia, do sexo feminino e que não usa nenhum tipo de ajudas técnicas.

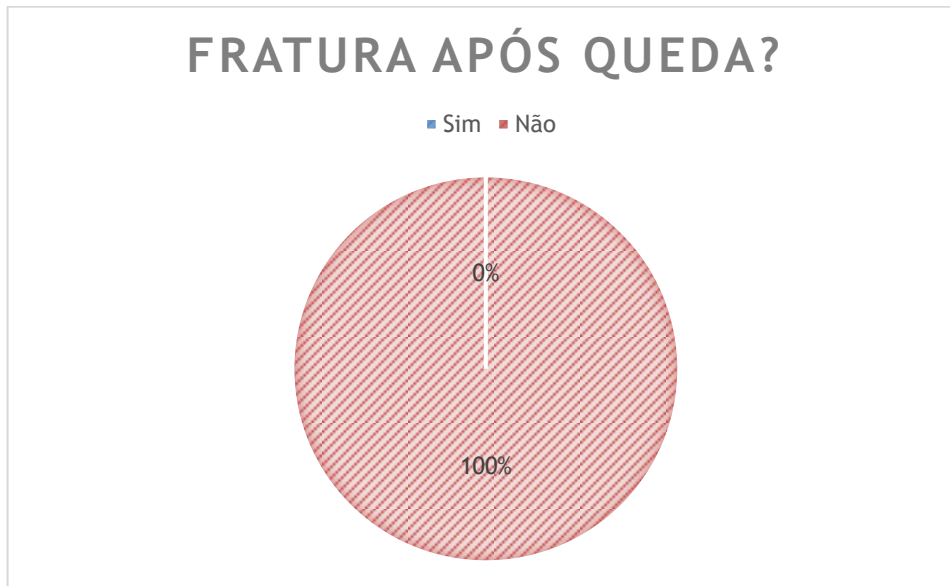


Figura 65 - Percentagem de fratura nos elementos que sofreram uma queda

O elemento que sofreu queda nos últimos 6 meses não fez fratura após queda.

Observações:

Da comparação dos resultados entre o segundo (antes da intervenção gerontológica) e o terceiro momento de avaliação (após intervenção gerontológica) pode constatar-se que na variável equilíbrio e mobilidade conseguiu-se que a amostra atingisse boas pontuações nas avaliações realizadas. A pontuação máxima obtida na escala de Tinetti foi de 24 pontos e a mínima de 13 pontos em ambas as avaliações, no entanto, as pontuações mais baixas (13,14, 15 e 16 pontos) diminuíram e as mais altas (17,18,19,20,20,22) aumentaram em número.

Na terceira avaliação houve aumento do uso de ajudas técnicas (54,16% para 75%), mas não considero que seja um retrocesso, mas sim um auxílio, que promove a autonomia, podendo isso ser comprovado pela diminuição do número de quedas ocorridas em seis meses (7 para 1).

As modificações nas habitações dos elementos da amostra, foram de fácil concretização e de rápido hábito, com referências positivas, por parte dos elementos e familiares da amostra.

3.3.11 - Apoio Social

A décima primeira variável a analisar é o Apoio Social e pretende saber se os elementos constituintes da amostra **vivem numa instituição ou se vive em casa própria**. Se viver em casa própria, verificar se **vive sozinho** ou se tem **companhia** e se a habitação tem **1/2 ou 3 andares**;

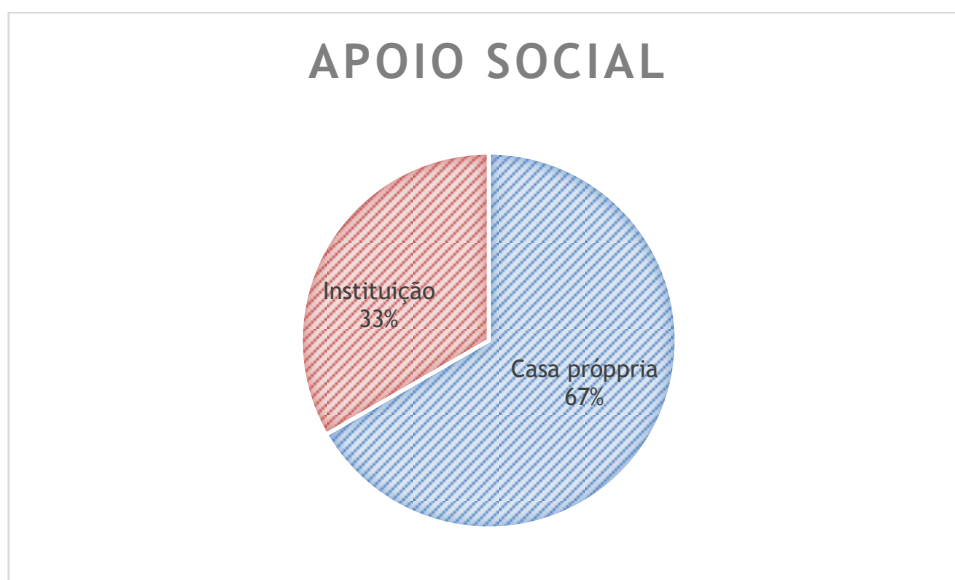


Figura 66 - Apoio Social

Dos 24 elementos que integram a amostra 67% (n=16) vive em casa própria e frequentam as respostas sociais de centro de dia (41,66%) (n=10); e serviço de apoio domiciliário (25,00%) (n=6). 33,33% da amostra (n=8) frequentam a resposta social de estrutura residencial para pessoas idosas.

Das pessoas que vivem em casa própria, a sua maioria é do sexo feminino.



Figura 67 - Pessoas que compõem o agregado familiar

Dos 16 elementos que vivem em casa própria, 58% da amostra (n=9) vive com companhia e 44% da amostra (n=7) vive sozinha.

Dos 7 elementos que vivem sozinhos, 71,42% (n=5) da amostra são mulheres e 28,57% (n=2) são homens, e dos 9 elementos que vivem em companhia, 88,88% (n=8) vivem com o cônjuge e 11,11% (n=1) vive na companhia da família (filha).

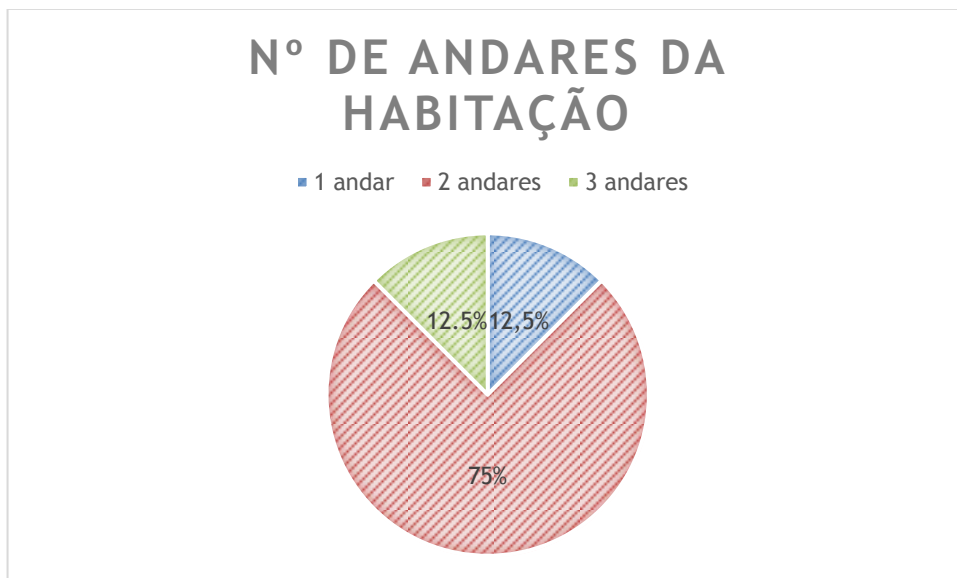


Figura 68 - Número de andares da habitação das pessoas que vivem em casa própria

Dos 16 elementos que vivem em casa própria, 12,5% da amostra (n=2) vive numa habitação que contém um andar, 75% da amostra (n=12) vive numa habitação que possui dois andares e 12,5% da amostra (n=2) vive numa habitação que possui 3 andares.

Observações:

Da comparação dos resultados entre o segundo (antes da intervenção gerontológica) e o terceiro momento de avaliação (após intervenção gerontológica) pode constatar-se que na variável apoio social não sofreu nenhuma modificação, no entanto, 16,6% (n=4) da amostra inscreveu-se noutras respostas sociais, não tendo sido admitidos, por falta de vagas.

3.3.12 - Estado Cognitivo

O Estado Mental é a décima segunda variável em estudo e refere-se ao resultado obtido no Mini Exame Mental de Folstein. Os resultados aqui obtidos são maiores ou iguais a 22 pontos, pois era critério de inclusão na amostra.

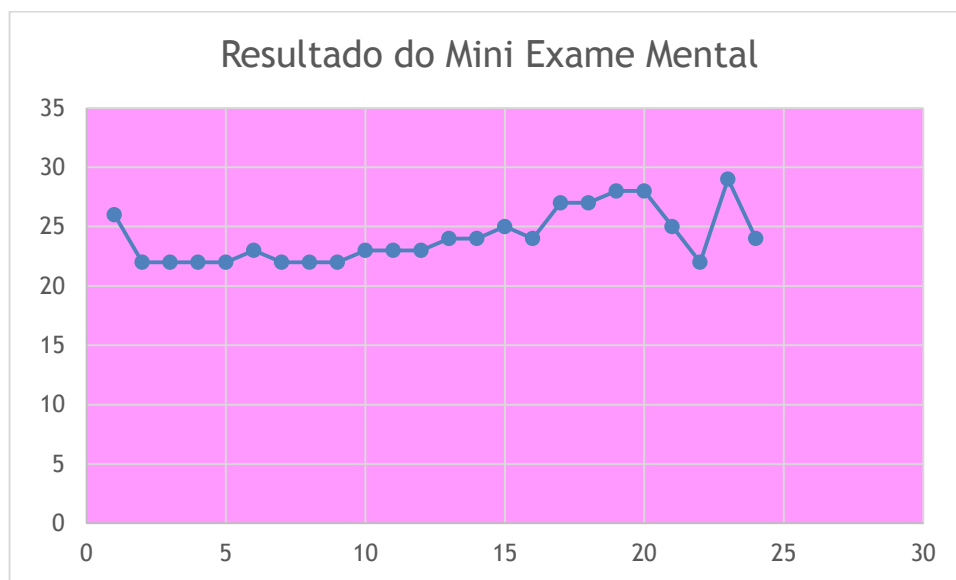


Figura 69 - Resultado do Mini Mental Exame

A pontuação máxima possível para esta escala é de 30 pontos. Quanto menor a pontuação, maior o comprometimento cognitivo. Dos 24 elementos constituintes da amostra, 33,33% (n=8) obtiveram pontuação igual a 22 pontos; 16,66% da amostra (n=4) obteve 23 pontos; 4,16% da amostra (n=4) obteve 24 pontos; 8,33% da amostra (n=2) obteve 25 pontos, 4,16% da amostra (n=1)

obteve 26 pontos, 8,33% da amostra (n=2) obteve 27 pontos, 8,33% da amostra (n=2) obteve 28 pontos e 4,16% da amostra (n=1) obteve 29 pontos. As pontuações mais altas (28 e 29 pontos) foram obtidas por elementos do sexo feminino.

Observações:

Da comparação dos resultados entre o segundo (antes da intervenção gerontológica) e o terceiro momento de avaliação (após intervenção gerontológica) pode constatar-se que na variável estado cognitivo, houve alterações significativas, uma vez que em 30 pontos (pontuação máxima para o mini exame mental) a pontuação mais baixa foi de 22 pontos, sendo que no 2º momento de avaliação a pontuação mínima foi 22 e a máxima foi de 29 pontos para 26 pontos respetivamente.

3.3.13 - Depressão

A décima terceira variável a analisar é o grau de depressão da amostra e foi avaliado de acordo com o resultado obtido na escala da depressão GDS-15.

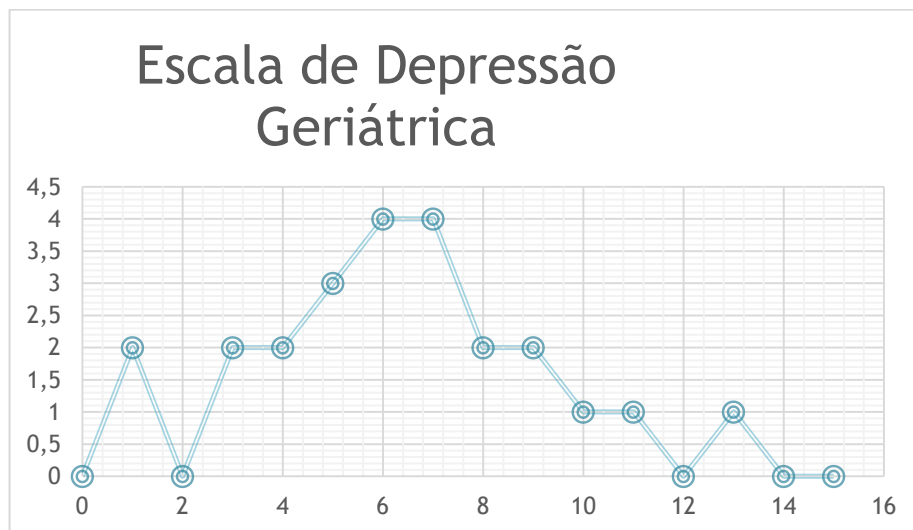


Figura 70 - Resultado da Escala de Depressão Geriátrica

A pontuação máxima obtida para esta escala de avaliação é de 15 pontos. A classificação da depressão segundo a escala é por intervalo de valores. Se a pontuação obtida for entre 0-5 não há depressão; se a pontuação obtida estiver compreendida no intervalo de 6-10, existe depressão leve e se a pontuação for maior ou igual a 11 é considerado depressão grave.

Dos elementos que constituem a amostra ninguém obteve pontuações de 0,2,12,14 e 15. Dois elementos da amostra (8,33%) obtiveram 1 ponto; dois elementos da amostra (8,33%) obtiveram 3 pontos; dois elementos da amostra (8,33%) obtiveram 4 pontos; três elementos da amostra

(12,50%) obtiveram 5 pontos; quatro elementos da amostra (16,66%) obtiveram 6 pontos; quatro elementos da amostra (16,66%) obtiveram 7 pontos; dois elementos da amostra (8,33%) obtiveram 8 pontos; dois elementos da amostra (8,33%) obtiveram 9 pontos; um elemento da amostra (4,16%) obteve 10 pontos; um elemento da amostra (4,16%) obteve 11 pontos e um elemento da amostra (4,16%) obteve 13 pontos.

Tabela 24 - Grau de Depressão dos elementos da amostra

Depressão na Amostra em Estudo		
0-5 pontos	Sem depressão	37,5 % da amostra (n=9)
6-10 pontos	Depressão Leve	54,17% da amostra (n=13)
11-15 pontos	Depressão grave	8,33% da amostra (n=2)

100% da amostra (n=24) respondeu sim, à pergunta nº 6 da escala da depressão geriátrica (“Você teme que algo ruim lhe aconteça?”) e 70,83% da amostra (n=17) respondeu sim à pergunta nº 10 (“Você sente que tem mais problemas de memória do que antes?”).

Observações:

Da comparação dos resultados entre o segundo (antes da intervenção gerontológica) e o terceiro momento de avaliação (após intervenção gerontológica) pode constatar-se que na variável depressão houve poucas alterações, no entanto elas existiram, considerando que 6 elementos sofreram modificações no grau de depressão. No 3º momento de avaliação 9 elementos da amostra estavam ausentes de depressão (6 elementos na 2ª avaliação), 13 elementos com depressão leve (14 elementos na 2ª avaliação) e 2 elementos com depressão grave (4 elementos na segunda avaliação).

3.3.14 - Hábitos de Vida

Os hábitos diários, é a décima quarta variável em estudo e pretende saber quantos elementos da amostra fumam e se fuma qual o nº cigarros/dia, se bebem e se bebe qual o nº copos/dia e hábitos desportivos sabendo a frequência em que o faz.

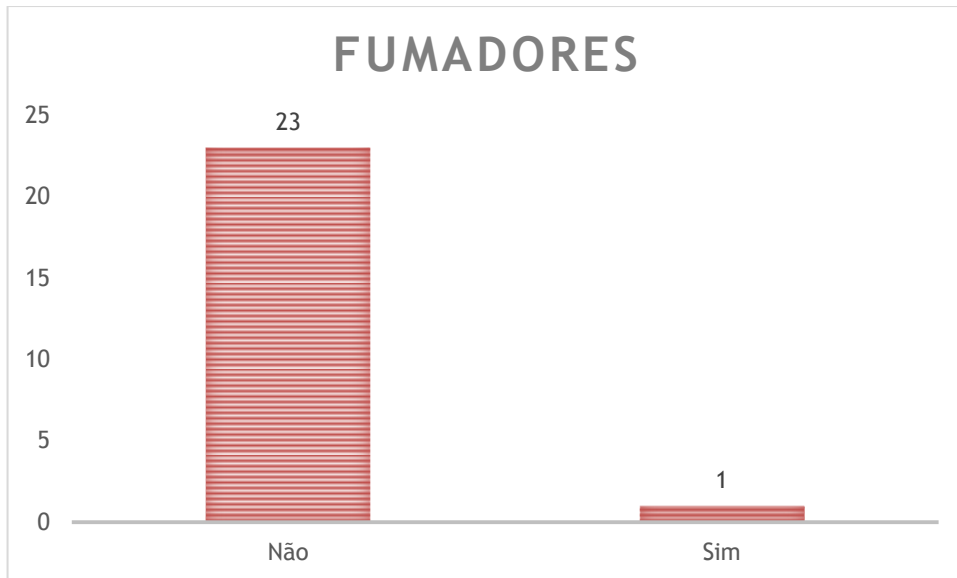


Figura 71 - Números de fumadores que integram a amostra

Dos 24 elementos que integram a amostra, 95,83% (n=23) não são fumadores. Há apenas um elemento (4,16%) que fuma, mas houve elementos que no passado fumaram durante alguns anos.

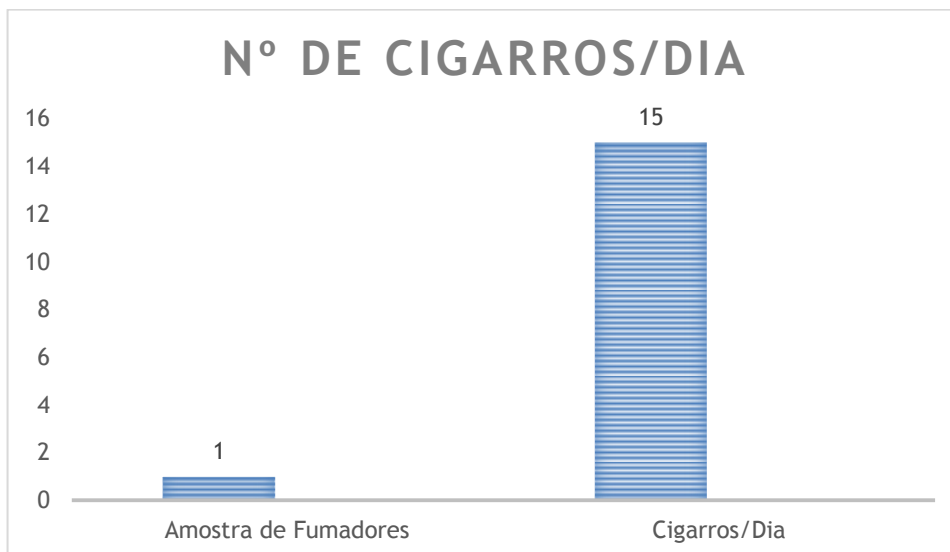


Figura 72 - Número de cigarros/dia consumidos

O elemento fumador (4,16%) fuma em média 15 cigarros/dia.



Figura 73 - Hábitos Alcoólicos pela amostra

Dos 24 elementos, 75% da amostra (n=18) não têm hábitos alcoólicos e 25% da amostra (n=6) referem hábitos alcoólicos. Todos os elementos que têm hábitos alcoólicos são do sexo masculino.

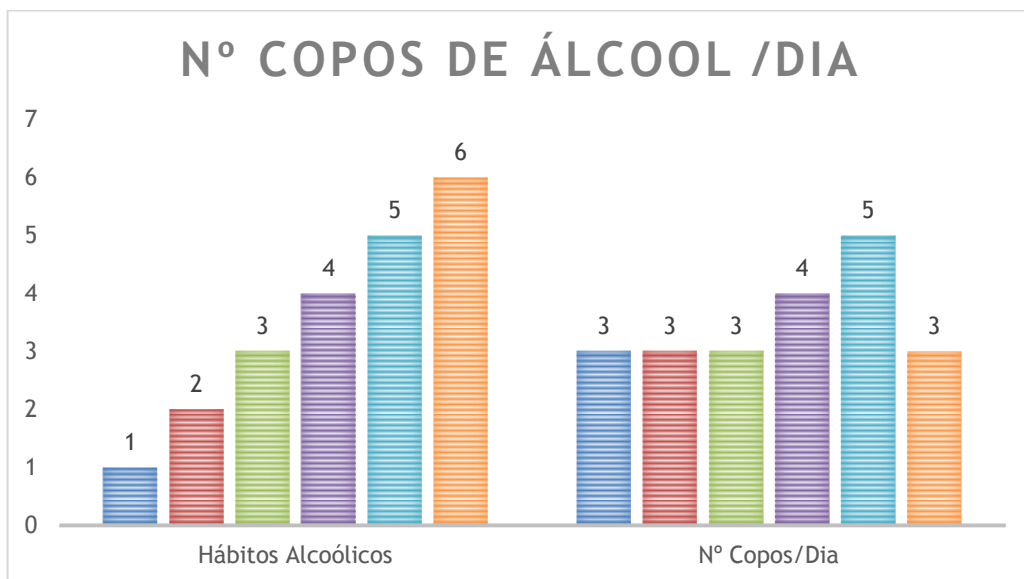


Figura 74 - Nº de copos/dia que os elementos com hábitos alcoólicos consomem

Dos seis elementos que têm hábitos alcoólicos, 66,66% da amostra (n=4), bebem em média 3 copos de vinho por dia, e que o seu consumo costuma ser após as três principais refeições; 16,66% da amostra (n=1) bebe em média 4 copos de vinho por dia, sendo três deles após as refeições e 16,66% da amostra (n=1) bebe em média 5 copos sendo 3 deles a seguir às principais refeições. Os copos excedentes são bebidos durante o período da tarde.

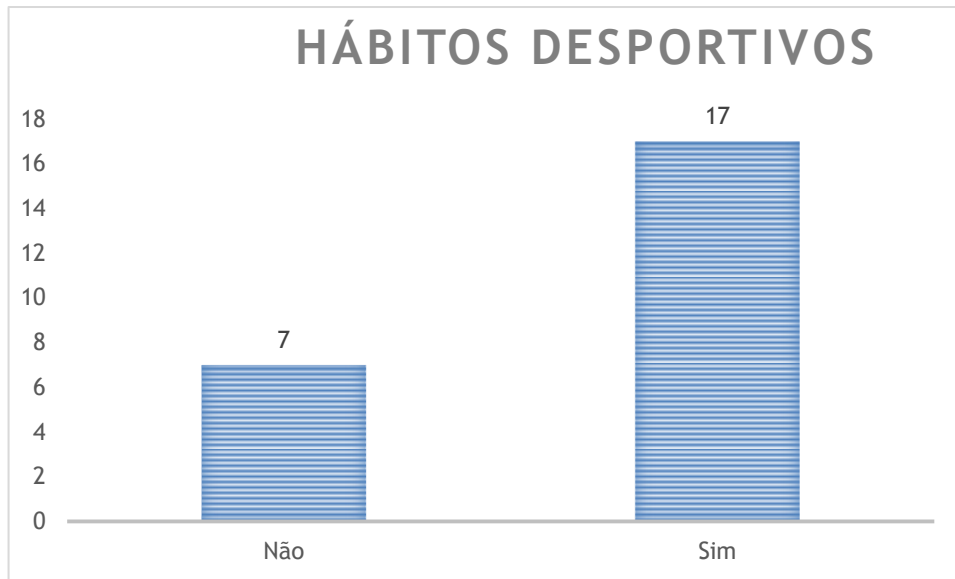


Figura 75 - Hábitos desportivos

Dos 24 elementos da amostra 29,16% (n=7), não tem hábitos desportivos regulares, mas, existem elementos que ainda se dirigem às suas quintas/fazendas pelo menos uma vez por semana e 78,83% da amostra (n=17) têm hábitos desportivos regulares. Os utentes que têm hábitos desportivos regulares são utentes das três respostas sociais.

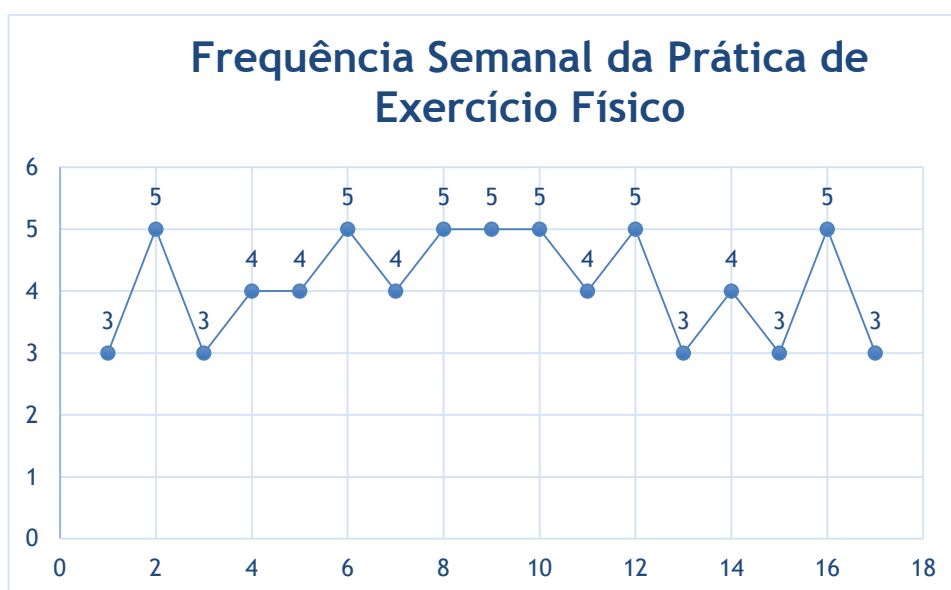


Figura 76 - Frequência Semanal da Prática de Exercício Físico

Dos 24 elementos que constituem a amostra, 17 elementos praticam exercício físico com regularidade, e fazem-no com a frequência de 3,4 ou 5 vezes por semana durante uma hora. Esta frequência é constante para todos os elementos, pois o exercício físico é realizado nas instalações do TECTO e os elementos que integram esta amostra também inteiram a classe de ginástica gerontológica. Cinco elementos da amostra (29,41%) praticam exercício físico 3 x por semana, cinco elementos da amostra (29,41%) praticam exercício físico 4 x por semana e sete elementos da amostra (41,17%) praticam exercício físico 5 x por semana.

Observações:

Da comparação dos resultados entre o segundo (antes da intervenção gerontológica) e o terceiro momento de avaliação (após intervenção gerontológica) pode constatar-se que na variável estilos de vida, as modificações mais positivas foi na prática de exercício físico. No que diz respeito ao hábito de fumar, houve redução em um, nos elementos que fumavam (2:1) mas, manutenção do mesmo número de cigarros/dia. Nos hábitos alcoólicos, os elementos que consumiam álcool diariamente manteve-se, no entanto houve modificações no consumo do elemento que consumia bebidas alcoólicas em excesso de 7 copos para 5/dia. Nos hábitos desportivos, ouve uma reviravolta nos hábitos, uma vez que foram criadas aulas fixas para os elementos da amostra. Os elementos que praticam exercício físico são agora 17 ao invés de 9 e a frequência com que o praticam oscila entre 3 e 5 vezes por semana com duração de uma hora, contrariamente à frequência de 3 vezes por semana.

3.3.15 - Problemas de Saúde

A décima quinta variável em estudo são os **problemas de saúde** e esta refere-se às **patologias crónicas registadas no processo clínico do idoso**, agrupadas por grupo de patologias, de acordo com o Tratado de Geriatria e Gerontologia, de Freitas, E. (et al) em consonância com a classificação estatística internacional de doenças (CID), da OMS (2010).

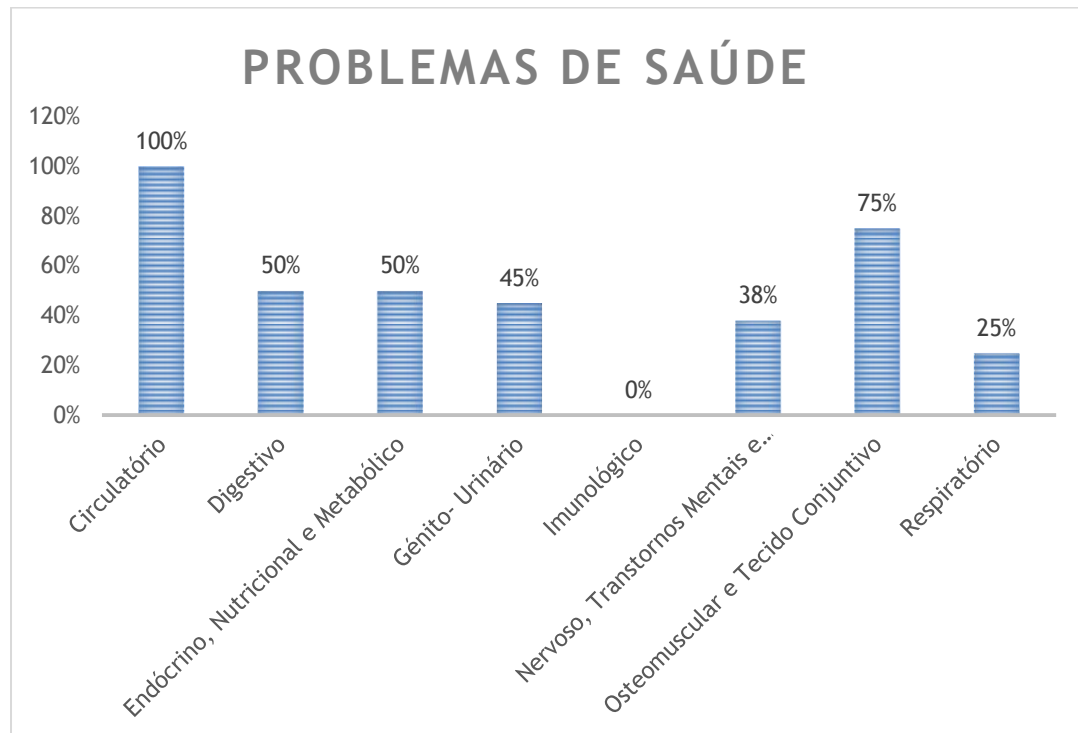


Figura 77 - Principais Problemas de Saúde da Amostra

Dos 24 elementos da amostra, 100% da mesma (n=24) tem problemas circulatórios, 75% amostra (n=18) tem problemas osteomusculares e do tecido conjuntivo; 50% da amostra (n=12) tem problemas digestivos; 50% da amostra (n=12) tem problemas endócrinos, nutricionais e metabólicos; 45% da amostra (n=11) tem problemas gêrito-urinários; 38% da amostra (n=9) tem problemas do forro nervoso, transtornos mentais e comportamentais; 25% da amostra (n=6) tem problemas respiratórios e 0% da amostra (n=0) tem doenças imunológicas.

Tabela 25 - Variáveis em estudo (3ª Avaliação)

Após análise de todas as variáveis que foram alvo de intervenção, pode afirmar-se que a intervenção gerontológica promove benefícios no processo de envelhecimento, pois 96% da população (n=23) obteve melhorias em pelo menos duas das variáveis estudadas

n	Idade	Sexo	Estado Conjugal	Terapêutica	Visão					Audição		Nutrição		Incontinência		Independência e Autonom			Equilíbrio e Mobilidade				Apoio Social	Estado Cognitivo	Depressão	Habitos de Vida					
					Teste de Snellen	Ajudas Técnicas	Ajudas Técnicas	Presbiacusia	Presença de Cera	Teste Sussurro	MAN	Perda Peso	Perdas involuntárias	Ajudas Técnicas	Katz	Barthel	Lawton & Brody	Tinetti	Ajudas Técnicas	Queda	Fratura	Fuma				Cigarros/dia	Bebe	Copo/s/dia	Exercício	Frequência	
1	87	F	V	9	20/30	óculos	Sim	Sim	Sim	2	20	Não	Sim	Sim	5	95	20	18	bengala	Não	Não	SAD	26	4	Não	0	Não	0	Sim	3x semana	
2	85	F	C	6	20/100	óculos	Sim	Não	Não	2	20	Não	Sim	Sim	5	95	19	20	bengala	Não	Não	SAD	22	4	Não	0	Não	0	Sim	5x semana	
3	85	M	V	10	20/100	óculos	Não	Sim	Não	2	>24	Não	Sim	Sim	6	100	21	24	sem ajuda	Não	Não	SAD	22	5	Não	0	Sim	3	Sim	3x semana	
4	84	F	C	10	20/50	óculos	Não	Sim	Não	2	21	Não	Sim	Sim	5	85	16	14	bengala	Não	Não	SAD	22	8	Não	0	Não	0	Sim	4x semana	
5	84	M	C	6	20/70	óculos	Não	Sim	Não	2	19	Não	Não	Não	6	100	21	16	bengala	Não	Não	SAD	22	8	Não	0	Sim	3	Não	0	
6	75	F	C	5	20/70	óculos	Não	Sim	Não	2	20	Não	Sim	Sim	5	90	19	14	bengala	Não	Não	SAD	23	9	Não	0	Não	0	Não	0	
7	93	F	V	7	20/50		Não	Sim	Não	2	>24	Não	Sim	Sim	4	75	13	13	andarilho	Não	Não	ERPI	22	5	Não	0	Não	0	Sim	4x semana	
8	85	F	V	10	20/40	óculos	Não	Sim	Sim	1	>24	Não	Sim	Sim	5	80	16	16	andarilho	Não	Não	ERPI	22	5	Não	0	Não	0	Sim	5x semana	
9	85	M	V	4	20/30	óculos	Sim	Sim	Não	1	>24	Não	Não	Não	6	100	22	24	sem ajuda	Não	Não	ERPI	22	1	Não	0	Sim	3	Sim	4x semana	
10	84	M	S	1	20/30		Não	Não	Sim	1	>24	Não	Não	Não	6	95	14	20	bengala	Não	Não	ERPI	23	3	Sim	15	Não	0	Sim	5x semana	
11	83	M	C	7	20/40	óculos	Não	Não	Sim	1	>24	Não	Não	Não	6	95	17	20	bengala	Não	Não	ERPI	23	10	Não	0	Não	0	Sim	5x semana	
12	83	F	C	11	20/40		Não	Não	Não	1	>24	Não	Sim	Sim	5	85	16	22	bengala	Não	Não	ERPI	23	1	Não	0	Não	0	Sim	5x semana	
13	83	F	V	9	20/40		Não	Não	Não	2	>24	Não	Sim	Sim	4	80	14	17	andarilho	Não	Não	ERPI	24	3	Não	0	Não	0	Sim	4x semana	
14	81	F	C	11	20/50	óculos	Não	Não	Não	2	22	Não	Sim	Sim	5	95	23	22	sem ajuda	Não	Não	ERPI	24	12	Não	0	Não	0	Sim	5x semana	
15	93	F	V	12	20/50	óculos	Não	Não	Não	2	>24	Não	Sim	Sim	5	95	19	19	bengala	Não	Não	CD	25	7	Não	0	Não	0	Não	0	
16	93	F	V	8	20/70	óculos	Não	Não	Não	2	>24	Não	Sim	Sim	5	85	16	17	bengala	Não	Não	CD	24	7	Não	0	Não	0	Não	0	
17	91	F	V	7	20/70	óculos	Não	Não	Não	2	>24	Não	Sim	Sim	5	95	21	15	bengala	Não	Não	CD	27	9	Não	0	Não	0	Sim	3x semana	
18	86	M	C	2	20/100	óculos	Não	Não	Não	2	>24	Sim	sim	Sim	6	100	20	22	sem ajuda	Não	Não	CD	27	6	Não	0	Sim	4	Sim	4x semana	
19	86	F	C	8	20/200	óculos	Não	Não	Não	2	22	Não	Sim	Sim	5	90	15	19	bengala	Não	Não	CD	28	12	Não	0	Não	0	Sim	3x semana	
20	84	F	V	9	20/70		Não	Sim	Não	3	>24	Não	Sim	Sim	5	80	14	17	andarilho	sim	Não	CD	28	6	Não	0	Não	0	Sim	5x semana	
21	80	F	V	7	20/70	óculos	Não	Sim	Não	3	21	Não	Sim	Sim	5	95	19	20	bengala	Não	Não	CD	25	7	Não	0	Não	0	Sim	3x semana	
22	77	M	C	7	20/70	óculos	Não	Sim	Sim	3	>24	Não	Não	Não	6	100	22	24	bengala	Não	Não	CD	22	6	Não	0	Sim	5	Não	0	
23	76	M	S	9	20/70	óculos	Sim	Não	Sim	3	>24	Sim	Não	Não	5	90	15	24	sem ajuda	Não	Não	CD	29	6	Não	0	Sim	3	Não	0	
24	74	F	C	13	20/100	óculos	Não	Sim	Não	3	>24	Não	Sim	Sim	5	90	15	14	bengala	Não	Não	CD	24	13	Não	0	Não	0	Não	0	

Tabela 26 - Melhoria das variáveis após intervenção gerontológica:

Melhoria em:					
Elementos	1 Variável	2 Variáveis	3 Variáveis	4 Variáveis	5 Variáveis
	1	8	5	6	4

Apenas um elemento da amostra não atingiu com sucesso os resultados pretendidos para a amostra uma vez que só melhorou numa variável.

As variáveis que sofreram modificações mais notáveis foram as variáveis visão, nutrição, equilíbrio, estado cognitivo e hábitos de vida, no entanto todas as variáveis em estudo e que foram intervencionadas sofreram alterações.

Tabela 27 - Comparação entre o segundo e terceiro momento de avaliação

Variável Analisada	2º Momento de Avaliação	3º Momento de Avaliação
Terapêutica	75% Da amostra é polimedicada	75% Da amostra é polimedicada 2 Elementos com medicação temporária
Visão	Melhor resultado no teste de Snellen (20/30) por 3 elementos Pior resultado no teste de Snellen (20/200) por 2 elementos Uso de Ajudas Técnicas = 62,5%	Melhor resultado no teste de Snellen = (20/30) por 3 elementos Pior resultado no teste de Snellen (20/200) por 1 elemento Uso de Ajudas Técnicas = 79%
Audição	Melhor resultado teste do Sussurro= 13% Uso de ajudas técnicas= 2 elementos Presbiacúsia= 54% Acumulo de Cera=62%	Melhor resultado teste do Sussurro= 21% Uso de ajudas técnicas= 4 elementos Presbiacúsia= 50% Acumulo de Cera=25%
Nutrição	Resultado do MAN: 13% Em desnutrição 33% Bom estado nutricional 54% Em risco de desnutrição Perda de Peso nos últimos 6 meses:62,5%	Resultado do MAN: 0% Em desnutrição 67% Bom estado nutricional 33% Em risco de desnutrição Perda de Peso nos últimos 6 meses:8,33%
Incontinência	Perda de urina involuntária: 66,7% Uso de ajudas técnicas: 50%	Perda de urina involuntária: 75% Uso de ajudas técnicas: 67%

Independência e Autonomia	<p>Escala de Katz: 92% Autônomos</p> <p>Escala de Barthel: Pontuação Máxima - 100 Pontuação Mínima - /0</p> <p>Escala de Lawton: Pontuação Máxima - 23 Pontuação Mínima - 12</p>	<p>Escala de Katz: 92% Autônomos</p> <p>Escala de Barthel: Pontuação Máxima - 100 Pontuação Mínima - /5</p> <p>Escala de Lawton: Pontuação Máxima - 23 Pontuação Mínima - 13</p>
	<p>Escala de Tinetti Pontuação Máxima - 24 Pontuação Mínima - 13</p> <p>Uso de Ajudas Técnicas - 54,16%</p> <p>Queda no último ano - 29,16%</p>	<p>Escala de Tinetti Pontuação Máxima - 24 Pontuação Mínima - 13</p> <p>Uso de Ajudas Técnicas - 75%</p> <p>Queda no último ano - 4,16%</p>
Apoio Social	<p>Instituição - 67% Casa Própria - 33%</p>	<p>Instituição - 67% Casa Própria - 33%</p>
Estado Mental	<p>Mini Exame de Folstein Pontuação Máxima - 26 Pontuação Mínima - 22</p>	<p>Mini Exame de Folstein Pontuação Máxima - 29 Pontuação Mínima - 23</p>
Depressão	<p>Escala da Depressão Sem Depressão - 25% Depressão Leve - 58,31% Depressão Grave - 16,65%</p>	<p>Escala da Depressão Sem Depressão - 37,5% Depressão Leve - 54,17% Depressão Grave - 8,33%</p>
Hábitos	<p>Tabágicos - 8,33% fumadores Alcoólicos - 25% hábitos alcoólicos Desportivos - 37,5 % com hábitos</p>	<p>Tabágicos - 4,16% fumadores Alcoólicos - 25% hábitos alcoólicos Desportivos - 78,83 % com hábitos</p>

4- Discussão e Conclusões

A presente investigação teve como objetivo analisar se a intervenção gerontológica acarreta benefícios ao processo de envelhecimento. O estudo foi realizado numa IPSS do concelho do Fundão, com três momentos de avaliação e escolheu-se como critério de avaliação “ a melhoria em pelo menos duas das variáveis estudadas”.

Foram analisadas 15 variáveis (idade, estado conjugal, terapêutica, visão, audição, nutrição, incontinência, independência e autonomia, equilíbrio e mobilidade, apoio social, estado mental, depressão, hábitos e problemas de saúde) sendo que apenas 11 foram sujeitas a intervenção gerontológica. Integram a amostra deste estudo 24 elementos, 16 elementos do sexo feminino e 8 do sexo masculino. Aproximadamente 45% da amostra é casada e 45% viúva.

Das 11 variáveis intervencionadas as que sofreram mais alterações foram as variáveis visão, nutrição, equilíbrio, estado cognitivo e hábitos de vida. As melhorias foram alcançadas, pois os elementos “cumpriram” as indicações que lhes foram transmitidas e em muitas delas os elementos referenciaram “realmente já podia ter feito isto”, “coisas tão simples e que tanto me ajudam”. Houve também feedback positivo por parte de algumas famílias, pois notaram que os seus familiares estavam mais ativos, mais bem-dispostos e mais pré dispostos a atividades de lazer, convívio e até mesmo mais satisfeitos com o seu dia-a-dia.

A intervenção passou por um conjunto de medidas a que todos os idosos deveriam ter acesso, pois algumas das modificações são essenciais para que se previnam doenças e para que se promova um envelhecimento ativo e saudável.

Através da comparação dos resultados obtidos no segundo e terceiro momento de avaliação, é possível afirmar que a intervenção gerontológica promoveu benefícios no processo de envelhecimento desta amostra uma vez que 96% da amostra (n=23) melhorou em pelo menos duas variáveis que foram passíveis de intervenção gerontológica.

De acordo com Bordiak, F. & Machado, I. (2014) a intervenção junto dos mais velhos apresenta uma importante eficácia na abordagem terapêutica sobre casos patológicos comuns em idosos, incluindo na incontinência urinária. Muller, A. et al (2014) com uma amostra de 12 idosos referem que os praticantes de exercício físico regular apresentam um menor risco de queda, quando comparado a idosos que não o praticam. Referem também que um protocolo de exercícios de força e equilíbrio contribuem significativamente para a mobilidade, independência e autonomia. Apóstolo, J. et al (2013) relatam que em 33 idosos apesar de não poderem afirmar que a estimulação cognitiva tenha efeito positivo no estado cognitivo dos idosos (de acordo com a classificação do compromisso cognitivo), 48,49% da amostra estudada evoluíram positivamente no MoCA e no MMSE tendo havido ganhos significativos para a saúde da população participante. Cecato, J. et al (2013) esclarecem que a participação dos idosos em atividades de lazer e lúdicas potenciam um misto de alegria e satisfação, de criatividade e espontaneidade que promovem melhorias ao nível da depressão. Salgueiro, M. et al (2013) indicam que o aconselhamento centrado no idoso é

eficaz como uma abordagem educativa para a mudança de comportamento alimentar e consequente diminuição das queixas intestinais que caracterizam a obstipação intestinal da terceira idade.

As principais limitações deste estudo resultam de ter sido realizado numa amostra reduzida e obtida por conveniência, não podendo os resultados serem extrapolados para outras populações nem de generalizar o estudo desenvolvido. A ausência de alguns registos oficiais torna algumas variáveis complicadas de analisar, pois o investigador apenas podia considerar a resposta fornecida pelos elementos da amostra. Outra limitação prende-se com a natureza da investigação, pois só na altura da análise de dados se percebem as imperfeições na formulação dos objetivos e das questões que ficaram em aberto e que poderiam ter sido estudadas. Outra restrição do presente trabalho prende-se com o facto de se ter contruído de raíz um questionário de avaliação, que não está validado e que consequentemente não se tem certezas se será passível de aplicar a toda a população. Como aspeto negativo ressalvo a pouca bibliografia existente em Portugal na área da gerontologia em casos específicos em intervenções com idosos.

Como aspetos positivos do estudo destaco a facilidade de reprodução, o fator económico, a facilidade de aplicação de pequenas alterações e as grandes vantagens para o doente, família e consequentemente comunidade quer a níveis sociais quer a nível de saúde.

5- Sugestões

Para além das sugestões que já referenciei no aconselhamento gerontológico, as sugestões neste ponto, em vez de serem direccionadas ao idoso, são direccionadas às entidades:

- Penso que as farmacêuticas poderiam arranjar blisters de medicamentos com abertura mais fácil, porque existem medicamentos que são difíceis de abrir;
- As caixas de comprimidos deveriam ter 31 comprimidos, a fim de ser mais fácil haver controlo para os esquecimentos de tomas, ao invés de as caixas terem 28 ou 56 comprimidos;
- Os oftalmologistas deveriam enviar por correio/e-mail e/ou chamada a informar os utentes que deveriam fazer um check-up;
- As clínicas (por exemplo de audição), fazem propaganda aos seus produtos, no entanto, as divulgações não chegam às aldeias e mesmo que cheguem não são perceptíveis, pois há idosos que ainda não sabem ler;
- Deveria haver formação para os cuidadores, a fim de melhorarem cada vez mais os serviços prestados;
- Deveria haver formação para os familiares, a fim de promoverem sempre a autonomia de quem cuidam, ao invés de fazerem por ele;

No que diz respeito a sugestões mais pessoais/profissionais, sugiro:

- Que cada idoso tivesse uma caderneta de saúde, a fim de facilitar todos os cuidados a prestar;
- Que as câmaras e juntas de freguesia desenvolvessem para as suas comunidades diversas atividades, a fim de promover a auto-realização, a inclusão social e evitar o isolamento, em vez de as atividades para idosos estarem confinadas a instituições;
- Que cada gabinete de apoio ao idoso, deveria ter na sua equipa técnica um/a gerontólogo;
- Que nos hospitais, deveria haver espaços de atividades, para ocupar os utentes internados, com vista à promoção da sua autonomia e bem-estar.

Para terminar o presente trabalho penso que investigações desta ordem deveriam ser desenvolvidas com alguma periodicidade, a fim de mostrar a capacidade técnica e profissional dos gerontólogos e também para desmistificar um dos principais mitos associados aos idosos “os idosos são pessoas inúteis e sem qualidade de vida”.

7-Bibliografia

- ✓ Apóstolo, J. et al (2013) - O efeito da estimulação cognitiva no estado cognitivo em idosos em contexto comunitário. In: Actas de Gerontologia Vol. 1 N°1
- ✓ Berger, L., & Mailloux-Poireier, D. (1995). *Pessoas Idosas. Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta
- ✓ Bordiak, F. & Machado, I. (2014) - Recursos fisioterapêuticos no tratamento de patologias mais comuns em idosos - um estudo de Revisão. In: Revista de Pesquisa em Fisioterapia
- ✓ Cabrera, M. (2006) - Polifarmácia e Adequação do Uso de Medicamentos. In: Freiras, E. (et al.) - *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006. P. 1055-1060
- ✓ Caldas, C. (2006) - Promoção do autocuidado na velhice. In: Freiras, E. (et al.) - *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006. P. 1270-1275
- ✓ Camarano, A. & Kanso, S. (2006) - Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freiras, E. (et al.) - *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006. P. 58-72
- ✓ Cecato, J. et al (2013) - Avaliação da intervenção de atividades lúdicas em idosos institucionalizados. In: Revista de Psicologia Vol. 16 N°24
- ✓ Cunha, U. et al (2006) - O exame físico do idoso. In: Freiras, E. (et al.) - *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006. P. 985-1000
- ✓ Ermida, J. (2014) - Geriatria e Gerontologia: esboço histórico. In: *Geriatria fundamental*. 1ª Edição. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda. (2014). ISBN 978-989-752-056-3. P.1-11
- ✓ Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontologia Social*. Madrid: Ediciones Pirámide
- ✓ Fonseca, C. (et al.) *Investigação Passo a Passo*, 1ª Edição. Lisboa: APMCG (2008)
- ✓ Freitas, E. & Miranda, R. (2006) - Avaliação Geriátrica Ampla. In: Freiras, E. (et al.) - *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006. P. 970-977

- ✓ Freitas, E.V., Py, L., Cançado, F.A.X., Doll, J. & Gorzoni, M. (2006). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. ISBN 978-85-277-11999-9.
- ✓ Fuchs, F. (2006) - Metodologia do trabalho científico. In: Freiras, E. (et al.) - *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006. P. 124-132
- ✓ Lourenço, R. & Paradela, E. (2006) - Instrumentos de Avaliação em Geriatria. In: Freiras, E. (et al.) - *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006. P. 979-984
- ✓ Maroco, L. (2010) *Análise Estatística: com utilização de SPSS*. 3ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo
- ✓ Muller, A. et al (2014) - Efeitos de um programa de exercícios na mobilidade, equilíbrio e cognição de idosos com doença de alzheimer. In: *Fisioterapia Brasil*, Vol.15 N° 2
- ✓ Najas, M. et al (2006) - Nutrição em Gerontologia. In: Freiras, E. (et al.) - *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006. P. 1382-1390
- ✓ Paschoal, S. (2006) - Qualidade de Vida na Velhice. In: Freiras, E. (et al.) - *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006. P. 99-106
- ✓ Pereira, A. et al, *Geriatria, Uma especialidade centenária*. (2009)
- ✓ Perracini, M. (2006) - Planejamento e Adaptação do Ambiente para Pessoas Idosas. In: Freiras, E. (et al.) - *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006. P. 1311-1322
- ✓ Resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 de Dezembro de 1991
- ✓ Robert, L. (1994). *O envelhecimento*. Lisboa: Instituto Piaget.
- ✓ Salgueiro, M. et al (2013) Intervenção nutricional em idosos com constipação intestinal funcional. In: *Revista Ciência Médica*, Campinas
- ✓ Santiago, D.C. (2006). *Biogerontología*. Santander: Universidad de Cantabria.

- ✓ Sanz, L. (2002). *Manual de Gerontologia*. Barcelona: Editorial Ariel, S.A.
- ✓ Seeley,R.R, Stephens, T.D., Tate,P.(2008) *Anatomia & Fisiologia (8ª ed.)* Loures: Lusociência
- ✓ Tamai, S. & Abreu, V. (2006) - Reabilitação Cognitiva em Gerontologia. In: Freiras, E. (et al.) - *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006. P. 1363-1370
- ✓ World Health Organization, *Envelhecimento Ativo: Uma política de Saúde* (2005). 1ª Edição. Brasil.
- ✓ www.ine.pt, consultado em 24 de Abril de 2016
- ✓ www.seg-social.pt, consultado em 12 de Julho de 2016

Anexo 1 - Tabela Terapêutica e Respetiva Toma Diária

Medicação Crónica

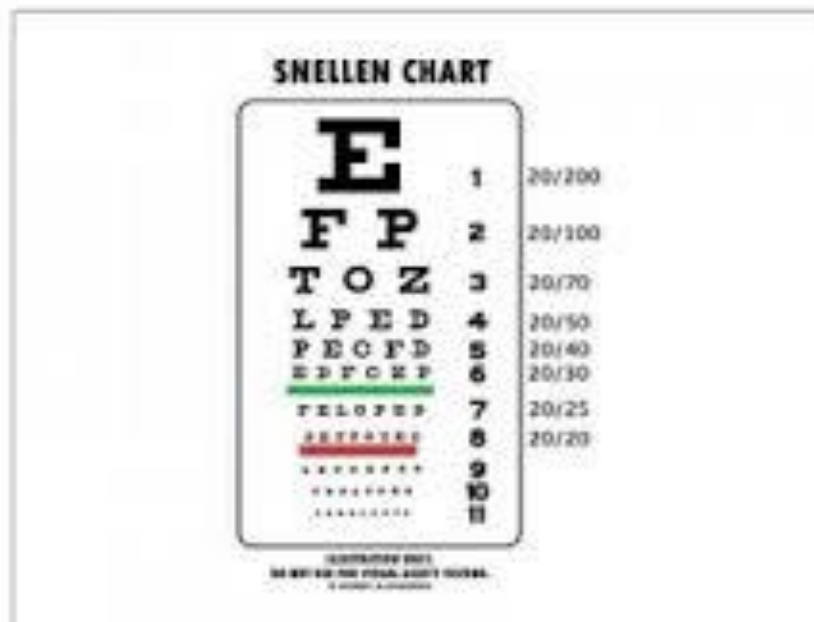
Medicamento	Jejum	Pequeno-almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar

Medicação Temporária

Medicamento	Intervalo Tempo entre tomas	Duração do tratamento	Início do tratamento	Fim do Tratamento

Medicamento	Intervalo Tempo entre tomas	Duração do tratamento	Início do tratamento	Fim do Tratamento

Anexo 2 - Teste de Snellen



Na tabela para a avaliação da acuidade visual criada por Snellen, os símbolos são (denominados optótipos) são letras aleatórias de diversos tamanhos, dispostas em fileiras. Cada fileira é identificada por um número, que corresponde à distância da qual uma pessoa com visão normal é capaz de ler todas as letras. As letras da fileira 40, podem ser lidas a uma distância de 40 pés (12m). Para pacientes não familiarizados com o alfabeto, poder ser utilizada uma tabela com números em vez de letras. Pacientes com barreiras de linguagem podem ser avaliados com uma tabela composta de optótipos com letras E, giradas aleatoriamente em quatro direções. Por convenção, a visão pode ser medida a 20 pés (6M) ou a 14 polegadas (cerca de 35 cm). Cada olho é testado separadamente, podendo ou não ser utilizados óculos ou lentes de contacto (denominando-se, então, acuidade visual corrigida) o resultado da avaliação contem dois números (20/40) o primeiro representa a distância (em pés), entre o objeto e o paciente, enquanto o segundo corresponde à menor fileira que o paciente consegue ler completamente. Uma acuidade visual 20/40 significa que o paciente somente consegue ler (com o melhor olho) a vinte pés o que uma pessoa com visão normal conseguiria ler a quarenta pés. (Pedrão, R.)

Anexo 3 - Teste do Sussurro

Os testes de triagem para a perda auditiva e o exame físico devem ser realizados somente após a otoscopia. Em idosos, o ouvido externo contém pelos (principalmente nos homens) e produz maior volume de cerume proporcionando obstruções, que deve ser removido antes dos testes funcionais de audição. No teste do sussurro o examinador posiciona-se a cerca de 60 cm atrás do paciente (para evitar a leitura labial) e oclui o conduto auditivo externo do ouvido não testado. O examinador inspira, expira e sussurra três números ou letras aleatoriamente. Um idoso com audição normal é capaz de repetir o que foi soletrado. O paciente que não teve bom desempenho pode ter outra tentativa (com outra combinação de letras e números). O outro ouvido é testado com a mesma técnica utilizando outra combinação de letras e números. A escolha das letras a serem sussurradas pode alterar o desempenho, tendo em vista que algumas consoantes têm sons de frequência mais altas (sendo mais difíceis de serem ouvidas por pacientes com presbiacusia). Caso a anamnese ou o exame físico indique alguma anormalidade, o paciente deve ser encaminhado à otorrinolaringologia para submeter-se a um audiograma e programar a reabilitação. (Pedrão, R.)

Anexo 4 - Escala de Katz

Quadro 1. Índice de Katz - Escala de Atividade de Vida Diária

Atividade	Independente	SIM	NÃO
1. Banho	Não recebe assistência ou somente recebe em uma parte do corpo.	()	()
2. Vestir-se	Escolhe as roupas e se veste sem nenhuma ajuda, exceto para calçar sapatos.	()	()
3. Higiene Pessoal	Vai ao banheiro, usa-o, veste-se e retorna sem nenhuma assistência (pode usar bengala ou andador como apoio e usar comadre/urinol à noite).	()	()
4. Transferência	Consegue deitar e levantar de uma cama ou sentar e levantar de uma cadeira sem ajuda (pode usar bengala ou andador).	()	()
5. Continência	Tem autocontrole do intestino e da bexiga (sem "acidentes ocasionais").	()	()
6. Alimentação	Alimenta-se sem ajuda, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.	()	()

FONTE: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pp. 613, 2002

As actividades básicas são aquelas que se referem ao autocuidado, ou seja, são as actividades fundamentais necessárias para realizar: tomar banho, vestir-se, promover higiene, transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa, ter continência e capacidade de alimentar-se. Essas actividades foram denominadas actividades básicas da vida diária e são avaliadas pela escala de Katz. A sua elaboração é baseada na conclusão que a perda funcional segue um padrão de declínio, isto é, primeiro perde-se a capacidade de tomar banho, depois existe a incapacidade de vestir, transferir e alimentar e quando há recuperação ela ocorre em ordem inversa. A escala de Katz tem a grande limitação de não avaliar a deambulação, ou seja, afere os cuidados pessoais, a mobilidade e a continência. A pontuação é o somatório de respostas "sim". Um total de 6 pontos significa independência para AVD; 4 pontos, dependência parcial; 2 pontos, dependência importante. (Freitas, M. 2011)

Anexo 5 - Escala de Barthel

Índice de Actividades de Vida Diária (ÍNDICE DE BARTHEL)

1 - Alimentação	Independente. Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável.	10
	Necessita de ajuda (para cortar, para levar a comida à boca, etc).	5
	Dependente.	0
2 - Vestir	Independente. Capaz de vestir e despir a roupa, abotoar-se, apertar os sapatos.	10
	Necessita de ajuda.	5
	Dependente.	0
3 - Banho	Independente. Toma banho geral (duche ou de banheira). Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros.	5
	Dependente.	0
4 - Arranjar-se	Independente. Capaz de lavar a face, as mãos e os dentes. Capaz de pentear-se, barbear-se, de maquilhar-se, etc.	5
	Dependente.	0
5 - Uso do WC	Independente. Usa-a sem ajuda. Senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho.	10
	Necessita de uma pequena ajuda para manter o equilíbrio, retirar e colocar a roupa, contudo é capaz de limpar-se.	5
	Dependente.	0
6 - Controlo Intestinal	Independente. Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou microlax, fá-lo sozinho.	10
	Incontinência ocasional. Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para enemas ou microlax.	5
	Incontinência fecal.	0
7 - Controlo Vesical	Independente. Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou saco colector, cuida destes sem ajuda.	10
	Incontinência ocasional. Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sonda ou colector.	5
	Incontinência.	0
8 - Transferência Cadeira - Cama	Independente. Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho.	15
	Necessita de ajuda mínima (ajuda física mínima ou de supervisão).	10
	Necessita de grande ajuda, mas é capaz de manter-se sentado sozinho.	5
	Dependente.	0
9 - Deambulação	Independente. Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com a ajuda de andalho, canadianas...	15
	Necessita de ajuda física ou supervisão para caminhar 50 metros.	10
	Independente em cadeira de rodas sem ajuda e supervisão.	5
	Dependente.	0
10 - Escadas	Independente para subir e descer um piso sem supervisão nem ajuda de terceiros.	10
	Necessita de ajuda física de outra pessoa ou de supervisão para fazê-lo.	5
	Dependente.	0

Total de Pontos:

Classificação:

<input type="checkbox"/>	100	1 - Independente
<input type="checkbox"/>	91 - 99	2 - Dependência escassa
<input type="checkbox"/>	60 - 90	3 - Ligeiramente dependente
<input type="checkbox"/>	40 - 59	4 - Moderadamente dependente
<input type="checkbox"/>	20 - 39	5 - Severamente dependente
<input type="checkbox"/>	<20	6 - Totalmente dependente

A escala de Barthel avalia dez funções: tomar banho, vestir-se, promover a higiene, usar o vaso sanitário, transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa, manter continências fecal e urinária, capacidade para alimentar-se, deambular e subir e descer escadas. Esta escala permite uma gradação mais ampla na classificação da dependência, indo desde a dependência total (0 pontos) a independência máxima (100 pontos).

Anexo 6 - Índice de Lawton e Brody

Atividade		Avaliação	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
TOTAL			_____ pontos

Para uma vida independente e ativa na comunidade, executando as atividades rotineiras do dia-a-dia, o idoso deve usar os recursos disponíveis no meio ambiente. O conjunto dessas atividades foi denominado de atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Estão relacionadas com a realização de tarefas mais complexas, como arrumar a casa, telefonar, viajar, fazer compras, preparar os alimentos, controlar e tomar os remédios e administrar as finanças. De acordo com a capacidade de realizar essas atividades é possível determinar se o indivíduo pode ou não viver sozinho. A escala de Lawton atinge a pontuação máxima de 27 pontos correspondendo à maior independência, enquanto a pontuação mínima de 9 pontos relaciona-se com a maior dependência (Lawton, Brody, 1969)

Anexo 7 - Escala de Tinetti

(Equilíbrio)

Quadro 2a. Escala de Avaliação do Equilíbrio- Índice de Tinetti

1. Equilíbrio sentado	Escorrega	0 ()
	Equilibrado	1 ()
2. Levantando	Incapaz	0 ()
	Usa os braços	1 ()
	Sem os braços	2 ()
3. Tentativas de levantar	Incapaz	0 ()
	Mais de uma tentativa	1 ()
	Única tentativa	2 ()
4. Assim que levanta (primeiros 5 segundos)	Desequilibrado	0 ()
	Estável, mas usa suporte	1 ()
	Estável sem suporte	2 ()
5. Equilíbrio em pé	Desequilibrado	0 ()
	Suporte ou base de sustentação > 12 cm	1 ()
	Sem suporte e base estreita	2 ()
6. Teste dos três tempos*	Começa a cair	0 ()
	Agarra ou balança (braços)	1 ()
	Equilibrado	2 ()
7. Olhos fechados (mesma posição do item 6)	Desequilibrado, instável	0 ()
	Equilibrado	1 ()
8. Girando 360°	Passos descontínuos	0 ()
	Passos contínuos	1 ()
	Instável (desequilíbrios)	0 ()
	Estável (equilibrado)	1 ()
9. Sentando	Inseguro (erra a distância, cai na cadeira)	0 ()
	Usa os braços ou movimentação abrupta	1 ()
	Seguro, movimentação suave	2 ()

FONTE: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pp. 615, 2002

* Examinador empurra levemente o esterno do paciente, que deve ficar de pés juntos.

Pontuação do equilíbrio: 16.

Quadro 2b. Escala de Avaliação da Marcha - Índice de Tinetti

10. Início da marcha	Hesitação ou várias tentativas para iniciar	0 ()
	Sem hesitação	1 ()
11. Comprimento e altura dos passos	a) Pé Direito	
	- não ultrapassa o pé esquerdo	0 ()
	- ultrapassa o pé esquerdo	1 ()
	- não sai completamente do chão	0 ()
	- sai completamente do chão	1 ()
	b) Pé Esquerdo	
	- não ultrapassa o pé direito	0 ()
	- ultrapassa o pé direito	1 ()
- não sai completamente do chão	0 ()	
- sai completamente do chão	1 ()	
12. Simetria dos passos	Passos diferentes	0 ()
	Passos semelhantes	1 ()
13. Continuidade dos passos	Paradas ou passos descontínuos	0 ()
	Passos contínuos	1 ()
14. Direção	Desvio nítido	0 ()
	Desvio leve ou moderado ou uso de apoio	1 ()
	Linha reta sem apoio (bengala ou andador)	2 ()
15. Tronco	Balanço grave ou uso de apoio	0 ()
	Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços	1 ()
	Sem flexão, balanço, não usa os braços ou apoio	2 ()
16. Distância dos tornozelos	Tornozelos separados	0 ()
	Tornozelos quase se tocam enquanto anda	1 ()

FONTE: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pp. 615, 2002

Pontuação da Marcha: 12.

Pontuação Total: 28.

O teste de Tinetti é capaz de avaliar as condições vestibulares e da marcha do paciente. Para testar o equilíbrio o paciente deve estar sentado numa cadeira sem braços e deve realizar as manobras descritas na tabela desde o ponto 1 até ao ponto 9, inclusivé. (Tinetti, 1986)

Para testar a marcha, o paciente deve estar de pé e deve caminhar pelo corredor ou pela sala no passo normal, depois regressa ao lugar com passos rápidos, mas com segurança (utilizando o suporte habitual, tal como, bengala ou andarilho). (Tinetti, 1986)

Quanto menor a pontuação maior o problema. Pontuação menor que 19 indica um risco cinco vezes maior de quedas. (Tinetti, 1986)

Anexo 8 - Teste Get Up and Go

Este teste é realizado com o paciente levantando-se de uma cadeira direita com encosto. O paciente deve caminhar três metros, após girar deve voltar para o mesmo lugar e sentar-se. Neste pequeno percurso consegue avaliar-se a marcha e o equilíbrio do paciente. (Freitas, Miranda 2006)

Anexo 9 - Mini Exame do Estado Mental de Folstein

MIINIEXAME DO ESTADO MENTAL (Folstein, 1975)

“Agora faremos algumas perguntas para saber como está a sua memória. Sabemos que com o tempo as pessoas vão tendo mais dificuldades para se lembrar das coisas. Não se preocupe com o resultado das perguntas”.

1. Certo 0. Errado 9. NR

I. Qual o dia em que estamos?

1. () ano
2. () semestre
3. () mês
4. () dia da semana
5. () dia do mês

II. Onde nós estamos?

1. () local
2. () rua
3. () bairro
4. () cidade
5. () estado

III. Repita as palavras (um segundo para dizer cada uma, depois pergunte todas as três)

1. () caneca
2. () tijolo
3. () tapete

Se ele não conseguir repetir as três, repita até que aprenda as três. Conte as tentativas: _____

IV. O Sr. (a) faz cálculos?

Se a resposta for SIM pergunte: se de 100 reais forem tirados 7, quanto resta? E se tirarmos mais 7, quanto resta? (total de cinco subtrações).

1. () _____ (93)
2. () _____ (86)
3. () _____ (79)
4. () _____ (72)
5. () _____ (65)

Se a resposta for Não, peça para soletrar a palavra MUNDO de trás para frente.

1. () _____ O
2. () _____ D
3. () _____ N
4. () _____ U
5. () _____ M

V. Repita as palavras que disse a pouco:

1. () _____
2. () _____
3. () _____

VI. Mostre um relógio de pulso e pergunte: o que é isso? Repita com o lápis.

1. () Relógio
2. () Lápis

VII. Repita o seguinte:

- () “Nem aqui, nem ali, nem lá”

VIII. Siga uma ordem em três estágios:

- () Tome um papel com a mão direita
- () Dobre-a ao meio
- () Ponha-a no chão

IX. Leia e escute o seguinte: (cartão) “Feche os olhos”

X. Escreva uma frase:

XI. Copie este desenho: (cartão)

TOTAL: ____ / 30.

Por ser de fácil e rápida aplicação, além de testar os principais aspectos da função cognitiva, o Mini Exame do Estado Mental (MEMM), tornou-se um importante instrumento de rastreio.

Anexo 10 - Prova do Relógio e Nomeação dos Animais

Prova do Relógio - Ofereça ao idoso o desenho de um círculo de 11 cm de diâmetro e dê a instrução “Aqui temos o mostrador de um relógio, Gostaria que o senhor colocasse os número dentro dele. Por favor, agora indique o horário de 8h20min (oito horas e vinte minutos). Será pontuado por duas fases, a primeira pela colocação dos números (1 ponto por cada número correto) e na segunda fase pela marcação correta do horário (1 ponto por cada ponteiro correto) (Freitas, Miranda 2006)

Nomeação de Animais - Peça ao idoso para falar nomes de animais durante um minuto. Serão contados todos os nomes de animais ditos durante o minuto, exceto repetições. As regularidades de género e sexo terão 1/2 pontos respetivamente. Quando são abordadas categorias e espécies também se pontua com 2 pontos. Quanto maior a pontuação menos declínio cognitivo (Freitas, Miranda 2006)

Estes testes complementam a avaliação do MEMM.

Anexo 11 - Escala da Depressão Geriátrica

1	Você está satisfeito com a sua vida?
2	Você deixou de lado muitos de suas atividades e interesses?
3	Você sente que sua vida está vazia?
4	Você sente-se aborrecido com freqüência?
5	Está você de bom humor na maioria das vezes?
6	Você teme que algo de ruim lhe aconteça?
7	Você se sente feliz na maioria das vezes?
8	Você se sente freqüentemente desamparado?
9	Você prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas?
10	Você sente que tem mais problemas de memória que antes?
11	Você pensa que é maravilhoso estar vivo?
12	Você se sente inútil?
13	Você se sente cheio de energia?
14	Você sente que sua situação é sem esperança?
15	Você pensa de que a maioria das pessoas estão melhores do que você?
Contagem máxima de GDS = 15	

A escala da depressão geriátrica (GDS) é uma das escalas mais utilizadas, porém o diagnóstico não deve depender apenas do número obtido.

A resposta deve ser considerada Sim (1 ponto) ou Não (0 pontos), sendo a pontuação máxima de 15 pontos. (Yesavage)

Anexo 12 - Mini Avaliação Nutricional

Quadro 1. Miniavaliação Nutricional.

TRIAGEM

- A. Nos últimos meses, houve diminuição da ingestão alimentar devido à perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar e deglutir? (0) diminuição severa da ingestão; (1) diminuição moderada da ingestão; (2) sem diminuição da ingestão
 B. Perda de peso nos últimos 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 estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? (0) sim; (2) não
 E. Problemas neuropsicológicos: (0) demência ou depressão graves; (1) demência leve; (2) sem problemas psicológicos
 F. Índice de massa corporal: (0) $IMC < 19$; (1) $19 \leq IMC < 21$; (2) $21 \leq IMC < 23$; (3) $IMC \geq 23$

A. ESCORE TRIAGEM (subtotal, máximo 14 pontos)

SOMA DOS PONTOS.....

(0) normal (12 pontos ou mais); (1) possibilidade de desnutrição (11 pontos ou menos)

AVALIAÇÃO GLOBAL

- G. O paciente vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospital) (0) não; (1) sim
 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 paciente consome:
 1. pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (queijo, iogurte)?
 () 0. sim; () 1. não
 2. duas ou mais porções semanais de legumes ou ovos:
 () 0. sim; () 1. não
 3. carnes, peixes ou aves todos os dias:
 () 0. sim; () 1. não

PONTUAÇÃO:

0,0 = nenhuma ou uma resposta "sim"

0,5 = duas respostas "sim"

1,0 = três respostas "sim"

L. O paciente consome duas ou mais porções diárias de frutas ou vegetais: (0) não; (1) sim

M. Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia? 0,0 = menos de três; 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 paciente acredita ter algum problema nutricional? (0) acredita estar desnutrido; (1) não sabe dizer; (2) acredita não ter problema nutricional

P. Em comparação com as pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde? 0,0 = não muito boa; 0,5 = não sabe informar; 1,0 = boa; 2,0 = melhor

Q. Circunferência do braço (CB) em cm:

0,0 = $CB < 21$; 0,5 = $21 \leq CB \leq 22$; 1,0 = $CB > 22$

R. Circunferência da panturrilha (CP) em cm:

0 = $CP < 31$; 1 = $CP \geq 31$

B. ESCORE AVALIAÇÃO GLOBAL (máximo 16 pontos)

C. ESCORE TOTAL (máximo 30 pontos)

SOMA DE A + B.....

ESCORE DE INDICAÇÃO DE DESNUTRIÇÃO

Bem nutrido: $MAN 1 > 23,5$ pontos

Em risco de desnutrição: $17 \leq MAN 2 \leq 23,5$ pontos

Desnutrido: $MAN 3 < 17$ pontos

Fonte: referência 77.

Este instrumento é o único validado para avaliação nutricional no idoso. As medidas antropométricas fazem parte da avaliação nutricional. O índice de massa corporal, obtido pela razão do peso (kg) pela altura (m) ao quadrado, tem os seus valores adequados aos idosos. Para os

idosos, recomenda-se adotar os seguintes valores IMC: normal de 22 a 27 kg/m²; sobrepeso > 27 a 29,9 kg/m²; obesidade ≥ 30 kg/m² Heiat, Vaccarino e Krumholtz (2001).

O resultado permite estratificar o indivíduo na seguinte condição: ≥24 pontos - normal, de 17 a 23.5 pontos - risco de desnutrição, < 17 pontos - desnutrido.

Anexo nº 13 - Rastreio Gerontológico

Rastreio Gerontológico

Nome: _____ Data de Nascimento: __/__/____

Estado Civil: _____ Avaliação nº ____ Data de Avaliação: __/__/____

1-Visão

a) Problemas

Visuais: _____

b) Ajudas Técnicas: Óculos: _____ Lentes Oculares: _____ Outros: _____

c) Teste de Snellen: _____

2-Audição

a) Problemas

Auditivos: _____

b) Ajudas Técnicas: Aparelho Auditivo: _____ Outros: _____

c) Limpeza Auditiva: Presença de Cerume: Sim ____ Não ____

d) Teste do Sussurro: _____

3-Nutrição

a) Problemas Digestivos: _____

b) Restrições Alimentares: _____

c) Quem prepara a sua comida: _____

d) Intolerâncias Alimentares: _____

e) Dieta: _____

f) Perda/Aumento de Peso nos últimos 6 meses: _____

g) Peso Atual: _____

h) IMC: _____

i) Mini Avaliação Nutricional. Resultado: _____ Interpretação do Resultado: _____

4-Incontinência

a) Costuma ter perdas de urinas involuntárias? Sim ____ Não ____

a.1) Se sim, quando ocorrem? _____

b) Ajudas Técnicas: Penso ____ Fralda ____ Algália ____

5-Independência e Autonomia

a) Escala de Katz. Resultado: _____ Interpretação do Resultado: _____

b)Escala de Barthel. Resultado:_____ Interpretação do Resultado:_____

c)Escala de Lawton. Resultado:_____ Interpretação do Resultado:_____

6-Equilíbrio e Mobilidade

a)Problemas

Osteoarticulares:_____

b)Ajudas Técnicas: Bengala_____ Andarilho_____ Cadeira de rodas:_____ Outro:_____

c)Escala de Tinetti. Resultado:_____ Interpretação do Resultado:_____

d)Caiu no último ano:_____ Fratura?_____ Prótese?_____

7-Apoio Social

a) Com quem vive:_____

b)Como é a sua casa:2pisos_____ Escadas_____ Luz Solar_____ Fácil Acesso_____

c)Frequenta Alguma Resposta Social:_____

d)Quem cuida de si:_____

8-Estado Mental

a)Onde estamos?_____

b)Qual a estação do ano:_____

c)Data:_____

d)Mini Exame do Estado Mental de Folstein. Resultado____ Interpretção do Resultado_____

9-Depressão

a)Sente-se Triste Regularmente?_____

b)Com que frequência se isola?_____

c)Escala da Depressão. Resultado_____ Interpretção do Resultado_____

10- Problemas de Saúde

a)Os seus problemas de saúde são:_____

b)Com que frequência vai ao médico:_____

c)Operações:_____

d)Como sente que é a sua saúde:Boa_____ Razoável_____ Má_____

11-Hábitos:

a)Tabágicos: Sim____ Não____ Quantidade de Cigarros/Dia_____

b)Alcoólicos: Sim____ Não____ Quantidade/Dia_____

c) Desportivos: Sim____ Não____ Quantas vezes_____

12-Medicação Habitual (Adicionar Tabela Terapêutica)



Anexo nº 14 - Autorização de Colheita de Dados

Solicitação de Autorização Para Colheita de Dados

Eu, Ana Teresa Martins Almeida, responsável pela dissertação de mestrado intitulada “A importância da Intervenção Gerontológica junto dos mais velhos”, a qual faz parte do plano curricular do curso de Mestrado em Gerontologia da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade da Beira Interior, venho por este meio solicitar autorização ao TECTO - Centro Social do Telhado para realizar colheita de dados através da aplicação de questionários (Rastreo Gerontológico) no intervalo de tempo de 25 de Setembro de 2015 a 15 de Julho de 2016, bem como autorização para poder intervir gerontologicamente nos utentes constituintes da minha amostra.

Solicito ainda, autorização à equipa médica e de enfermagem para poder consultar os processos clínicos dos utentes, bem como o processo de enfermagem individual para complementar o meu estudo.

Contando com o parecer positivo desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento que seja necessário.

A requerente:

(Ana Teresa Martins Almeida)

Por autorizar a presente solicitação, abaixo assino

(Presidente do TECTO- Dr.^a Vânia Ribeiro)

(Diretora Técnica do TECTO - Dr.^a Sandra Salvado)

(Médica Assistente - Dr.^a Ana Rita Aleixo)

(Equipa de Enfermagem - Enfermeira Juliana Cardoso)

Telhado, 19 de Setembro de 2015

Anexo nº 15 - Consentimento Informado aos Utentes Constituintes da Amostra

Consentimento Informado

O presente trabalho de investigação tem como principal objetivo avaliar a sua qualidade de vida, avaliando os seguintes parâmetros:

- ✓ Visão
- ✓ Audição
- ✓ Nutrição
- ✓ Incontinência
- ✓ Independência e Autonomia
- ✓ Equilíbrio e Mobilidade
- ✓ Apoio Social
- ✓ Estado Mental
- ✓ Depressão
- ✓ Problemas de Saúde
- ✓ Hábitos
- ✓ Medicação

A avaliação dos pontos acima referidos é através da aplicação de escalas.

Para que o objetivo do estudo possa ser alcançado a sua colaboração é fundamental e imprescindível.

As informações reveladas/ avaliadas são confidenciais e serão apenas usadas para o estudo que pretendo efetuar.

A sua participação neste estudo é voluntária podendo recusar participar, ou desistir a qualquer momento.

Após análise dos resultados irei propor medidas que facilitem/melhorem o seu dia-a-dia.

Daqui a 7/8 meses será feita uma nova avaliação para testar se as medidas propostas surtiram ou não efeito.

Depois de ouvir as explicações, declaro que aceito participar nesta investigação.

Assinatura: _____

Data: _____

Anexo nº 16 - Respostas Sociais desenvolvidas no TECTO e aconselhamento Gerontológico para esta variável

11.1 - Resposta Social de Centro de Dia

Segundo o Guião Técnico aprovado por despacho em 29.11.2004, o Centro de Dia é uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar, tendo como principal objetivo, favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida, contribuir para retardar ou evitar a institucionalização, contribuir para a prevenção de situações de dependência, promovendo a autonomia. Pertencem a amostra 10 elementos que frequentam a resposta social de centro de dia.

11.2 - Resposta Social de Serviço de Apoio Domiciliário

Segundo o Despacho Normativo nº682/99 de 12 de Novembro, o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é uma resposta social, desenvolvida a partir de um equipamento, que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária. Pertencem à amostra 6 elementos que frequentam a resposta social de serviço de apoio domiciliário.

11.3 - Resposta Social de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

Segundo o Despacho Normativo nº12/98 de 25 de Fevereiro um lar de idosos caracteriza-se por ser uma resposta social, desenvolvida em equipamento, destinada a alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia, que tem como objetivo:

- Acolher pessoas idosas, ou outras, cuja situação social, familiar, económica e /ou de saúde, não lhes permite permanecer no seu meio habitual de vida;
- Assegurar a prestação dos cuidados adequados à satisfação das necessidades, tendo em vista a manutenção da autonomia e independência;
- Proporcionar alojamento temporário, como forma de apoio à família;
- Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação inter-familiar;
- Encaminhar e acompanhar as pessoas idosas para soluções adequadas à sua situação.

Pertencem à amostra 8 elementos que frequentam a resposta social de estrutura residencial para pessoas idosas.

Aconselhamento Gerontológico:

- **Serviço de Apoio Domiciliário:**

Resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.

Objetivos

- Concorrer para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias
- Contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar
- Contribuir para a permanência das pessoas no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais
- Promover estratégias de desenvolvimento da autonomia
- Prestar os cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes (mediante contratualização)
- Facilitar o acesso a serviços da comunidade
- Reforçar as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores.

Cuidados e serviços

O serviço de apoio domiciliário (SAD) deve:

- Disponibilizar os cuidados e serviços todos os dias da semana garantindo, sempre que necessário, o apoio aos sábados, domingos e feriados
- Prestar pelo menos quatro dos seguintes cuidados e serviços:
 - Cuidados de higiene e conforto pessoal
 - Higiene habitacional, estritamente necessária à natureza dos cuidados prestados
 - Fornecimento e apoio nas refeições, respeitando as dietas com prescrição médica
 - Tratamento da roupa do uso pessoal do utente
 - Atividades de animação e socialização, designadamente, animação, lazer, cultura, aquisição de bens e géneros alimentícios, pagamento de serviços, deslocação a entidades da comunidade
 - Serviço de teleassistência.

O SAD pode, ainda, assegurar:

- Formação e sensibilização dos familiares e cuidadores informais para a prestação de cuidados aos utentes
- Apoio psicossocial
- Confeção de alimentos no domicílio
- Transporte
- Cuidados de imagem
- Realização de pequenas modificações ou reparações no domicílio
- Realização de atividades ocupacionais.

▪ **Centro de Convívio:**

Resposta social de apoio a atividades sociais, recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade.

Objectivos

- Prevenir a solidão e o isolamento
- Incentivar a participação e inclusão dos idosos na vida social local
- Fomentar as relações interpessoais e entre as gerações
- Contribuir para retardar ou evitar ao máximo o internamento em instituições.

▪ **Centro de Dia:**

Resposta social que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção no seu meio social e familiar, das pessoas com 65 e mais anos, que precisem dos serviços prestados pelo Centro de Dia.

Objetivos

- Assegurar a prestação de cuidados e serviços adequados à satisfação das necessidades e expectativas do utilizador
- Prevenir situações de dependência e promover a autonomia
- Promover as relações pessoais e entre as gerações
- Favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida
- Contribuir para retardar ou evitar ao máximo o internamento em instituições
- Promover estratégias de desenvolvimento da autoestima, da autonomia, da funcionalidade e da independência pessoal e social do utilizador.

▪ **Centro de Noite**

Resposta social que funciona em equipamento de acolhimento noturno, dirigido a pessoas idosas com autonomia que, durante o dia permaneçam no seu domicílio e que por vivenciarem situações de solidão, isolamento e insegurança, necessitam de acompanhamento durante a noite.

Objetivos

- Acolher durante a noite pessoas com autonomia
- Assegurar o bem-estar e segurança do utilizador
- Fomentar a permanência do utilizador no seu meio habitual de vida.

▪ **Acolhimento Familiar**

Resposta social que consiste em integrar, temporária ou permanentemente, pessoas idosas em famílias capazes de lhes proporcionar um ambiente estável e seguro.

Objetivos

- Acolher pessoas idosas que se encontrem em situação de dependência ou de perda de autonomia, vivam isoladas e sem apoio social e familiar e/ou em situação de insegurança
- Garantir à pessoa acolhida um ambiente social, familiar e afetivo propício à satisfação das suas necessidades e ao respeito pela sua identidade, personalidade e privacidade
- Evitar ou retardar ao máximo o internamento em instituições.

▪ **Estruturas Residenciais**

Resposta social destinada a alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos.

Objetivos

- Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas
- Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo
- Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar
- Potenciar a integração social.

▪ **Centro de férias e lazer**

Resposta social destinada a todas as faixas etárias da população e à família na sua globalidade para satisfação de necessidades de lazer e de quebra da rotina, essencial ao equilíbrio físico, psicológico e social dos seus utilizadores.

Objetivos

Proporcionar:

- Estadias fora da sua rotina de vida
- Contactos com comunidades e espaços diferentes
- Vivências em grupo, como formas de integração social
- Promoção do desenvolvimento do espírito de interajuda
- Fomento da capacidade criadora e do espírito de iniciativa.

Anexo nº 17 - Proposta da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

*Se o Tempo Envelhecer o Seu Corpo Mas Não Envelhecer a Sua Emoção.
Você Será Sempre Feliz! (Augusto Cury)*

Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Apresentação:

Este documento faz parte de uma estratégia para o acompanhamento da saúde da população idosa.

Nesta caderneta serão registadas informações importantes sobre as condições da sua saúde e irá auxiliar todos os profissionais sobre as ações necessárias para que tenha um envelhecimento ativo e saudável.

Identificação

Nome: _____

Como sou mais conhecido: _____

Nº de Utente SNS: _____

Documento de Identificação Nº: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Data de nascimento: ____/____/____

Morada: _____

Ponto de Referência: _____

Cidade: _____ Distrito: _____

Telemóvel: _____

Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo/a () separado

Identificação

Reformado () Sim () Não

Profissão Exercida: _____

Moram comigo: _____ Pessoas

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____

Fica sozinho a maior parte do dia? () Sim () Não

Hábitos de Vida

Fumo ()Sim ()Não

Frequentemente () Raramente () Média de Cigarros/dia: _____

Bebidas alcoólicas ()Sim () Não

Frequentemente () Raramente () Média de bebidas/dia: _____

Actividade Física ()Sim () Não

Frequentemente () Raramente () Média de actividades/semana: _____

Dieta Adequada (sem excessos de Gorduras e Carnes Vermelhas) ()Sim
()Não

Problemas de Saúde Crónicos

- 1) _____ Médico Assistente: _____
- 2) _____ Médico Assistente: _____
- 3) _____ Médico Assistente: _____
- 4) _____ Médico Assistente: _____
- 5) _____ Médico Assistente: _____
- 6) _____ Médico Assistente: _____
- 7) _____ Médico Assistente: _____
- 8) _____ Médico Assistente: _____
- 9) _____ Médico Assistente: _____
- 10) _____ Médico Assistente: _____
- 11) _____ Médico Assistente: _____
- 12) _____ Médico Assistente: _____

Problemas de Saúde Agudos

1) _____

Data: _____

Terapêutica Implementada:

Médico Assistente: _____

Instituição de Saúde: _____

2) _____

Data: _____

Terapêutica Implementada:

Médico Assistente: _____

Instituição de Saúde: _____

Problemas de Saúde Agudos

3) _____

Data: _____

Terapêutica Implementada:

Médico Assistente: _____

Instituição de Saúde: _____

4) _____

Data: _____

Terapêutica Implementada:

Médico Assistente: _____

Instituição de Saúde: _____

Problemas de Saúde Agudos

5) _____
 Data: _____
 Terapêutica Implementada: _____

Médico Assistente: _____
 Instituição de Saúde: _____

6) _____
 Data: _____
 Terapêutica Implementada: _____

Médico Assistente: _____
 Instituição de Saúde: _____

Medicação

Medicamento	Jejum	Pequeno Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar	Retirado /Reajuste de dose (Rubrica e Data)

Medicação

Medicamento	Jejum	Pequeno Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar	Retirado /Reajuste de dose (Rubrica e Data)

Medicação

Medicamento	Jejum	Pequeno Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar	Retirado /Reajuste de dose (Rubrica e Data)

Registo de Análises

Data/ Requisitado por:	Valores Dentro dos Parâmetros Normais	Valores Alterados	Observações Clínicas	Repetir o que.. Em...

Registo de Análises

Data/ Requisitado por:	Valores Dentro dos Parâmetros Normais	Valores Alterados	Observações Clínicas	Repetir o que.. Em...

Controlo de Tensão Arterial

Data									
Valores									
Data									
Valores									
Data									
Valores									
Data									
Valores									
Data									
Valores									

Controlo de Tensão Arterial

Data									
Valores									
Data									
Valores									
Data									
Valores									
Data									
Valores									
Data									
Valores									

Controlo de SpO2

Data									
Valores									
Data									
Valores									
Data									
Valores									
Data									
Valores									
Data									
Valores									

Controlo de SpO2

Data									
Valores									
Data									
Valores									
Data									
Valores									
Data									
Valores									
Data									
Valores									

Controlo De Peso

Data									
Peso									
Data									
Peso									
Data									
Peso									

Iniciada Dieta	Isenta de Açúcares	Isenta de Sal	Dieta (cozidos e Grelhados)	Pastosa
Data/ Profissional de Saúde				

Controlo De Peso

Data									
Peso									
Data									
Peso									
Data									
Peso									

Iniciada Dieta	Isenta de Açúcares	Isenta de Sal	Dieta (cozidos e Grelhados)	Pastosa
Data/ Profissional de Saúde				

Controlo Da Glicémia

Data									
Glicémia									
Data									
Insulina									
Data									
Glicémia									
Data									
Insulina									

Controlo Da Glicémia

Data									
Glicémia									
Data									
Insulina									
Data									
Glicémia									
Data									
Insulina									

Tratamentos de Enfermagem

Data	Tratamento	Material	Evolução	Data/Alta	Profissional de Saúde

Tratamentos de Enfermagem

Data	Tratamento	Material	Evolução	Data/Alta	Profissional de Saúde

