



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Consulta de Enfermagem para prevenção do risco de queda em contexto domiciliar

**Nursing Consultation to prevent the risk of falls
in the home context**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para a
obtenção de grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Comunitária

Por Cecilia Margoth Vinocuna Venegas

Sob. orientação de Prof. Doutor Armando Manuel Gonçalves de Almeida

Porto, julho de 2018

Agradecimentos

Durante a elaboração do estudo qualquer ajuda é importante, portanto a colaboração de todos aqueles que estão à nossa volta é preciosa.

Começo por agradecer ao professor Armando Almeida pela orientação dada, a motivação e o valioso acompanhamento durante todo o desenvolvimento do curso

A todos os professores deste curso que contribuíram para enriquecer os meus conhecimentos, respondendo-me a todas as dúvidas colocadas.

Não posso deixar de agradecer à minha família, amigos e a toda a gente que de alguma forma esteve envolvida na realização do trabalho. A todos eles o meu muito obrigada.

Resumo

Este relatório descreve os caminhos percorridos, ao longo dos três módulos de estágio, do curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária.

No primeiro módulo, adotando a metodologia do planeamento em saúde, realizou-se um diagnóstico de situação circunscrito aos fenómenos de enfermagem, estado nutricional capacidade cognitiva e funcional, risco de queda e gestão/ adesão ao regime medicamentoso, que teve como população alvo, utentes com 75 anos ou mais, inscritos numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da cidade do Porto.

No segundo módulo, após um procedimento de priorização de problemas, emergiu a queda accidental como área prioritária de intervenção, tendo sido delineada e testada uma consulta de enfermagem. Esta é composta por duas etapas: a de triagem, dirigida a todos os idosos, que tem por finalidade avaliar o potencial de risco individual, com base num algoritmo de decisão empiricamente consensual; e a prevenção de quedas no domicílio, centralizada na conjugação entre risco ambiental e comportamental. A implementação da consulta na USF não foi concretizada de forma sistemática, devido ao curto tempo do estágio, mas a testagem permitiu comprovar a viabilidade do procedimento.

Finalmente no terceiro módulo foram realizadas atividades com vista ao desenvolvimento de diferentes competências na área de especialização, nomeadamente no âmbito do nascer e crescer saudável, crianças seguras, saúde escolar, redes sociais na comunidade e equipa de cuidados continuados integrados

Palavras-chave: *enfermagem, enfermagem comunitária, idoso, queda accidental*

Abstract

This report describes the paths covered, throughout the three internship modules, of the Master course in Community Nursing with specialization in Community Nursing.

In the first module, adopting the methodology of health planning, a diagnosis of the situation circumscribed to the nursing phenomena, nutritional status, cognitive and functional capacity, risk of fall and management / adherence to the medication regime was carried out. aged 75 or over, enrolled in a Family Health Unit (USF) in the city of Porto.

In the second module, after a prioritization procedure, the accidental fall as a priority area of intervention emerged, and a nursing consultation was drawn up and tested. It is composed of two stages: screening, directed to all the elderly, whose purpose is to evaluate the potential of individual risk, based on an algorithm of empirically consensual decision; and the prevention of falls at home, centered on the combination of environmental and behavioral risk. The implementation of the FHU consultation was not systematically carried out due to the short time of the training, but the testing allowed to prove the feasibility of the procedure.

Finally, in the third module, activities were carried out in order to develop different skills in the area of specialization, namely in the field of healthy birth and growth, safe children, school health, social networks in the community and integrated care team.

Keywords: *nursing, community nursing, elderly, accidental falls.*

Lista de acrónimos.

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD	Atividades de Vida Diária
DGS	Direção Geral de Saúde
EB	Escola Básica
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECL	Equipa Coordenadora Local
EEC	Especialista em Enfermagem Comunitária
EPS	Educação Para Saúde
FES	Falls Efficacy Scale
INE	Instituto Nacional de Estatística
IRD	Instrumento de Recolha de Dados
NSE	Necessidades de Saúde Especiais
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAUF	Plano de Ação da Unidade Funcional
PES	Projeto de Educação para a Saúde
PNSE	Programa Nacional Saúde Escolar
PNSPI	Plano Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SNS	Sistema Nacional de Saúde
TUG	Timed Up and Go
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
USF	Unidade de Saúde Familiar
UCP	Universidade Católica Portuguesa

Índice

Introdução.....	17
Capítulo 1 - Síntese da revisão bibliográfica.....	19
1.1 - Envelhecimento demográfico.....	19
1.2 - Estado nutricional.....	20
1.3 - Capacidade cognitiva.....	21
1.4 - Capacidade funcional.....	22
1.5 - Adesão ao regime medicamentoso.....	23
1.6 - Quedas.....	25
Capítulo 2 - Metodologia.....	29
2.1 - Diagnóstico de saúde.....	29
2.2 - Definição de Prioridades.....	36
2.3 - Projeto de intervenção comunitária.....	36
Capítulo 3 - Diagnostico de situação e estabelecimento de prioridades.....	37
3.1 - Diagnóstico de situação.....	37
3.2 - Determinação de prioridades.....	38
Capítulo 4 - Projeto de intervenção Comunitária “Prevenir para não cair.”.....	41
4.1 - Justificação da problemática.....	41
4.2 - Desenho e implementação do projeto.....	42
Capítulo 5 - Módulo III.....	49
5.1 - Unidade de Cuidados Continuados.....	49
5.2 - Caminho percorrido no estágio III.....	50
Capítulo 6 - Competências desenvolvidas.....	55
Conclusões.....	59
Referências Bibliográficas.....	61
Apêndices.....	65

Índice de Quadros

Quadro 1 - Recursos disponíveis na comunidade em estudo	31
Quadro 2 - Variáveis em estudo.....	32
Quadro 3 - Resultados do diagnóstico de situação.....	37
Quadro 4 - Necessidades e Problemas de saúde.....	38
Quadro 5 - Técnica de comparação por pares	39
Quadro 6 - Objetivos do projeto de intervenção	42
Quadro 7 - Indicadores de estrutura	43
Quadro 9 - Indicadores referentes a operacionalização da consulta.....	48
Quadro 10 - Reflexão sobre os objetivos gerais da especialidade.....	55
Quadro 11 - Reflexão sobre os objetivos específicos da especialidade	56

Índice de Figuras

Figura 1 - Diagrama de tomada de decisão - Triagem	44
Figura 2 - Diagrama de decisão – Prevenir para não cair.....	46

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) prevê que para o ano 2025 existam no mundo, 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos e que os idosos com 80 anos constituam o grupo etéreo de maior crescimento.

Ao longo dos últimos anos Portugal tem vindo a acompanhar este movimento, pois regista alterações demográficas que se traduzem no envelhecimento populacional e no aumento da esperança média de vida. Estas tendências acompanham a realidade de muitos outros países, especialmente os mais desenvolvidos. (Skelton, D. et al., 2004)

A faixa etária acima dos 75 anos, segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), é especialmente vulnerável às alterações associadas ao processo de envelhecimento, sendo necessário atender às suas necessidades com o intuito de prevenir e/ou reverter situações que ponham em causa a sua autonomia e independência. (DGS, 2006).

As quedas e seus fatores de risco representam uma ameaça séria para estas pessoas e enquadram-se no leque de problemas possíveis de prevenir. São acontecimentos complexos na sua etiologia, com consequências sérias para o indivíduo e suas famílias, factos considerados fundamentais para a escolha do tema como prioritário.

Como futuros Especialistas em Enfermagem Comunitária, espera-se que o contato privilegiado com os idosos nos seus reais contextos de vida permita uma intervenção, centrada na prevenção, capaz de modificar comportamentos e produzir ganhos em saúde. Contudo, em primeiro lugar, é necessário que o problema, bem como as necessidades associadas, esteja devidamente identificados, para que seja possível prescrever cuidados com base na melhor evidência científica.

Encontrando-nos a desenvolver competências numa Unidade de Saúde Familiar (USF), ficou claro desde o início a inexistência de procedimentos direcionados ao diagnóstico e tratamento do risco de queda da população idosa. Assim, após ter ficado claro, no diagnóstico de situação residual, que a queda acidental era muito prevalente e

simultaneamente desconsiderada pelos profissionais de saúde, propusemo-nos a estruturar uma consulta de rastreio e um procedimento de atuação para prevenção do risco de queda.

Estando a trabalhar em equipa com outra estudante de especialidade, desenvolvemos em conjunto o algoritmo de triagem e construímos em separado o procedimento de intervenção, ficando ao nosso encargo, a prevenção de quedas em contexto domiciliário, tendo em conta os fatores ambientais e comportamentais associados.

No terceiro estágio, sendo a estudante de outra realidade cultural, fez sentido desenvolver competências numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), por forma a consciencializar-se do potencial terapêutico da enfermagem, centrada em grupos e settings específicos de uma comunidade, bem como compreender os processos de gestão associados ao sistema de saúde português.

Com o desenvolvimento deste percurso foi nossa pretensão atingir os seguintes objetivos: Melhorar as competências na elaboração de um diagnóstico de saúde; priorizar metodologicamente as áreas centrais de intervenção; elaborar um projeto de intervenção comunitária centrado na obtenção de ganhos em saúde; conhecer as áreas de intervenção comunitária e os procedimentos desenvolvidos pelo sistema de saúde português; e refletir criticamente sobre a aquisição de competências adquiridas.

Quanto à estrutura, o trabalho divide-se em seis capítulos. No primeiro fazemos o enquadramento teórico, definindo os diversos fenómenos de enfermagem privilegiados pelo diagnóstico de saúde, com principal desenvolvimento relativo à queda acidental. No segundo abordamos a metodologia utilizada para concretizar com êxito os diversos estágios de Enfermagem Comunitária. Seguidamente apresentamos, de forma sucinta, os principais fenómenos de enfermagem identificados como problemáticos e o processo de priorização para a escolha do diagnóstico a intervir. No quarto relatamos a intervenção comunitária, desde a estruturação da consulta até à sua testagem efetiva. No quinto descrevemos os recursos e os processos da unidade de saúde onde se realizou o módulo III, assim como as reflexões pessoais sobre o nosso possível contributo para a melhoria do sistema de assistência. Finalmente, no último capítulo, fazemos uma reflexão sobre as competências desenvolvidas durante os três estágios do curso.

Capítulo 1 - Síntese da revisão bibliográfica.

No início da fase conceptual, o investigador define conceitos, desenvolve ideias e junta documentação sobre a temática a investigar, com vista a esclarecer o conteúdo do problema. (Fortin, 2009). Assim, neste capítulo será apresentada uma síntese da revisão bibliográfica realizada para a elaboração do diagnóstico de saúde e prescrição de cuidados.

1.1 - Envelhecimento demográfico.

O envelhecimento demográfico é um acontecimento mundial. A diminuição da taxa de fertilidade e mortalidade, com o coerente aumento da esperança média de vida, têm contribuído para que este fenómeno se intensifique desde há algumas décadas, com tendência a acentuar-se no futuro (OMS, 2015). Conhecer as circunstâncias deste envelhecimento ajuda a compreender e fundamentar a atuação do enfermeiro junto da população idosa.

Em 2015 o índice de envelhecimento da população portuguesa agravou-se para 147 (era de 128 em 2011), o que significa que por cada 100 jovens há 147 idosos. As projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE) apontam para que este índice possa (no cenário central) mais do que duplicar entre 2015 e 2080, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens (INE, 2017). A realidade do município do Porto tende a ser ainda mais agravada, ultrapassando substancialmente a média nacional. Em 2015 o índice de envelhecimento neste concelho era de 219 e no nacional era de 147, (INE, 2017).

Para efeitos do nosso estudo importa também considerar o índice de longevidade¹ que tem vindo a aumentar (em 1991 era de 39% e atingiu em 2011 os 48%, sendo a tendência crescente) com o aumento da esperança média de vida (DGS, 2014).

¹ Medida que relaciona a população com 75 ou mais anos com o total da população idosa

O Plano Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas (PNSPI) realça precisamente a necessidade de pensar o envelhecimento numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia (DGS, 2006). Na mesma linha a OMS emanou em 2015 o conceito de envelhecimento saudável, definindo-o como “*o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada*” (OMS, 2015 p. 28).

Um envelhecimento bem-sucedido está muito relacionado com os dois conceitos acima referidos: autonomia e independência, que não sendo sinónimos definem situações complementares (Sequeira, 2010). A autonomia refere-se à capacidade da pessoa para gerir a vida do dia-a-dia, de acordo com as próprias regras e preferências, ao passo que a independência diz respeito à capacidade da pessoa para realizar as atividades de vida diária, permitindo-lhe viver na comunidade, sem ajuda ou pequena ajuda de outrem (OMS, 2002).

Para a manutenção da autonomia e da independência é, pois, necessário que um conjunto de fatores permaneçam estáveis e sob o controlo da pessoa idosa; assim, com o diagnóstico de saúde pretendemos avaliar a existência de problemas/ necessidades ao nível de cinco fenómenos considerados centrais ao envelhecimento saudável, nomeadamente, o estado nutricional, a capacidade cognitiva e funcional, o risco de queda e a gestão/ adesão ao regime terapêutico prescrito. Uma vez que na fase de intervenção iremos abordar a prevenção de quedas, será desenvolvido bibliograficamente, com maior rigor, este fenómeno. A consulta da revisão integral poderá ser lida no Apêndice 1.

1.2 - Estado nutricional

Ao longo do processo de envelhecimento há perda progressiva de massa óssea, massa magra e água, aumentando a gordura no organismo; existem ainda fatores como a diminuição da percepção sensorial, donde se destacam a sensibilidade olfativa e gustativa, que afetam o apetite, bem como a visão e o tato que, juntamente com a diminuição da capacidade motora, interferem com a habilidade para preparar as refeições; sobressaem ainda fatores como baixo poder económico, isolamento social, mastigação e absorção de alimentos deficientes, que tornam difícil a manutenção de um bom estado nutricional (Loureiro, 2008)

A conjugação destes fatores pode conduzir à síndrome de fragilidade geriátrica, caracterizada pela perda de peso, fadiga, diminuição da força física e diminuição para resistir

às agregções do meio ambiente, provocando uma maior morbimortalidade do idoso (Loureiro, 2008; Henriques 2011).

Geralmente, a responsabilidade do manejo dos idosos com condições nutricionais crônicas recaem sobre o próprio paciente e sua família, cenário em que o enfermeiro desempenha um papel importante na orientação, educação, aconselhamento, feedback e gerenciamento desse processo (Chodosh, J., 2005).

1.3 - Capacidade cognitiva

Ainda que nem todas as funções cognitivas sofram alterações com a idade, é natural que no decorrer do processo de envelhecimento algumas capacidades cognitivas como a memória e a velocidade de processamento da informação vão diminuindo, tornando mais difícil realizar tarefas complexas que exijam estar atento a várias coisas em simultâneo ou mudar o centro de atenção (OMS, 2015). Felizmente este declínio natural das funções cognitivas, nem sempre resulta em comprometimento da autonomia e independência. Muitos idosos, apesar de algumas alterações cognitivas conseguem manter as suas atividades quotidianas. O facto do declínio cognitivo ser gradual, permite ao idoso readaptar-se e dessa forma atenuar o impacto destas alterações (Sequeira, 2010).

O declínio acontece muitas vezes associado a outros fatores para além da idade, como sejam o desuso, a depressão, o consumo de álcool ou medicamentos, a falta de motivação e/ou de confiança, a solidão e o isolamento (OMS, 2002). Intervir nestes fatores pode contribuir para atrasar e atenuar os efeitos da deterioração cognitiva, o que se torna essencial se tivermos em conta que alterações significativas a nível cognitivo interferem no funcionamento global do idoso com repercussões ao nível da sua independência e autonomia.

Por vezes, tende a confundir-se défice cognitivo ligeiro e demência, embora sejam entidades clínicas distintas. A primeira precede muitas vezes a segunda, pelo que é essencial diagnosticar precocemente défices cognitivos, com o intuito de desenvolver intervenções terapêuticas em fases iniciais (Petersen, et al., 2008). Programas de estimulação cognitiva dirigidos a pessoas com défice cognitivo ligeiro potenciam a cognição, melhoram a autonomia e minimizam o impacto dos défices (Costa, et al., 2013).

Manter a saúde cognitiva no idoso é fundamental. Nesse sentido, assegurar a prática de atividade física e a manutenção da atividade intelectual regular, podem ser importantes contributos. Na verdade, grande parte do envolvimento dos enfermeiros com esta população idosa costuma ter relação com assistência às demandas impostas pelos desafios em saúde (Eliopoulos C., 2010).

1.4 - Capacidade funcional

Ao avaliar as necessidades de saúde de uma pessoa idosa, não basta identificar as alterações fisiológicas que estão a ocorrer, é fundamental perceber como estas alterações se estão a repercutir em termos de funcionalidade do indivíduo, uma vez que a manutenção da capacidade funcional é um determinante major do envelhecimento saudável, na medida em que *“compreende os atributos relacionados com a saúde que permitem a uma pessoa ser e fazer o que é importante para si”* (OMS, 2015 p. 30). A capacidade funcional é composta pela capacidade intrínseca do indivíduo (capacidades físicas e mentais), pelas características do ambiente que interferem nessa capacidade e pelas interações que se estabelecem entre indivíduo e ambiente (OMS, 2015).

A inatividade surge, em muitos casos, como uma consequência das limitações decorrentes do processo de envelhecimento, embora também possa constituir-se como causa dessas limitações, na medida em que muitas destas alterações surgem porque as pessoas vão gradualmente diminuindo a sua atividade. Daí a importância de manter uma atividade física regular que ajude a retardar o processo natural de envelhecimento e permita a manutenção de uma capacidade funcional satisfatória.

O declínio da funcionalidade acaba, grande parte das vezes, por resultar em dependência. Situações de dependência podem surgir de forma abrupta, em resultado de acidentes ou de doenças súbitas, ou de forma gradual, resultante de um declínio gradual progressivo. Este último cenário exige dos profissionais de saúde uma atenção especial direcionada a prevenir a deterioração. Uma avaliação precoce dos idosos, identificando limitações e défices de forma a prescrever e implementar intervenções direcionadas e adaptadas às suas reais necessidades torna-se essencial (Sequeira, 2010).

Qualquer ação pensada com vista a promover o envelhecimento saudável, terá como objetivo promover a capacidade funcional, o que pode ser conseguido: “apoio a

construção e manutenção de capacidade intrínseca e tornando possível que aqueles que apresentam um declínio da sua capacidade funcional façam coisas que são importantes para eles” (OMS, 2015 p. 32).

Para tal, as intervenções têm de ser ajustadas e direcionadas às necessidades da pessoa idosa. Segundo o quadro de saúde pública para o Envelhecimento Saudável, apresentado pela OMS, existem três subpopulações de idosos: os que têm capacidade intrínseca alta e estável e cuja abordagem se deve centrar em fomentar e manter esta capacidade o maior tempo possível; os que apresentam declínio na capacidade muitas vezes associadas ao surgimento de doenças e cujo objetivo passa por reduzir ao mínimo os efeitos destas condições na capacidade geral da pessoa; e aqueles que têm perda significativa da capacidade, em que devem ser promovidos cuidados de suporte de longa duração (OMS, 2015). Se as necessidades de cada um dos subgrupos forem atendidas será possível aumentar a capacidade funcional dos idosos contribuindo para reduzir as situações de dependência.

1.5 - Adesão ao regime medicamentoso

A OMS (2003) define adesão ao regime terapêutico como a medida em que o comportamento de uma pessoa - em relação à toma da medicação, ao cumprimento de uma dieta e à implementação de mudanças no estilo de vida - corresponde às recomendações de um profissional de saúde. A não adesão acontece quando não existe concordância entre o comportamento do indivíduo e as prescrições. Estima-se que nos países desenvolvidos a taxa de adesão ao tratamento, nas situações de doença crónica, seja em média de 50%, sendo mais baixa nos países em desenvolvimento, o que leva a OMS a classificar a “não adesão” como “um problema mundial de magnitude impressionante”.

A não adesão ao tratamento tem implicações a nível pessoal, económico e social e contribui para o aumento da morbilidade e mortalidade, redução da qualidade de vida, insatisfação dos clientes (ICN/OE, 2009) e desperdício de recursos de saúde (OMS, 2003).

As intervenções destinadas a melhorar a adesão terapêutica visam reduzir as idas à urgência, os internamentos por descompensações eventos adversos e melhorar a qualidade de vida, constituindo-se assim como um importante contributo para a melhoria da saúde da população idosa (Monterroso, et al., 2015).

A adesão sendo um comportamento consciente e voluntário, que expressa a vontade individual para adotar as recomendações sugeridas pelos profissionais de saúde, engloba-se num conjunto de respostas humanas, sensíveis aos cuidados de enfermagem, cuja parceria de cuidados pode potencialmente gerar ganhos em saúde (OMS, 2003) (ICN/OE, 2009) e que é distinto do conceito mais redutor de “*compliance*”, em que a principal preocupação é o cumprimento da prescrição, independentemente da tomada de decisão a ele associada.

Nesse sentido, apesar de ser um conceito abrangente, no presente estudo iremos centrarmo-nos apenas na adesão ao regime medicamentoso, problema observado como central para a manutenção de um envelhecimento saudável (OMS, 2015).

Os idosos consomem em geral um elevado número de fármacos, muitas vezes com regimes medicamentosos bastante complexos, sem que sejam adequadamente acompanhados, o que potencia situações de gestão medicamentosa ineficaz ou fenómenos de não adesão, com repercussões negativas diversas (Almeida A, et al., 2017) . A gestão/adesão ao regime medicamentoso assume-se assim como um determinante de saúde sobre o qual é necessário diagnosticar e intervir, especialmente na população idosa, uma vez que as tarefas subjacentes a uma gestão eficaz se tornam mais difíceis à medida que a capacidade física e cognitiva tende a diminuir (Santos M., et al., 2010).

A definição de polimedicação não é consensual. Henriques (2011), citando diversos autores, apresenta várias definições possíveis. Polimedicação é considerada por alguns como a “*prescrição inadequada para a situação clínica*”, por outros, como “*o uso de vários medicamentos em simultâneo*” ou “*o uso concomitante de quatro ou mais medicamentos*”. Há também definições que pressupõem a classificação em “*polimedicação menor (dois a quatro comprimidos)* e *polimedicação major (mais do que quatro)*” ou “*ligeira (dois a três medicamentos), moderada (quatro a cinco medicamentos) ou grave (mais de cinco medicamentos)*”. Neste estudo consideramos polimedicação como o consumo de 5 ou mais fármacos.

O elevado consumo de medicamentos potencia, em qualquer idade, o surgimento de interações medicamentosas. Associando a este consumo as alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, o risco de efeitos adversos aumenta consideravelmente. Além de que o aumento do número de fármacos e do número de prescritores são fatores que influenciam bastante a adesão (Almeida A, et al., 2017).

Gerir o regime medicamentoso exige, por isso, capacidade para realizar um conjunto de tarefas que conjugam funcionalidade física (por exemplo, ir comprar os medicamentos, abrir as caixas, manipular os inaladores), com capacidade cognitiva (para saber o nome dos medicamentos, para que servem e lembrar a hora das tomas) (Henriques, 2011). No entanto, na prática clínica muitas pessoas são diagnosticadas como “não aderentes” quando o que apresentam são dificuldades/ incapacidades para gerir o esquema de medicação, por vezes muito complexo, devido à conjugação de múltiplos fármacos, múltiplas tomas e com indicações específicas; assim, ficam reunidas um conjunto de razões que contribuem para a ineficácia da farmacoterapia (Almeida A, et al., 2017).

Torna-se por isso fundamental que os profissionais de saúde se empenhem na simplificação do regime medicamentoso dos doentes que acompanham (Almeida A, et al., 2017). É também essencial conhecer os fatores que individualmente influenciam esta gestão, de forma a perceber que tipo de ajuda a pessoa necessita para uma gestão eficaz (Henriques, 2011), contribuindo desta forma para melhorar a adesão.

1.6 - Quedas

As quedas são um problema frequente em todas as faixas etárias, mas o seu impacto não é igual ao longo da vida. Na população idosa é um problema com repercussões especialmente importantes, provocando maior incapacidade, internamentos mais prolongados, longos períodos de reabilitação, maiores riscos de dependência e morte prematura (OMS, 2002), assumindo-se assim como um importante problema de saúde pública entre as pessoas idosas, que é fundamental prevenir.

Estudos referenciados pela OMS apontam para que cerca de 30% das pessoas com 65 ou mais anos e 50% com 85 ou mais, que vivem na comunidade, sofram pelo menos uma queda/ano (OMS, 2015). Em Portugal, dados do relatório Adelia 2006-2008, demonstram que os acidentes na população acima dos 65 anos acontecem maioritariamente em casa, sendo as quedas os acidentes mais frequentes, em especial nos indivíduos com 75 ou mais anos, onde estas representam mais de 90% de todos os acidentes registados. Os internamentos resultantes de acidentes tendem a aumentar com a idade, assim como o tempo médio de internamento, sendo especialmente significativos nos idosos acima dos 75 anos (INSA, 2011).

As lesões provocadas pelas quedas são variadas, podendo oscilar de pequenos hematomas ou escoriações, a fraturas ou outras lesões com repercussões muito graves (OMS, 2015). Entre 4 a 15% das quedas provocam lesões significativas enquanto 23 a 40% das mortes relacionadas com lesões, nas pessoas idosas, se devem a quedas (OMS, 2015), sendo a principal causa de hospitalização relacionada com lesões em pessoas acima dos 65 anos e representando 1% do total de mortes nessa faixa etária (Lord, et al., 2007).

As características e os elementos do meio em que o idoso circula constituem um fator de risco para a sua ocorrência. Segundo a OMS, os fatores relacionados com o meio ambiente são uma causa major para risco de queda na população idosa e associa-se a 30 a 50% das quedas (OMS, 2007).

Fatores de risco

Conhecendo a magnitude do problema e cientes de que a maioria das quedas podem ser prevenidas é necessário enveredar esforços para reduzir a sua incidência. Este constitui-se como um dos grandes desafios colocados pelo envelhecimento. O facto de se tratar de um problema com etiologia multifatorial nem sempre facilita esta tarefa, pelo que se torna essencial a identificação dos fatores que concorrem para o risco de queda. O primeiro passo para prevenir quedas deve ser a identificação do risco. Desta forma a intervenção pode ser priorizada aos que mais necessitam dela (De Oliveira A., et al., 2014).

Assim os fatores para o risco de queda são classificados em Intrínsecos, extrínsecos e comportamentais.

Risco intrínseco

Os fatores intrínsecos são os relacionados com o próprio indivíduo. Neste grupo podemos incluir os fatores sociodemográficos (idade avançada, género feminino, história anterior de quedas, viver sozinho, dependência nas atividades de vida diária); as alterações no equilíbrio; os fatores sensoriais e neuromusculares (défices visuais, alterações proprioceptivas, diminuição da força muscular e do tempo de reação); os fatores psicológicos, como o medo de cair; condições médicas, de que são exemplo os estados demenciais, a depressão, doenças crónicas associadas, tonturas e problemas nos pés e por fim o uso de medicamentos, quer sejam fenómenos de polimedicação ou consumo de grupos farmacológicos específicos com especial relevo para os psicofármacos (Lord, et al., 2007).

Risco extrínseco

São os fatores relacionados com o meio ambiente onde o idoso vive. As características e os elementos do meio em que o idoso circula constituem um fator de risco para a ocorrência de quedas. Segundo a OMS, os fatores relacionados com o meio são a principal causa de quedas no idoso associando-se a 30-50% das quedas (OMS, 2007).

Os obstáculos no meio domiciliar podem contribuir para o aumento do risco de queda através de mecanismos essenciais, obrigando a pessoa a adotar posições exageradas ou em desequilíbrio, a escorregar ou cair ou se forem colocadas sobre estes uma carga que provavelmente eles não suportam. A inexistência de apoios pode também ser considerado um obstáculo quando a presença dos mesmos seria útil para ajudar a evitar uma queda (Gill et al., 1999; Leclerc et al., 2010).

Os fatores extrínsecos estão associados ao ambiente quer seja no domicílio – iluminação insuficiente, piso escorregadio, superfícies irregulares, tapetes soltos, degraus estreitos, inexistência de corrimões – ou em locais públicos – pavimentos irregulares e escorregadios, fraca iluminação, barreiras arquitetônicas, obstáculos não sinalizados, transportes públicos sem condições de segurança. Também podem ser considerados a utilização de calçado e/ou de dispositivos de marcha inadequados ou mal adaptados (OMS, 2007).

Podemos ainda associar o uso inadequado de calçado ou de roupa demasiado comprida ou apertada. Relativamente ao calçado é importante descrever que é comum, principalmente no verão, o uso de chinelos, este é um tipo de calçado confortável e flexível que permite uma adaptação aos pés principalmente quando já apresentam deformidades causadoras de dor e desconforto, no entanto, os chinelos não conferem estabilidade aos pés e não são eficazes como os sapatos na proteção contra agressões (Menant et al., 2008).

Fatores comportamentais

Os fatores comportamentais são aqueles que estão relacionados com as escolhas dos idosos no que respeita à interação com o ambiente (OMS, 2007). A adoção de comportamentos de risco aumenta a probabilidade de queda. Entre estes comportamentos incluem-se subir a cadeiras ou escadotes, andar demasiado rápido, não utilizar os dispositivos de marcha de que dispõem ou utilizá-los de forma incorreta, entre outros (Fabrício S. et al., 2004).

O medo e a perda de confiança resultante de uma ou várias quedas, pode originar diminuição da capacidade funcional, depressão, baixa autoestima e isolamento social, levando às vezes a graves situações sociais e familiares (Buksman et al,2008).

Prevenção de quedas.

A prevenção deve começar, por um lado, com a sensibilização da sociedade em geral para a necessidade de encarar o envelhecimento como uma fase da vida que merece atenção e cuidado de todos e, por outro, pelo reforço da importância do problema das quedas nos idosos realçando a possibilidade de prevenção.

A evidência tem demonstrado que a avaliação dos fatores de risco de queda, nos idosos que vivem na comunidade e a implementação de projetos de intervenção a eles direcionados, é efetiva na redução de quedas e apresenta uma boa relação custo-benefício (OMS, 2007).

Para Maciel A (2010), as medidas preventivas relativamente às quedas nas pessoas idosas passam por orientações individualizadas, com envolvimento dos familiares:

- Conscientizar acerca dos riscos e das consequências associadas às quedas;
- Assegurar a segurança do ambiente em que a pessoa vive e circula;
- Promover estilos de vida saudáveis no que se refere a dieta e exercício físico;
- Preservar o bom estado nutricional;
- Racionalizar a prescrição de fármacos e reconciliar os atuais esquemas;
- Avaliação anual e manutenção da saúde oftalmológica;
- Promover a atividade e o exercício físico;
- Corrigir os fatores de risco ambiental

Capítulo 2 - Metodologia.

Neste capítulo descrevemos a metodologia associada ao Planejamento em Saúde, utilizada ao longo do estágio, o planejamento em saúde caracteriza-se pelo processo de analisar a realidade e organizar os caminhos para se atingir um objetivo coletivo. Este processo envolve um exercício da razão e da sensibilidade, que engloba atividades de maior ou menor complexidade, proporcionando a construção de planos para enfrentar situações atuais ou futuras (Queirós, P., et al., 2010).

Em seguida abordaremos todas as etapas do planejamento em saúde.

2.1 - Diagnóstico de saúde.

O diagnóstico de saúde é a primeira etapa do planejamento em saúde, pois permite aferir o estado da comunidade relativamente ao conjunto de problemas que se pretendem estudar. Este deve ser suficientemente alargado, de modo a permitir identificar os principais problemas de saúde e fatores condicionantes, bem como aprofundado, sucinto e claro (Imperatori e Giraldes, 1993).

Definição da área programática.

Conjugando uma das nossas áreas de interesse, a reflexão suscitada pelo envelhecimento populacional e os desafios por ele colocados, com o facto de realizarmos o estágio numa USF, onde a população idosa começa a ser predominante, emergiu de forma natural a saúde do idoso como foco de atenção a ser explorado.

Optamos por estudar a faixa etária acima dos 75 anos, pois como foi referido anteriormente, os défices associados ao processo de senescência têm tendência a agravar-se a partir desta idade. É, por isso, um grupo especialmente vulnerável, sendo necessário atender às suas necessidades com o intuito de prevenir e/ou reverter situações que ponham em causa a sua autonomia e independência (OMS, 2015).

Para a seleção dos fenómenos a trabalhar, tivemos em conta a necessidade de realizar uma avaliação multidimensional para identificar os determinantes de saúde que mais condicionam a autonomia e a independência. Assim, para este estudo, definimos como áreas da funcionalidade a investigar o estado nutricional, a capacidade cognitiva e funcional, o risco de queda e a gestão/adesão ao regime medicamentoso.

Especificação dos objetivos

De acordo com a vulnerabilidade sensível aos cuidados de enfermagem, inerente às cinco áreas selecionadas, definimos como objetivos:

- a. Caraterizar o estado nutricional:
 - Quantificar a prevalença de excesso de peso
 - Quantificar a prevalença de desnutrição
- b. Caraterizar o status cognitivo:
 - Identificar a prevalência de pessoas com suspeita de défice cognitivo
- c. Caraterizar a dependência funcional:
 - Caraterizar a dependência nas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD)
 - Caraterizar a dependência nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)
- d. Caraterizar o risco de queda:
 - Quantificar a prevalência de queda no último ano.
 - Caraterizar a anamnese das quedas
 - Identificar défices de equilíbrio (estático e dinâmico)
 - Caraterizar o medo de cair
- e. Caraterizar a adesão ao regime medicamentoso:
 - Identificar a prevalência de polimedicação
 - Identificar os fatores que comprometem a gestão ao regime medicamentoso
 - Caraterizar a adesão ou regime medicamentoso
 - Identificar a taxa de cobertura vacinal (tétano e gripe)

Para a obtenção de resultados planeamos um estudo observacional descritivo de caráter transversal.

Equipa de Trabalho.

A equipa de trabalho foi constituída pelas duas estudantes Cecília Venegas e Rita Moreira, com a colaboração do enfermeiro tutor, e sob a orientação do professor da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

Os locais de trabalho utilizados quer para o planeamento do diagnóstico de situação, como para a fase de tratamento dos dados foram as instalações da USF e da UCP.

O cronograma das atividades realizadas encontra-se definido no Apêndice 2.

Identificação e caracterização da comunidade

A USF conta atualmente com 14.605 utentes inscritos dos quais, 1.788 têm 75 ou mais anos, o que corresponde a 12,24% da população. As mulheres são em maior número (7.982) do que os homens (6.606). Sendo a discrepância entre homens e mulheres muito mais evidente na faixa etária acima dos 75 anos onde existem 1.123 mulheres e apenas 665 homens. A comunidade dispõe de diversos recursos potencialmente úteis para a população idosa (Quadro 1).

Quadro 1 - Recursos disponíveis na comunidade em estudo

Recursos de Saúde: Hospitais, ACES, Ambulâncias Bombeiros, Outros serviços de saúde
Recursos sociais de apoio a idosos: Centros de Convívio, Centros de dia, Serviços de Apoio Domiciliário, Lares.
Recursos religiosos: Paróquias
Recursos culturais: Instituições Culturais
Espaços de Lazer: Parques/Jardins
Transportes: Metro, Autocarros, Táxi,
Outros Recursos: Junta de Freguesia, Cemitério, Loja Social.

Escolha das variáveis e construção do instrumento de recolha de dados

O processo de escolha das variáveis foi um processo difícil e moroso. Para realizar uma avaliação multidimensional e dar resposta aos objetivos elencados, foi necessário recorrer à construção de muitas variáveis para que fosse consistente. No entanto, dado que este se tratava de um percurso académico, privilegiou-se a correta abordagem aos conteúdos de forma a realizar um diagnóstico de saúde abrangente, colocando a ênfase na aquisição de competências relativas ao concretizar das várias etapas e assumindo a possibilidade de não conseguir um número de participantes que permitissem tirar muitas conclusões estatisticamente significativas.

Tendo em conta a população em estudo, ficou claro desde o início que o IRD a utilizar seria um formulário, de forma a permitir o esclarecimento e clarificação das questões. Esse

formulário ficou assim constituído por trinta e sete questões (Apêndice 3), oito das quais são testes/escalas devidamente adaptados e validados para a população portuguesa e amplamente difundidos a nível internacional. As restantes questões são maioritariamente perguntas fechadas, existindo algumas perguntas mistas.

O IRD ficou dividido em seis partes. A parte I refere-se à caracterização sociodemográfica e avaliação do funcionamento familiar; a parte II à avaliação do estado nutricional; seguida da parte III dedicada à capacidade funcional; da parte IV que aborda a capacidade cognitiva; da parte V que diz respeito ao risco de queda e finalmente, a última parte, alusiva à gestão e adesão do regime medicamentoso (Quadro 2).

Quadro 2 - Variáveis em estudo

	Variável	Classificação	Codificação e Operacionalização
Características Sociodemográficas	Idade	Discreta	Idade em anos
	Sexo	Qualitativa nominal	Divide-se em género masculino e feminino
	Estado Civil		Divisão de acordo com o código civil :Solteiro casado/União de facto, viúvo, divorciado.
	Habilitações Literárias	Qualitativa ordinal	Divisão por ciclos de escolaridade: Analfabeto, 1º ciclo incompleto, 1º ciclo completo, 2º ciclo, 3º ciclo, ensino secundário, ensino Superior, mestrado e Doutoramento
	Coabitação	Qualitativa nominal	Diz respeito ao conjunto de pessoas que vivem na mesma residência. Divide-se em: Vive sozinho, Vive acompanhado. Vivendo acompanhado, consideram-se as seguintes categorias: apenas com o esposo(a); com o esposo(a) e outro(s) familiar(es) ou amigo(s); com o Esposo(a) e com alguém remunerado que cuida de si; com familiar(es) e/ou amigo(s) que não o esposo/companheiro(a); com alguém remunerado que cuida de si; Outro. Quem
Prestador de cuidados	Refere-se à existência de um prestador de cuidados. As opções de resposta são: sim e não. Havendo prestador de cuidados, pretende-se identificar quem exerce esse papel, através das seguintes hipóteses: Esposo/companheiro; filho, genro ou nora; neto, irmão ou cunhado; alguém remunerado que cuida de si; Outro. Quem		
Caracterização Familiar	Funcionalidade familiar	Discreta e/ou ordinal	Refere-se ao funcionamento da família e ao grau de satisfação no cumprimento dos parâmetros básicos da função familiar. É avaliada pela aplicação do Apgar Familiar de Smilkstein, que avalia cinco parâmetros do funcionamento familiar (adaptação; participação; crescimento; afeição e decisão), classificando as famílias em: Família altamente funcional, família com moderada disfunção, família com disfunção acentuada
Estado Nutricional	Índice de Massa Corporal (IMC)	Contínua e/ou ordinal	O IMC, calculado através da fórmula: $\text{Peso (Kg)} / \text{Altura}^2 \text{ (m)}$ permite avaliar a adequação entre o peso e a altura de um indivíduo. Tendo por base a classificação da OMS, adotada pela DGS na orientação n.º017/2013 sobre a “Avaliação antropométrica no adulto” consideram-se: Baixo peso (se <18,5), peso normal (se ≥18,5 e <25,0), pré obesidade (se ≥25,0 e <30,0), obesidade (se ≥30)
	Estado Nutricional	Discreta e/ou ordinal	O estado nutricional de um indivíduo resulta do equilíbrio entre a ingestão e a necessidade de nutrientes e é influenciada por diversos fatores. Para avaliar o estado nutricional recorreremos ao <i>Mini-Nutritional Assessment</i> que permite classificar os indivíduos em: estado nutricional normal (12-14 pontos); sob risco de desnutrição (8-11 pontos); desnutrido (0-7 pontos)
Capacidade cognitiva	Função cognitiva	Discreta e/ou ordinal	Para avaliação da função cognitiva utiliza-se o Mini Mental State Examination que avalia de forma breve o estado mental em 6 áreas: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Classifica os indivíduos com défice cognitivo e sem défice cognitivo.

Capacidade Funcional	Necessidade de ajuda para a locomoção	Discreta e/ou ordinal	Refere-se ao tipo de ajuda que o indivíduo necessita para se deslocar em dois ambientes distintos: no domicílio e no exterior. Foi codificada com as seguintes opções: Independente; independente com dispositivo de ajuda; necessita de ajuda humana; impossibilidade de se deslocar
	ABVD	Discreta e/ou ordinal	Refere-se à capacidade dos indivíduos para realizar as ABVD. É avaliada pela aplicação do Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965 Adaptado por Sequeira 2007). Os indivíduos são classificados em 5 níveis de dependência: Independentes, ligeiramente dependentes; moderadamente dependentes; severamente dependentes; totalmente dependentes. Este índice pode também ser analisado em 3 fatores: higiene; mobilidade; controlo dos esfíncteres intestinal e vesical
	AIVD	Discreta e/ou ordinal	Refere-se à capacidade dos indivíduos para realizar as AIVD. É avaliada pela aplicação do Índice de Lawton-Brody, que classifica os indivíduos em: independente; moderadamente dependente; severamente dependente
Risco de Queda	Número de Quedas	Discreta	Diz respeito ao número de quedas que o indivíduo teve no último ano.
	Anamnese da queda	Qualitativa nominal	Operacionaliza-se em: local da queda; fora ou dentro da casa; altura do dia; atividade no momento da queda; motivo; necessidade de ajuda para se levantar; necessidade de utilização de serviços de saúde; lesões resultantes; necessidade de internamento.
	Risco de Queda, relacionado com o equilíbrio	Discreta e/ou ordinal	O risco de queda devido ao equilíbrio é avaliado com o Índice de Tinetti que é constituído por dois testes: teste de equilíbrio e teste de marcha que permite classificar os indivíduos quanto ao risco de cair, em: risco elevado; risco moderado; baixo risco.
	Medo de cair	Discreta	Avaliada através da aplicação da Falls Efficacy Scale (FES). Esta escala permite avaliar o grau de confiança para realizar 10 atividades O somatório dos valores dos itens varia entre 10 e 100. Quanto maior a pontuação, maior a confiança para realizar as atividades.
Gestão/ Adesão ao regime medicamentoso	N.º de fármacos	Discreta	Diz respeito ao número de medicamentos que o idoso consumiu na última semana. Operacionalizou-se em números inteiros, a partir de 0.
	Fármacos consumidos	Qualitativa nominal	Diz respeito aos medicamentos consumidos na última semana, através da identificação do nome de cada um dos fármacos. Para a operacionalização, agruparam-se os medicamentos por grupos farmacológicos de acordo com a classificação farmacoterapêutica oficial dos medicamentos em Portugal. De entre todos os grupos farmacológicos consideraram-se aqueles com maior relevância na população em estudo para as variáveis em análise. Agruparam-se assim os medicamentos em 35 grupos, mantendo cada grupo farmacológico a numeração utilizada no prontuário terapêutico.
	Prazo de validade da medicação	Qualitativa nominal	Pretende-se avaliar a existência de medicação fora do prazo, através da observação do prazo de validade da medicação. Operacionalizou-se em: todos os fármacos dentro do prazo de validade; alguns fármacos fora do prazo de validade.
	Conhecimento sobre o Regime medicamentoso	Qualitativa nominal	Avalia o conhecimento do indivíduo sobre os fármacos que toma, Operacionaliza-se em: sabe para que servem todos os fármacos; sabe para que servem alguns fármacos; não sabe para que serve nenhum dos fármacos
	Número de Prescritores	Discreta	Através da resposta à questão “quem prescreveu cada um dos medicamentos” é possível quantificar o número de prescritores. Operacionalizou-se em números inteiros, a partir de 1.
	Quem prescreveu?	Qualitativa nominal	Pretende averiguar se todos os fármacos consumidos resultam de prescrição médica. Operacionalizou-se em: Todos os fármacos prescritos por médico; existem fármacos sem prescrição médica
	Quem gere a medicação	Qualitativa ordinal	Pretende verificar se o indivíduo é capaz de gerir a sua medicação. Usou-se o oitavo item do Índice de Lawton, para obter esta informação: responsável pela sua medicação; necessita que lhe preparem a medicação; incapaz de se responsabilizar pela medicação.
	Dificuldades na gestão do regime medicamentoso	Qualitativa nominal	Para avaliar as dificuldades na gestão do regime medicamentoso, apresentam-se um conjunto de sete atividades necessárias à gestão do regime medicamentoso: abrir ou fechar as embalagens; ler o que está escrito na embalagem; tomar o medicamento; ir ao médico renovar as receitas a tempo; ir à farmácia comprar os medicamentos; ter dinheiro para comprar a medicação; planejar para tomar fora de casa. Para cada tarefa questiona-se se sente dificuldade em realizá-la, tendo como opções de resposta: Sim (com dificuldade); Não (sem dificuldade).

	Adesão ao regime medicamentoso	Discreta	No sentido de quantificar a adesão ao regime medicamentoso foi utilizada a Medida de Adesão ao Tratamento (MAT). Utiliza uma escala de likert com 5 opções de resposta: quase sempre; com frequência, por vezes, raramente, nunca. O somatório dos valores dos itens varia entre 7 e 42. Quanto maior a pontuação, maior a adesão. 7 significa “não adere nada”; 42 significa “adesão total”.
	Adesão à vacinação	Qualitativa nominal	Avalia o comportamento individual face à vacinação antitetânica (Td) e anti-influenza: Divide-se em: sim e não

Determinação da população/amostra

Consultamos as listagens de inscritos na USF, no dia 3 de maio de 2017, e obtivemos uma população de 1788 utentes com 75 ou mais anos. Os critérios definidos para seleccionar a amostra foram: ter capacidade de interagir e responder ao formulário, bem como aceitar participar voluntariamente no estudo. Foi realizado o cálculo amostral relativo à população total, uma vez que não era possível de antemão saber que indivíduos da população reuniam estes critérios, tendo-se obtido para um nível de confiança de 95% e um erro amostral de 5% uma amostra de 317 indivíduos.

Foram destinadas três semanas para a recolha de dados, de acordo com o cronograma estabelecido, assumindo-se a possibilidade de não conseguir um número de participantes que permitissem tirar conclusões estatisticamente significativas.

Ainda que a opção inicial para a colheita de dados fosse o domicílio, o facto de muitos idosos se mostrarem disponíveis para participar no estudo, na USF, mas resistentes em receber-nos em suas casas, fez com que esta hipótese fosse abandonada e se optasse por colher os dados nas instalações da USF.

A amostra foi assim constituída por idosos que nos dias destinados à recolha de dados se dirigiram à USF e reuniam os critérios definidos. Nesses dias tinham consultas e ou tratamentos agendados 179 utentes com 75 ou mais anos, num total de 242 consultas e tratamentos (alguns utentes tinham agendamentos de enfermagem diários ou em dias alternados). Dos 179 utentes, 26 faltaram às consultas, tendo comparecido na USF 153. Foi possível contactar 76 indivíduos, dos quais 4 não reuniam condições para responder ao formulário enquanto 20 se recusaram a participar no estudo, pelo que a amostra final ficou com 52 idosos. Estes números estão longe dos 317 esperados pelo que a amostra não se pode considerar representativa da população.

Pré-Testagem.

Atendendo ao facto de grande parte do IRD ser constituídos por testes/escalas já previamente validadas e adaptadas à população portuguesa, realizou-se o pré-teste num número reduzido de idosos com 75 ou mais anos, não inscritos na USF, a fim de prever o tempo necessário para aplicação do formulário e verificar a compreensão do mesmo por parte dos inquiridos. Não foi necessário realizar qualquer alteração ao instrumento.

Previsão e apresentação dos dados

De forma a facilitar a análise dos dados o formulário (Apêndice 3) foi construído devidamente numerado e codificado.

Os dados colhidos pela aplicação do IRD foram introduzidos numa matriz criada para o efeito em Microsoft Office Excel, e tratada no programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), onde se realizou a análise estatística – descritiva e inferencial.

Para a análise descritiva das variáveis recorreremos ao cálculo dos valores das frequências relativas, absolutas e em alguns casos às medidas de tendência central. Os resultados deste análise mostram-se no Apêndice 4

Para a análise inferencial aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov (Levin R., 2004) para analisar a normalidade das variáveis. Como todas as variáveis apresentavam distribuições normais, recorreu-se a testes paramétrico de associação e correlação. Os parâmetros estudados podem ser consultados no Apêndice 5.

Planeou-se uma reunião com os membros da USF para a apresentação do trabalho realizado, a escrita de um artigo para publicação numa revista e uma comunicação científica num congresso.

Colheita de dados

A opção inicial relativamente ao local para colheita de dados, recaía no domicílio dos idosos, por se entender vantajosa a observação direta no seu contexto sócio familiar. Definiu-se por isso como estratégia, contatar os utentes que nos dias destinados à colheita de dados se dirigiam às instalações da USF e que nos eram referenciados pelos seus enfermeiros de família (a nosso pedido), afim de obtermos o seu consentimento para participarem no estudo e nos receberem nos seus domicílios para a aplicação do IRD.

Contudo esta estratégia não se revelou muito eficaz. Verificou-se por parte dos idosos resistência em receber-nos em suas casas, pelo que foi necessário criar como alternativa a possibilidade de colher os dados nas instalações da USF. Ainda assim alguns utentes, embora em número reduzido, aceitaram receber-nos em suas casas. Acreditamos que tal aconteceu porque ao longo da aplicação do formulário se foi estabelecendo uma relação que permitiu aos idosos superar os receios iniciais de acolherem uma pessoa estranha no seu domicílio. Conseguiu-se desta forma uma amostra de 52 idosos (n=52).

A recolha de dados realizou-se, conforme planeado no cronograma, entre os dias 24 de maio e 14 de junho de 2017.

2.2 - Definição de Prioridades

A definição de prioridades é a segunda fase do processo de planeamento. Trata-se de um processo de tomada de decisão que procura saber que problema(s) se deve(m) tentar solucionar primariamente. Existem critérios (magnitude do problema, transcendência e vulnerabilidade) e técnicas para definir prioridades que se operacionalizará no capítulo seguinte. (Tavares A, 1990).

2.3 - Projeto de intervenção comunitária

A intervenção comunitária pode ser entendida como uma série de ações planeadas na vida dos indivíduos para prevenir ou reduzir a desorganização social ou pessoal e promover o bem-estar da comunidade, com o objetivo de provocar mudança na mesma (Lapalma, A., 2001).

Neste sentido, para facilitar a leitura, optamos por apresentar o projeto de intervenção comunitária no capítulo 4.

Capítulo 3 - Diagnóstico de situação e estabelecimento de prioridades

Neste capítulo descrevem-se de forma sucinta os resultados emergentes do diagnóstico de situação, seguido do processo de priorização para a escolha do(s) problema(s) a intervir.

3.1 - Diagnóstico de situação

O Quadro 3 apresenta os principais resultados emergentes do diagnóstico de situação. Para uma consulta mais pormenorizada, poderá analisar a versão integral no Apêndice 4 e Apêndice 5.

Quadro 3 - Resultados do diagnóstico de situação

Parâmetros avaliados	Resultados
Caracterização sociodemográfica e funcionamento familiar	É uma população predominantemente feminina (63,4%), com baixo nível de instrução. Apesar da maioria viver acompanhada (52%), 30% coabita apenas com o conjugue (muitas vezes da mesma idade), valores que vão de encontro ao que diz a bibliografia, que associa à idade avançada a existência de fraco apoio social. (Rodrigues 2009). Relativamente ao prestador de cuidados, verifica-se que este papel é exercido na maioria dos casos pelos filhos(as) (49%) sendo, contudo, uma percentagem significativa os que referem que o conjugue é o prestador de cuidados (35%), o que chama a atenção para um dos problemas descritos na bibliografia de que muitas vezes são idosos que cuidam de idosos. Apesar dos valores encontrados, a maioria (73%) pertence a uma família altamente funcional.
Estado nutricional	No que diz respeito ao estado nutricional, a maioria da amostra foi classificada como tendo um estado nutricional normal; destaca-se, no entanto os 23% de pessoas em risco de subnutrição, sinónimo de maior vulnerabilidade.
Capacidade funcional	Relativamente à dependência funcional (capacidade para realizar as AIVDs e as ABVDs), a maioria conserva a independência, estando ambas correlacionadas com a idade; à medida que os indivíduos envelhecem, na ausência de qualquer evento crítico gerador de dependência, emergem em primeiro as dificuldades para realizar as AIVDs e só posteriormente as ABVDs. Outro fator preponderante e assumido como de risco para a instalação de processos de dependência é a existência de história de internamentos recentes ou de estados de doença concomitantes
Capacidade cognitiva	A nível da cognição constata-se que 27 % da população apresenta suspeita de défice cognitivo, fator que aparece moderadamente correlacionado com a capacidade funcional.
Risco de queda	Relativamente ao fenómeno das quedas, contabilizaram-se 38 ocorrências, no último ano, divididas entre o domicílio e o exterior; a maioria (n=16) aconteceu durante a realização de atividades domésticas, seguindo-se as ocorridas durante a atividade basal (n=12) e de lazer (n=10). Analisando o risco de queda (pontuação do Índice de Tinetti), 21% apresentou risco moderado e 15% risco elevado, sendo maior nas pessoas mais velhas, que caíam mais vezes e com maior dependência funcional. O medo de cair é também diretamente proporcional ao risco de queda, e é simultaneamente fator de proteção, evitando a ocorrência de quedas, e fator de preocupação, pois influencia o decréscimo da atividade física, aumentando o isolamento social e propiciando o surgimento da síndrome da fragilidade geriátrica.

Gestão/adesão ao regime medicamentoso.	<p>Considerando a gestão ao regime medicamentoso, pode-se concluir que as situações de polimedicação são as mais prevalentes, observando-se casos em que existe um consumo aumentado de fármacos, que em algumas situações atinge 10 medicamentos diferentes por dia, para a qual contribuem as situações de consumo sem prescrição médica (10%).</p> <p>Em relação às tarefas, as que se observa maior dificuldade em concluir são “ir ao médico renovar as receitas” e “ler o que está escrito nas embalagens”, ações fundamentais para garantir a gestão eficaz do regime medicamentoso.</p> <p>Para aferir a adesão ao regime terapêutico utilizou-se a Medida de adesão aos tratamentos (MAT); a amostra apresenta níveis de adesão bastante elevados, tendo presente que estes dados foram obtidos pela resposta do inquirido diretamente a um profissional de saúde. Este facto pode condicionar a resposta do idoso, na medida em que ele tenderá a responder de acordo com aquilo que sabe ser esperado dele (cumprir a terapêutica de acordo com a prescrição médica e as indicações dos profissionais de saúde). É, portanto, possível que, na realidade, os níveis de adesão da amostra, sejam inferiores aos aqui obtidos.</p> <p>Na adesão à vacinação, nomeadamente às vacinas contra o tétano e a gripe, os resultados relevaram uma cobertura vacinal de 96%; os não vacinados invocaram razões para não tomarem as vacinas como ter medo de ficar doente, falta de informação, não ser importante. Assim, estes dados reforçam a importância do profissional de saúde, em particular do enfermeiro, na prestação de informação, esclarecimento e capacitação dos cidadãos para a tomada de decisão.</p>
--	---

Dada a abrangência dos problemas de saúde identificados na amostra e uma vez que muitos deles se relacionam entre si entendeu-se facilitador o seu agrupamento em seis necessidade de saúde de acordo com o explicitado no Quadro 4.

Quadro 4 - Necessidades e Problemas de saúde

	Necessidades	Problemas de Saúde
N1	Estado Nutricional	23% está em risco de desnutrição; 35% apresenta excesso de peso e 12% tem obesidade;
N2	Capacidade Cognitiva	27% apresenta suspeita de défice cognitivo; 38% vive sozinho;
N3	Capacidade Funcional	9% apresenta algum grau de dependência na realização das ABVD (3% ligeiramente dependentes e 6% moderadamente dependentes); 74% são dependentes na realização das AIVD (62% moderadamente dependentes e 12% severamente dependentes);
N4	Risco de Queda	36% apresenta risco de queda devido ao fator equilíbrio: 21% risco moderado e 15% risco elevado; 50% tem antecedentes de queda no último ano; 17% sofreu mais do que uma queda neste período; 50% das quedas aconteceu no domicílio;
N5	Gestão/ Adesão ao Regime Medicamentoso	88% consome pelo menos 4 fármacos; 10% consome fármacos sem prescrição médica; 48% revela falta de conhecimento sobre os fármacos que consome; 19% não gere a sua medicação; 17% revela dificuldades em abrir e fechar as embalagens da medicação; 31% apresenta dificuldades em ler o que está escrito na embalagem; 31% refere dificuldades em ir ao médico renovar as receitas e 21% em ir à farmácia comprar os medicamentos; 15% aponta como dificuldade ter dinheiro para comprar a medicação; 21% tem dificuldade em planear tomas de medicação fora de casa;
N6	Adesão à vacinação	6% não têm a vacinação antitetânica atualizada; 23% não foram vacinados contra a gripe no último ano.

3.2 - Determinação de prioridades.

O Quadro 5, exemplifica a aplicação pela equipa de trabalho do método de comparação por pares (Pinault, R., 1990). Tendo-se obtido como necessidade em saúde

prioritária o Risco de Queda que foi a escolhida quando comparada com cada uma das outras necessidades.

Quadro 5 - Técnica de comparação por pares

Problema.	Comparação por pares					Valor Final	%
Estado nutricional N1	N1	N1	N1	N1	N1	N1=0	0%
	N2	N3	N4	N5	N6		
Capacidade cognitiva N2	N2	N2	N2	N2	N2	N2=3	30%
	N1	N3	N4	N5	N6		
Capacidade funcional N3	N3	N3	N3	N3	N3	N3=1	10%
	N1	N2	N4	N5	N6		
Risco de queda N4	N4	N4	N4	N4	N4	N4=5	50%
	N1	N2	N3	N5	N6		
Regime medicamentoso N5	N5	N5	N5	N5	N5	N5=4	40%
	N1	N2	N3	N4	N6		
Adesão à vacinação N6	N6	N6	N6	N6	N6	N6=2	20%
	N1	N2	N3	N4	N5		

Emergiu assim como problema prioritário o Risco de queda.

Capítulo 4 - Projeto de intervenção Comunitária “Prevenir para não cair.”

Neste capítulo será apresentado o projeto de intervenção comunitária – Prevenir para não cair.

4.1 - Justificação da problemática.

Vários dados encontrados no diagnóstico de saúde estão em concordância com os dados nacionais e internacionais que apontam as quedas e o risco de queda como um problema frequente entre a população idosa, com consequências muitas vezes graves, ocasionando um impacto negativo direto na saúde, qualidade de vida e bem-estar e custos económicos para a sociedade em geral e para os sistemas de saúde.

Apostar na prevenção das quedas torna-se por isso fundamental. Contudo, a sua etiologia multifatorial nem sempre facilita a tarefa, pelo que se torna essencial por um lado a identificação dos fatores que concorrem para o risco de queda, para sinalizar as pessoas com maior risco de cair, priorizando dessa forma a intervenção para os que mais podem beneficiar dela. (Lord, S., et al.,2007).

De acordo com o acima citado, decidimos (as duas estudantes de Mestrado anteriormente referenciadas) avançar para uma intervenção conjunta direcionada à mitigação do risco de queda e operacionalizada através de dois projetos distintos, que partilham na fase inicial, um processo sistemático de triagem; o projeto “Quedas NÃO! Vamos prevenir”, centrado na avaliação e intervenção face aos fatores de risco intrínsecos, realizado por Rita Moreira; e o projeto “Prevenir para não cair”, focado na avaliação e intervenção face aos fatores de risco extrínsecos, elaborado por Cecilia Venegas.

4.2 - Desenho e implementação do projeto

Após ter sido identificada a necessidade de intervenção, importa tomar decisões formular objetivos e organizar atividades.

Finalidade do Projeto

O aumento marcado do número de pessoas idosas, residentes na comunidade, com risco de queda, ocasionou novas necessidades em saúde para as quais é necessário encontrar resposta adequada. Assim, este projeto tem por finalidade contribuir para a mitigação do fenómeno queda accidental, em pessoas com 75 ou mais anos, utentes da USF, através da implementação de um procedimento de consulta para avaliação sistemática dos fatores de risco e prescrição de cuidados direcionados à prevenção de quedas relacionadas com o meio ambiente e comportamentos associados, em contexto domiciliar.

Fixação de Objetivos

A fixação de objetivos é a terceira fase do processo de planeamento. Uma boa hierarquização integra a formulação dos objetivos gerais e específicos que norteiam todo o processo de intervenção. Os objetivos operacionais referem-se aos resultados visados pela equipa do projeto, ou seja, às suas atividades (Quadro 6).

Quadro 6 - Objetivos do projeto de intervenção

Objetivo geral	Objetivos específicos	Objetivos operacionais	Estratégia adotada
Implementar um procedimento de consulta para prevenir o risco de queda, dirigida a pessoas com 75 ou mais anos, utentes de uma USF da cidade do Porto	Ser possível identificar os utentes, que apresentam risco de queda	Estruturar um procedimento para rastrear o risco de queda.	Revisão da literatura
		Testar o procedimento de triagem	Consulta de rastreio na USF
	Ser capaz de intervir para reduzir os fatores de risco ambientais, em contexto domiciliar	Estruturar uma grelha de observação para avaliação do risco ambiental	Revisão da literatura
		Estruturar um conjunto de procedimentos para intervir sob os fatores de risco	
		Testar a operacionalização dos procedimentos em ambientes domiciliários	Realizar visitas domiciliárias
	Ser capaz de intervir para aumentar a adesão a medidas ambientais de segurança	Estruturar uma intervenção educacional centrada na mudança de comportamentos	Revisão da literatura
		Testar a aplicabilidade da intervenção educacional	Ações de educação para a saúde

Definição de indicadores e metas.

Para que se possa garantir a efetividade de um projeto, no que se reporta à consecução dos objetivos, torna-se necessário realizar a sua monitorização e avaliação. Por esse motivo estruturamos um conjunto de indicadores (estrutura, processo e resultado) que pretendem medir a relação entre o que foi projetado e o que foi efetuado (Quadro 7).

Quadro 7 - Indicadores de estrutura

Indicadores de estrutura			
Nº. de horas de enfermagem usadas para estruturar e testar a consulta			
Custos com a aquisição de material			
Objetivos operacionais	Indicadores de processo	Meta	Resultado
Estruturar um procedimento para rastrear o risco de queda.	Existência de um diagrama de decisão para rastreio do risco de queda	27 de outubro	27 de outubro
Estruturar uma intervenção educacional de sensibilização para as pessoas sem risco de queda	Existência do procedimento	27 de outubro	27 de outubro
Testar o procedimento de triagem	(Nº de utentes rastreados / Nº de utentes que aceitaram realizar a consulta) x 100	100%	100%
Estruturar uma grelha de observação para avaliação do risco ambiental	Existência de uma grelha de observação	31 de outubro	30 setembro
Estruturar um conjunto de procedimentos para intervir sob os fatores de risco	Existência do procedimento	3 de novembro	20 de novembro
Testar a operacionalização dos procedimentos em ambiente domiciliário	(Nº de domicílios rastreados / Nº de domicílios visitados) x 100	100%	100%
Estruturar uma intervenção educacional centrada na mudança de comportamentos	Existência do procedimento	3 de novembro	20 de novembro
Testar a aplicabilidade da intervenção educacional	(Nº de indivíduos com acesso à intervenção educacional / Nº de indivíduos de risco) x 100	100%	100%
Indicadores de resultado			
Taxa de prevalência de risco = (Nº de indivíduos com risco de queda / Nº de indivíduos que frequentaram a consulta) x 100			
Taxa de prevalência de risco = (5 : 7) x 100 = 71%.			
A taxa de prevalência de risco dos indivíduos rastreados durante o processo de testagem da consulta foi de 71%			

Planeamento de atividades e estratégias de intervenção

Pretende-se que este projeto tenha continuidade após o término do estágio na USF. Assim, realizou-se uma reunião preliminar com a equipa para apresentação das ideias iniciais para o projeto e auscultação dos vários elementos sobre a sua pertinência. A proposta teve o parecer favorável tendo sido considerada como oportuna e necessária tendo em conta o número significativo de quedas, comprovado com os resultados do diagnóstico de saúde. Da reunião ficou decidido:

- Elaborar um protocolo de avaliação e intervenção para identificação do risco de queda.
- Intervir sobre os fatores de risco ambientais a nível domiciliário.

- Intervir sobre os fatores de risco comportamentais em contexto domiciliário.

Assim, a execução do projeto terá 2 fases distintas:

1ª Fase – Foi criado um algoritmo inicial de ‘triagem’ para identificar os idosos com risco de queda, que devem ser alvo de uma avaliação multidimensional (Figura 1).

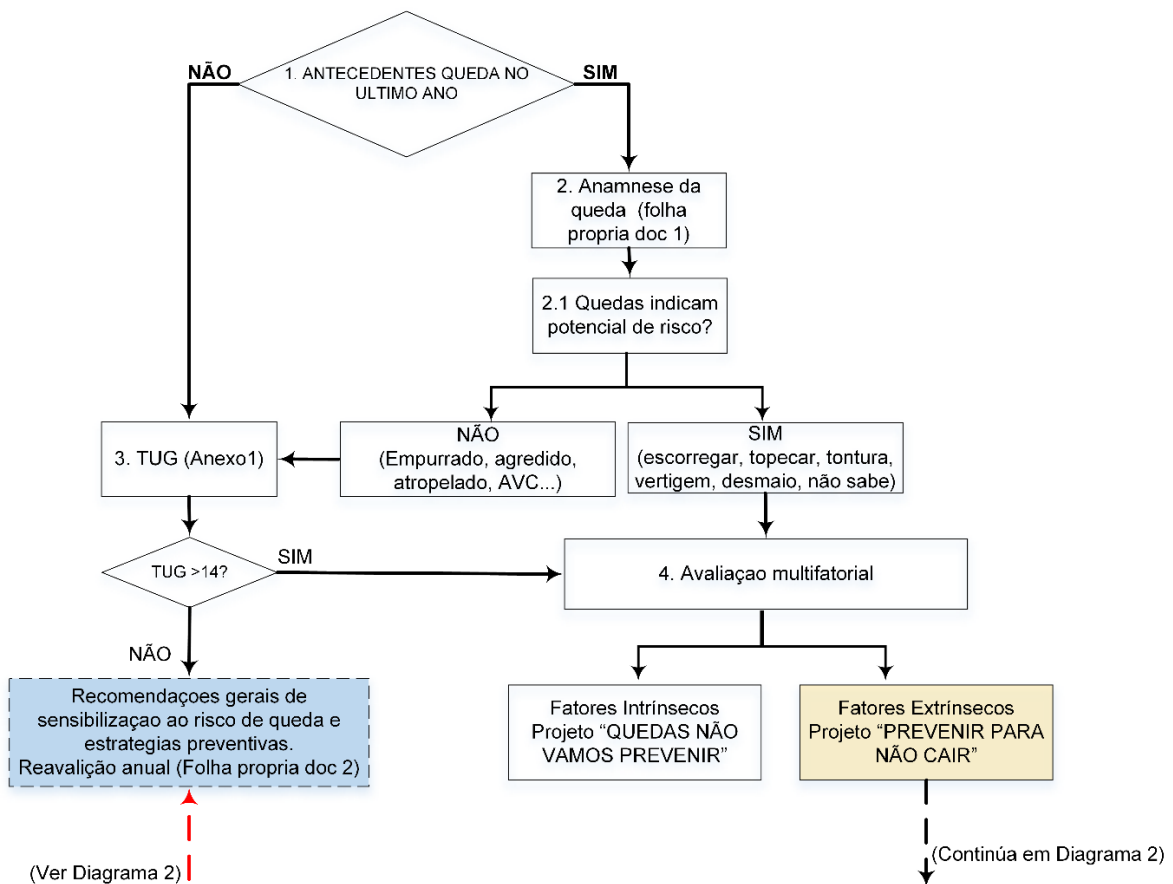


Figura 1- Diagrama de tomada de decisão - Triagem

A triagem inicia-se pela anamnese de quedas relativa ao último ano. Aos que apresentaram quedas, recolhe-se um conjunto de itens de informação que permitem caracterizar cada um dos eventos críticos ocorridos, facilitando à posteriori a identificação de causas e prescrição de cuidados: qual o local, altura do chão, atividade no momento da queda, motivo, necessidade de ajuda para se levantar, necessidade de utilização de serviços de saúde, lesões resultantes e necessidade de internamento. A existência de historial de queda(s) no último ano é considerado como fator de risco elevado, sendo critério para seleccionar directamente o indivíduo para a intervenção (2ª Fase).

Quando não existem antecedentes de queda no último ano ou o motivo da queda não indicia potencial de risco (por exemplo, ser empurrado ou agredido), recomenda-se a aplicação do teste TUG (Time Up & Go). Trata-se de um teste simples que necessita de um cronómetro, uma cadeira e um percurso disponível com 3 metros de comprimento. Se o tempo gasto para realizar o teste for superior a 14 segundos, considera-se que existe alto risco de queda, ficando selecionado para a intervenção.

Os indivíduos selecionados serão depois submetidos a uma avaliação multidimensional para identificação dos fatores de risco intrínsecos, extrínsecos e comportamentais, potenciadores do fenómeno queda. Mediante os resultados, poderão depois ser encaminhados para o(s) projeto(s) “Quedas NÃO! Vamos prevenir” e/ ou “Prevenir para não cair”.

Aos indivíduos sem antecedentes de queda e que apresentam boa performance no TUG será recomendada uma reavaliação a cada ano, não necessitando de outro tipo de avaliação/intervenção. Entende-se, contudo, importante aproveitar o contato do enfermeiro para realizar uma breve ação educacional onde são prestadas algumas recomendações gerais, com o objetivo de sensibilizar para o risco de queda, possibilidade de prevenção e adoção de estratégias preventivas.

2ª Fase – Abordaremos apenas o projeto “Prevenir para não cair”. Assim, a todos aqueles que caíram devido a fatores ambientais e/ ou comportamentais, será solicitada a autorização para realizar uma visita domiciliária.

Durante a visita, será aplicado um algoritmo de decisão (Figura 2) para a identificação dos fatores de risco ambientais mais frequentes, onde será preenchido um checklist (Apêndice 9).

As estratégias preventivas passam por ações de educação para a saúde, empoderamento face ao autocuidado, compensação funcional, bem como higiene e segurança ambiental, negociadas individualmente com as pessoas/ familiares e serão tanto mais eficazes quanto maior a sua envolvimento e a de todos os setores da comunidade.

Como complemento, será fornecida informação escrita, sob a forma de folheto informativo, realçando os fatores risco ambientais passíveis de modificação, nomeadamente, a distribuição de móveis, iluminação deficiente, fios soltos (Apêndice 10 - Prevenir para não cair).

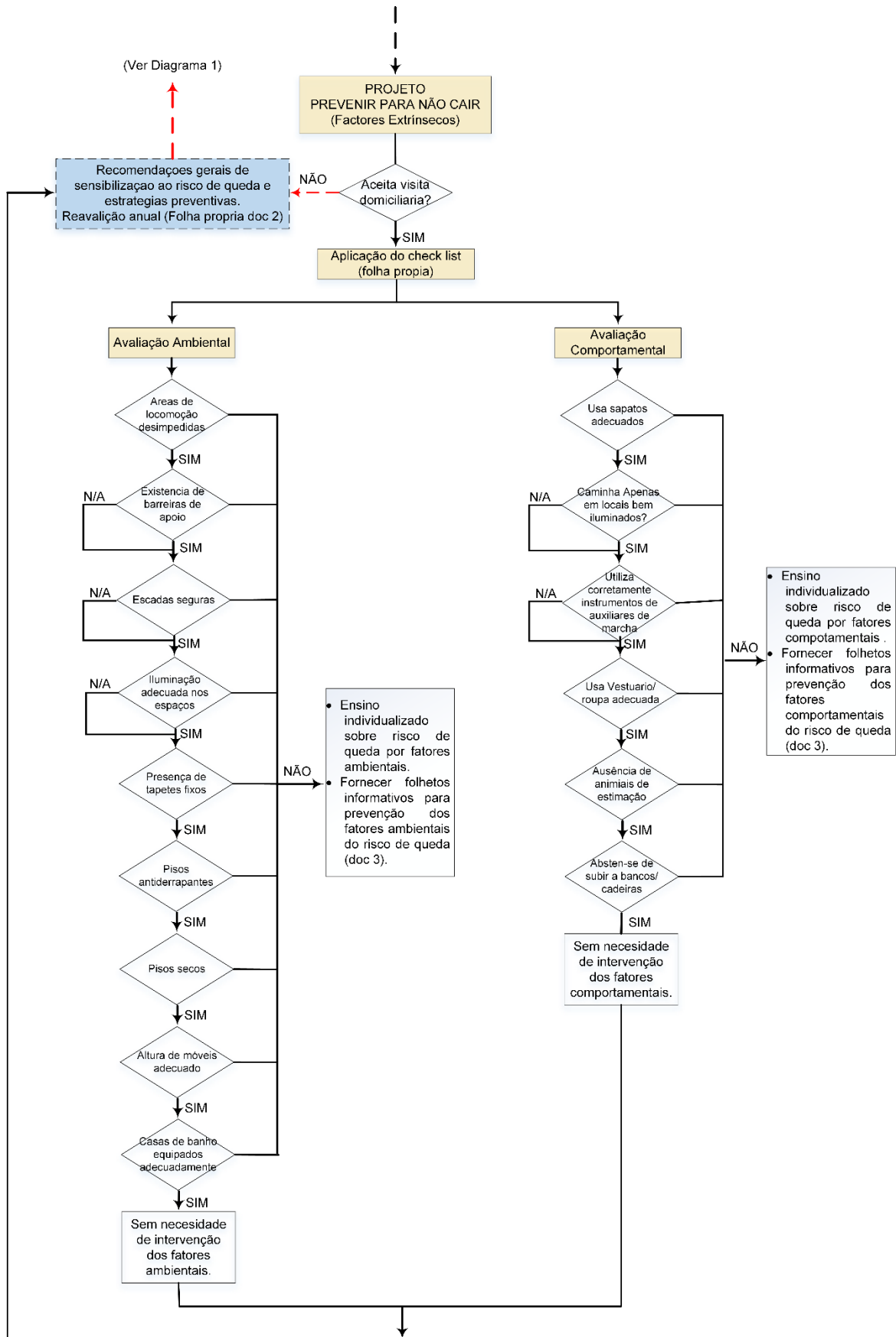


Figura 2- Diagrama de decisão – Prevenir para não cair

Os fatores de risco ambientais de maior complexidade e custo serão encaminhados para autarquia e junta de freguesia, nomeadamente, a necessidade de rampas de acesso, iluminação da via pública ou reparações na habitação.

Caso não seja necessária qualquer intervenção ambiental ou situacional, à semelhança da fase 1, será realizada uma breve ação educacional sobre recomendações gerais, para sensibilizar e facilitar a adoção de estratégias preventivas.

Execução – testagem da consulta

Na fase de triagem recorreremos ao agendamento habitual de consultas para convidar um grupo de pessoas idosas a participar no processo de testagem. Acederam participar 7 utentes da USF. Após a triagem, foram selecionados 5, a quem foi diagnosticado risco de queda, para proceder à visita domiciliária (2ª Fase).

Após a aplicação do check list foram identificados diversos fatores de risco ambiental, seguidos de sessões educativas individuais e negociação comportamental, com vista à mitigação dos problemas. Por fim, nas situações em que se aplicava, fornecemos o panfleto, previamente preparado, para reforçar a mudança comportamental. Posterior a este trabalho, na impossibilidade temporal de executar o follow up devido, avaliamos a predisposição para gerir os comportamentos e práticas sugeridas, parecendo-nos os resultados como muito positivos.

Avaliação

Por definição, a avaliação é a fase final do projeto; o desígnio da avaliação não é só justificar as atividades já realizadas ou identificar insuficiências, mas também melhorar e orientar a distribuição de recursos (Imperatori e Giraldes, 1993).

Como o estágio de intervenção comunitária contemplou apenas 180 horas de contato, embora tenha sido possível estruturar um procedimento de consulta para prevenção de quedas e testá-lo em alguns utentes, não foi possível fazer a sua monitorização ao longo do follow up, condição necessária para poder avaliar ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. No entanto, por forma a facilitar a operacionalização futura da consulta na USF, planearam-se um conjunto de indicadores para a sua monitorização.

Quadro 8 - Indicadores referentes a operacionalização da consulta

Indicadores de estrutura
Nº de parcerias entre unidades funcionais
Nº de parcerias com a comunidade
Nº de horas de cuidados de enfermagem por consulta
Custo médio por consulta
Indicadores de processo
Capacidade de rastreio (N.º indivíduos rastreados quanto ao risco de queda / N.º utentes convocados ou que solicitaram consulta) x 100
Capacidade para avaliar o risco ambiental de quedas no domicílio (N.º de domicílios avaliados / N.º de domicílios identificados com pelo menos um indivíduos de risco) x 100
Capacidade de intervenção face ao risco multidimensional de queda (Nº indivíduos rastreados a quem foi disponibilizado panfleto sobre recomendações gerais de prevenção do risco de queda / Nº utentes que compareceram na consulta) x 100
Capacidade de intervenção face ao risco ambiental de queda - Conhecimento (Nº indivíduos a quem foi disponibilizado panfleto sobre recomendações gerais de prevenção ambiental de risco / Nº de utentes com risco de queda ambiental documentado) x 100
Capacidade de intervenção face ao risco ambiental de queda – Reparações em casa (N.º de utentes encaminhados para o projeto “Pequenas Reparações”, disponibilizado pela junta de freguesia / N.º utentes com problemas estruturais no domicílio) x 100
Indicadores de Resultado
Taxa - Redução do risco ambiental de queda em contexto domiciliari (Nº indivíduos que adotaram pelo menos uma medida ambiental de segurança (após intervenção) / Nº indivíduos com fatores de risco ambiental identificados) X 100
Taxa - Adesão a comportamentos seguros face ao risco de queda no domicílio (Nº de indivíduos que modificaram, pelo menos, um comportamento inseguro ou adotaram um novo comportamento mais seguro, face à mitigação do risco de queda / Nº de indivíduos identificados com fatores comportamentais para risco de queda) X 100
Taxa – Domicílios reparados (Nº de indivíduos que receberam apoio do projeto “Pequenas Reparações” / Nº de indivíduos encaminhados para o projeto) x 100.
Indicadores de prevalência
Taxa – Défice de conhecimento sobre o risco de queda (N.º utentes com défice de conhecimento sobre o risco queda / Nº de utentes rastreados) x 100
Taxa – Indivíduos com comportamentos inseguros (N.º indivíduos que adotam comportamentos inseguros face ao risco de queda no domicilio / nº de utentes rastreados) x 100
Taxa - Prevalência de fatores de risco ambientais (avaliação por domicílio) (N.º de fatores de risco identificados no domicílio/ N.º de fatores de risco rastreados) x 100
Média - Fatores de risco ambientais por domicílio (Somatório de todos os fatores de risco encontrados nos diversos domicílios de uma área/ Nº de domicílios avaliados)

Capítulo 5 - Módulo III

Este capítulo descreve de forma sucinta a caracterização da unidade de saúde onde se realizou o estágio do módulo III, assim como a sua organização interna e carteira de serviços; no final expõem-se as reflexões pessoais acerca do estágio.

5.1- Unidade de Cuidados Continuados

O estágio decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), de um dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da cidade do Porto que abrange uma população de 31.120 indivíduos, residentes e/ou inscritos nas freguesias de abrangência. Esta unidade funcional possui uma equipa multidisciplinar, com missão e áreas de intervenção próprias, articulando de forma permanente com as demais equipas funcionais do ACES e contribuindo para a sua missão.

A UCC compete para:

prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco, dependência física e funcional ou doença que necessite de acompanhamento próximo, atuando ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo sempre a sua continuidade.

Despacho nº 10143/2009.

Elementos da equipa

A UCC é constituída por uma Enfermeira Coordenadora e uma equipa multiprofissional: Médica, Assistente Social, Psicóloga, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeutas, Higienista Oral, Enfermeiras especialistas em Saúde Pública, Enfermagem Comunitária, de Reabilitação, Médico Cirúrgica e de Saúde Materna e Obstétrica.

Organização interna.

O horário regular de funcionamento da UCC é das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira. A cobertura assistencial é alargada aos fins-de-semana e feriados, das 9 às 17h, através da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Os projetos da UCC não são considerados como serviços mínimos, assim, caso seja necessário, será assegurada a desmarcação e respetivo reagendamento.

O serviço da ECCI, contudo, tem obrigatoriamente de ser assegurado pelos elementos da equipa básica (enfermeiro, médico, assistente social).

Carteira de serviços.

A UCC tem um conjunto de projetos estabelecidos de acordo com as necessidades da população, definidos pela Unidade de Saúde Pública:

- Nascer e Crescer saudável.
- Crianças seguras.
- Saúde Escolar
- Intervenção na comunidade
- Redes sociais na comunidade.
- Equipa de cuidados continuados integrados.

5.2 - Caminho percorrido no estágio III

Este módulo decorreu no período compreendido entre dia 6 de novembro de 2017 até o dia 11 de janeiro de 2018 com vista a completar o estágio rumo à especialização em Enfermagem Comunitária.

Na sequência deste estágio, foram desenvolvidas atividades para que fosse possível a nossa inclusão nos diferentes projetos da UCC.

Portanto, faremos uma incursão breve sobre as diferentes experiências no campo da Enfermagem Comunitária, que não pode ficar refém de uma área sob pena de desperdiçar ricas oportunidades de aprendizagem na busca do conhecimento sustentado e competências para o exercício profissional.

Projeto Nascer e Crescer Saudável

Relativamente ao projeto “Nascer e Crescer Saudável”, cuja nossa participação foi maioritariamente observacional, parece-nos uma mais valia na vida dos casais, facilitando a integração de um novo membro na família. É nesta vertente que podemos integrar o nosso papel de Especialista, uma vez que nos permite observar de perto a realidade de uma família, antecipar os problemas que esta nova realidade pode trazer e colaborar para um desenvolvimento infantil saudável.

O projeto é orientado por um especialista em Saúde Materna e Obstétrica e abarca conteúdos como a preparação para o parto, o parto, a amamentação, a massagem ao bebé, bem como o puerpério pós-parto. Assim, foi possível partilhar a realidade vivenciada no Equador, onde o quadro é similar, mas onde a presença e apoio da família é mais visível, o que contribui de uma forma positiva para a recuperação da mãe e desenvolvimento da criança.

Do nosso ponto de vista, todos os casais que passam por situações de gravidez necessitam de uma intervenção ativa do enfermeiro pelo que concordamos com a forma como está estruturada esta UCC. Assim, este projeto é uma ideia que pretendemos guardar para partilhar no nosso país.

Projeto de Saúde Escolar

No que se refere ao projeto de “Saúde Escolar “(SE), a escola desempenha um papel primordial no processo de aquisição de estilos de vida, uma oportunidade para promover a saúde nas crianças e jovens. No desenvolvimento das atividades, as equipas de SE assumem um papel ativo na gestão dos determinantes da saúde da comunidade educativa, contribuindo desse modo para a obtenção de ganhos em saúde, a médio e longo prazo, da população portuguesa.

O facto do estágio ter coincidido com as férias escolares (dezembro) não contribuiu positivamente para a nossa integração no projeto e para o desenvolvimento de uma visão mais abrangente, no entanto, foi enriquecedor participar em algumas sessões, na vertente Programa Higiene Corporal para o primeiro ciclo do ensino básico pois considera-se que é um *setting* privilegiado de atuação da Enfermagem Comunitária, uma vez que a SE é o referencial do sistema de saúde para o processo de educação e promoção da saúde na escola.

Neste programa, digamos que de uma forma geral já tínhamos ouvido falar e até consultado alguma bibliografia e estudado muito nas aulas sobre os temas abordados na UCC. No entanto, foi muito interessante abordar crianças de diferentes faixas etárias e perceber o seu envolvimento na abordagem dos diversos temas. Encontramos, também, algumas áreas de possível melhoria no que respeita à avaliação da intervenção, uma vez que esta componente esteve muitas vezes ausente do processo de educação para a saúde.

Foi ainda possível estarmos presentes quando se falou com as crianças do primeiro ciclo sobre alimentação saudável, um tema abordado de uma forma simplificada que foi de encontro ao conhecimento que, de uma forma geral, os meninos já possuíam. A dificuldade parece estar na transposição do conhecimento para a prática, facto que deve ser imputado aos pais, vulgarmente ausentes destes processos de educação para a saúde.

Projeto Intervenção na Comunidade

Efetuamos estágio numa freguesia com uma população com vários problemas identificados como: gravidez na adolescência, carência económica, solidão e isolamento social das pessoas idosas, perturbação do espectro autista, entre outros. Todos estes problemas são uma preocupação das enfermeiras da UCC que refletem individualmente e em grupo para procurar a melhor intervenção para ir de encontro à melhor solução possível. Os enfermeiros são ativos e empenhados e nunca desistem de conhecer e procurar as causas para estas situações; o conhecimento das causas permite a intervenção na raiz do problema para que a sua abrangência seja minimizada sempre que possível.

Gostaríamos de trabalhar nesta área por vários fatores:

- Em primeiro lugar, permite-nos pôr em prática os conhecimentos adquiridos durante as aulas de especialidade.
- Em segundo lugar pelo leque de respostas humanas envolvidas, sensíveis aos cuidados de enfermagem.
- Em terceiro lugar, pela possibilidade de trabalharmos diariamente e individualmente com famílias / idosos / crianças ou jovens sinalizados, promovendo mudanças de comportamento, avaliando a sua eficácia e reajustando as prescrições de acordo com as necessidades.

Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Relativamente à ECCI foi a área que mais nos fascinou, porque estão presentes todos os dias, com trabalho persistente e conhecimento técnico adequado, em parceria com a equipa multidisciplinar. Aqui a intervenção do enfermeiro é essencial e abrangente, pois cuida do doente na sua realidade bio-psicossocial.

Há um cuidado ativo, continuado e interventivo junto do doente e família. Os enfermeiros mantêm uma vigilância global, previnem situações de risco para o doente e sempre que necessário, recorrem à equipe multidisciplinar, encaminhando os indivíduos para as unidades específicas.

Durante a passagem pela instituição foi possível a nossa integração na equipa da ECCI, realizar visitas domiciliárias para o tratamento de feridas e administração de medicação injetável. A grande maioria das situações diziam respeito a feridas, essencialmente úlceras de pressão, úlceras de perna, bem como utentes com múltiplas doenças crónicas em fase terminal.

Perante esta experiência não podemos deixar de salientar a importância que teve para o nosso percurso profissional pois permitiu-nos, sem dúvida, conhecer e manusear materiais que desconhecíamos, no que ao tratamento de feridas diz respeito, pois para nós é uma nova realidade uma vez que o tratamento destas citações no Equador, decorre no hospital.

Estas equipas são uma mais valia para o estado português uma vez que contribuem para a economia do país, minimizando o tempo de internamento; também para o doente pois pode ser tratado em ambiente familiar, sem estar exposto aos riscos das infeções hospitalares.

Em conclusão, este estágio foi uma mais valia pois foi possível perceber, de uma forma prática, a abrangência da intervenção do enfermeiro especialista em Saúde Comunitária, algo que será muito útil numa realidade como a do Equador.

Durante a parte teórica do curso, chegamos a pensar que a Saúde Comunitária não seria tão atrativa, pois parecia pouco prática, com uma vertente muito teórica de estudo e investigação, no entanto, após o estágio, percebemos a abrangência e a validade de toda esta dinâmica. Resta a satisfação com a área escolhida que embora abrangente, permite dar um contributo importante e efetivo às pessoas, estejam elas doentes ou não.

Capítulo 6 Competências desenvolvidas

Após a realização de três estágios, é altura de refletir sobre se o trajeto realizado é compatível com a obtenção do título de especialista em Enfermagem Comunitária. Para o fazer de forma sucinta e objetiva, reescrevemos os objetivos traçados para a aquisição de competências e refletimos sobre a sua operacionalização (Quadro 9 e Quadro 10).

Quadro 9 - Reflexão sobre os objetivos gerais da especialidade

Objetivos Gerais	Reflexão
Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área de especialização em Enfermagem;	Visto que a nossa experiência profissional anterior foi voltada para a Enfermagem Hospitalar, a formação em Enfermagem Comunitária atua como complemento ao percurso futuro a ser desenvolvido na área.
Saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Comunitária.	A prática junto a distintas realidades, em diferentes ambientes, classes sociais e situações dos utentes, foi de fundamental importância para a nossa compreensão, enquanto estrangeira, do cenário da saúde pública e privada de Portugal.
Ter capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem	A possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em sala de aula, após um longo processo de reflexão e debate, mostrou-se frutífero não somente para consolidar o conteúdo aprendido, mas para nos oferecer a confiança necessária para a vivência da prática profissional.
Ser capaz de comunicar as conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades	Para além das nossas exposições realizadas com colegas e professores durante o curso, realizamos comunicações na USF e na UCC e iremos participar com uma comunicação livre num Congresso Internacional. Esta é uma competência pouco exigida aos enfermeiros no Equador.
Desenvolver competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida.	As competências adquiridas não somente tornam a prática profissional mais completa e segura, mas tornaram a estudante mais consciente e crítica quanto a suas atitudes e decisões.

Quadro 10 - Reflexão sobre os objetivos específicos da especialidade

Objetivos Gerais	Reflexão
Gerir e interpretar, de forma adequada, a informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada	A prática atual de Enfermagem Comunitária foi, a todo momento, complementada pela formação anterior na área Hospitalar, na qual a componente clínica era o foco da formação e pode ser agora aprimorada.
Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral	Este foi um dos principais desafios, já que a língua materna não é a portuguesa. Por isso as unidades curriculares e os debates e conversas promovidos foram imprescindíveis para que obtivesse segurança e competência suficiente para comunicar-se com o público e com os pares.
Formular e analisar questões/ problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica	A constante reflexão acerca do processo de enfermagem e da atuação de cada estudante torna a prática próxima à componente teórica, de modo com que ambas se mostram relacionadas e importantes.
Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional	Para além da já mencionada necessidade de reconhecimento da realidade de Portugal, procuramos aprimorar a comunicação falada e escrita; investimos também na adaptação da nossa experiência maioritariamente prática, para uma prática baseada em conhecimento e reflexão.
Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara	A nova realidade decorrente das exigências da especialidade exige um processo de atuação clínica mais ponderado, que envolve pesquisa bibliográfica, debate e autocrítica. O início é desafiador, mas os resultados mostram tratar-se de uma adaptação necessária e benéfica.
Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas	Foram realizadas apresentações de temas nas unidades curriculares, na USF e na UCC. Com a conclusão do trabalho, espera-se poder apresentá-lo em futuras conferências e publicar os resultados.
Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada	Foi necessário relacionar o conhecimento teórico adquirido com experiências práticas para que os objetivos do trabalho proposto pudessem ser cumpridos. Para que fossem corretamente identificadas causas e possibilidades de prevenção de quedas de idosos, a componente prática, como visitas a domicílio, mostrou-se fundamental.
Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEC	Como a nossa formação anterior não foi feita na área da Enfermagem Comunitária, foi exigido a todo momento estudo, pesquisa, questionamento, e interação com colegas em diferentes temas e equipas. Assim consideramos ter aumentado o nosso conhecimento na área.
Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEC;	Este item foi um dos principais motivadores da escolha da população de idosos. Para além de compreender os fatores de risco existentes nos domicílios, considerou-se igualmente relevante identificar as possibilidades de prevenção dos mesmos.
Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EEC;	A componente prática do curso foi o momento de maior contribuição para que o exercício da profissão se tornasse efetivamente sistemático, e que soluções criativas pudessem ser aplicadas, caso necessárias. No trabalho proposto também se buscou aplicar um método não somente criativo, mas que fornecesse os dados mais fidedignos possíveis.
Refletir na e sobre a sua prática, de forma crítica;	A especialização revelou-se importante especialmente porque estávamos habituados a uma prática clínica desprovida de atualizações, facto que nos faz exercer agora a Enfermagem de modo mais crítica e reflexiva.
Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;	Como não exercemos antes em Portugal, este aspeto foi altamente relevante, visto que o contacto com utentes mostrou uma realidade sobre a qual somente reconhecíamos pela componente teórica, do curso. Desta forma a prática profissional pôde ser gradativamente aprimorada, até que se obtivesse a segurança necessária para a escolha dos idosos como grupo alvo do trabalho.
Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEC;	Novamente destaca-se a vivência na USF como fundamental para que existam diferentes situações em que seja possível a aplicação dos conhecimentos debatidos de forma teórica. Ao se formular um trabalho investigativo, tem-se um segundo momento em que imprevistos acontecem e a capacidade de adaptação é necessária para que a qualidade da investigação não seja comprometida.
Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;	O processo de enfermagem, constantemente debatido, mostrou-se efetivo para aplicação em situações reais. Uma vez assimilado, permitiu o eficaz reconhecimento de um problema e os passos metodológicos necessários para que seja corretamente abordado.

Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;	Neste aspeto destacamos a capacidade exercitada de reconhecer um problema e expandir de forma responsável a prática pra os contextos domiciliare, especialmente relevantes na população idosa.
Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar	A vivência na USF foi a componente mais importante no desenvolvimento deste aspeto. A realidade da prática da enfermagem exige convivência com diferentes profissionais e a nossa experiência profissional anterior em Enfermagem Hospitalar contribuiu fortemente para que o trabalho em equipa fosse bem executado.
Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação na relação com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura	O cuidado com este aspecto foi especialmente atento uma vez que a cultura portuguesa é diferente da cultura do Equador. Assim, vivenciamos experiências únicas que nos fez refletir sobre a prestação de cuidados culturalmente sensíveis.
Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EEC	Este aspecto não foi intensamente trabalhado. Os indicadores foram implementados na USF para posterior aplicação na área da prevenção.
Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEC	Esta competência foi trabalhada ao analisarmos os diferentes problemas apresentados pelo grupo de idosos para diagnóstico de saúde posterior. Por fim, foi feito o projeto para a parte preventiva.
Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência	As evidências identificadas a partir de questionários foram essenciais para sugerir que uma prática domiciliar seria necessária para corretamente abordar o problema.
Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências	A incorporação dos resultados identificados como possíveis fatores de risco para queda de idosos foram imprescindíveis para que pudessem ser propostos métodos de prevenção.
Participar e promover a investigação em serviço na área da EEC	A prática na USF foi o momento em que se identificou que a população idosa seria melhor estudada caso se expandisse a abordagem para o contexto domiciliar.
Exercer supervisão do exercício profissional na área de EEC	O aspecto de supervisão não foi amplamente trabalhado.
Zelar pelos cuidados prestados na área de EEC	A EEC promoveu grande reflexão sobre responsabilidade e aspectos éticos da profissão, pelo que a prática se tornou especialmente zelosa e autocrítica.
Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros	A estruturação de uma consulta e capacitação dos enfermeiros para a operacionalizarem foram pontos chave neste domínio.
Realizar a gestão dos cuidados na área de EEC	A visitação domiciliária para empoderamento das pessoas idosas / famílias bem como a negociação da melhoria da segurança e higiene ambiental espelham o desenvolvimento desta competência.
Identificar as necessidades formativas na área da EEC	A construção de um procedimento de consulta onde a componente formativa ocupava um lugar central revela o desenvolvimento desta competência.
Promover a formação em serviço na área de EEC	Na USF a estudante identificou o problema a ser abordado e concluiu a investigação. No entanto, no momento da sua apresentação formal à equipa, por motivos de doença, não lhe foi possível estar presente. Colaborou, no entanto para a sua operacionalização.
Colaborar na integração de novos profissionais.	Esta competência não foi trabalhada, embora tenha sido criada uma consulta com diagramas de decisão passíveis de serem utilizados pelos enfermeiros, inclusive os que estão em integração.

Conclusões

Na atualidade cada vez mais são exigidas aos enfermeiros competências que lhes permitam responder com qualidade às necessidades de cuidados da população, o que conduz a uma procura persistente e continuada de novos saberes, direcionada a uma especialização crescente, pelo aprofundamento de conhecimento e capacidades.

No diagnóstico situacional foram trabalhadas áreas tão diversas como; a cognição, a capacidade funcional, o estado nutricional, a adesão ao regime medicamentoso e as quedas, esta última área mencionada foi priorizada e aprofundada porque é um fator frequente que altera significativamente a saúde dos idosos.

O presente estudo pretende constituir-se como um contributo para a enfermagem comunitária, através da estruturação de um procedimento de consulta que sirva de ferramenta para unidade de saúde, de forma a reduzir a prevalência de quedas nos idosos e assim manter e melhorar a qualidade de vida.

O contato direto com as pessoas idosas exigiu o desenvolvimento de estratégias com vista à sua capacitação, nomeadamente a realização de ações de educação para a saúde, empoderamento face ao autocuidado, compensação funcional, bem como higiene e segurança ambiental, negociadas individualmente com as pessoas/ familiares, por forma a mantê-las saudáveis, preservando a sua capacidade intrínseca e funcional.

O estágio do modulo três permitiu-nos refletir que a Saúde Comunitária é uma área abrangente que pressupõe um aprofundamento de competências para a prestação do melhor e mais especializado cuidado à comunidade, grupo ou indivíduo, imerso numa realidade bio-psicossocial.

Assim concluímos que o enfermeiro especialista assume um papel que se destaca, pois num determinado domínio específico da Enfermagem possui uma profunda capacidade de atuação, com vista a obter ganhos em saúde.

Referências Bibliográficas

- Almeida, A., Santos, S., & Santos, M. (2017). Consumo de medicamentos potencialmente inapropriados e reconciliação de medicamentos em pessoas idosas. *Revista Servir*, 59, 93–102.
- Alves, Paulo, (2016), Apontamentos das aulas de planeamento em saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Buksman, S., Vilela A. L. S., Pereira, S. R. M., Lino, V. S. & santos, V. H. (2008). *Quedas em idosos: prevenção*. Projeto Diretrizes. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.
- Chodosh, J., Morton, S. C., Mojica, W., Maglione, M., Suttorp, M. J., Hilton, L., Shekelle, P. (2005). Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Annals of internal medicine*, 143(6), 427–438.
- Costa, A. R. D., & Sequeira, C. (2013). Efetividade de um Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos com Déficit Cognitivo Ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 14-20.
- De Oliveira, A. S., Trevizan, P. F., Bestetti, M. L. T., & de Melo, R. C. (2014). Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(3), 637–645.
- DGS. 2006. *Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa : Direção Geral de Saúde, 2006. 972-675-155-1.
- DGS. 2014. *Portugal: Idade maior em números - A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade*. Lisboa : DGS, 2014.
- Eliopoulos, C. (2010). *Enfermagem Gerontológica - 7.ed.:* (A. Editora, Org.) (7 ed.). São Paulo.
- Ermel, R. C., Zutin, T. L. M., Vieira, M., Caramelo, A. C., & Fracolli, L. A. (2015). Qualidade de vida dos idosos de Marília/SP, Brasil, avaliada por meio do instrumento WHOQOL-OLD, In: Zutin, T. L. M., & Serva, F. M. (2015). *Gerontologia - Olhares Diversos Sobre O Envelhecimento*. São Paulo.
- Fabrício, S. C. C., Rodrigues, R. A. P. & Junior, M. L. C. (2004). *Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público*. *Revista de Saúde Pública*, 38 (1), 93-99.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (Nidia Salgueiro trad.). Loures: Lusociência.

- Gill, T. M., Williams, C. S., Robison, J. T., & Tinetti, M. E. (1999). A population-based study of environmental hazards in the homes of older persons. *American Journal of Public Health*, 89(4), 553-556.
- Gillespie, Lesley D. et al. (2009). Interventions for preventing falls in older people living in the community (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. N° CD007146. DOI: 10.1002/14651858. CD007146.pub2.
- Henriques, Maria Adriana Pereira. 2011. *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade: eficácia das intervenções de enfermagem*. Tese de Doutoramento apresentado à Universidade de Lisboa. 2011.
- ICN/OE. 2009. *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento. Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa : OR, 2009. ISBN: 978-92-95065-62-8.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde* (3ª ed.). Escola Nacional de Saúde Pública: Lisboa.
- Imperatori, Emílio e Giraldes, Maria do Rosário. (1986). *Metodologia do Planeamento em Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 2ª Edição. Algueirão : Edições da Saúde.
- INE. (2009). *Projeções de população residente em Portugal 2008-2060*. Instituto Nacional de Estatística. [Citação: 3 de fevereiro de 2018.]. http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=65946997&ESTUDOSmodo=2.
- INSA. 2011. *Relatório Adélia 2006-2008: Acidentes Domésticos e de Lazer*. Lisboa : INSA, 2011.
- Lapalma, A. I. (2001). El escenario de la intervención comunitaria. *Revista de Psicología de la universidad de Chile*, 9 (2), 61-70. Acesso em 20 de abril, 2018.
- Leclerc, Bernard S. et al., (2010). Relationship between home hazards and falling among community-dwelling seniors using home-care services. *Revue d'Epidémiologie et Santé Publique*. Vol. 58, p. 3-11.
- Levin, R. I., & Rubin, D. S. (2004). *Estadística para administración y economía*: Pearson Educación.
- Lord, S. R., Sherrington, C., Menz, H. B., & Close, J. C. T. (2007). *Falls in Older People: Risk Factors and Strategies for Prevention* (2th ed). Cambridge University Press.
- Lord, Stephen R., et al. 2007. *Falls in Older People*. Cambridge : Cambridge University Press, 2007. ISBN: 13978-0-521-68099-8.
- Loureiro, M. H. V. S. (2008). Validação do " Mini-nutricional assessment" em idosos. (Mestrado Nutrição Clínica), Universidade de Coimbra, Coimbra. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10316/10439>. Cited In: Zutin, T. L. M., & Serva, F. M. (2015). *Gerontologia - Olhares Diversos Sobre O Envelhecimento*. São Paulo.
- Maciel, A. (2010). Quedas em idosos: um problema de saúde pública desconhecido pela comunidade e negligenciado por muitos profissionais da saúde e por autoridades sanitárias brasileiras, *20*(4), 554–557.

- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Barthel index (BI). *Md State Med.J*, 930, 1461.
- Menant, Jasmine C. et al. (2008a). Optimizing footwear for older people at risk of falls. *Journal of Rehabilitation Research and Development*. Vol. 45, nº 8, p. 1167- 82.
- Monterroso, Ligia E.P., et.al. (2015). Adesão do regime terapêutico medicamentoso dos idosos integrados nas equipas domiciliárias de Cuidados Continuados. *Revista de Enfermagem Referência*. 2015, Vol. Série IV (n.º5), pp. 9-15.
- Pineault, R., Daveluy, C., García Vargas, J., & Berraondo, I. (1990). La planificación sanitaria : conceptos, métodos, estrategias. (S. A. Masson, Org.), *Masson S.A.* (2da.).
- Queirós, P., de Melo Costa, D., Silva, A. C., Chaveiro, L. G., da Silva, A. L. A. C., da Silva, D. A., ... Calpiñeiro, N. E. N. ([s.d.]). Planejamento estratégico de uma unidade saúde da família-Região leste de Goiânia. *Revista de Salud Pública*, 14(1), 15–23.
- Sánchez Vidal, A., González, A. M., Fuertes, F. C., & Martínez García, M. (2007). *Manual de psicología comunitaria un enfoque integrado*. Madrid.
- Santos, M., Almeida, A., (2010). Polimedicação no idoso. *Revista Referência*.
- Santos, Mónica e Almeida, Armando. 2010. Polimedicação no idoso. *Revista de Enfermagem Referência*. 2010, Vols. III Série, N.º2, pp. 149-162.
- Sequeira, Carlos (2007). *Cuidar de idosos dependentes*, Quarteto editora. ISBN 978-989-558-092-7, 310 p., Coimbra.
- Sequeira, Carlos. 2010. *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa : Lidel - Edições Técnicas, Lda, 2010. 978-972-757-717-0.
- Skelton, D. A., Becker, C., Lamb, S. E., Close, J. C. T., Zijlstra, W., Yardley, L., & Todd, C. J. (2004). Prevention of Falls Network Europe: a thematic network aimed at introducing good practice in effective falls prevention across Europe. *European Journal of Ageing*, 1(1), 89–94.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa. Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúd , 223 p.
- OMS, (2007). *Global Report on Falls Prevention in Older Age*. World Health Organization Citação Janeiro 8, 2018, disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf.
- OMS. 2002. *Active ageing a policy framework - a contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing*. Madrid : s.n., 2002.
- OMS. 2015. *World report on ageing and health*. Geneva : WHO, 2015. ISBN: 978 92 4 069479 8.

Apêndices

Apêndice 1 - Revisão bibliográfica integral da área programática

Apêndice 2 - Cronograma de atividades módulo I

Apêndice 3 - Instrumento de recolha de dados

Apêndice 4 - Análise estatística descritiva

Apêndice 5 - Análise estatística inferencial

Apêndice 6 - Anamnese das quedas (último ano)

Apêndice 7 - Folha para consulta para avaliação e gestão do risco de queda

Apêndice 8 - Panfleto “MEDIDAS GERAIS DE PREVENÇÃO NAS QUEDAS”

Apêndice 9 - Check list - fatores ambientais e comportamentais para o risco de queda

Apêndice 10 - Prevenir para não cair

Apêndice 1 - Revisão bibliográfica integral da área programática

1.1 - DEFINIÇÃO DA ÁREA PROGRAMÁTICA

Conjugando uma das nossas áreas de interesse, a reflexão suscitada pelo envelhecimento populacional e os desafios por ele colocados, com o facto de realizarmos o estágio numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da cidade do Porto onde o fenómeno do envelhecimento é especialmente marcante, emergiu de forma natural a saúde do idoso como foco de atenção a ser explorado.

O aumento da esperança média de vida tem permitido que as pessoas vivam cada vez mais anos, fazendo com que dentro do grupo daqueles que constituem a população idosa vão emergindo vários sub-grupos. Por se tratar de um processo gradual não é consensual a idade a partir da qual se consideram as pessoas idosas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) no seu relatório sobre envelhecimento ativo (WHO, 2002) considera idoso o indivíduo com 60 ou mais anos, mas reconhece que este limite mínimo pode variar segundo as condições de cada país. Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas (PNSPI) considera pessoas idosas os homens e mulheres com idade igual ou superior a 65 anos (DGS, 2006). O mesmo critério é adotado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) nas suas análises estatísticas.

Ainda que se assuma necessária a definição de uma idade mínima sobre a qual se consideram as pessoas idosas, é consensual que a idade cronológica não é, de forma alguma, um marcador preciso para o início das alterações que caracterizam o processo de envelhecimento, uma vez que as pessoas envelhecem a um ritmo diferente e de forma heterogénea, dependendo de fatores externos e de fatores internos.

Optou-se por estudar as pessoas com 75 ou mais anos, por ser expectável que as alterações associadas ao processo de envelhecimento comecem a surgir nesta idade de forma mais evidente. Este grupo torna-se assim especialmente vulnerável, sendo necessário atender às suas necessidades com o intuito de prevenir e/ou reverter situações que ponham em causa a sua autonomia e independência.

Da pesquisa bibliográfica realizada emerge que a identificação das necessidades de saúde das pessoas idosas requer uma avaliação multidimensional, que permita identificar os determinantes de saúde que mais condicionam a autonomia e independência dos idosos. Estes determinantes são vários. No diagnóstico de saúde que nos propomos realizar centramo-nos sobre quatro destes determinantes: cognição; capacidade funcional; risco de queda e gestão/adesão ao regime medicamentoso.

1.1.1. Envelhecimento demográfico

O envelhecimento demográfico é um fenómeno à escala mundial. A diminuição da taxa de fertilidade e da taxa de mortalidade, com o conseqüente aumento da esperança média de vida, têm contribuído para que este fenómeno se venha a intensificar desde há algumas décadas, com tendência a acentuar-se no futuro. Conhecer as circunstâncias deste envelhecimento ajuda a compreender e fundamentar a atuação do enfermeiro junto da população idosa.

Em Portugal, segundo os Censos de 2011, o número de pessoas com 65 ou mais anos ultrapassa os dois milhões, representando cerca de 19% da população total do país, assistindo-se a um particular aumento das pessoas acima dos 75 anos (INE, 2012).

Em 2015 o índice de envelhecimento da população portuguesa agravou-se para 147 (era de 128 em 2011), o que significa que por cada 100 jovens há 147 idosos. As projeções do INE apontam para que este índice possa (no cenário central) mais do que duplicar entre 2015 e 2080, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens. Sendo a realidade do município do Porto ainda mais agravada, ultrapassando substancialmente a média nacional. Em 2015 o índice de envelhecimento neste concelho era de 219 (o nacional era de 147). (INE, 2017).

Para efeitos do nosso estudo importa também considerar o índice de longevidade - medida que relaciona a população com 75 ou mais anos com o total da população idosa - que tem vindo a aumentar face ao aumento da esperança média de vida. Este índice, que em 1991 era de 39, atingiu em 2011 os 48%, sendo a tendência crescente (DGS, 2014).

Perante estes dados fica claro que o envelhecimento populacional no nosso país é uma realidade incontornável, especialmente evidente no município do Porto. A grande

questão que se coloca no entanto é saber como estamos nós, enquanto sociedade em geral e enquanto profissionais de saúde em particular, a responder aos desafios que este fenómeno nos coloca. É certo que se vive mais, mas nem sempre se vive melhor. O acréscimo verificado nos anos de vida não é, muitas vezes, acompanhado de manutenção da qualidade de vida e bem-estar da população idosa. Envelhecer com saúde é por isso o grande repto que enfrentamos.

O PNSPI realça precisamente a necessidade de pensar o envelhecimento numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia (DGS, 2006). Na mesma linha a OMS emanou em 2015 o conceito de *envelhecimento saudável*, definindo-o como “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada” (WHO, 2015 p. 28).

É por isso necessário abandonar a carga negativa que, demasiadas vezes, surge associada ao envelhecimento e olhá-lo com naturalidade, como mais uma etapa do ciclo de vida, encetando esforços no sentido de permitir que as pessoas idosas vivam de forma autónoma e independente o maior tempo possível, apesar das alterações e limitações inerentes ao processo de envelhecimento.

Um envelhecimento bem-sucedido está muito relacionado com os dois conceitos acima referidos: *autonomia* e *independência*, que não sendo sinónimos definem situações complementares (Sequeira, 2010). A *autonomia* refere-se à capacidade da pessoa para gerir a vida do dia-a-dia, de acordo com as próprias regras e preferências, ao passo que a *independência* diz respeito à capacidade da pessoa para realizar as atividades de vida diária, permitindo-lhe viver na comunidade, sem ajuda ou pequena ajuda de outrem (WHO, 2002).

Os cuidados prestados, tendo por objetivo promover a autonomia e independência das pessoas idosas devem dirigir-se às suas necessidades, que surjam em áreas tão diversas como a Cognição; a Capacidade Funcional; o Risco de Queda e a Gestão/Adesão ao regime medicamentoso, apenas para referir aquelas sobre as quais nos vamos debruçar.

1.1.2. Cognição

Ainda que nem todas as funções cognitivas sofram alterações com a idade, é natural que no decorrer do processo de envelhecimento algumas capacidades cognitivas como a

memória e a velocidade de processamento da informação vão diminuindo, tornando mais difícil realizar tarefas complexas que exijam estar atento a várias coisas em simultâneo ou mudar o centro de atenção (WHO, 2015). Felizmente este declínio natural das funções cognitivas, nem sempre resulta em comprometimento da autonomia e independência. Muitos idosos, apesar de algumas alterações cognitivas conseguem manter as suas atividades quotidianas. O facto do declínio cognitivo ser gradual, permite ao idoso readaptar-se e dessa forma atenuar o impacto destas alterações (Sequeira, 2010).

O declínio das funções cognitivas acontece muitas vezes associado a outros fatores para além da idade, como sejam o desuso, a depressão, o consumo de álcool ou medicamentos, a falta de motivação e/ou de confiança, a solidão e o isolamento (WHO, 2002). Intervir nestes fatores pode contribuir para atrasar e atenuar os efeitos da deterioração cognitiva, o que se torna essencial se tivermos em conta que alterações significativas a nível cognitivo interferem no funcionamento global do idoso com repercussões ao nível da sua independência e autonomia.

Por vezes, tende a confundir-se défice cognitivo ligeiro e demência, embora sejam entidades clínicas distintas. A primeira precede muitas vezes a segunda, pelo que é essencial diagnosticar precocemente défices cognitivos, com o intuito de desenvolver intervenções terapêuticas em fases iniciais (Petersen, et al., 2008). Programas de estimulação cognitiva dirigidos a pessoas com défice cognitivo ligeiro potenciam a cognição, melhoram a autonomia e minimizam o impacto dos défices (Costa, et al., 2013).

Manter a saúde cognitiva no idoso é fundamental. Praticar atividade física regular e manter-se intelectualmente ativo pode ser um importante contributo.

1.1.3. Capacidade Funcional

Uma outra condição associada ao envelhecimento sobre a qual merece a pena aprofundar são as alterações na funcionalidade.

Ao avaliar as necessidades de saúde de uma pessoa idosa, não basta identificar as alterações fisiológicas que estão a ocorrer, é fundamental perceber como estas alterações se estão a repercutir em termos de funcionalidade do indivíduo, uma vez que a

manutenção da capacidade funcional é um determinante major do envelhecimento saudável, na medida em que *“compreende os atributos relacionados com a saúde que permitem a uma pessoa ser e fazer o que é importante para si”* (WHO, 2015 p. 30). A capacidade funcional é composta pela capacidade intrínseca do indivíduo (capacidades físicas e mentais), pelas características do ambiente que interferem nessa capacidade e pelas interações que se estabelecem entre indivíduo e ambiente (WHO, 2015).

A inatividade surge, em muitos casos, como uma consequência das limitações decorrentes do processo de envelhecimento que levam o idoso a diminuir a sua atividade, embora também possa constituir-se como causa na medida em que muitas destas alterações surgem porque as pessoas vão gradualmente diminuindo a sua atividade. Daí a importância de manter uma atividade física regular que ajude a retardar o processo natural de envelhecimento e permita a manutenção de uma capacidade funcional satisfatória.

O declínio da funcionalidade acaba, grande parte das vezes, por resultar em dependência. Situações de dependência podem surgir de forma abrupta, em resultado de acidentes ou de doenças súbitas, ou de forma gradual, resultante de um declínio gradual progressivo. Este último cenário exige dos profissionais de saúde uma atenção especial direcionada a prevenir a deterioração. Uma avaliação precoce dos idosos, identificando limitações e défices de forma a prescrever e implementar intervenções direcionadas e adaptadas às suas reais necessidades torna-se essencial (Sequeira, 2010).

Qualquer ação pensada com vista a promover o Envelhecimento Saudável, terá como objetivo promover a capacidade funcional, o que pode ser conseguido: *“apoiando a construção e manutenção de capacidade intrínseca e tornando possível que aqueles que apresentam um declínio da sua capacidade funcional façam coisas que são importantes para eles”* (WHO, 2015 p. 32).

Para tal, as intervenções têm de ser ajustadas e direcionadas às necessidades da pessoa idosa. Segundo o quadro de saúde pública para o Envelhecimento Saudável apresentado pela OMS existem três subpopulações de idosos: os que têm capacidade intrínseca alta e estável e cuja abordagem se deve centrar em fomentar e manter esta capacidade o maior tempo possível; os que apresentam declínio na capacidade muitas vezes associadas ao surgimento de doenças e cujo objetivo passa por reduzir ao mínimo

os efeitos destas condições na capacidade geral da pessoa; e aqueles que têm perda significativa da capacidade, em que devem ser promovidos cuidados de suporte de longa duração (WHO, 2015). Se as necessidades de cada um dos subgrupos for atendida será possível aumentar a capacidade funcional dos idosos contribuindo para reduzir as situações de dependência.

1.1.4. Risco de Queda

As quedas são um problema frequente em todas as faixas etárias, mas o seu impacto não é igual ao longo da vida. Na população idosa é um problema com repercussões especialmente importantes, provocando maior incapacidade, internamentos mais prolongados, longos períodos de reabilitação e maiores riscos de dependência e morte prematura (WHO, 2002). As quedas assumem-se assim como um importante problema de saúde pública entre as pessoas idosas, que é necessário prevenir.

Estudos referenciados pela OMS apontam para que cerca de 30% das pessoas com 65 ou mais anos e 50% das pessoas com 85 ou mais anos que vivem na comunidade sofram pelo menos uma queda/ano (WHO, 2015). Em Portugal, dados do relatório ADELIA 2006-2008, demonstram que os acidentes na população acima dos 65 anos acontecem maioritariamente em casa, sendo as quedas os acidentes mais frequentes, em especial nos indivíduos com 75 ou mais anos, onde estas representam mais de 90% de todos os acidentes registados. Os internamentos resultantes de acidentes tendem a aumentar com a idade, assim como o tempo médio de internamento, sendo especialmente significativos nos idosos acima dos 75 anos (INSA, 2011).

As lesões provocadas pelas quedas são variadas, podendo oscilar de pequenos hematomas ou escoriações, a fraturas ou outras lesões com repercussões muito graves, como têm demonstrado vários estudos, a nível mundial. Entre 4% e 15% das quedas provocam lesões significativas e 23% a 40% das mortes relacionadas com lesões nas pessoas idosas devem-se a quedas (WHO, 2015). As quedas são a principal causa de hospitalização relacionada com lesões em pessoas acima dos 65 anos e representam 1% do total de mortes nessa faixa etária (Lord, et al., 2007).

Como referido acima, os eventos de queda conduzem a situações de redução da atividade, limitação física, perda de qualidade de vida e maior dependência dos idosos. Mas as quedas não têm um impacto negativo apenas para idosos e suas famílias. Pelos dados apresentados, fica claro o impacto deste fenómeno para os sistemas de saúde e para a sociedade/economia em geral, com custos associados aos cuidados de saúde relacionados com as quedas extremamente altos.

Conhecendo a magnitude do problema e cientes de que a maioria das quedas pode prevenir-se é necessário enveredar esforços para reduzir a sua incidência. A prevenção das quedas constitui-se assim como um dos grandes desafios colocados pelo envelhecimento. O facto de se tratar de um problema com etiologia multifatorial nem sempre facilita esta tarefa, pelo que se torna essencial a identificação dos fatores que concorrem para o risco de queda. O primeiro passo para prevenir quedas deve ser a identificação do risco. Desta forma a intervenção pode ser priorizada aos que mais necessitam dela.

Os fatores de risco de queda são inúmeros. De forma a facilitar a sua análise podem ser agrupados em fatores intrínsecos, extrínsecos e comportamentais. Esta divisão não deve ser contudo estanque, na medida em que grande parte das quedas resulta da associação de vários fatores em simultâneo.

Os fatores intrínsecos são os relacionados com o próprio indivíduo. Neste grupo podemos incluir os fatores sociodemográficos (idade avançada, género feminino, história anterior de quedas, viver sozinho, dependência nas atividades de vida diária); as alterações no equilíbrio; os fatores sensoriais e neuromusculares (défices visuais, alterações proprioceativas, diminuição da força muscular e do tempo de reação); os fatores psicológicos, como o medo de cair; condições médicas de que são exemplo défices cognitivos, depressão, doenças crónicas associadas, tonturas e problemas nos pés e por fim o uso de medicamentos, quer sejam fenómenos de polimedicação ou consumo de grupos farmacológicos específicos com especial relevo para os psicofármacos (Lord, et al., 2007).

Os fatores extrínsecos estão associados ao ambiente quer seja no domicílio – iluminação insuficiente, piso escorregadio, superfícies irregulares, tapetes soltos, degraus estreitos, inexistência de corrimões – ou em locais públicos – pavimentos irregulares e

escorregadios, fraca iluminação, barreiras arquitetônicas, obstáculos não sinalizados, transportes públicos sem condições de segurança. Também podem ser considerados fatores extrínsecos a utilização de calçado inadequado e a utilização de dispositivos de marcha inadequados ou mal adaptados (WHO, 2007). Ao contrário dos fatores intrínsecos, em que a associação entre alguns deles e o risco de queda é muito evidente, não existem dados conclusivos para indicar que as casas de idosos que caem são mais ‘perigosas’ do que aquelas dos que não caem. Contudo, quando aos fatores ambientais se associam idosos com limitações funcionais, é inequívoco o aumento do risco de queda (Lord, et al., 2007).

Por fim, podemos considerar como fatores comportamentais aqueles que estão relacionados com as escolhas dos idosos no que respeita à interação com o ambiente (WHO, 2007). A adoção de comportamentos de risco aumenta a probabilidade de queda. Entre estes comportamentos incluem-se subir a cadeiras ou escadotes, andar demasiado rápido, não utilizar os dispositivos de marcha de que dispõem ou utilizá-los de forma incorreta, entre outros.

Pelo descrito acima, percebe-se a enorme quantidade de fatores que concorrem para o risco de queda, sendo que este aumenta na presença de vários fatores de risco em simultâneo (WHO, 2007).

No presente diagnóstico de situação, vários dos fatores descritos acima serão avaliados: risco de queda devido ao equilíbrio, história anterior de quedas, medo de cair, consumo de fármacos, dependência funcional e défices cognitivos.

A evidência tem demonstrado que a avaliação dos fatores de risco de queda nos idosos que vivem na comunidade e a implementação de projetos de intervenção a eles direcionados se tem mostrado efetiva na redução de quedas nos idosos sem défice cognitivo. As ações direcionadas à prevenção têm mostrado uma boa relação custo-benefício (WHO, 2007). O exercício tem sido uma das intervenções mais investigadas, assumindo-se como um componente importante das intervenções multifatoriais (Lord, et al., 2007). O exercício físico tem maior eficácia se for prolongado no tempo e de maior intensidade (maior número de horas e pelo menos duas vezes por semana), sendo o treino de equilíbrio o tipo de exercício físico mais eficaz na prevenção de quedas (Cunha, et al., 2016).

1.1.5. Gestão/Adesão ao regime medicamentoso

Os idosos consomem em geral um elevado número de fármacos, muitas vezes com regimes medicamentosos bastante complexos, sem que sejam adequadamente acompanhados, o que potencia situações de gestão medicamentosa ineficaz ou fenómenos de não adesão, com repercussões negativas diversas. A gestão/adesão ao regime medicamentoso assume-se assim como um determinante de saúde sobre o qual é necessário diagnosticar e intervir, especialmente na população idosa, uma vez que as tarefas subjacentes a uma gestão eficaz tornam-se mais difíceis à medida que a capacidade física e cognitiva tende a diminuir.

A definição de polimedicação não é consensual. Henriques (2011), citando diversos autores, apresenta várias definições possíveis. Polimedicação é considerada por alguns autores como a ‘prescrição inadequada para a situação clínica’, por outros, como ‘o uso de vários medicamentos em simultâneo’ ou ‘o uso concomitante de quatro ou mais medicamentos’. Há também definições que pressupõem a classificação em ‘*polimedicação minor* (dois a quatro comprimidos) e *polimedicação major* (mais do que quatro)’, enquanto outros autores classificam a polimedicação em ‘*ligeira* (dois a três medicamentos), *moderada* (quatro a cinco medicamentos) ou *grave* (mais de cinco medicamentos)’ (Henriques, 2011 p. 13).

Ainda que o conceito de polimedicação não seja consensual, este é um fenómeno de inequívoca prevalência entre os idosos, que tende a aumentar com a idade e que deve merecer a atenção dos profissionais de saúde pelos riscos a ele associados.

O elevado consumo de medicamentos potencia, em qualquer idade, o surgimento de interações medicamentosas. Associando a este consumo as alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento o risco de efeitos adversos aumenta consideravelmente. Além de que o aumento do número de fármacos e do número de prescritores são fatores que influenciam bastante a adesão (Santos, et al., 2010).

A (WHO, 2003) define adesão ao regime terapêutico como a medida em que o comportamento de uma pessoa - em relação à toma da medicação, ao cumprimento de uma dieta e à implementação de mudanças no estilo de vida - corresponde às

recomendações de um profissional de saúde. A não adesão acontece quando não existe concordância entre o comportamento do doente e as recomendações do profissional de saúde. Estima-se que nos países desenvolvidos a taxa de adesão ao tratamento, nas situações de doença crónica, seja em média 50%, sendo mais baixa nos países em desenvolvimento, o que leva a OMS a classificar a ‘não adesão’ como ‘um problema mundial de magnitude impressionante’.

A não adesão ao tratamento tem implicações a nível pessoal, económico e social. Contribui para o aumento da morbilidade e mortalidade, redução da qualidade de vida e insatisfação dos clientes (ICN/OE, 2009), ao mesmo tempo que desperdiça recursos de saúde (WHO, 2003).

As intervenções destinadas a melhorar a adesão terapêutica, visando reduzir as idas à urgência e os internamentos por descompensações e melhorar a qualidade de vida, constituem-se assim como um importante contributo para a melhoria da saúde da população idosa (Monterroso, et al., 2015).

A adesão pressupõe uma tomada de decisão que esteja em concordância com o que o profissional de saúde prescreve. É um comportamento consciente de querer adotar as recomendações sugeridas. Trata-se por isso de uma resposta humana, muito sensível aos cuidados de enfermagem e que é distinto do conceito de *compliance*, mais redutor, em que a principal preocupação é o cumprimento da prescrição, independentemente da tomada de decisão a ele associada. Para a (WHO, 2003) a principal diferença entre estes dois conceitos é que a adesão pressupõe o acordo do doente com as recomendações, considerando-o um parceiro ativo nos cuidados.

A adesão ao regime terapêutico é abrangente. De acordo com o conceito proposto pela OMS e apresentado acima, pressupõe a adesão ao regime medicamentoso, ao regime alimentar e à adoção de estilos de vida saudáveis. No nosso estudo debruçar-nos-emos sobre as questões relacionadas com o regime medicamentoso.

Na prática clínica muitos idosos são diagnosticados como ‘não aderentes’ quando, o que apresentam são dificuldades/incapacidade para gerir a medicação. A deterioração da capacidade funcional e cognitiva influencia a capacidade para gerir eficazmente os medicamentos, afetando a adesão ao regime medicamentoso.

Gerir o regime medicamentoso exige realizar um conjunto de tarefas complexas que conjugam funcionalidade física - ir comprar os medicamentos, abrir as caixas, manipular os inaladores, por exemplo – e capacidade mental, onde se inclui saber o nome dos medicamentos, saber para que servem, lembrar as horas de tomar, etc. Muitos idosos apresentam défices cognitivos e/ou funcionais que tornam estas tarefas, por si só, bastante exigentes. Se a isto juntarmos esquemas terapêuticos complexos, com a conjugação de múltiplos fármacos, múltiplas tomas e com indicações específicas ficam reunidas um conjunto de razões que contribuem para a ineficácia na gestão.

Torna-se por isso fundamental que os profissionais de saúde se empenhem na simplificação do regime medicamentoso dos doentes que acompanham. É também essencial conhecer os fatores que, individualmente, influenciam esta gestão, de forma a perceber que tipo de ajuda a pessoa necessita para uma gestão eficaz (Henriques, 2011), contribuindo desta forma para melhorar a adesão.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) identificou cinco grupos de fatores que influenciam a adesão terapêutica, desmistificando a ideia de que a adesão é um problema motivado pelo doente. Na verdade, os fatores relacionados com o doente são apenas um dos cinco grupos de fatores, onde também se incluem os fatores socioeconómicos; fatores relacionados com o tratamento; fatores relacionados com a doença e fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde. A adesão é assim um problema multidimensional, pelo que as intervenções destinadas a melhorá-la devem incluir vários componentes. Segundo o relatório da OMS sobre a adesão aos tratamentos a longo prazo, as abordagens unifatoriais têm demonstrado uma efetividade limitada na medida em que os fatores que determinam a adesão interagem entre si, sendo as abordagens multifatoriais as que se têm mostrado mais efetivas (WHO, 2003).

Os enfermeiros assumem um papel insubstituível na otimização da adesão ao tratamento, encontrando-se numa posição privilegiada para “*avaliar, diagnosticar, intervir e avaliar resultados nas questões relacionadas com a adesão*”. Neste âmbito devem: *avaliar o risco de não-adesão; identificar os diagnósticos e motivos para a não-adesão; proporcionar intervenções apropriadas, adaptadas para o cliente, com base na avaliação e avaliar a adesão ao tratamento* (ICN/OE, 2009 p. 10). Desta forma contribuirão para fazer face a um dos problemas e necessidades da população idosa.

BIBLIOGRAFIA

- ARS Norte, Departamento de Saúde Pública. 2017. *Perfil Local de Saúde 2016 - ACES Porto Ocidental e Porto Oriental*. Porto : s.n., 2017. Disponível em: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/PeLS2016/PeLS2016_A16_Porto.htm.
- Azevedo, Joaquim et al. (coord). 2009. *Porto Solidário: DIAGNÓSTICO SOCIAL DO PORTO*. Faculdade de Educação e Psicologia da UCP. Porto : CM Porto, 2009.
- Costa, Ana Rita Dias e Sequeira, Carlos. 2013. Efectividade de um programa de estimulação cognitiva em idosos com défice cognitivo ligeiro. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*. 2013, Vol. 9, pp. 14-20.
- Cunha, Patricia e Pinheiro, Luísa Costa. 2016. O papel do exercício físico na prevenção de quedas nos idosos: uma revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2016, Vol. 32, pp. 96-100.
- Delgado, Artur Barata e Lima, Maria Luísa. 2001. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2, 2001, Vol. 2, pp. 81-100.
- DGS. 2006. *Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa : Direção Geral de Saúde, 2006. 972-675-155-1.
- Direção Geral de Saúde (DGS). 2014. *Portugal: Idade maior em números - A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade*. Lisboa : DGS, 2014.
- Direção Geral de Saúde (DGS). 2016. *Reconciliação Terapêutica*. s.l. : Norma nº 018/2016 de 30/12/2016, 2016.
- Groot, Maartje H. de, et al. 2013. The Effects of Fall-Risk-Increasing Drugs on Postural Control: A Literature Review. *Drugs & Aging*. 2013, Vol. 30 (11), pp. 901-920.
- Henriques, Maria Adriana Pereira. 2011. *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade: eficácia das intervenções de enfermagem*. Tese de Doutoramento apresentado à Universidade de Lisboa. 2011.
- ICN/OE. 2009. *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento. Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa : OR, 2009. ISBN: 978-92-95065-62-8.
- Imperatori, Emílio e Giraldes, Maria do Rosário. 1986. *Metodologia do Planeamento em Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 2ª Edição. Algueirão : Edições da Saúde, 1986.
- INE. 2012. *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa : INE, 2012. ISSN: 0872-6493.
- Infarmed. 2017. *Prontuário Terapêutico on-line*. [Online] 2017. <http://app10.infarmed.pt/prontuario/index.php>.

- INSA. 2011. *Relatório Adélia 2006-2008: Acidentes Domésticos e de Lazer*. Lisboa : INSA, 2011.
- Lord, Stephen R., et al. 2007. *Falls in Older People*. Cambridge : Cambridge University Press, 2007. ISBN: 13978-0-521-68099-8.
- Loureiro, Maria Helena Vieira S. 2008. *Validação do 'Mini-nutricional assesment'*. Dissertação de Mestrado em Nutrição Clínica apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. 2008.
- Melo, Cristina Argel de. 2011. Adaptação cultural e validação da escala "Falls Efficacy Scale" de Tinetti. *ifisionline*. 2011, Vol. 1 (2), pp. 33-43.
- Monterroso, Ligia E.P., Joaquim, Natércia e Sá, Luís O. de. 2015. Adesão do regime terapêutico medicamentoso dos idosos integrados nas equipas domiciliárias de Cuidados Continuados. *Revista de Enfermagem Referência*. 2015, Vol. Série IV (n.º5), pp. 9-15.
- Morgado, Joana, et al. 2009. Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*. 2009, Vol. 9 (N.º2), pp. 10-16.
- Petersen, Ronald C. e Negash, Selamawit. 2008. Mild cognitive impairment: an overview. *CNS Spectrums*. 2008, Vol. 13(1), pp. 45-53.
- Santos, Mónica e Almeida, Armando. 2010. Polimedicação no idoso. *Revista de Enfermagem Referência*. 2010, Vols. III Série, N.º2, pp. 149-162.
- Sequeira, Carlos. 2010. *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa : Lidel - Edições Técnicas, Lda, 2010. 978-972-757-717-0.
- Tavares, António. 1992. *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. 2ª Edição. Lisboa : Ministério da Saúde, 1992.
- USP Porto Oriental. 2016. *Diagnóstico de Situação de Saúde*. Porto : s.n., 2016.
- WHO. 2002. *Active ageing a policy framework - a contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing*. Madrid : s.n., 2002.
- WHO. 2003. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva : WHO, 2003. ISBN: 92 4 154599 2.
- WHO. 2007. *Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Geneva : WHO, 2007. ISBN: 978 92 4 156353 6.
- WHO. 2015. *World report on ageing and health*. Geneva : WHO, 2015. ISBN: 978 92 4 069479 8.

Apêndice 2 - Cronograma de atividades módulo I

	Mês Semana Dia	Maio					Junho				9 ^a **
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a		
		2 a 5	8 a 12	15 a 19	22 a 26	29 a 2	5 a 9	12 a 16	19 a 23	26 a 30	
P L A N E A M E N T O	Definição da área programática;										
	Especificação de objetivos;										
	Constituição da equipa de trabalho;										
	Identificação e caracterização da comunidade;										
	Seleção de variáveis/indicadores;										
	Determinação da população/amostra;										
	Seleção das fontes de informação;										
	Seleção/elaboração instrumentos de pesquisa;										
	Programação/realização do pré-teste;										
	Previsão/tratamento da análise dos dados;										
	Previsão da apresentação dos dados;										
	Revisão dos recursos;										
	Treino do pessoal;										
	Apresentação do projeto à equipa multidisciplinar;										
E X E C U Ç Ã O	Colheita de dados;										
	Organização e tabulação dos dados;										
	Análise e interpretação dos dados;										
	Conclusões (diagnóstico);										
	Avaliação Final.										

* Estágio termina a 23 de Junho. A 9^a semana destina-se à elaboração do relatório de estágio

Apêndice 3 - Instrumento de recolha de dados

Nº do questionário: _____ / Data: ____/____/____
 NOP _____ DN: ____/____/____

Parte I – Caracterização Sociodemográfica e Funcionamento Familiar		
1. Idade:	_____ (em anos)	
2. Sexo:	1. Masculino 2. Feminino	
3. Estado civil:	1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. União de Facto 3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a)	
4. Habilitações literárias:	1. Analfabeto 2. 1º Ciclo incompleto 3. 1º Ciclo do Ensino Básico completo /antiga 4ª classe 4. 2º Ciclo do Ensino Básico /antiga 6ª classe ou Ciclo Preparatório 5. 3º Ciclo do Ensino Básico / 9º ano/ Curso Geral dos Liceus 6. Ensino secundário /Curso Complementar dos Liceus 7. Bacharelato/Licenciatura 8. Mestrado/Doutoramento	
5. Com quem vive	1. Sozinho 2. Acompanhado	Se respondeu Sozinho, passe à pergunta 6
5.1. Se vive acompanhado especificar com quem?	1. Apenas com o Esposo(a) / Companheiro(a) 2. Com o Esposo(a)/Companheiro(a) e com outro(s) familiar(es) ou amigo(s) 3. Com o Esposo(a)/Companheiro(a) e com alguém remunerado que cuida de si 4. Com familiar(es) e/ou amigo(s) que não o esposo/companheiro(a) 5. Com alguém remunerado que cuida de si 6. Outro. Quem _____	
6. Tem Prestador de Cuidados?	1. Sim 2. Não	Se respondeu não, passar à pergunta 7
6.1. Quem exerce o papel de prestador de cuidados primário?	1. Esposo(a) / Companheiro(a) 2. Filho(a) 3. Genro ou Nora. 4. Neto (a) 5. Irmã(o) ou Cunhado(a) 6. Alguém remunerado que cuida de si 7. Outro. Quem _____	
7. APGAR familiar		
Parte II – Estado Nutricional		
8. Mini-Nutritional Assessment (<i>Guizog et al, 1994 adaptado por Loureiro, 2008</i>)		
Parte III – Capacidade Funcional		
9. Tipo de ajuda necessária para as deslocações		
9.1 No Domicílio		1- Anda sem necessidade de dispositivos 2 - Necessita dispositivo de ajuda (bengala, muleta ou andarilho) 3 - Necessita de ajuda humana
9.2 No Exterior		4 - Necessita de cadeira de rodas 5 - Impossibilidade de se deslocar
10. Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Adaptado por Sequeira, 2007)		
11. Índice de Lawton – Atividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton & Brody, 1969; Adaptado por Sequeira, 2007)		
Parte IV – Capacidade cognitiva		
12. Mini Mental State Examination		

Parte V – Risco de Queda

ANTECEDENTES DE QUEDA E ANAMNESE DA QUEDA (durante o último ano)										
	14- Onde	15-Local	16-Altura do dia	17-O que fazia?	18-Porque aconteceu	19-Ajuda para levantar?	20-Onde se dirigiu?	21-Resultou alguma lesão	21.1-Tipo de lesão/local	22-Necessitou de internamento
13-Nº. de quedas	1. Em casa 2. Fora de casa	1. Quarto 2. Cozinha 3. WC 4. Sala 5. Escadas 6. Outra divisão dentro de casa 7. Espaço envolvente à casa 8. Transportes 9. Centro de Dia 10. Rua 11. Área de Comércio 12. Outro	1. Durante o dia; 2. Durante a noite	1. Atividade basal 2. Atividade doméstica 3. Atividade de lazer 4. Atividade desportiva 5. Outro	1. Não sei 2. Escorreguei 3. Tropecei 4. Tontura/vertigem 5. Desmaio 6. Outro _____	1. Sim 2. Não	1. Não recorri a serviços de saúde 2. Centro de Saúde 3. Hospital 4. Farmácia 5. Outro _____	1. Sim 2- Não	1. Equimose 2. Escoriação 3. TCE 4. Fratura 5- Outra _____	1. Sim 2. Não
0	Se não tiver antecedentes de queda, passar à pergunta 23									
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
23. Índice de Tinetti (Adaptado por Petiz, 2002)										
24. Falls Efficacy Scale (Adaptado por Melo, 2011)										

Parte VI – Gestão /Adesão ao Regime Terapêutico

F Á R M A C O S	25. Que medicamentos tomou na última semana?	26. Dentro do prazo	27. Quantas tomas por dia?	28. Quantos comprimidos de cada vez?	29. Para que serve? (cada fármaco)	30. Quem prescreveu? (cada um dos medicamentos)	31. Quantos prescritores?	33. Como os distingue?
	(nome e dosagem)	1- Sim 2- Não			1 - Sabe 2 – NS/NR	1 - Médico família 2 - Médico do hospital (qual) 3 - Médico privado 4 - Na farmácia 5 - Familiar/vizinho 6 -Televisão/internet 7 - Outro		
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								

34. Em relação aos medicamentos que toma, tem dificuldade em realizar as seguintes tarefas?		Sim (1)	Não (2)	Depende de outro (3)
34.1. Abrir ou fechar as embalagens				
34.2. Ler o que está escrito na embalagem				
34.3. Tomar o medicamento (dificuldade em engolir, tamanho, forma de aplicar)				
34.4. Ir ao médico renovar as receitas, a tempo				
34.5. Ir até à farmácia, comprar os medicamentos				
34.6. Ter dinheiro para comprar a medicação				
34.7. Planear para tomar fora de casa				
35. Medida de Adesão aos Tratamentos (Delgado e Lima, 2001)				
36. Vacinação Antitetânica:				
36.1 Data da última dose: _____	36.2 Estado Vacinal: 1. Completo 2. Incompleto 3. Ausente	36.3 Se vacinação incompleta ou ausente. Qual o motivo? 1. Não é importante 2. Por descuido 3. Medo de ficar doente com a vacina 4. Nunca tomei vacinas e não é agora que vou tomar 5. Falta de informação 6. Outro. _____		
37. Vacinação anti influenza no último ano:				
37.1. Data da última dose: _____	37.2. Vacinação anti-influenza no último ano? 1. Sim 2. Não	37.3. Se vacinação ausente. Qual o motivo? 1. Não é importante 2. Por descuido 3. Medo de ficar doente com a vacina 4. Nunca tomei vacinas e não é agora que vou tomar 5. Falta de informação 6. Outro. _____		

Apêndice 4. Análise estatística descritiva

A análise descritiva das variáveis foi realizada através da apresentação dos valores das frequências relativas, absolutas e em alguns casos pelo cálculo de medidas de tendência central, de dispersão e/ou de localização relativa.

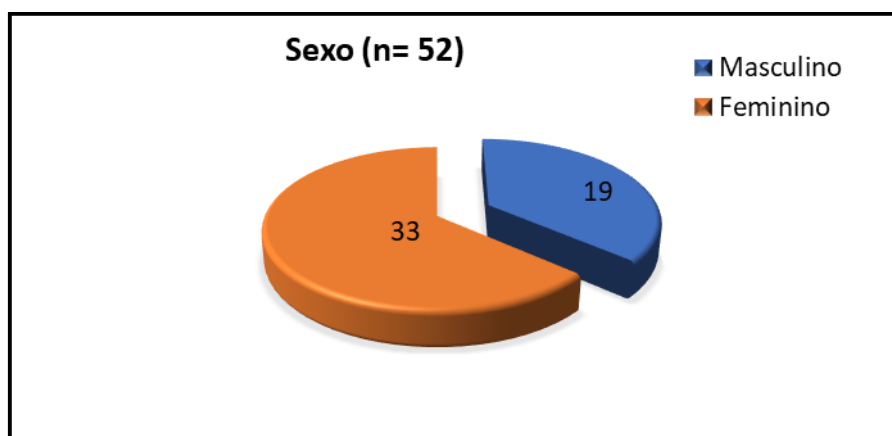
População alvo: Idosos com 75 anos ou mais, inscritos na USF

Amostra: 52

- **Caracterização Sociodemográfica**

A amostra do estudo é constituída maioritariamente por mulheres (n=33) como evidenciado no Gráfico 1.

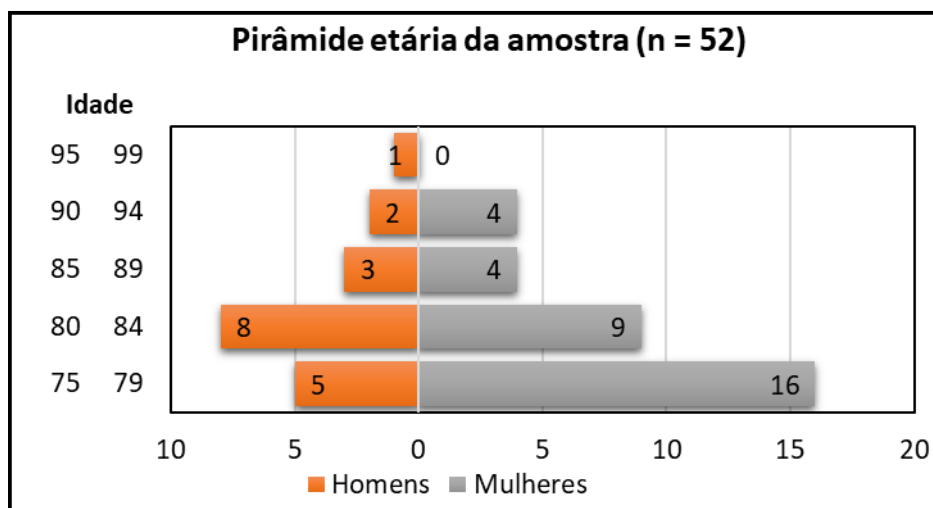
Gráfico 1 - Distribuição numérica da amostra por género



A média de idades dos inquiridos é de $82 \pm 5,75$ anos com um mínimo de 75 e um máximo de 97 anos. Distribuindo a amostra por idade e sexo é possível construir uma pirâmide etária (

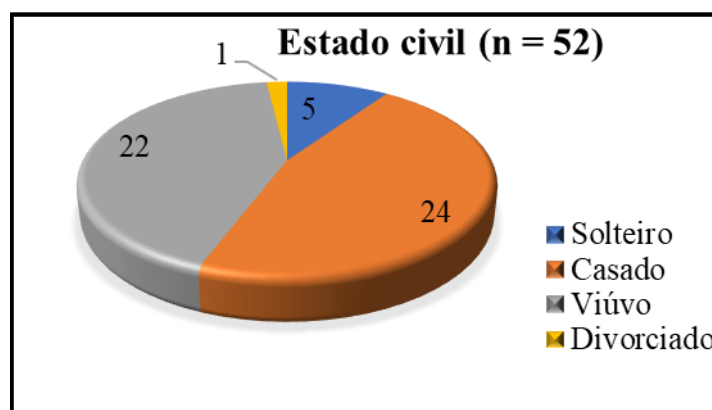
Gráfico 2), onde se evidencia uma maior percentagem de mulheres em quase todas as classes etárias especialmente evidente da classe etária dos 75 aos 79 anos. Este predomínio feminino é característico da realidade nacional e da população em estudo, como referido no ponto 1.4.1. A única faixa etária onde na amostra, ao contrário da população, não existem mais mulheres do que homens é a classe dos 95 aos 99 anos.

Gráfico 2 - Pirâmide etária da amostra.



Quanto ao estado civil, a maioria das pessoas que constituem a amostra é casada (n=24), sendo o segundo estado civil mais frequente o de viúvo (n=22).

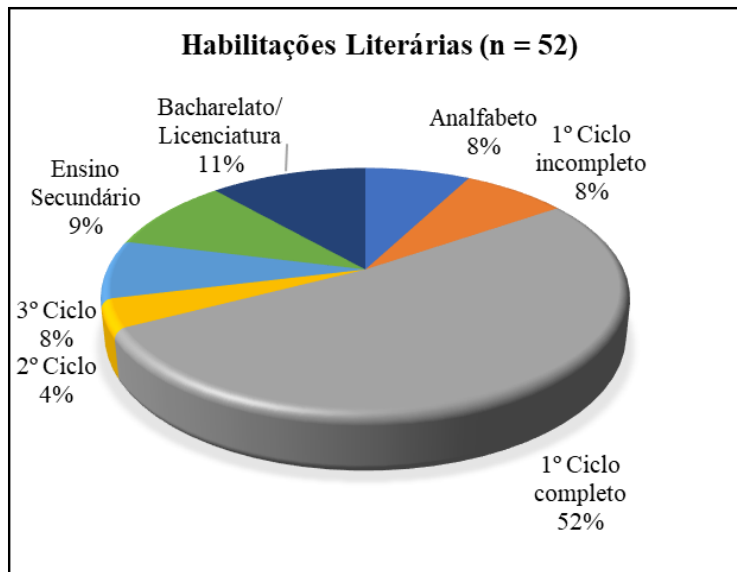
Gráfico 3- Distribuição numérica da amostra por estado civil.



Relativamente às habilitações literárias (Gráfico 4), mais de metade da amostra (52%) possui 4 anos de escolaridade - 1º ciclo completo. Sendo 8% dos inquiridos analfabeto, e igual a percentagem dos que tem o 1º ciclo incompleto. Se juntarmos estas três percentagens, obtemos que 68% da amostra possui uma escolaridade baixa (igual ou inferior a 4 anos).

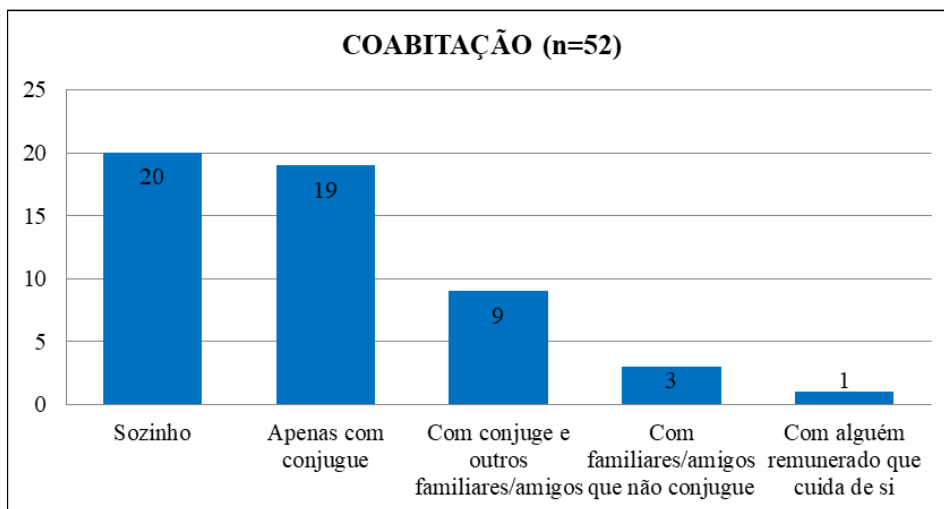
Um pouco em contraciclo, surge um dado curioso e não expectável nesta faixa etária: o bacharelato/licenciatura assume-se como o segundo nível de instrução mais frequente (11%).

Gráfico 4 - Distribuição percentual da amostra por habilitações literárias.



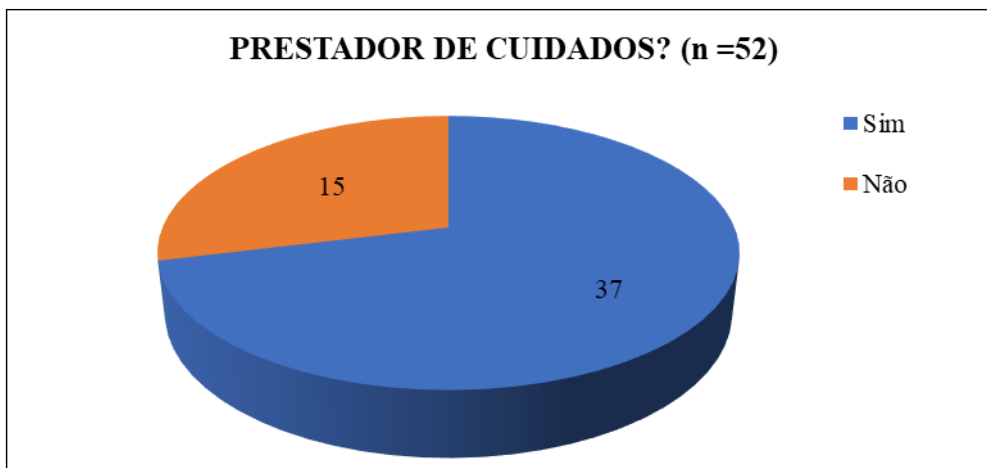
Em relação à coabitação (Gráfico 5), a maioria dos inquiridos vive acompanhado (n=32), sendo que destes 19 vivem acompanhados apenas pelo conjugue (muitas vezes da mesma idade). Este dado e o número dos que vivem sozinhos (n=20) deve merecer especial atenção dos profissionais de saúde.

Gráfico 5 - Distribuição numérica da amostra relativa à coabitação.



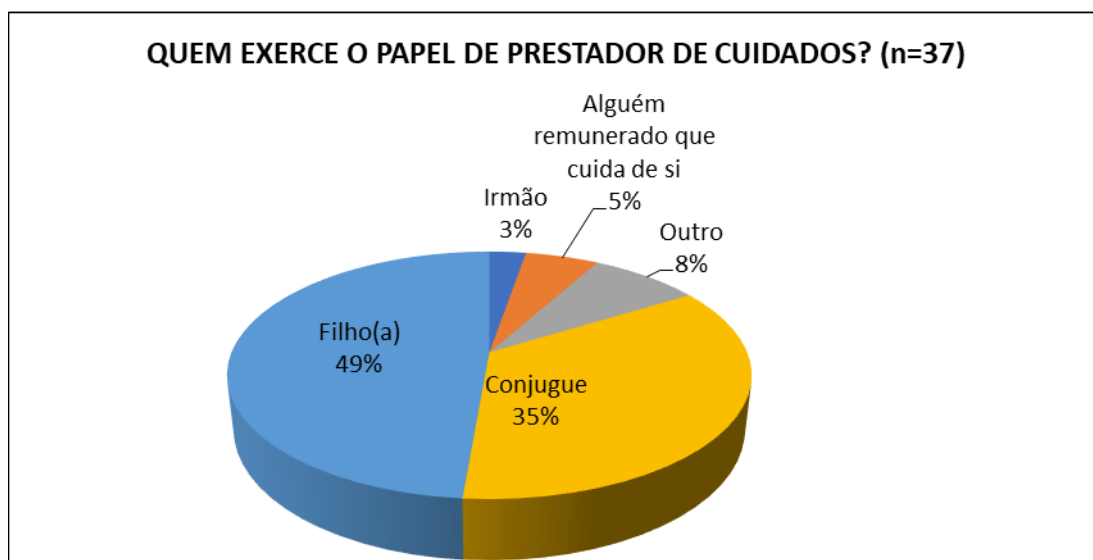
A maioria da amostra (n=37) refere ter prestador de cuidados (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Distribuição numérica da amostra relativa à existência de prestador de cuidados.



Dos inquiridos que apresentam prestador de cuidados, verifica-se que este papel é exercido na maioria dos casos pelos filhos (as) (49%) (ver Gráfico 7). Sendo contudo uma percentagem significativa os que referem que o conjugue é o prestador de cuidados (35%), o que chama a atenção para um dos problemas descritos na bibliografia de que muitas vezes são idosos que cuidam de idosos.

Gráfico 7 - Distribuição percentual da amostra relativamente a quem exerce o papel de prestador de cuidados

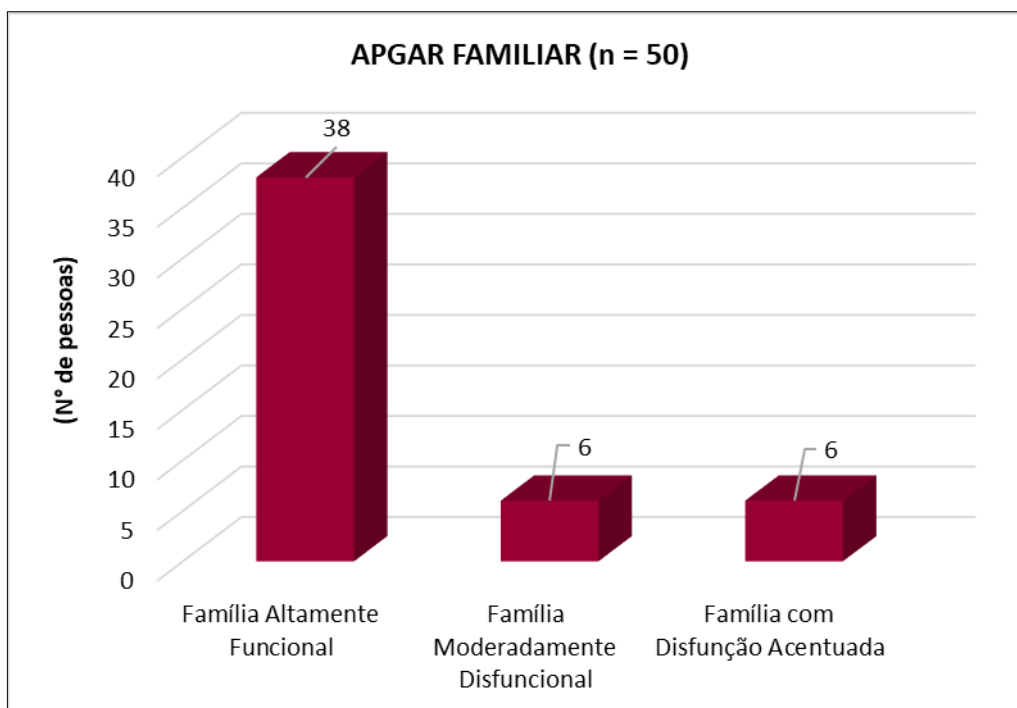


- **Caracterização da funcionalidade familiar**

A aplicação do Apgar familiar permite classificar a família da maioria dos inquiridos como altamente funcional (n=38).

Gráfico 8 mostra ainda que 6 dos inquiridos consideram pertencer a famílias com moderada disfunção e número igual a famílias com disfunção acentuada.

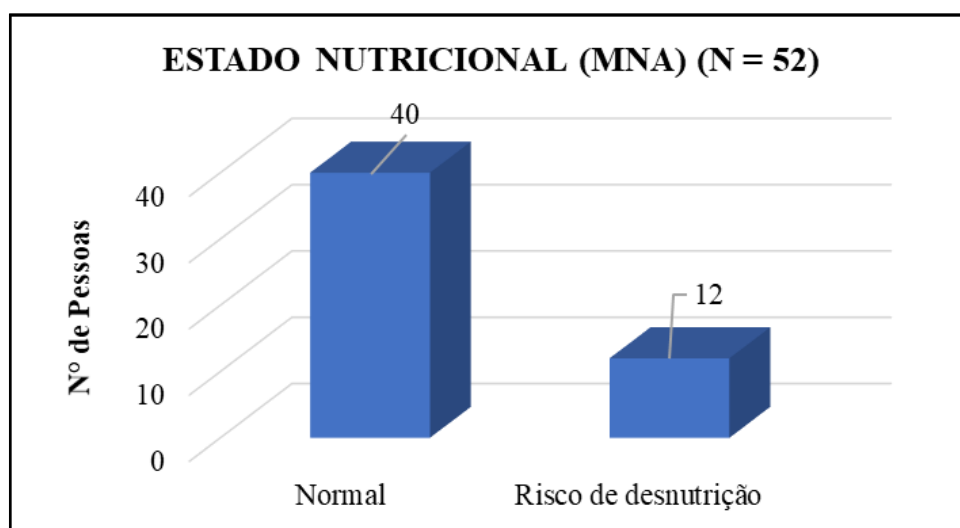
Gráfico 8 - Distribuição numérica da amostra relativa à funcionalidade do sistema familiar.



- **Estado Nutricional**

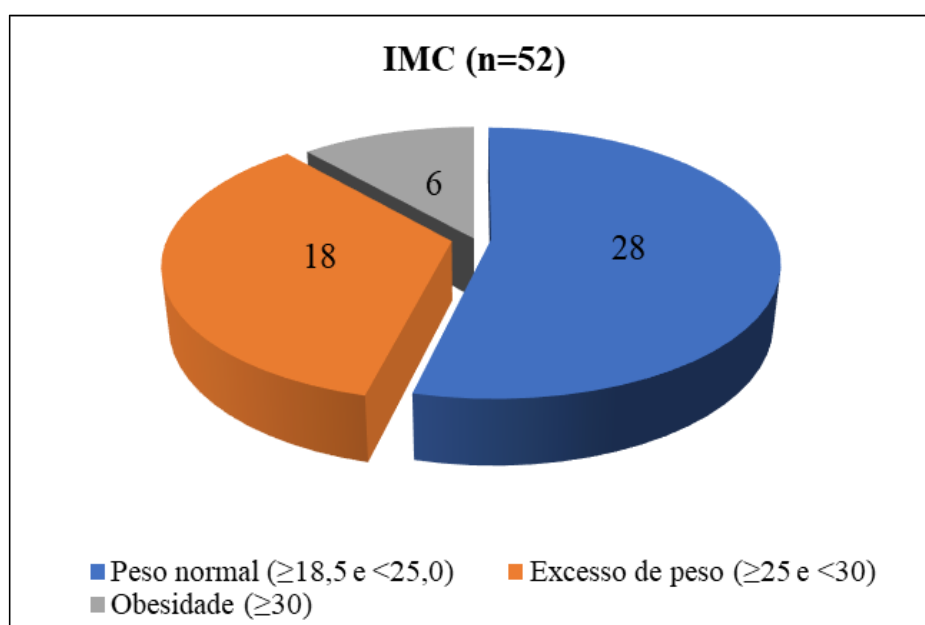
A avaliação do estado nutricional, pelo Mini Nutritional Assessment (MNA), permite classificar a maioria da amostra como tendo um estado nutricional normal (n=40), havendo 12 pessoas em risco de subnutrição, não tendo sido encontrado ninguém desnutrido (Gráfico 9). Estes dados de certa forma favoráveis, poderão estar relacionados com as opções metodológicas adotadas no estudo, uma vez que é expectável que as pessoas mais desnutridas apresentem maiores dificuldades em se deslocar à USF, pelo que não foram contempladas no estudo.

Gráfico 9 - Distribuição numérica da amostra, quanto ao Estado Nutricional



O MNA permite identificar pessoas desnutridas ou em risco de subnutrição, não nos dando qualquer informação sobre situações de excesso de peso ou de obesidade, pelo que é interessante analisar a distribuição da amostra de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC) – Gráfico 10. A maioria das pessoas (n=28) revela ter peso normal, embora um número significativo (n= 18) apresente excesso de peso e 6 tenham valores compatíveis com obesidade.

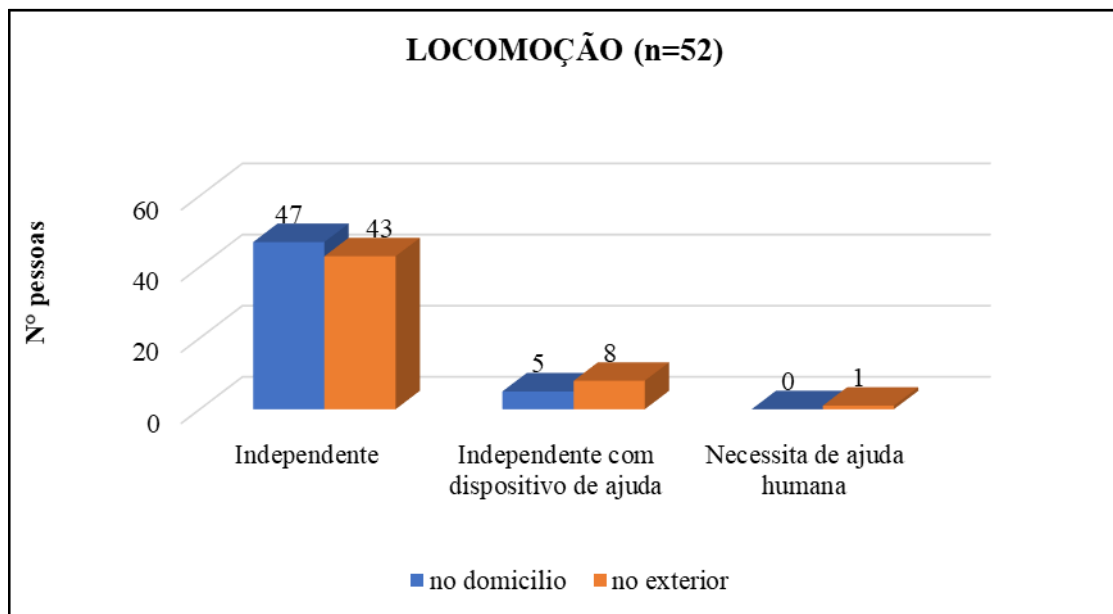
Gráfico 10 - Distribuição numérica da amostra quanto ao IMC



- **Capacidade Funcional**

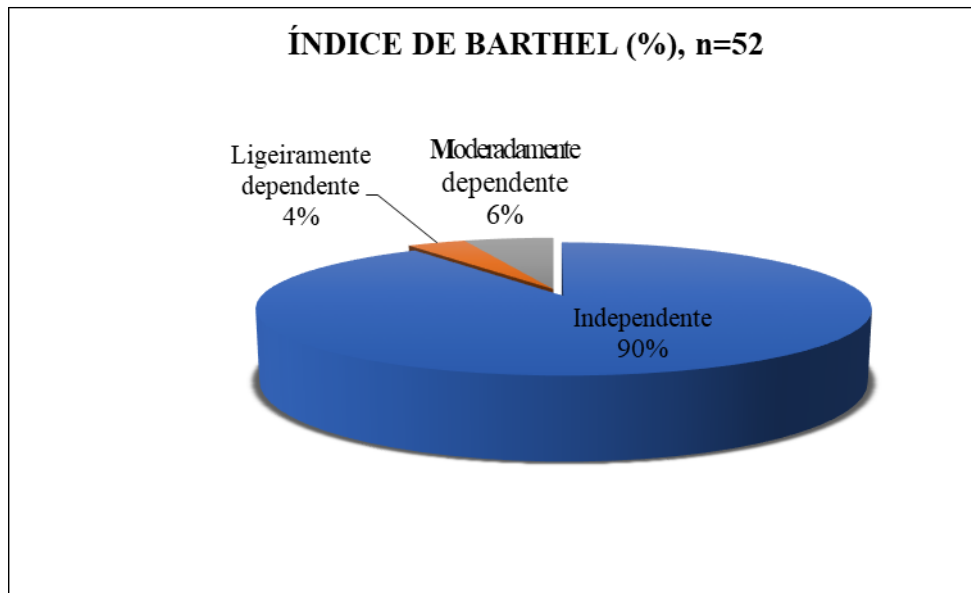
No Gráfico 11, podemos observar a distribuição da amostra relativamente à locomoção. A grande maioria desloca-se de forma independente quer no domicílio, quer no exterior. Há no entanto um conjunto de pessoas que apesar de independentes necessitam de dispositivo auxiliar de marcha: 5 precisam dele no domicílio, enquanto que 8 recorrem a ele no exterior. Apenas um dos inquiridos necessita de ajuda humana para as deslocações no exterior, o que mais uma vez coloca em evidência as opções metodológicas do estudo relativas ao facto das pessoas que integram a amostra serem aquelas com capacidade para se deslocar à USF, fazendo supor que pessoas com mais necessidade de ajuda para a locomoção, não tenham sido contempladas.

Gráfico 11 - Distribuição numérica da amostra segundo a Locomoção



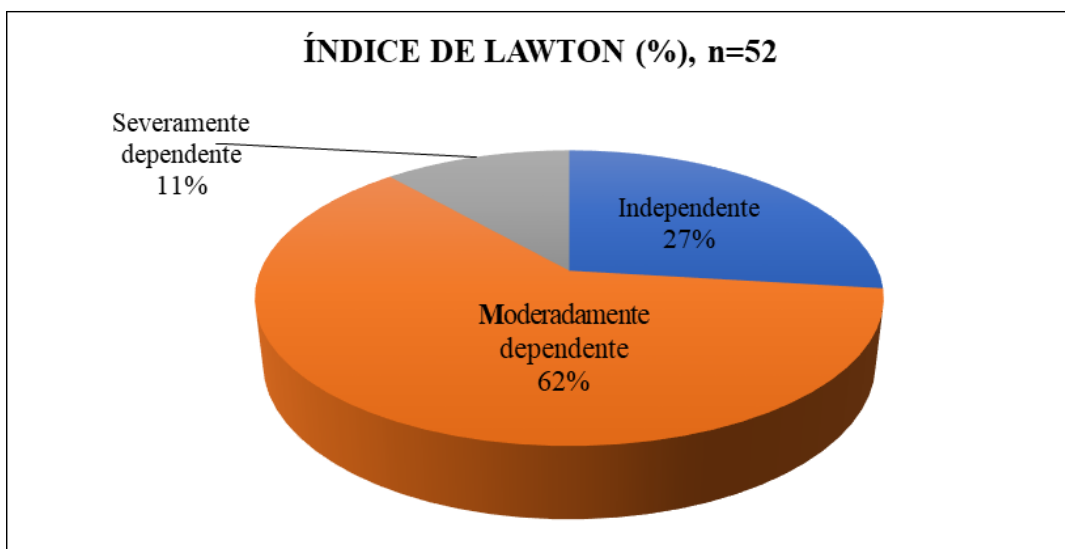
Quanto à dependência nas ABVD, avaliada pelo Índice de Barthel, a grande maioria da amostra (90%) revela ser independente, como se pode constatar no Gráfico 12. 6% são moderadamente dependentes e 4% ligeiramente dependentes. Não existe, na nossa amostra, ninguém severamente ou totalmente dependente.

Gráfico 12 -Distribuição percentual da amostra, quanto à dependência nas ABVD



Em relação à dependência nas AIVD, avaliada pelo índice de Lawton (Gráfico 13), a maioria da amostra (62%) é classificada como moderadamente independente e 11% como severamente dependente. Constatando-se assim níveis de dependência nas AIVD muito mais elevados do que os verificados nas ABVD, o que está de acordo com o descrito na bibliografia relativamente à forma como se instala a dependência. As atividades de autocuidado pessoais são aquelas em que normalmente a pessoa se mantém independente durante mais tempo.

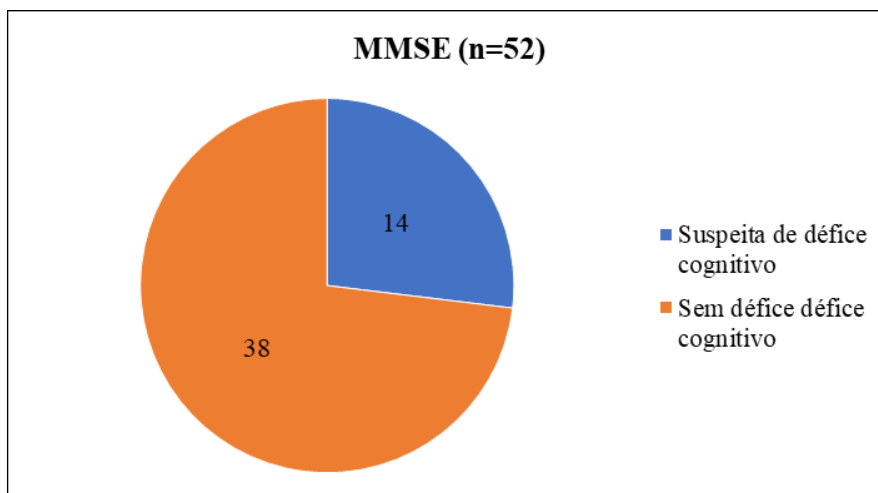
Gráfico 13 - Distribuição percentual da amostra por dependência nas AIVD.



- **Cognição**

A suspeita de défice cognitivo foi investigada pelo Mini-Mental State Examination (MMSE), que permitiu identificar 14 pessoas com suspeita de défice cognitivo (Gráfico 14).

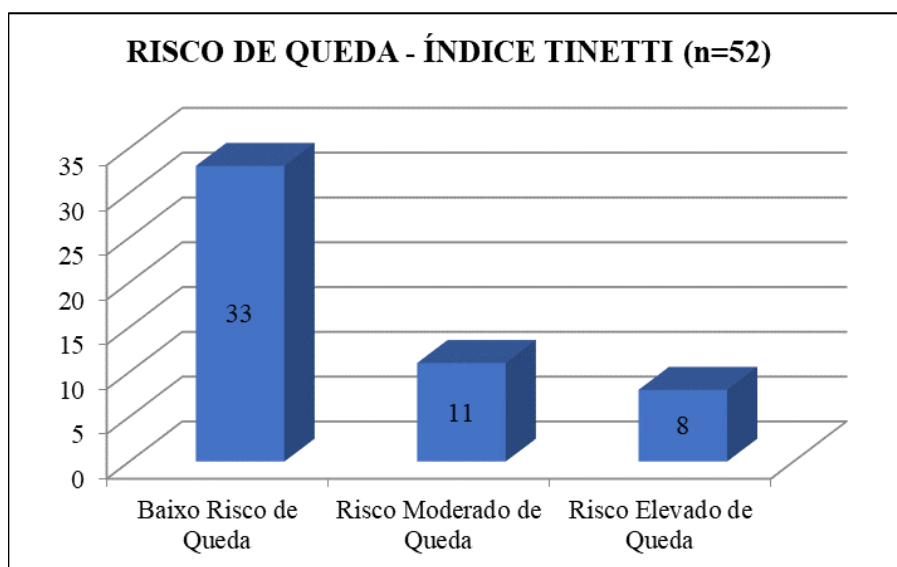
Gráfico 14 - Distribuição numérica da amostra de acordo com o estado cognitivo



Risco de Queda

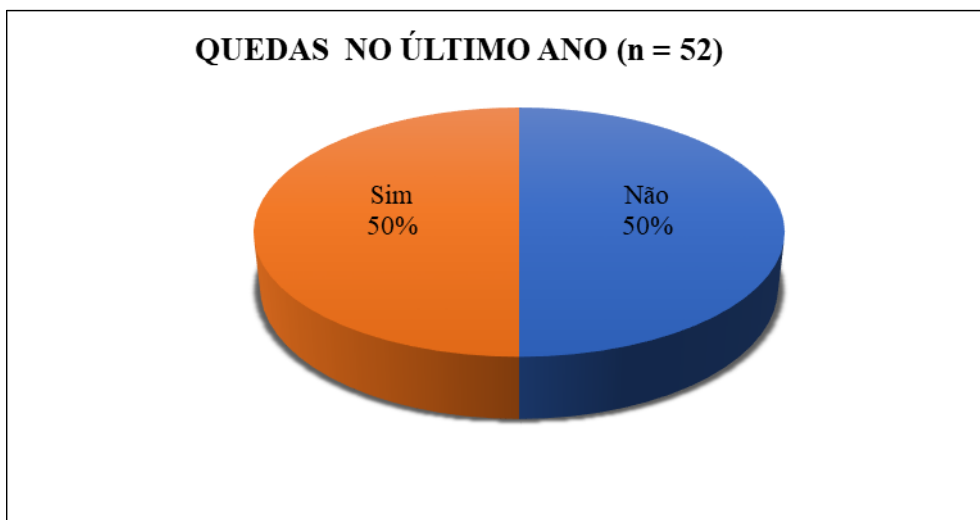
Avaliou-se o risco de queda devido ao equilíbrio, pela aplicação do Índice de Tinetti, o que permitiu concluir que 33 pessoas apresentam baixo risco de queda, 11 risco moderado e 8 risco elevado (Gráfico 15).

Gráfico 15 - Distribuição da amostra, quanto ao risco de queda devido ao equilíbrio corporal



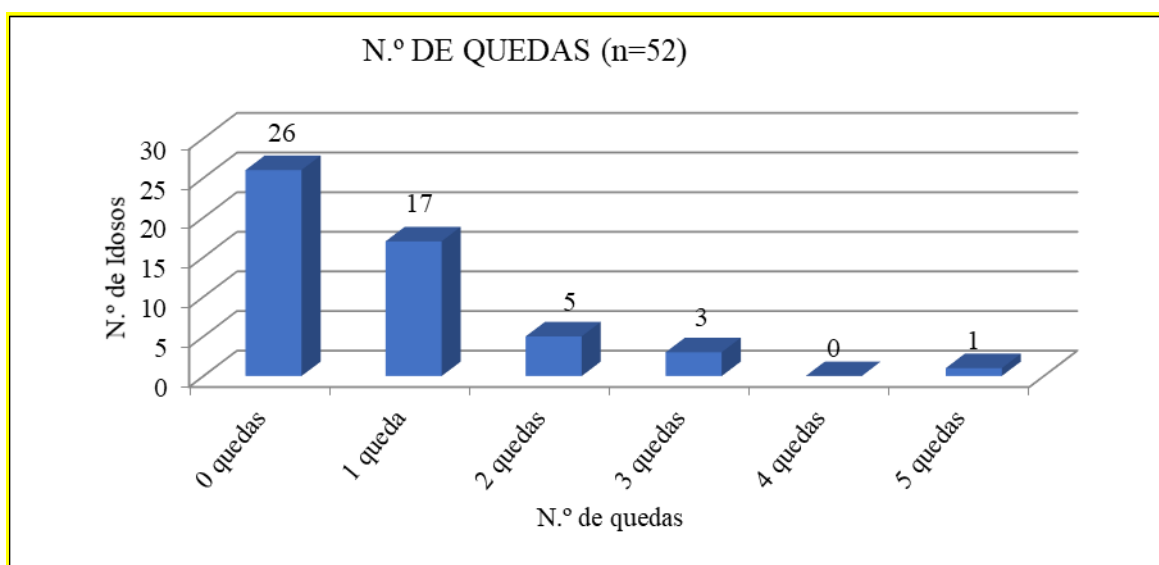
Relativamente à história anterior de quedas no último ano, a amostra encontra-se equilibrada: 50% (n=26) não apresentou quedas, ao passo que os restantes 50% apresentaram pelo menos uma queda (Gráfico 16).

Gráfico 16 - Distribuição percentual da amostra, quanto à história anterior de quedas.



No Gráfico 17, é possível visualizar a amostra relativamente ao número de quedas que apresentou no último ano. Dos 26 que apresentam quedas, vários referem ter tido mais do que uma. Cinco pessoas apresentaram - 2 quedas; três pessoas -3 quedas e uma pessoa - 5 quedas, valores que devem merecer a nossa atenção.

Gráfico 17 - Distribuição numérica da amostra, relativamente ao n.º de quedas ocorridas no último ano.



Um outro parâmetro tido em conta face ao risco de queda foi o medo de cair, avaliado através da Falls Efficacy Scale (FES) cujo score varia entre 10 e 30 pontos. Quanto menor a pontuação, menor a confiança, traduzindo-se assim num maior medo de cair.

O valor mais frequente foi 30, que corresponde a total ausência de medo de cair. 50% da amostra situa-se acima dos 28 pontos e 75% acima dos 29, revelando que a maioria da amostra revela bastante confiança, ou seja pouco medo de cair, na realização das atividades apresentadas nesta escala.

Quadro 1- Medidas de tendência central, de localização relativa e de dispersão da amostra, relativas ao medo de cair

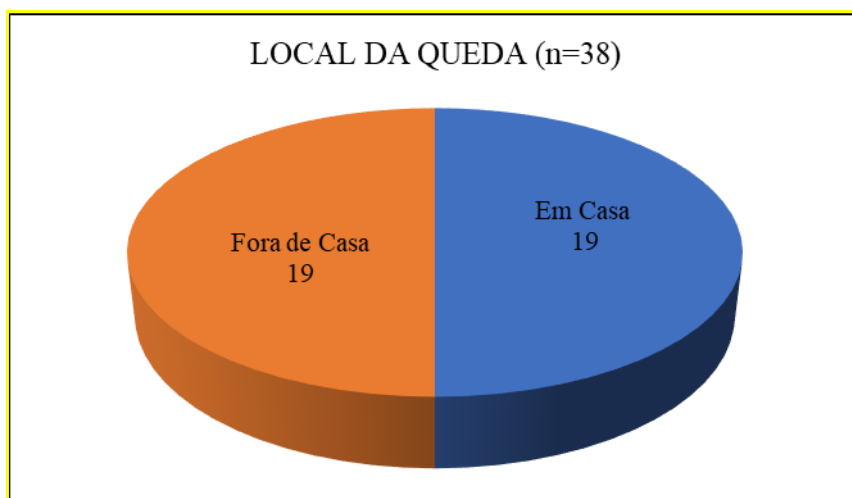
Medo de Cair (FES) (n=52)	
Média	26,2
Moda	30,0
Mediana	28,0
Desvio Padrão	4,6
Mínimo	13,0
Máximo	30,0
Quartil 1	25,0
Quartil 2	28,0
Quartil 3	29,0

- **Caracterização das Quedas ocorridas no último ano**

Entendeu-se importante conhecer um pouco mais a fundo o fenómeno das quedas, pelo que se fez uma anamnese das 38 ocorrências apresentadas pela nossa amostra no último ano.

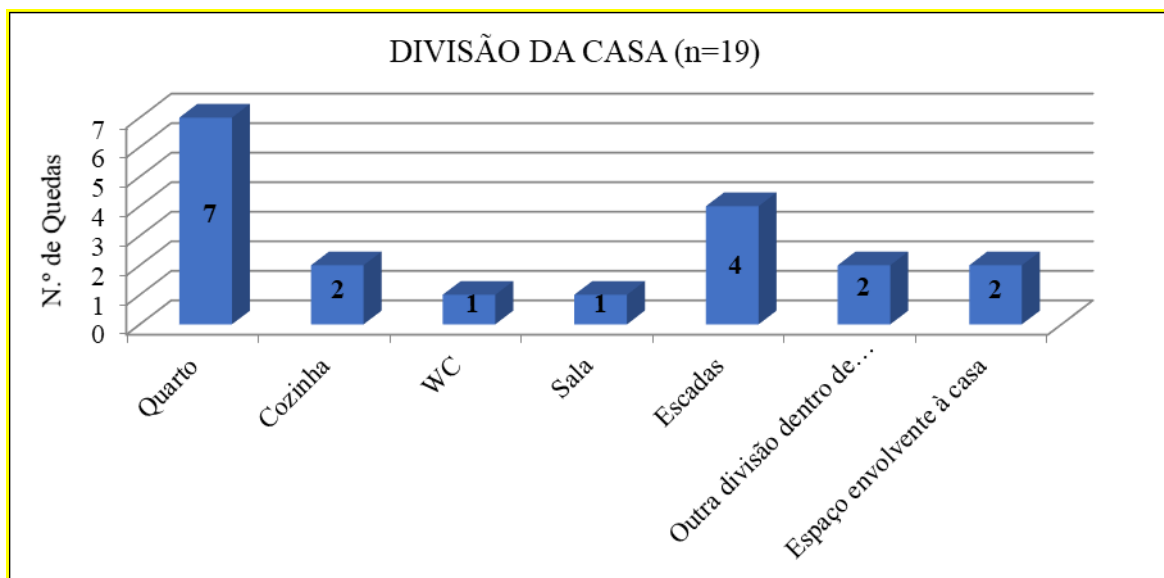
Relativamente ao local, é possível observar no Gráfico 18 que metade das quedas ocorreu dentro de casa, tendo as restantes ocorrido fora de casa.

Gráfico 18 – Distribuição numérica das quedas, quanto ao local onde ocorreram.



Das quedas ocorridas em casa, a maioria aconteceu no quarto (n=9), sendo as escadas o segundo local mais frequente (n=4). As restantes divisões onde ocorreram quedas podem ser observadas no Gráfico 19.

Gráfico 19 – Distribuição numérica das quedas ocorridas em casa, relativamente à divisão onde ocorreram



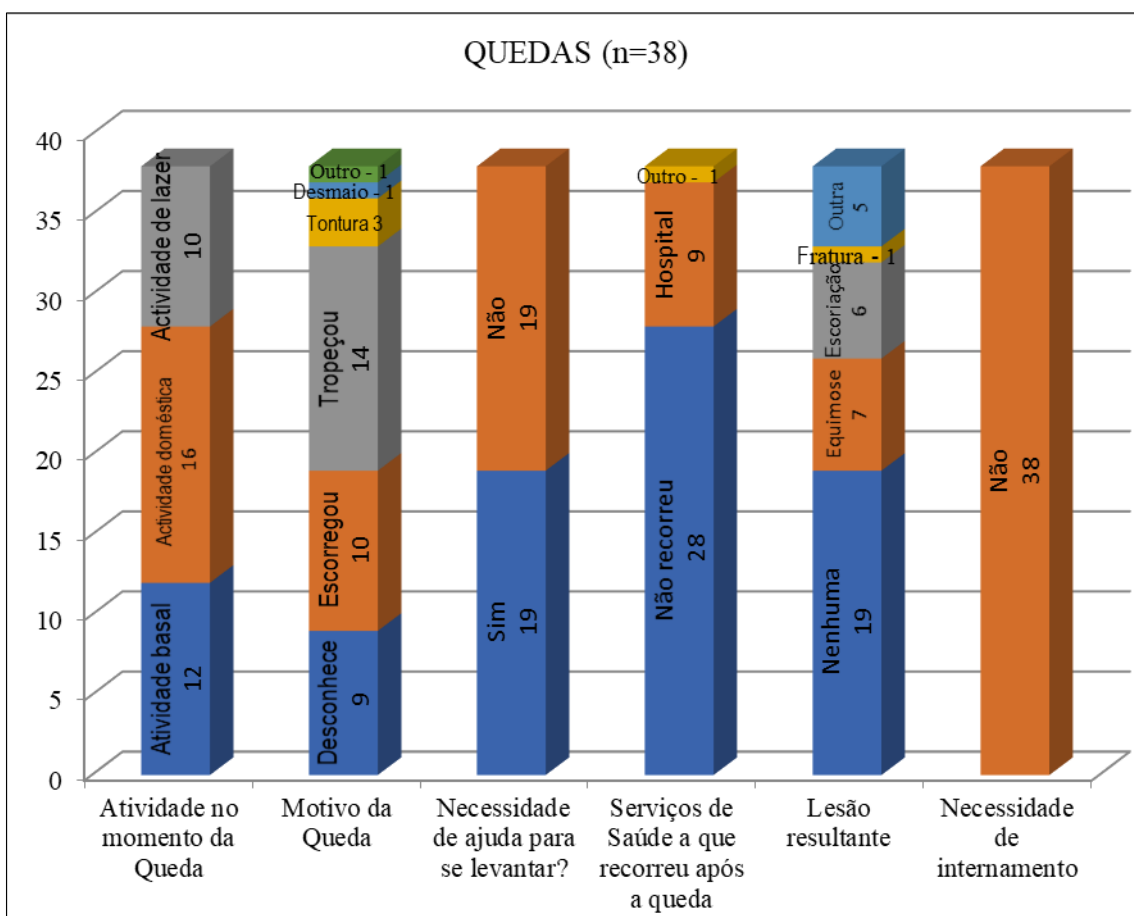
O Gráfico 20 faz uma caracterização das 38 quedas apresentadas pela nossa amostra no último ano, reunindo um conjunto de informação relevante.

Relativamente à atividade no momento da queda é possível observar que a maioria das quedas (n=16) aconteceu durante a realização de atividades doméstica, seguindo-se as ocorridas durante a atividade basal (n=12) e de lazer (n=10).

Sobre o que originou a queda verificamos que os motivos mais frequentes são tropeçar (n=14) e escorregar (n=10), sendo relevante o número dos que refere desconhecer o que esteve na origem da queda (n=9).

Em metade das ocorrências, os idosos necessitaram de ajuda para se levantar (n=19). Ainda assim, apenas em 10 situações recorreram a serviços de saúde, sendo o serviço mais utilizado o hospital (n=9). Em nenhum dos casos foi necessário internamento hospitalar, o que faz supor que não se tenham tratado de quedas graves, ainda que de uma das quedas tenha resultado fratura. De 19 quedas não resultou qualquer lesão, em 7 casos resultaram equimoses e em 6 casos, escoriações.

Gráfico 20 - Distribuição numérica das quedas quanto à atividade no momento da queda; motivo; necessidade de ajuda para se levantar; serviço de saúde a que recorreu após a queda; lesão resultante e necessidade de internamento (n=38)



- **Gestão ao regime medicamentoso**

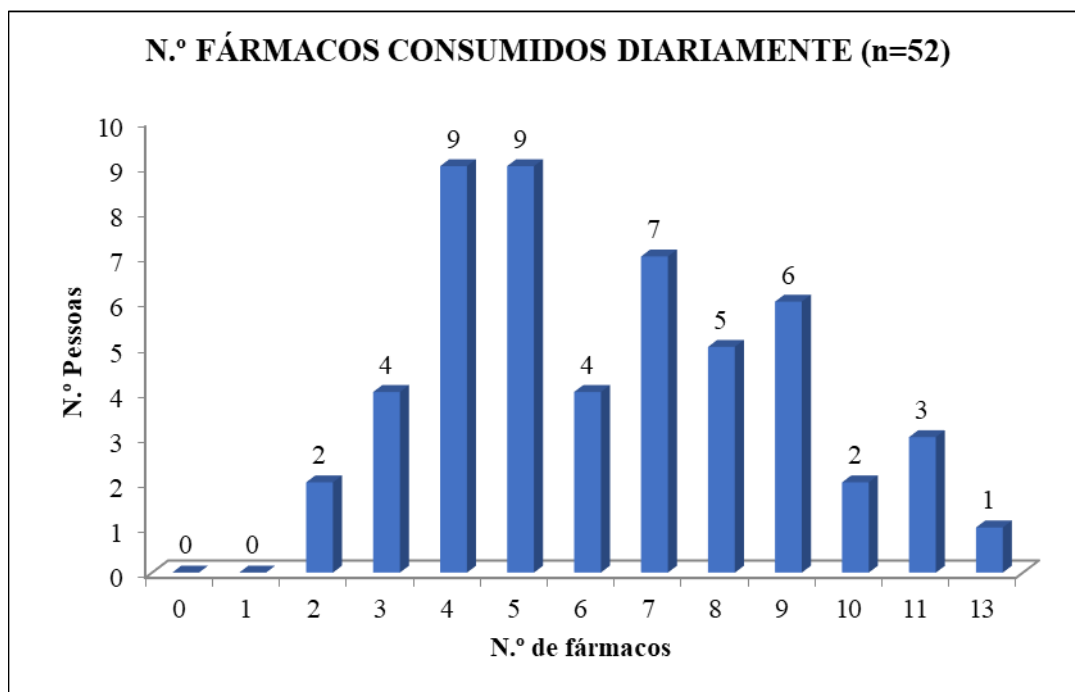
Relativamente ao número de fármacos consumidos diariamente é possível verificar no Quadro 2 que, em média, cada indivíduo consome 6,35 fármacos, com um mínimo de 2 e um máximo de 13, sendo a moda 4 e 5 fármacos.

Quadro 2 – Medidas de tendência central, localização relativa e dispersão, relativas ao n.º de fármacos consumidos

N.º de Fármacos consumidos	
Média	6,4
Moda	5,0
Mediana	6,0
Desvio Padrão	2,6
Mínimo	2,0
Máximo	13,0
Quartil 1	4,0
Quartil 2	6,0
Quartil 3	8,0

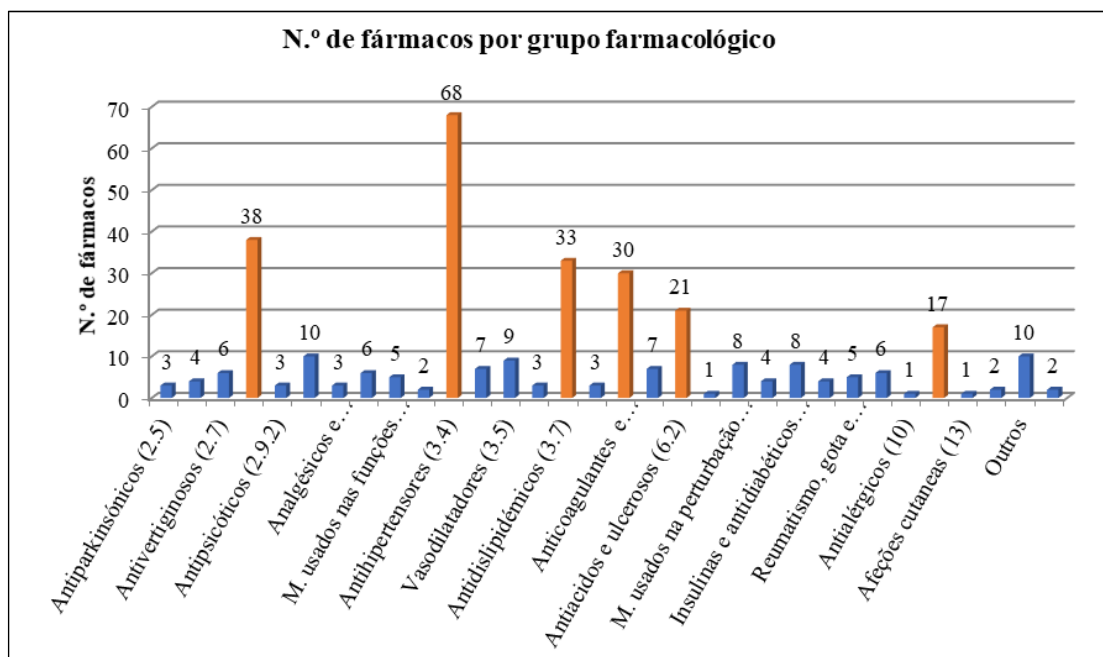
O Gráfico 21, mostra de forma clara o elevado consumo de medicamentos por parte da nossa amostra, indiciando fenómenos de polimedicação, com os riscos a ela associados e anteriormente descritos.

Gráfico 21 - Distribuição numérica do número de fármacos consumidos diariamente por pessoa



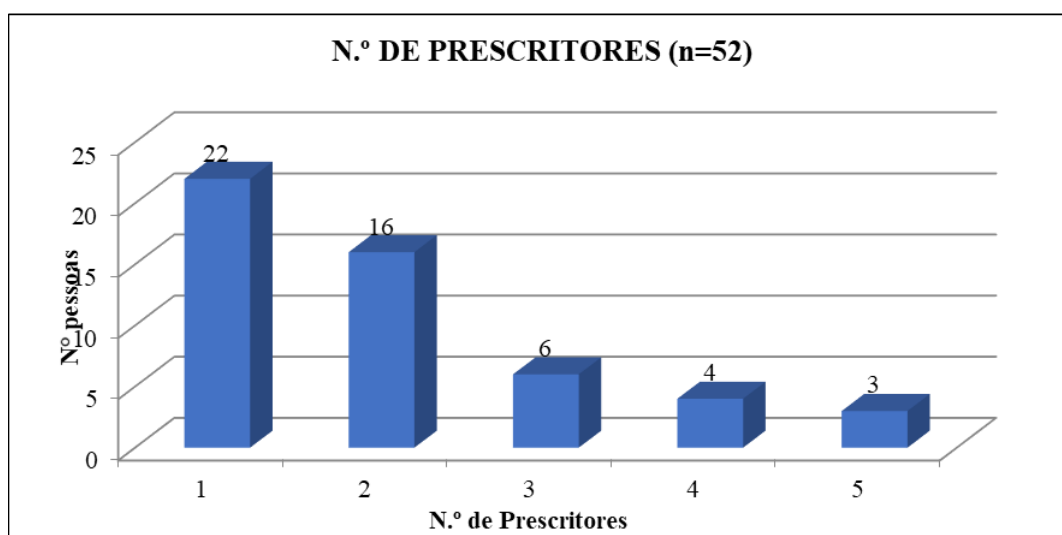
Em relação ao consumo de fármacos é relevante conhecer não apenas o número, mas também o tipo de fármacos. De forma a facilitar a análise agruparam-se os fármacos consumidos por grupo farmacológico, tendo emergido seis grupos com consumo especialmente elevado e que podem ser consultados no Gráfico 22. Os anti-hipertensores são, sem dúvida, os mais consumidos, seguindo-se o grupo dos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos. Os antilipídémicos surgem em terceiro lugar e os anticoagulantes/antitrombóticos em quarto. Depois surgem os antiácidos e antiulcerosos e a finalizar o top 6, os suplementos nutricionais (onde são muito frequentes os suplementos de cálcio).

Gráfico 22 - Distribuição numérica dos fármacos prescritos por grupo farmacológico



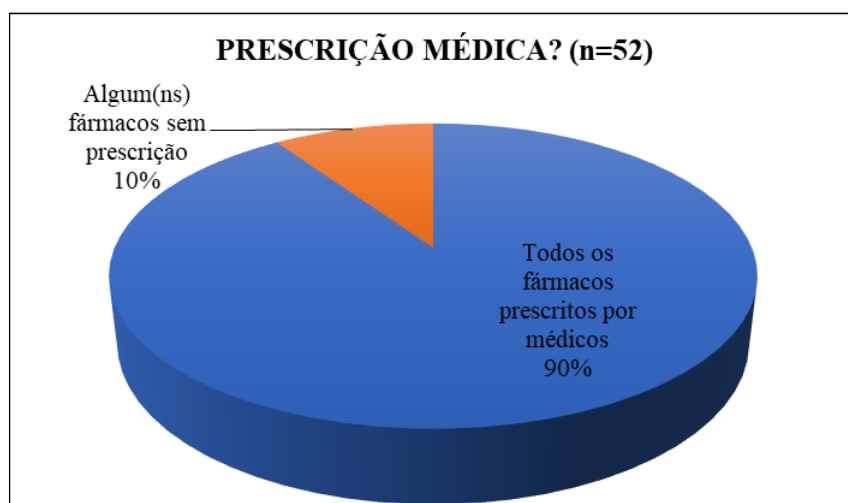
Relativamente ao número de prescritores, verifica-se que uma parte significativa da amostra (n=22) toma medicamentos prescritos por apenas 1 médico. Contudo 13 pessoas tomam fármacos prescritos por 3 ou mais médicos (Gráfico 23).

Gráfico 23 - Distribuição numérica da amostra, relativamente ao número de prescritores.



Ainda sobre os prescritores questionou-se sobre quem havia prescrito cada um dos medicamentos, procurando identificar.

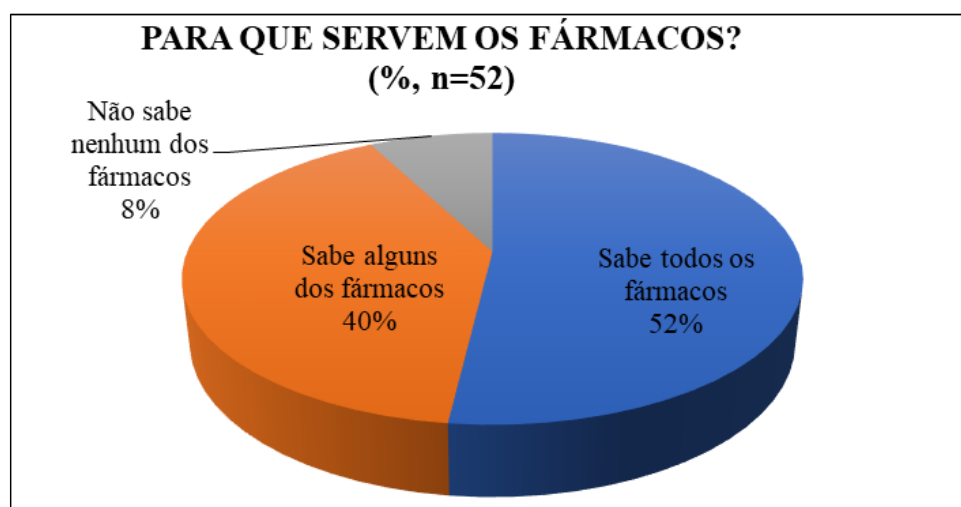
Gráfico 24 – Distribuição percentual da amostra relativamente ao consumo de medicamentos sem prescrição médica



O elevado número de medicamentos consumidos torna, por si só, o regime medicamentoso bastante complexo. Procurou-se perceber como é que essa gestão era concretizada colocando algumas questões para o efeito, nomeadamente, se sabiam a que se destinava cada um dos fármacos que consumiam, se eram autónomos na gestão da medicação e que dificuldades apresentavam num conjunto de tarefas necessárias à gestão do regime medicamentoso.

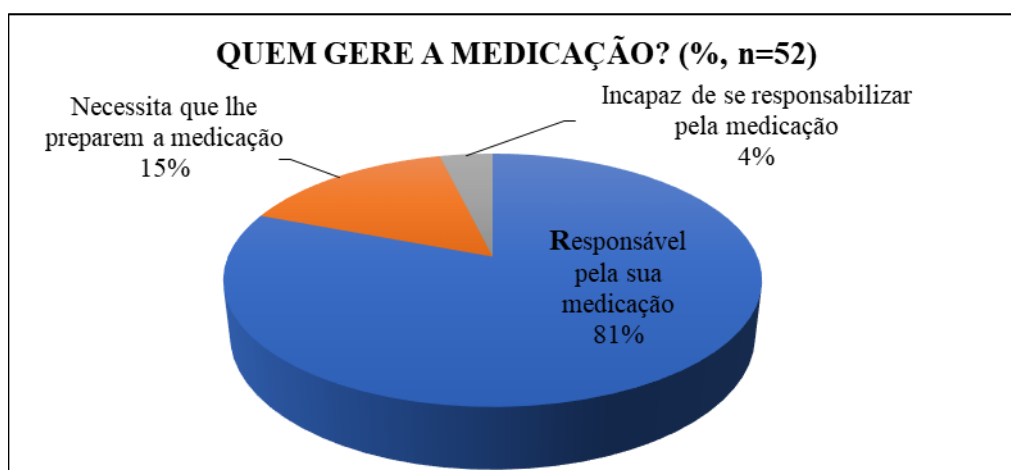
Relativamente à questão ‘Sabe para que serve (cada fármaco)?’, o Gráfico 25 mostra que 40% apenas sabe para que servem alguns fármacos e 8% não sabe a que se destina nenhum dos fármacos que consome.

Gráfico 25 - Distribuição percentual da amostra, sobre o conhecimento das indicações dos fármacos que consome



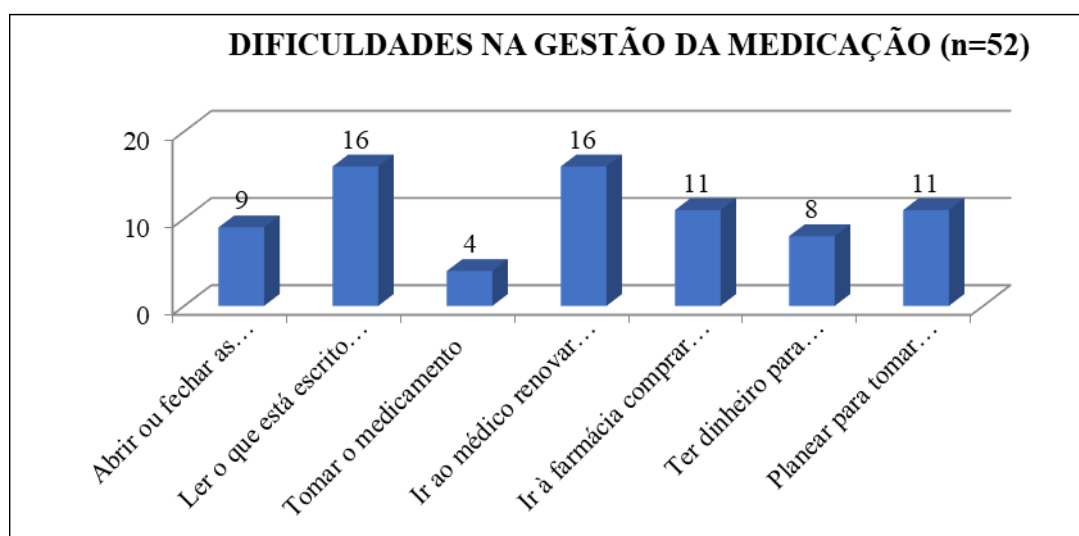
Ainda que um número significativo de pessoas não saiba para que servem (na totalidade, ou em parte) os fármacos que consome, constata-se que 81% da amostra é responsável pela sua medicação (Gráfico 26). Havendo 15% de pessoas que necessitam que a medicação lhe seja preparada e 4% que se dizem incapazes de se responsabilizar pela medicação.

Gráfico 26 - Distribuição percentual da amostra, sobre quem gere a medicação



O Gráfico 27 permite identificar algumas das tarefas necessárias à gestão do regime medicamentoso em que os inquiridos referem sentir dificuldades. As tarefas em que mais idosos sentem dificuldades são “ir ao médico renovar as receitas” e “ler o que está escrito nas embalagens”.

Gráfico 27 - Distribuição numérica da amostra sobre dificuldades na gestão da medicação



- **Adesão ao regime medicamentoso**

Para aferir a adesão ao regime terapêutico utilizou-se a MAT, cuja pontuação varia de 7 a 42, traduzindo pontuações mais altas, maiores níveis de adesão. Pontuação igual a 7 significa que 'não adere nada'; 42 significa 'adesão total'.

Como pode ser observado no Quadro 3, a nossa amostra apresenta uma média de adesão de $38,52 \pm 3,45$. Os valores mais frequentes são 40 e 41 (amostra multimodal), encontrando-se 50% da amostra acima dos 40 e 75% acima dos 41, traduzindo níveis de adesão bastante elevados.

É contudo importante analisar estes dados de forma crítica, tendo presente que estes dados foram obtidos pela resposta do inquirido diretamente a um profissional de saúde. Este facto pode condicionar a resposta do idoso, na medida em que ele tenderá a responder de acordo com aquilo que sabe ser esperado dele (cumprir a terapêutica de acordo com a prescrição médica e as indicações dos profissionais de saúde). É, portanto, possível que, na realidade, os níveis de adesão da amostra, sejam inferiores aos aqui obtidos.

Quadro 3 - Medidas de tendência central, de localização relativa e de dispersão da amostra, relativas à medida de adesão aos tratamentos (MAT)

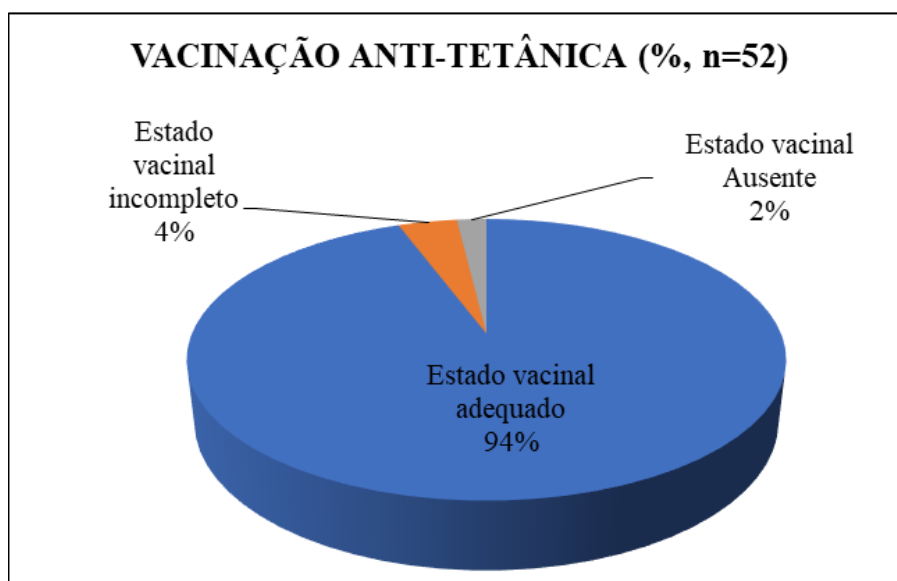
MAT (n=52)	
Média	38,52
Moda	40 e 41
Mediana	40
Desvio Padrão	3,45
Mínimo	26
Máximo	42
Quartil 25	37
Quartil 50	40
Quartil 75	41

- **Adesão à vacinação**

Um outro parâmetro avaliado pelo IRD foi a adesão à vacinação, nomeadamente, das vacinas contra o tétano e a gripe sazonal, sendo que os resultados revelam percentagens de adesão elevadas, ainda assim passíveis de ser melhoradas, sobretudo na vacinação contra a gripe.

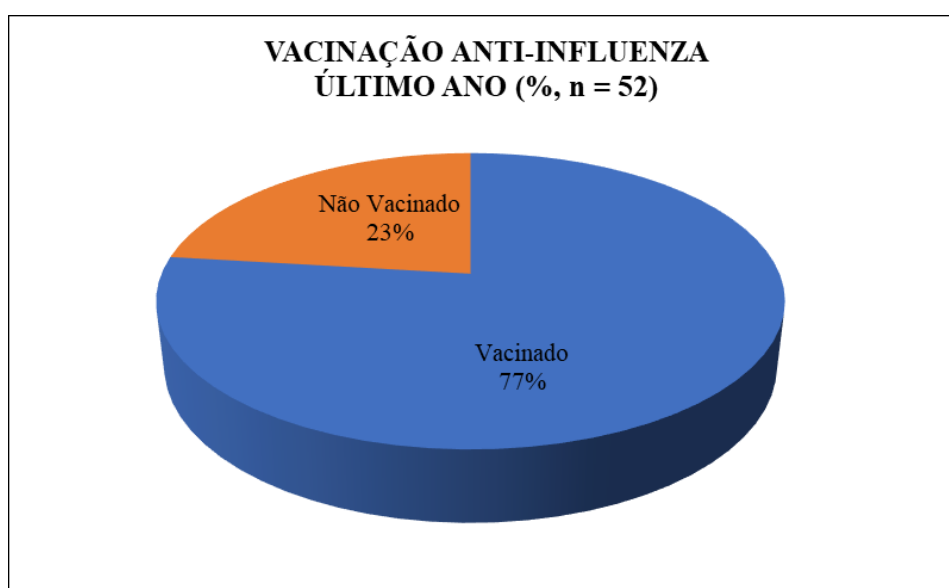
A amostra apresenta uma cobertura vacinal antitetânica de 94% (n=49) (Gráfico 28).

Gráfico 28 - Distribuição percentual da amostra em função da adesão à vacinação antitetânica



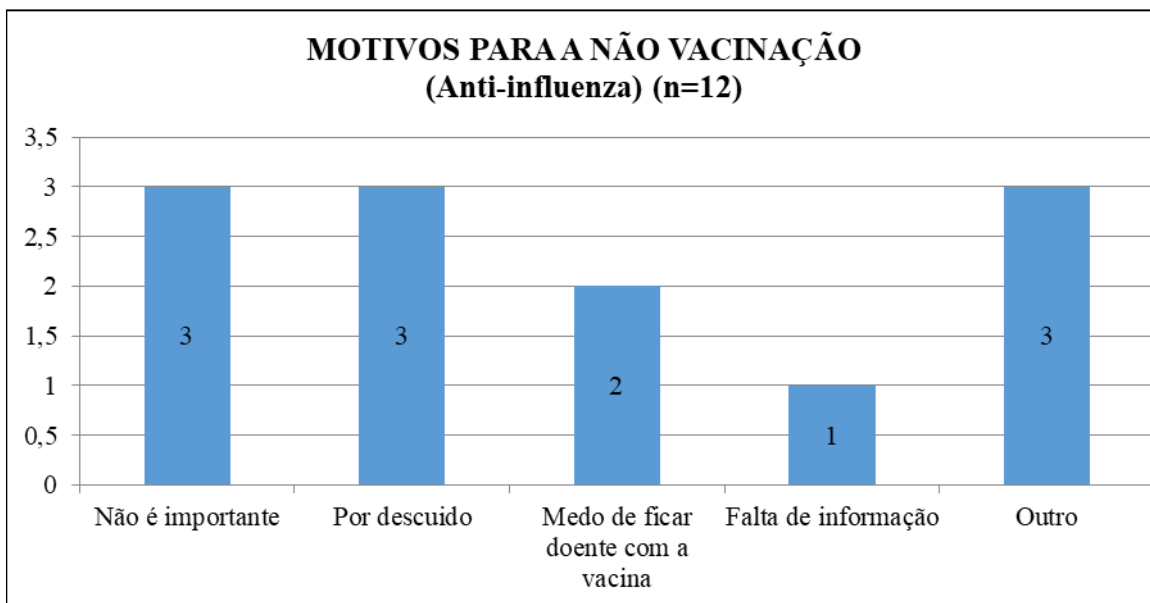
A taxa de cobertura vacinal anti-influenza no último ano é inferior à apresentada pela vacina antitetânica, não indo além dos 76% (Gráfico 29). Este dado revela que, da nossa amostra constituída por 52 idosos, 12 não foram vacinadas contra a gripe o que se considera reduzido face aos riscos que esta população enfrenta.

Gráfico 29 - Distribuição percentual da amostra em função da adesão à vacinação anti-influenza no último ano.



Sobre os motivos apontados para a não vacinação contra a gripe estes são variados: descuido, medo de ficar doente, falta de informação, considerarem não ser importante e outros (Gráfico 30). Estes dados reforçam a importância do profissional de saúde, em particular do enfermeiro, na prestação de informação, esclarecimento e capacitação dos cidadãos para a tomada de decisão.

Gráfico 30 – Distribuição numérica da amostra, relativamente aos motivos apontados para a não vacinação anti-influenza no último ano



Apêndice 5. Análise estatística inferencial

No sentido de encontrar relações significativas entre variáveis, para com os resultados obtidos nesta amostra tentativamente extrapolar lhes para a população.

População alvo: Idosos com 75 ou mais anos, inscritos na USF

Amostra: 52 pessoas

Parâmetros avaliados no estudo:

- **Cognição**

Relativamente à cognição, encontrou-se uma correlação estatisticamente significativa (Quadro) entre a idade e a performance cognitiva. O teste de correlação de Pearson comprovou uma relação negativa com força moderada, entre estas duas variáveis: à medida que a idade aumenta, a performance cognitiva diminui.

Quadro 1 - Correlação estatisticamente significativa para o Déficit Cognitivo (MMSE).

Variável	Teste Aplicado	Significância (p)	Valor da Correlação
Idade	Correlação de Pearson	0,022	Pearson= -0,317

Este resultado era expectável, face ao descrito anteriormente na revisão bibliográfica sobre o declínio da função cognitiva associado ao envelhecimento, dando ênfase a intervenções que promovam a saúde cognitiva do idoso, de forma a prevenir, diagnosticar precocemente e intervir em défices cognitivos que concorrem para diminuir a autonomia do idoso.

- **Capacidade Funcional**

De seguida apresenta-se o quadro 2 com as correlações estatisticamente significativas para a variável ABVD, o quadro 3 com as correlações estatisticamente significativas para

a variável AIVD e o quadro 4 com as diferenças estatisticamente significativas para as AIVD.

Quadro 2 – Correlações estatisticamente significativas para as ABVD (Índice de Barthel)

Variável	Teste Aplicado	Significância (p)	Valor da Correlação
Idade	Correlação de Pearson	0,015	Pearson= -0,336
Estado Cognitivo (MMSE)	Correlação de Pearson	<0,001	Pearson= 0,586
Risco de Queda (Tinetti)	Correlação de Pearson	<0,001	Pearson= 0,612
Medo de Cair (FES)	Correlação de Pearson	<0,001	Pearson= 0,713
AIVD (Índice Lawton)	Correlação de Pearson	<0,001	Pearson= - 0,712

Pelos dados apresentados acima, verifica-se uma associação expectável entre a idade e o Índice de Barthel. A correlação moderada negativa evidencia que à medida que a idade aumenta, diminui a capacidade para realizar as ABVD. Entre o status cognitivo e o Índice de Barthel, constata-se uma correlação moderada positiva, significando que quanto menor é a performance cognitiva, menor é a capacidade para realizar as ABVD, algo que também não é surpreendente. Estas correlações são válidas para a escala global do Índice de Barthel e para cada um dos seus três fatores, pelo que a menor capacidade para realizar as ABVD se traduz numa menor capacidade para cuidar da higiene, manter a mobilidade conservada e controlar os esfíncteres.

Relacionando o risco de queda com o Índice de Barthel encontra-se uma correlação forte positiva, denotando que quanto maior é o risco de queda devido ao equilíbrio, menor é a capacidade para realizar as ABVD. Trata-se de uma associação expectável que realça mais uma vez a importância de estratégias que visem o incremento do exercício físico na população idosa, como forma de contribuir para um envelhecimento saudável. Entre os vários benefícios de uma prática regular de exercício físico destacam-se neste âmbito, os relacionados com a melhoria da capacidade física e da redução do risco de quedas (WHO, 2015).

Também a associação entre o medo de cair e o Índice de Barthel revelam uma correção forte positiva evidenciando que quanto maior o medo de cair, menor a capacidade de desempenho nas ABVD. Ainda que o medo de cair possa para alguns idosos ter um efeito positivo, contribuindo para se defenderem ao adotarem estratégias para obter maior estabilidade e evitar comportamentos de risco. Em muitos outros casos,

o medo pode contribuir para um declínio da capacidade funcional e aumentar o risco de queda, devido à redução da atividade diária associada ao medo de cair (WHO, 2007). Emerge por isso a necessidade de intervir sobre os idosos que apresentam medo de cair, de forma a aumentar a sua confiança para a realização das ABVD, contribuindo desta forma para promover o autocuidado e diminuir o risco de queda.

Comparando o grau de dependência na realização das ABVD entre os que têm e os que não têm prestador de cuidados, através da aplicação do teste t de Student encontram-se diferenças estatisticamente significativas ($t=-2,410$; $p=0,021$). Verifica-se que quem tem prestador de cuidados é mais dependente nas ABVD ($94,46\pm 13,98$) do que quem não tem ($100\pm 0,0$), sendo de realçar que os que não têm prestador de cuidados são todos totalmente independentes nas ABVD. A existência de um prestador de cuidados surge naturalmente como consequência de uma dependência que se instala e que obriga à necessidade de ajuda de uma outra pessoa (prestador de cuidados) na realização das ABVD. Contudo, nalguns casos poder-se-á verificar uma substituição do autocuidado por parte do prestador de cuidados, sem que tal fosse ainda necessário, contribuindo desta forma para acelerar o processo de dependência. Realça-se aqui a importância dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, adotarem intervenções e estratégias que contribuam para promover o autocuidado das pessoas idosas, contribuindo desta forma para atrasar o declínio funcional, ao mesmo tempo que contribuem para a manutenção de uma maior autonomia e independência.

Quadro 3 - Correlações estatisticamente significativas para as AIVD (Índice de Lawton).

Variável	Teste Aplicado	Significância (p)	Valor da Correlação
Idade	Correlação de Pearson	<0,001	Pearson= 0,484
Estado Cognitivo (MMSE)	Correlação de Pearson	0,001	Pearson= -0,451
Risco de Queda (Tinetti)	Correlação de Pearson	<0,001	Pearson= -0,675
Medo de Cair (FES)	Correlação de Pearson	<0,001	Pearson= -0,649
AIVD (Índice Lawton)	Correlação de Pearson	<0,001	Pearson= - 0,712

Os cruzamentos verificados entre idade, status cognitivo, risco de queda e medo de cair com o Índice de Barthel são idênticos aos constatados com o Índice de Lawton. Embora as direções das correlações sejam opostas traduzem o mesmo significado. Tal

justifica-se porque no Índice de Barthel pontuações altas traduzem baixos níveis de dependência, ao passo que no Índice de Lawton, pontuações altas traduzem altos níveis de dependência.

Assim sendo, verifica-se que: quanto maior a idade, menor a capacidade para realizar as AIVD; quanto menor a performance cognitiva, menor a capacidade para realizar as AIVD; quanto maior o risco de queda, menor a capacidade para realizar as AIVD; quanto maior o medo de cair, menor a capacidade para realizar as AIVD.

O cruzamento do Índice de Barthel com o Índice de Lawton demonstra uma expectável correlação negativa forte, estatisticamente significativa, entre a capacidade de desempenho nas ABVD e nas AIVD. Quanto maior é a dependência nas AIVD, menor é a capacidade para realizar as ABVD, incluindo a higiene corporal, a mobilidade e o controlo de esfíncteres.

Quadro 4 - Diferença estatisticamente significativa para as AIVD (Índice de Lawton)

Variável	Teste Aplicado	Significância (p)	Valor
Existência de Prestador de Cuidados	Teste <i>t de Student</i>	0,001	t= 3,583
Ajuda necessária para deslocações no exterior	Teste ANOVA	0,005	F=5,092

Relativamente à existência de prestador de cuidados também se verifica pela aplicação do teste T que, em média, quem tem prestador de cuidados é mais dependente nas AIVD (13,65±5,7) do que quem não têm (9,6±2,4) .

Através do teste ANOVA, encontrou-se uma outra relação estatisticamente significativa, também expectável, que comprova que, em média, quem necessita de ajuda humana para se deslocar no exterior é mais dependente nas AIVD (24±0,0), do que quem usa dispositivo auxiliar de marcha (16,13±6,9), ou quem é totalmente independente (12,48±5,29).

- **Risco de Queda associado ao equilíbrio**

O quadro 5 apresenta as correlações estatisticamente significativas para o risco de queda relacionado com o equilíbrio corporal (Índice Tinetti).

Quadro 5 - Correlações estatisticamente significativas para o risco de queda devido ao equilíbrio corporal (Índice de Tinetti).

Variável	Teste Aplicado	Significância (p)	Valor da Correlação
ABVD (I. Barthel)	Correlação de Pearson	<0,001	Pearson= 0,612
Idade	Correlação de Pearson	<0,001	Pearson= -0,534
Medo de Cair (FES)	Correlação de Pearson	<0,001	Pearson= 0,715
N.º de Quedas	Correlação de Pearson	0,037	Pearson= -0,291

Além da correlação anteriormente descrita entre o Índice de Tinetti e o Índice de Barthel, encontraram-se mais três correlações estatisticamente significativas.

Constatou-se uma correlação negativa moderada entre a idade e o risco de queda devido ao equilíbrio corporal. Quanto maior é a idade, menor é o equilíbrio corporal, logo maior é o risco de queda, o que não surpreende uma vez que entre as muitas mudanças corporais características do processo normal de envelhecimento, encontraram-se as alterações no equilíbrio corporal.

Quanto ao medo de cair verifica-se uma correlação positiva forte, significando que o medo de cair aumenta à medida que aumenta o risco de queda (e que diminui o desempenho no teste de equilíbrio e no teste de marcha). Aparentemente o medo de cair poderia parecer um fator protetor na medida em que um maior medo traduziria uma maior consciência das limitações existentes contribuindo para a evicção de comportamentos de risco e para a adoção de estratégias que visem uma maior estabilidade. Contudo, a bibliografia aponta-o como um fator de risco na ocorrência de quedas, porque ao ser excessivo leva a restrições desnecessárias na atividade física acelerando o declínio funcional e desta forma aumentando o risco de cair. Intervir convertendo níveis irracionais de medo em níveis racionais torna-se fundamental.

Por fim verifica-se uma correlação negativa fraca, entre o risco de queda associado ao equilíbrio corporal (Tinetti) e o número de quedas no último ano. O número de quedas aumenta à medida que aumenta o risco de queda (e que diminui o desempenho no teste de equilíbrio e no teste de marcha), pelo que é expectável que intervenções destinadas a melhorar o equilíbrio, reduzindo o risco de queda se revelem efetivas na prevenção da ocorrência de quedas.

A aplicação do teste ANOVA permitiu comprovar que há diferenças estatisticamente significativas para o risco de queda associado ao equilíbrio, entre os grupos que necessitam de diferentes tipos de ajuda para a locomoção ($F=25,278$; $p<0,001$). Em média, quem necessita de ajuda humana para se deslocar no exterior tem maior risco de queda ($14\pm0,0$), do que quem usa dispositivo auxiliar de marcha ($17,13\pm4,6$), ou quem é totalmente independente ($25,81\pm3,2$).

- **Risco de Queda devido ao equilíbrio e grupos farmacológicos**

De seguida apresenta-se, no quadro 6, as diferenças estatisticamente significativas encontradas entre o risco de queda devido ao equilíbrio corporal (Índice de Tinetti) e diferentes grupos farmacológicos.

Quadro 6 - Diferenças estatisticamente significativas para o risco de queda associado ao equilíbrio corporal (Índice de Tinetti) e diferentes grupos farmacológicos.

Grupo Farmacológico	Teste Aplicado	Significância (p)	Valor
Analgésicos estupefacientes	Teste t-Student	0,028	t = -2,267
Medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas	Teste t-Student	0,024	t = -2,336
Medicamentos usados em disfunções geniturinárias	Teste t-Student	p=0,038	t = -2,132

Apenas foram encontradas três relações estatisticamente significativas dignas de referência, todas elas de relação inversa, ou seja o grupo daqueles que consome determinado grupo farmacológico apresenta menor equilíbrio e por isso maior risco de queda, do que o grupo dos que não consomem.

A primeira associação refere-se aos estupefacientes. O teste t revela que, em média, quem toma estupefacientes tem menos equilíbrio ($20,17$) do que quem não toma ($24,78$). O segundo diz respeito aos medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas. Em média, quem toma estes fármacos tem menos equilíbrio ($19,00$) do que quem não toma ($24,69$). E por último surge uma associação com os medicamentos usados na perturbação da micção. Em média, quem toma este tipo de medicamentos apresenta menos equilíbrio ($20,71$) do que quem não toma ($24,80$).

- **Risco de Queda associado ao equilíbrio**

O quadro 7 apresenta as correlações estatisticamente significativas para o risco de queda relacionado com o equilíbrio corporal (Índice Tinetti).

Quadro 7 - Correlações estatisticamente significativas para o risco de queda devido ao equilíbrio corporal (Índice de Tinetti).

Variável	Teste Aplicado	Significância (p)	Valor da Correlação
ABVD (I. Barthel)	Correlação de Pearson	<0,001	Pearson= 0,612
Idade	Correlação de Pearson	<0,001	Pearson= -0,534
Medo de Cair (FES)	Correlação de Pearson	<0,001	Pearson= 0,715
N.º de Quedas	Correlação de Pearson	0,037	Pearson= -0,291

Além da correlação anteriormente descrita entre o Índice de Tinetti e o Índice de Barthel, encontraram-se mais três correlações estatisticamente significativas.

Constatou-se uma correlação negativa moderada entre a idade e o risco de queda devido ao equilíbrio corporal. Quanto maior é a idade, menor é o equilíbrio corporal, logo maior é o risco de queda, o que não surpreende uma vez que entre as muitas mudanças corporais características do processo normal de envelhecimento, encontraram-se as alterações no equilíbrio corporal.

Quanto ao medo de cair verifica-se uma correlação positiva forte, significando que o medo de cair aumenta à medida que aumenta o risco de queda (e que diminui o desempenho no teste de equilíbrio e no teste de marcha). Aparentemente o medo de cair poderia parecer um fator protetor na medida em que um maior medo traduziria uma maior consciência das limitações existentes contribuindo para a evicção de comportamentos de risco e para a adoção de estratégias que visem uma maior estabilidade. Contudo, a bibliografia aponta-o como um fator de risco na ocorrência de quedas, porque ao ser excessivo leva a restrições desnecessárias na atividade física acelerando o declínio funcional e desta forma aumentando o risco de cair. Intervir convertendo níveis irracionais de medo em níveis racionais torna-se fundamental.

Por fim verifica-se uma correlação negativa fraca, entre o risco de queda associado ao equilíbrio corporal (Tinetti) e o número de quedas no último ano. O número de quedas aumenta à medida que aumenta o risco de queda (e que diminui o desempenho no teste

de equilíbrio e no teste de marcha), pelo que é expectável que intervenções destinadas a melhorar o equilíbrio, reduzindo o risco de queda se revelem efetivas na prevenção da ocorrência de quedas.

A aplicação do teste ANOVA permitiu comprovar que há diferenças estatisticamente significativas para o risco de queda associado ao equilíbrio, entre os grupos que necessitam de diferentes tipos de ajuda para a locomoção ($F=25,278$; $p<0,001$). Em média, quem necessita de ajuda humana para se deslocar no exterior tem maior risco de queda ($14\pm0,0$), do que quem usa dispositivo auxiliar de marcha ($17,13\pm4,6$), ou quem é totalmente independente ($25,81\pm3,2$).

A análise da tabela de contingência permite ainda concluir que 92% dos indivíduos que utilizam auxiliares de marcha tiveram pelo menos uma queda no último ano, tal facto pode estar associado a uma falsa sensação de segurança dos que utilizam dispositivo de marcha, ou relacionar-se com o uso inadequado do mesmo. Neste sentido, justifica-se que, num projeto de intervenção futuro, seja prioritária a avaliação sobre a forma como os dispositivos auxiliares de marcha estão a ser utilizados pelos idosos, identificando situações de dispositivos de marcha inadequados, mal adaptados ou utilizados de forma incorreta.

- **Risco de Queda devido ao equilíbrio e grupos farmacológicos**

De seguida apresenta-se, no quadro 8, as diferenças estatisticamente significativas encontradas entre o risco de queda devido ao equilíbrio corporal (Índice de Tinetti) e diferentes grupos farmacológicos.

Quadro 8 - Diferenças estatisticamente significativas para o risco de queda associado ao equilíbrio corporal (Índice de Tinetti) e diferentes grupos farmacológicos.

Grupo Farmacológico	Teste Aplicado	Significância (p)	Valor
Analgésicos estupefacientes	Teste t-Student	0,028	t = -2,267
Medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas	Teste t-Student	0,024	t = -2,336
Medicamentos usados em disfunções geniturinárias	Teste t-Student	p=0,038	t = -2,132

Apenas foram encontradas três relações estatisticamente significativas dignas de referência, todas elas de relação inversa, ou seja o grupo daqueles que consome determinado grupo farmacológico apresenta menor equilíbrio e por isso maior risco de queda, do que o grupo dos que não consomem.

A primeira associação refere-se aos estupefacientes. O teste t revela que, em média, quem toma estupefacientes tem menos equilíbrio (20,17) do que quem não toma (24,78). O segundo diz respeito aos medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas. Em média, quem toma estes fármacos tem menos equilíbrio (19,00) do que quem não toma (24,69). E por último surge uma associação com os medicamentos usados na perturbação da micção. Em média, quem toma este tipo de medicamentos apresenta menos equilíbrio (20,71) do que quem não toma (24,80).

Numa primeira análise estas não seriam as associações mais esperadas. Contudo, se analisarmos as reações adversas mais frequentes destes grupos farmacológicos são comuns aos três, as tonturas e a sonolência/sedação; a hipotensão postural é também um efeito adverso comum aos estupefacientes e aos medicamentos usados em disfunções geniturinárias, a que se junta a descoordenação de movimentos que pode ser causada pelos estupefacientes (Infarmed, 2017). Posto isto, fica claro que os fármacos pertencentes a estes grupos farmacológicos podem apresentar efeitos secundários que interferem no equilíbrio corporal, contribuindo para aumentar o risco de queda.

Esta situação pode ser agravada se tivermos em conta que a polimedicação (característica da amostra em estudo) aumenta exponencialmente o risco de interações medicamentosas e que as alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento potenciam os efeitos adversos dos fármacos (Santos, et al., 2010).

Pelo descrito na bibliografia outras associações seriam esperadas e ainda que não tenham sido encontradas no nosso estudo, valerá a pena tê-las em conta se um projeto de intervenção for pensado nesta área. Meta-análises têm demonstrado que fármacos psicotrópicos, nomeadamente benzodiazepinas, antidepressivos e antipsicóticos e alguns fármacos cardíacos, onde se incluem anti-hipertensores e antiarrítmicos estão associados ao aumento do risco de queda (Lord, et al., 2007) (Groot, et al., 2013). Considerando que o equilíbrio e as alterações do padrão de marcha são preditores do risco de queda, as quedas devido ao uso destes fármacos podem ser parcialmente causados por alterações

no controlo postural induzidas por estes, sobretudo quando são usados em doses elevadas, por longos períodos e em utentes mais idosos (Groot, et al., 2013).

Independentemente dos grupos farmacológicos envolvidos fica clara a necessidade de intervenções com o objetivo de simplificar o regime terapêutico na população idosa, proporcionando os melhores benefícios com o mínimo de riscos e custos (Santos, et al., 2010).

Apêndice 6. Anamnese das quedas (último ano)

1-Nº. de quedas	2-Onde	3-Local	4-Altura do dia	5-O que fazia?	6-Porque aconteceu	7-Ajuda para levantar?	8-Onde se dirigiu?	9-Resultou alguma lesão	9,1-Tipo de lesão/local	10-Necessitou de internamento
	1. Em casa 2. Fora de casa	1. Quarto 2. Cozinha 3. WC 4. Sala 5. Escadas 6. Outra divisão dentro de casa 7. Espaço envolvente à casa 8. Transportes 9. Centro de Dia 10. Rua 11. Área de Comércio 12. Outro	1. Durante o dia; 2. Durante a noite	1. Atividade basal 2. Atividade doméstica 3. Atividade de lazer 4. Atividade desportiva 5. Outro	1. Não sei 2. Escorreguei 3. Tropecei 4. Tontura/vertigem 5. Desmaio 6. Outro _____	1. Sim 2. Não	1. Não recorri a serviços de saúde 2. Centro de Saúde 3. Hospital 4. Farmácia 5. Outro _____	1. Sim 2- Não	1. Equimose 2. Escoriação 3. TCE 4. Fratura 5- Outra _____	1. Sim 2. Não
0										
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										

Apêndice 7. Folha para consulta para avaliação e gestão do risco de queda

Enfermeiro que realizou a avaliação _____
 Avaliação: ____ / ____ / ____

Data da

Dados Pessoais e Caracterização Sociodemográfica	
Nome: _____	NOP _____
Idade: _____ DN: ____ / ____ / ____	
Morada: _____	
Contato telefónico: _____	
Com quem vive? _____	
Habilitações Literárias _____	

1. RASTREIO para identificação dos Idosos em Risco de Queda

1. Teve antecedentes de queda no último ano?	<input type="checkbox"/> Sim	(Realizar anamnese das quedas – ponto2)
	<input type="checkbox"/> Não	(Aplicar TUG – ponto 3)
2. Realizar Anamnese das quedas (documento 2)	2.1 As quedas indicam potencial de risco?	<input type="checkbox"/> Sim (escorregar, tropeçar, tontura/vertigem, desmaio, não sabe)
	<input type="checkbox"/> Não (empurrado, agredido, atropelado, AVC...)	AVALIAÇÃO MULTIFATORIAL (Projetos de Intervenção) (Aplicar TUG – ponto 3)
3. Teste Timed-Up and Go (TUG) <i>Tempo necessário para realizar o teste</i> _____ <i>Usou Ajudas técnicas?</i> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual _____	3.1. Tempo superior a 14 segundos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não AVALIAÇÃO MULTIFATORIAL (Projetos de Intervenção) Recomendações Gerais + Reavaliação Anual

AS QUEDAS PODEM SER PREVENIDAS!

As QUEDAS são muito frequentes entre os idosos a partir dos 65 anos.

Vários fatores contribuem para a sua ocorrência - fatores relacionados com o **PRÓPRIO INDIVÍDUO, FATORES AMBIENTAIS E FATORES COMPORTAMENTAIS.**

Nos idosos as consequências das quedas podem ser



especialmente graves, sendo causa de fraturas diversas, internamentos prolongados, motivo de imobilidade e até mortalidade precoce.

São por isso um problema importante que merece a nossa atenção.

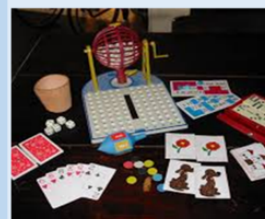
A boa notícia é que: **AS QUEDAS PODEM SER PREVENIDAS !**

DICAS IMPORTANTES PARA PREVENIR AS QUEDAS

MANTENHA-SE ATIVO

Realize pelo menos 30 minutos de atividade física diária.

- Fazer exercício físico regular e adequado à sua condição física é muito importante (caminhar, dançar, fazer ginástica, tai chi, ou outro).



PARTICIPE EM ATIVIDADES SOCIAIS

Ocupe-se com atividades que estimulem a sua memória e concentração e a sua interação com outras pessoas.

ALIMENTE-SE DE FORMA ADEQUADA:

- Evite passar longos períodos sem comer.
- Ingira alimentos ricos em cálcio (leite, iogurtes, couve galega, nabiça, amêndoa, avelã, etc.) e vitamina D (sardinha, cavala, atum, gema de ovo, bacalhau seco, etc.)
- Beba cerca de 1,5 litros de água por dia.



**APANHE SOL
REGULARMENTE** - 15 a 20 minutos por dia (evitando os períodos de maior calor) - os raios ultravioleta ativam a produção de vitamina D que estimula a absorção de cálcio, contribuindo assim para a redução das quedas e para prevenir as lesões dela recorrentes.



CUIDADOS COM A MEDICAÇÃO:

- Tome a sua medicação de acordo com as indicações do seu médico e enfermeiro, respeitando os horários e as doses da mesma.



Não tome qualquer medicamento que não seja prescrito pelo seu médico - alguns medicamentos podem provocar alterações no seu organismo e aumentar o risco de queda

- Faça **EXAMES REGULARES À VISÃO**;

MANTENHA A SUA CASA SEGURA

MANTENHA OS AMBIENTES BEM ILUMINADOS Durante a noite, deixe algumas luzes acesas em locais de circulação, como os banheiros, corredores, escadas ou quartos.



REMOVA OBJETOS QUE AUMENTAM O PERIGO DE TROPEÇAR . -

- Não deixe os fios da luz, roupas sapatos ou outros objetos espalhados pelo chão

Instale **BARRAS DE APOIO** nas escadas., na casa de banho.

Apoie-se no corrimão ao de dexer e subir.

Mantenha os **PISOS SECOS** e evite encerá-los



EVITE COMPORTAMENTOS DE RISCO

NÃO SUBA a bancos ou cadeiras; durante a noite não vá à casa de banho sem acender a luz; não consuma bebidas alcoólicas em excesso;



Mesmo dentro de casa, EVITE CHINELOS É PANTUFAS.

Prefira calçado de borracha e salto baixo

Ao andar na rua PRESTE ATENÇÃO, em raízes de árvores buracos e obstáculos nas calçadas.

Atravesse apenas na faixa de segurança com calma e respeitando o sinal.

Não saia desacompanhado.



Tenha sempre em lugar acessível, um telefone com os números de auxílio em caso de emergência.

Se já tiver sofrido uma queda procure um profissional de saúde.

Apêndice 9. Check list - fatores ambientais e comportamentais para o risco de queda

AVALIAÇÃO MULTIFATORIAL – Fatores extrínsecos

Data da Avaliação: ____/____/____

LOCAL	FATORES AMBIENTAIS PARA RISCO DE QUEDA	Sim	Não
Áreas de locomoção	Áreas de locomoção desimpedidas.		
	Barras de apoio		
	Revestimentos: uniformes ou tapetes bem fixos		
Iluminação	Suficiente para iluminar toda a superfície de marcha		
	Interruptores: acessíveis na entrada		
	Sentinelas: ilumina o quarto, o corredor e a casa de banho		
	Iluminação exterior: suficiente para iluminar toda a entrada exterior		
Quarto de dormir	Guarda-roupa: cabides facilmente acessíveis		
	Cadeira permitindo assentar-se para se vestir		
	Cama de boa altura (45 cm)		
Casa de banho	Casa de banho: facilmente acessível e bem fixo		
	Área do chuveiro: antiderrapante		
	Box: abertura fácil, cortina bem firme		
Cozinha	Armários: baixos, sem necessidade de uso de escada		
	Lava Louça sem vazamentos e que permite entrada de cadeira de rodas se necessário		
Escadas	Revestimento antiderrapante, marcação do primeiro e último, degraus, com faixa amarela		
	Corrimão bilateral		
	Corrimão sólido		
	Corrimão que se prolonga além do primeiro e do último, degraus		
	Espelho do degrau fechado, lixas antiderrapantes		
	Uniformidade dos degraus		

FATORES COMPORTAMENTAIS PARA RISCO DE QUEDA	SIM	NÃO
Usa Sapatos Adequados (observação)		
Caminha apenas em locais iluminados?		
Utiliza corretamente instrumentos auxiliares de marcha?		
Usa vestuário/roupa adequada (observação)		
Ausência de animais de estimação (observação)		
Abstém-se de subir a bancos/cadeiras(observação)		

Apêndice 10. Prevenir para não cair



PREVENIR PARA NÃO CAIR
Fatores Extrínsecos

PREVENÇÃO DE QUEDAS



DEFINIÇÃO - QUEDA.

“Um evento não intencional que tem como resultado a mudança da posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação a sua posição inicial”

QUEDAS: Porque e tão importante preveni-las

A cada ano, um terço da população idosa sofre uma queda, e este risco aumenta progressivamente com a idade.

CAUSAS MAIS FREQUENTES DE QUEDAS NA CASA.

- Casa de banho ou chuveiro sem barras de apoio ou tapete antiderrapante;
 - Má iluminação no ambiente.
 - Soleiras das portas não niveladas com o chão;
 - Ficar sozinho em casa;
 - Tonturas ao levantar-se;
 - Visão alterada pela idade;
 - Audição alterada pela idade
 - Perda do equilíbrio, muitas vezes causadas por remédios;
 - Enfraquecimento dos ossos e dos músculos
- Andar sobre pisos molhados úmidos ou encerados.
 - Andar só de meias ou usar chinelos e sapatos mal ajustados.
 - Moveis ou objetos no meio do caminho (gavetas abertas, passadeiras) principalmente entre o quarto e o banheiro;
 - Escadas com degraus de tamanhos diferentes, ou degraus altos.
 - Tapetes sem superfície antiderrapantes sobre pisos lisos;
 - Tapetes com as bordas dobradas ou enroladas;

NO QUARTO.



- Procure utilizar uma cama larga, com altura suficiente para que, sentado, consiga apoiar os pés no chão, evitando tonturas

- Use uma mesa-de-cabeceira, de preferência, com bordas arredondadas e procure fixá-la ao chão ou à parede, para evitar que se desloque caso necessite apoiar-se nela.
- Mantenha uma cadeira ou poltrona no quarto, para que possa sentar-se para calçar meias e sapatos
- Evite prateleiras muito altas ou muito baixas, para diminuir o esforço físico ao procurar algum objeto e evitar quedas.
- Nunca levante no escuro. Providencie um interruptor de luz ao lado da cama, um abajur, ou mantenha uma luz de vigília acesa (corredor ou banheiro) - Mantenha o espaço entre os móveis para circulação

NA COZINHA



- Coloque os objetos que utiliza mais vezes em uma altura de fácil alcance
- Os armários não devem ficar em locais muito altos
- Evite colocar peso nas portas do frigorífico e utilize as prateleiras que não exijam que baixe ou levante muito os seus braços.
- Os fornos eléctricos e os micro-ondas devem ser instalados em local de fácil acesso.
- Lembre-se de desligar o forno, micro-ondas e o ferro de passar roupa, após o uso
- Instale a botija de gás, sempre, fora da cozinha.

NA CASA DE BANHO



- O piso da casa de banho deve ser antiderrapante.
- Evite prateleiras de vidro superfícies cortantes.

- O espaço útil da casa de banho deve ser suficiente para duas pessoas.
- Nunca feche a porta da casa de banho à chave, para o caso de precisar de ajuda.
- Certifique-se de que os interruptores e as tomadas eléctricas estão em áreas secas da casa de banho.
- -Não utilize tapetes de tecido (ou retalhos), eles podem provocar escorregões
- Não se apoiar na cortina, ou no box
- Instale barras de apoio próximo ao chuveiro e do vaso sanitário
- Use assento elevado no vaso sanitário.
- Na dificuldade ao abaixar-se durante o banho, utilize uma cadeira de plástico firme e resistente -
- Use tapetes emborrachados antiderrapantes
 - Aumente a iluminação: use lâmpadas fluorescentes, cortinas claras, assento do vaso sanitário e pia em cores diferentes do piso e do chão -

NA SALA



- Procure utilizar cores claras nas paredes e aumentar a iluminação, se necessário, para compensar dificuldades visuais.

- Utilize candeeiros de fácil manutenção.
- Opte por sofás e poltronas confortáveis que facilitem os atos de sentar e levantar.
- Não use tapete em baixo da mesa da sala jantar e deixe um espaço à volta da mesa para a movimentação das pessoas.
- - Evite encerar o piso
- Evite esquinas de vidro, metal ou materiais cortantes em mesas de apoio.
- Não deixe fios eléctricos desprotegidos. Prenda-os à parede
- Deixe o telefone num local de fácil acesso.

NA ESCADA.



➤ Escada Instalar:

- Corrimãos nos dois lados
- Fita antiderrapante nos degraus

- Interruptor de luz no início e no final da escada.
- Luz nas escadas.

ENTRADAS, GARAGEM E EXTERIOR DA CASA.

- As áreas da entrada devem ser cobertas evitando que a chuva ou mau tempo estrague o piso.
- Manter as passagem livres de folhas molhadas e lixo

EVITE COMPORTAMENTOS DE RISCO

Eles aumentam a probabilidade de quedas, pois podem levar o idoso a escorregar, tropeçar, pisar em falso, trombar, criando desafios para o equilíbrio. Evitar comportamentos de risco envolve pensar em segurança e nos limites de cada um.

- Devemos aprender a pedir ajuda quando considerarmos que determinada atitude pode oferecer um risco para a própria segurança ou para a segurança de outra pessoa.

Alguns exemplos de comportamentos que devem ser evitados: -

- Procure sentar-se para vestir as calças, meias e sapatos.
- Não use roupas muito compridas que arrastam no chão,

EVITE !!!!!

- Ir ao banheiro à noite.
- Deixar luzes apagadas durante a noite / andar no escuro.
- Subir em bancos, cadeiras, escadas ou no telhado da casa.
- Andar de forma desatenta.
- Andar por calçadas esburacadas.
- Deixar objetos espalhados pelo chão da casa
- Andar por locais com piso molhado, e andar de meias pela casa
- Carregar objetos grandes que encubram a visão



- Carregar objetos pesados.
- Tomar bebidas alcoólicas em excesso
- Abusar de medicações
- Não seguir recomendações médicas

ROUPAS E CALÇADO.

Não use roupas muito compridas que arrastam no chão

- Evite tamancos e chinelos de dedo, pois não prendem e saem facilmente dos pés
- Evite usar calçados altos ou com solado liso e nunca ande somente de meias
- Use calçados com solado anti-derrapante, mesmo que seja preciso pedir para colocar no sapateiro
- Animais de estimação
- Se possível escolha as cores de mobília e piso diferentes da cor do animal de estimação. Isso evita que você tropece e tenha uma queda.

- Caso tenha um cachorro ou gato, coloque uma coleira de cor diferente do animal ou colorida, para que você não tropece nele.
- Procure deixar seu animal no quintal ou preso, principalmente quando estiver realizando suas tarefas, como cozinhar, estender roupa, passar roupa, limpar a casa.

Bibliografia

Revista "O médico & você"

Associação Médica Brasil, Brasil, 2009, Ano 2, nº2, Editores do Consumer Guide. "HowStuffWorks Dicas de prevenção de acidentes"

<http://casa.hsw.uol.com.br/dicas-para-prevenir-acidentes.htm>.
Acessado ago 2017.

<http://www.tremembe.sp.gov.br/wp-content/uploads/2015/06/CARTILHA-MIOLO.pdf>, acessado ago. 2017.

Prevenir quedas em idosos, Dr. Paulo Coutinho, 2015, Gazeta das Caldas, acessado sept 2017, <http://correiarosa.pt/quedas-em-idosos/>.

Realização

Enf. Cecília Venegas

Universidade Católica Portuguesa



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO