



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CONSULTA DE ENFERMAGEM

PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS NO IDOSO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
enfermagem comunitária

Por
Ana Rita Amado Moreira

Porto, abril 2018



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CONSULTA DE ENFERMAGEM
PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS DO IDOSO

Nursing consultation for accidental fall prevention in the elderly

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
enfermagem comunitária

Por:
Ana Rita Amado Moreira

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

Porto, abril 2018

Agradecimentos

Este trabalho não teria sido possível sem o apoio de algumas pessoas a quem gostaria de agradecer:

Ao professor Armando Almeida

pelo acompanhamento e orientação neste trabalho;

E por todas as questões e reflexões que motivou ao longo da especialidade e mestrado e que muito me fizeram, e fazem, refletir Enfermagem.

Aos enfermeiros e colegas com quem me cruzei neste percurso

pela partilha de experiências e reflexões suscitadas.

A todos os utentes

que, de diferentes formas, me ajudaram a crescer pessoal e profissionalmente.

À minha amiga Bruna

que acompanhou os momentos de maior desânimo e

A todos os meus amigos

pelo incentivo e apoio.

À minha irmã

pela cumplicidade e apoio incondicional.

Aos meus pais

por sempre confiarem em mim.

E ao Lourenço

Pela presença carinhosa, pelas horas que não lhe dediquei e por tudo aquilo que foi, mesmo eu não tendo sido.

RESUMO

O presente relatório descreve de forma sucinta o percurso desenvolvido nos três estágios do Curso de Mestrado em Enfermagem, analisando de forma reflexiva a aquisição de competências académicas e profissionais como mestre e especialista em enfermagem comunitária.

Ao longo das últimas décadas tem vindo a acentuar-se o envelhecimento demográfico. Preocupados com este fenómeno e com os desafios por ele colocados propusemo-nos realizar um diagnóstico de saúde das pessoas com 75 ou mais anos, utentes de uma Unidade de Saúde Familiar (USF) da cidade do Porto, tendo por objetivo identificar os problemas, potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem, que condicionam a autonomia e independência nesta população. Da avaliação multidimensional realizada a 52 idosos emergiu um conjunto alargado de problemas que foi alvo de priorização. O risco de queda afirmou-se como um problema prioritário sobre o qual decidimos intervir.

As quedas são acidentes frequentes entre os idosos. Assumem-se como um problema de saúde pública nesta faixa etária devido ao impacto negativo que representam não só para os idosos e suas famílias, mas também para a sociedade em geral e para o sistema de saúde em particular. É por isso necessário convergir esforços para a sua prevenção. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária assume aqui um papel relevante, propondo estratégias que permitam enfrentar este problema.

Tendo em conta o contexto onde o estágio se desenrolou – uma USF – entendeu-se que uma estratégia adequada seria a existência de uma consulta de enfermagem para rastreio, avaliação e intervenção face ao risco de queda no idoso. Neste sentido o projeto de intervenção desenvolvido visou a estruturação da referida consulta dirigida aos fatores intrínsecos do risco de queda englobando quatro deles: equilíbrio corporal, força muscular dos membros inferiores, acuidade visual e conhecimento sobre o risco de queda. O protocolo de consulta elaborado propõe dois fluxogramas de apoio à tomada de decisão do enfermeiro: um de *triagem* – para identificar os idosos com risco de queda – e um de *avaliação e intervenção multifatorial*, dirigido aos idosos identificados com risco de queda no fluxograma anterior.

Para concluir este percurso escolhemos realizar o módulo de estágio opcional num serviço de saúde ocupacional de uma empresa fabril, com o intuito de ampliar competências num contexto ainda pouco desenvolvido em Portugal, mas que se revelou de um potencial imenso para a enfermagem, com um campo de atuação muito diversificado. O enfermeiro a trabalhar neste contexto deve empenhar-se no planeamento e execução de projetos que respondam às necessidades de saúde da sua comunidade laboral, identificando os benefícios alcançáveis com a sua implementação, não apenas os ganhos em saúde para os trabalhadores, mas também os benefícios para a empresa, traduzidos por exemplo na diminuição do absentismo ou na redução dos prémios de seguro. Trata-se de um ciclo contínuo - planeamento, implementação, avaliação - em que as competências no domínio académico e de intervenção especializada em enfermagem comunitária, aplicadas à comunidade laboral, se revelam de enorme mais-valia.

Descritores/Palavras-chave: Acidentes por quedas; Consulta de Enfermagem; Fatores de Risco; Idoso; Planeamento em Saúde.

ABSTRACT

The present report is a concise description of the path developed in the three stages of the Masters in Nursing, reflectively analyzing the acquisition of academic and professional skills as a master and specialist nurse in community nursing.

Demographic aging has been increasing over the last decades. Driven by both the concern as well as the challenges caused by this phenomenon, we have proposed to diagnose the health of people with or over 75 years old, users of a Family Health Unit (USF) in Oporto city, aiming at identifying the problems, potentially sensitive to nursing cares, which affect the autonomy and independence of this population. From the multidimensional approach conducted on 52 aged people, an extended set of problems emerged, which were prioritized. The risk of accidental falls revealed to be a priority in which we decided to intervene.

Accidental falls are frequent among aged people and represent a public health problem in this age group due to the negative impact not only on the elderly and their families, but also to the general society and the health system in particular. For these reasons, is essential to focus the efforts on their prevention, with the specialist nurse in community nursing assuming a key role, specifically by suggesting strategies which will help to deal with this problem.

Having in mind the setting where the stage took place - a USF - the implementation of a nursing consultation in order to screen, assess and intervene according to the risk of accidental fall of the aged was decided to be the appropriate strategy. Accordingly, the intervention project was directed towards the structuring of the consultation focusing on the intrinsic factors associated with the risk of accidental falls, namely: postural balance, muscle strength of the lower limbs, visual acuity and awareness regarding the risk of accidental falls. The established consultation protocol proposes two flow charts intended to help the nurse's decision making process: one of screening – in order to identify the aged that present the highest risk of accidental fall – and one of multifactorial assessment and intervention, directed to the elderly previously identified.

To conclude this journey, we chose to conduct the optional stage module in an occupational health service from a manufacture company, aiming at expanding the skills in a context underdeveloped in Portugal, which revealed to have an enormous potential for nursing due to the diverse areas of action. The nurse working in this environment must focus on the planning and execution of projects that answer to the health needs of the labor community, namely by identifying the health benefits for the employers, as well as the benefits for the company, translated in the reduction of both absenteeism and insurance charges. This is a continuous cycle of planning – implementation – assessment, in which the expertise both in the academic sphere and in specialized intervention in community nursing, applied to the labor community, proves to be a major asset.

Keywords: Accidental Falls; Nursing Consultation; Risk Factors; Aged; Health Planning.

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diárias
AGS & BGS – American Geriatrics Society & British Geriatrics Society
AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária
DGS – Direção Geral de Saúde
EEC – Especialização em Enfermagem Comunitária
FES – Falls Efficacy Scale
FTSTS/5xSTS - Five Times Sit to Stand (Teste Levantar e Sentar 5 vezes)
IMC – Índice de Massa Corporal
INE – Instituto Nacional de Estatística
ICS – Instituto de Ciências da Saúde
IRD – Instrumento de Recolha de Dados
LMERT – Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho
MAT – Medida de Adesão aos Tratamentos
MMSE – Mini Mental State Examination
MNA – Mini Nutritional Assessment
OMS/ WHO – Organização Mundial de Saúde/ World Health Organization
POMA - Performance Oriented Mobility Assessment
PNS – Plano Nacional de Saúde
PNSOC – Programa Nacional de Saúde Ocupacional
SO – Saúde Ocupacional
SPSS - Statistical Package for Social Sciences
SSO – Serviço(s) de Saúde Ocupacional
TUG – Timed Up and Go (Teste Levantar e Caminhar Cronometrado)
UCP – Universidade Católica Portuguesa
URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1.1. ENVELHECIMENTO	17
1.2. SAÚDE COGNITIVA	17
1.3. CAPACIDADE FUNCIONAL.....	18
1.4. GESTÃO/ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO.....	19
1.5. QUEDAS E RISCO DE QUEDA.....	20
CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	23
2.1. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE	23
2.2. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	30
2.3. PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA.....	31
CAPÍTULO 3 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO E DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	33
3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	33
3.2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES.....	36
CAPÍTULO 4 – PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	39
4.1. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	39
4.2. DESENHO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	40
CAPÍTULO 5 – IMPLICAÇÕES DO MÓDULO III DE ESTÁGIO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL	51
5.1. SAÚDE OCUPACIONAL	51
5.2. O CONTEXTO DE ESTÁGIO	53
5.3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMO ENFERMEIRA EEC NO CONTEXTO DE SO	53
CAPÍTULO 6 – ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	57
CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
APÊNDICES	75
APÊNDICE I - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO DIAGNÓSTICO DE SAÚDE....	77
APÊNDICE II - VARIÁVEIS EM ESTUDO	81
APÊNDICE III - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	89
APÊNDICE IV - ANÁLISE ESTATÍSTICA (DIAGNÓSTICO DE SAÚDE).....	97
APÊNDICE V- LOGOTIPO DO PROJETO	131
APÊNDICE VI - FLUXOGRAMA DE TRIAGEM.....	135
APÊNDICE VII- FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO MULTIFATORIAL ..	139
APÊNDICE VIII- PANFLETO ‘RECOMENDAÇÕES GERAIS PREVENÇÃO DE QUEDAS’	145
APÊNDICE IX - PANFLETO ‘EXERCÍCIOS PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS’	149
APÊNDICE X - PROTOCOLO DA CONSULTA	153
APÊNDICE XI- PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS DA USF .	167

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Agrupamento dos problemas em necessidades.....	37
Quadro 2 - Comparação por pares.....	37
Quadro 3 - Objetivos do projeto de intervenção	41
Quadro 4 - Indicadores relativos ao projeto de intervenção	42
Quadro 5 - Indicadores associados à futura operacionalização da consulta	42
Quadro 6 - Avaliação dos indicadores de processo.....	50
Quadro 7 - Reflexão sobre os objetivos gerais da especialidade/mestrado em enfermagem profissional	58
Quadro 8 - Reflexão sobre os objetivos específicos da especialidade/mestrado em enfermagem profissional, com especialização em enfermagem comunitária	60

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é um fenómeno à escala mundial. A diminuição da taxa de fertilidade e da taxa de mortalidade e o 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 (1).

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 (2). As projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE) apontam para que o índice de envelhecimento possa mais do que duplicar entre 2015 e 2080, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens. No município do Porto esta realidade é ainda mais marcante. Em 2015 o índice de envelhecimento neste concelho foi de 219, enquanto o nacional se situou em 147 (1).

Estas alterações demográficas põem em relevo o fenómeno do envelhecimento e dos desafios por ele colocados. É necessário que os serviços de saúde e os profissionais que nele trabalham compreendam que as mudanças do perfil demográfico conduziram a alterações no ambiente em que se desenvolve a prestação dos cuidados de saúde e fazem emergir novas necessidades que carecem de resposta. Conhecer as circunstâncias do envelhecimento e identificar os problemas e necessidades de saúde das pessoas idosas permite fundamentar a atuação dos profissionais de saúde junto desta população delineando intervenções que promovam a sua autonomia e independência (3).

Motivados por estes desafios, e sendo esta uma das nossas áreas de interesse, projetámos o desenvolvimento de competências, inerente aos Estágios do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária (EEC), predominantemente centrado neste âmbito.

Assim, durante o módulo I de estágio, propusemo-nos efetuar um diagnóstico de saúde que, privilegiando uma abordagem multidimensional, permitisse identificar as necessidades e/ou problemas, potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem, que condicionam a autonomia dos utentes com 75 ou mais anos de uma USF da cidade do Porto. Do conjunto alargado de problemas identificados, emergiu o risco de queda como problema prioritário,

sobre o qual desenvolvemos um projeto de intervenção (durante o módulo II de estágio) destinado a estruturar uma consulta de enfermagem para prevenção de quedas no idoso.

Atendendo à vasta abrangência da especialidade em enfermagem comunitária e desejando expandir competências noutras áreas, escolhemos realizar o estágio opcional em saúde ocupacional (SO), numa empresa fabril. O ambiente laboral revelou-se um *setting* privilegiado para a atuação do enfermeiro, promovendo a saúde dos trabalhadores e contribuindo para a criação de ambientes de trabalho mais saudáveis, dispondo o enfermeiro EEC de um conjunto de competências, nomeadamente no âmbito do planeamento em saúde, especialmente relevantes nesta área.

A metodologia do planeamento em saúde acompanhou e deu suporte à trajetória desenvolvida durante os estágios, pelo que este relatório segue as suas etapas.

Com a elaboração do presente relatório pretendemos refletir de forma crítica e fundamentada sobre o processo de desenvolvimento de competências profissionais e académicas realizado durante o percurso de estágio. Para tal propomo-nos:

- Expor a metodologia do planeamento em saúde utilizada;
- Apresentar o diagnóstico de saúde elaborado junto dos idosos com 75 ou mais anos de uma USF da cidade do Porto;
- Descrever o projeto de intervenção centrado na estruturação de uma consulta de enfermagem de prevenção de quedas no idoso;
- Documentar os resultados obtidos e apresentar os indicadores atingíveis com a continuidade do projeto;
- Refletir de forma crítica sobre as competências desenvolvidas durante o curso de mestrado em enfermagem.

Estruturámos o relatório em seis capítulos. O primeiro é dedicado ao enquadramento teórico pondo em relevo a evidência que deu suporte ao diagnóstico de saúde e ao projeto de intervenção. No segundo capítulo descrevemos a metodologia do planeamento em saúde adotada e no capítulo três apresentamos o diagnóstico de situação e a definição de prioridades. Dedicámos o quarto capítulo ao delineamento e apresentação do projeto de intervenção e o capítulo cinco a uma breve reflexão sobre as implicações que o módulo opcional de estágio gerou para a prática profissional. Concluimos com o sexto capítulo dedicado à análise crítica das competências desenvolvidas ao longo do curso de mestrado em enfermagem, com especialização em enfermagem comunitária, do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo apresentamos uma breve síntese da revisão bibliográfica realizada, expondo a principal evidência que sustenta o diagnóstico de saúde e o projeto de intervenção.

1.1. ENVELHECIMENTO

O envelhecimento demográfico é um fenómeno à escala mundial. Em Portugal, os Censos de 2011 revelaram um agravamento dos desequilíbrios etários já evidenciados na década anterior, com uma diminuição da população jovem e um aumento da população idosa (2). Em 2015 o índice de envelhecimento¹ do país foi de 147, sendo ainda mais acentuado no município do Porto: 219 idosos por cada 100 jovens (1).

Esta realidade coloca desafios que é preciso enfrentar. 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.

O Plano Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas realça por isso a necessidade de pensar o envelhecimento numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia (3). Na mesma linha, a Organização Mundial de Saúde (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” (4 p. 28). Promover a autonomia e independência das pessoas idosas, atendendo às suas necessidades, é por isso um desígnio do qual os profissionais de saúde não se podem alhear.

1.2. SAÚDE 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 (4). Felizmente este declínio nem sempre compromete a

¹ **Índice de Envelhecimento:** Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades entre os 0 e os 14 anos.

autonomia e independência. Por ser gradual, permite muitas vezes ao idoso readaptar-se e dessa forma atenuar o impacto negativo destas alterações (5). Contudo, mudanças significativas a nível cognitivo interferem no funcionamento global do idoso com repercussões ao nível da sua independência e autonomia.

Défice cognitivo ligeiro e demência são duas entidades clínicas distintas, mas a primeira preceda muitas vezes a segunda, pelo que é essencial diagnosticar precocemente défices cognitivos, com o intuito de desenvolver intervenções terapêuticas em fases iniciais (6). Programas de estimulação cognitiva dirigidos a pessoas com défice cognitivo ligeiro potenciam a cognição, melhoram a autonomia e minimizam o impacto dos défices (7).

Manter a saúde cognitiva no idoso é fundamental. Praticar atividade física regular e manter-se intelectualmente ativo pode ser um importante contributo (4).

1.3. CAPACIDADE FUNCIONAL

A manutenção da capacidade funcional é um determinante major do envelhecimento saudável (4) e por isso, ao avaliar uma pessoa idosa, não basta identificar as alterações fisiológicas que estão a ocorrer, é fundamental perceber como essas alterações se repercutem em termos de funcionalidade do indivíduo.

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 das pessoas idosas, identificando limitações e défices de forma a prescrever e implementar intervenções direcionadas e adaptadas às suas reais necessidades torna-se essencial (5).

Qualquer ação pensada com vista a promover o envelhecimento saudável, terá como objetivo promover a capacidade funcional, o que pode ser conseguido: *“apoando 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”* (4 p. 32), pelo que as intervenções devem ser ajustadas às necessidades de cada um.

Segundo o quadro de saúde pública para o envelhecimento saudável da 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 associado 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 (4). 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.

1.4. GESTÃO/ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO

Na prática clínica muitos idosos são diagnosticados como ‘não aderentes’ quando, o que apresentam são dificuldades/incapacidade para gerir a medicação. Gerir o regime medicamentoso pressupõe realizar um conjunto de tarefas que conjugam funcionalidade física e capacidade mental que se apresentam a muitos idosos como tarefas demasiado exigentes. Se a isto juntarmos um elevado consumo de fármacos e esquemas terapêuticos complexos, sem que sejam acompanhados adequadamente, ficam reunidas as condições para situações de gestão medicamentosa ineficaz e/ou fenómenos de não adesão.

Torna-se por isso fundamental que os profissionais de saúde se empenhem na simplificação do regime medicamentoso dos doentes que acompanham (8) e na avaliação dos fatores que, individualmente, influenciam esta gestão, de forma a perceber que tipo de ajuda a pessoa necessita para uma gestão eficaz (9) e conseqüente melhoria da adesão.

A não adesão ao tratamento contribui para o aumento da morbidade e mortalidade, redução da qualidade de vida e insatisfação dos clientes (10), ao mesmo tempo que desperdiça recursos de saúde (11). As intervenções destinadas a melhorar a adesão terapêutica, visando reduzir as idas à urgência, 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 (12).

A adesão pressupõe por parte do doente uma tomada de decisão que esteja em concordância com o que o profissional de saúde prescreve, considerando-o um parceiro ativo nos cuidados (11). 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 distinta da *compliance*, centrada no cumprimento da prescrição, independentemente da tomada de decisão a ele associada.

Os enfermeiros, centrados nos processos de saúde das pessoas que acompanham, encontram-se numa posição privilegiada para *”avaliar o risco de não-adesão; identificar os diagnósticos e motivos para a não-adesão; proporcionar intervenções apropriadas (...) e*

avaliar a adesão ao tratamento” (10 p. 10), assumindo um papel insubstituível na otimização da adesão ao tratamento.

1.5. QUEDAS E 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 têm repercussões especialmente importantes, provocando maior incapacidade, internamentos mais prolongados, longos períodos de reabilitação e maiores riscos de dependência e morte prematura (13), acarretando custos para os cuidados de saúde extremamente altos e assumindo-se como um importante problema de saúde pública entre as pessoas idosas (14).

Estudos referenciados pela OMS referem que cerca de 30% das pessoas com 65 ou mais anos e 50% das pessoas com 85 ou mais anos que vivem na comunidade sofrem pelo menos uma queda/ano (4). 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 (15).

As lesões e repercussões provocadas pelas quedas são muito variadas. Entre 4 a 15% das quedas causam lesões significativas e 23 a 40% das mortes relacionadas com lesões nas pessoas idosas devem-se a quedas (4). 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 (16).

Os fatores de risco são inúmeros e grande parte das quedas resulta da associação de vários fatores em simultâneo (14). De forma a facilitar a sua análise podem ser agrupados em fatores intrínsecos, extrínsecos e comportamentais.

Os intrínsecos estão relacionados com o próprio indivíduo. Podemos incluir neste grupo os fatores sociodemográficos (idade avançada, género feminino, história anterior de quedas, viver sozinho, dependência nas Atividades Básicas de Vida Diárias (ABVD)); alterações no equilíbrio; fatores sensoriais e neuromusculares (défices visuais, alterações propriocetivas, diminuição da força muscular e do tempo de reação); fatores psicológicos, como o medo de cair; condições médicas (défices cognitivos, depressão, doenças crónicas associadas, tonturas, problemas nos pés, entre outros.) e por fim o uso de medicamentos (polimedicação e/ou consumo de grupos farmacológicos específicos com especial relevo para os psicofármacos) (16).

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 (14). 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 (16).

Por fim, podemos considerar como fatores comportamentais aqueles que estão relacionados com as escolhas dos idosos no que respeita à interação com o ambiente (14). A adoção de comportamentos de risco aumenta a probabilidade de queda.

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 déficit cognitivo. As ações direcionadas à prevenção têm mostrado uma boa relação custo-benefício (14).

As estratégias preventivas podem ser de várias ordens: *intervenções únicas* – dirigidas a um só fator de risco; *múltiplas* – quando um programa disponibiliza um conjunto de intervenções iguais para todos os participantes mas integradas em mais do que uma categoria de intervenção; ou *multifatoriais* (17). Esta é uma forma de intervenção personalizada, que oferece aos participantes apenas as intervenções a ele adequadas. Exige mais recursos, porque pressupõe uma avaliação prévia de cada indivíduo, mas revelou ser o método de intervenção mais eficaz na redução da incidência de quedas (17) (14). É uma forma de intervenção especialmente utilizada em idosos residentes na comunidade (17).

A OMS propõe um modelo de prevenção de quedas baseado em três pilares: aumentar a consciencialização sobre a importância da prevenção de quedas; melhorar a identificação e a avaliação dos fatores de risco e dos determinantes das quedas e identificar e implementar intervenções realistas (14).

As Sociedades Geriátricas Americana e Britânica (AGS&BGS) (17) emanaram um conjunto de orientações clínicas para a prevenção de quedas em idosos, propondo um algoritmo de triagem, avaliação e intervenção multifatorial do risco de queda. De acordo com as referidas recomendações a avaliação multifatorial deve incluir: antecedentes de

queda; identificação da medicação em uso; avaliação da marcha, equilíbrio e mobilidade; acuidade visual; outros défices neurológicos; força muscular; frequência e ritmo cardíaco; hipotensão postural; avaliação dos pés e calçado e perigos ambientais. Devendo depois ser desenvolvidas intervenções dirigidas aos riscos identificados e que podem abarcar: redução da medicação; programa de exercício; correção dos défices visuais; gestão da hipotensão postural; gestão de alterações do ritmo e frequência cardíaca; suplementação em vitamina D; gestão de problemas dos pés e do calçado; modificações no ambiente doméstico; educação e informação (17).

Por seu turno, as guidelines da *United States Preventive Services Task Forces* recomendam cinco categorias de intervenções para prevenção de quedas em idosos residentes na comunidade: avaliação clínica multifatorial; gestão clínica; educação e aconselhamento comportamental; modificações no domicílio e exercício ou programa de exercício físico (18).

É comum a ênfase atribuída à atividade física na preservação da independência dos idosos e na diminuição do risco de queda e das lesões relacionadas. O exercício físico é, de resto, a intervenção mais consensual para a prevenção de quedas no idoso (14) (19) (16) (18) (17), sendo o seu benefício potenciado quando associado a outro tipo de intervenções. A eficácia dos programas de exercício físico é maior 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 a forma de exercício físico mais eficaz na prevenção de quedas (19).

A adoção de uma alimentação saudável e de uma dieta rica em cálcio também se revela importante na redução do risco de queda e sobretudo das lesões delas resultantes (14).

As atitudes que as pessoas idosas têm face às quedas reflete-se na forma como interpretam e lidam com este problema e pode influenciar negativamente o seu comportamento pelo que, melhorar a consciencialização do idoso sobre a importância da prevenção das quedas é essencial. De acordo com a OMS esta consciencialização deve ser ampla e ainda que fundamental junto das pessoas idosas, não se deve restringir a elas, devendo incluir os vários setores da sociedade, nomeadamente os profissionais de saúde, cujas práticas devem promover a capacitação do cidadão, assumindo um papel crucial na identificação dos fatores de risco e na recomendação das melhores intervenções disponíveis (14).

CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

O presente relatório segue a metodologia do Planeamento em Saúde adotada ao longo dos estágios. Trata-se de um processo contínuo e dinâmico (20) que tem por objetivo responder às necessidades de saúde de uma população utilizando da melhor forma possível os recursos disponíveis (21). Pressupõe a concretização de um conjunto de etapas: diagnóstico da situação; definição de prioridades; fixação de objetivos; seleção de estratégias; elaboração de programas e projetos; preparação da execução e avaliação (22).

2.1. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

O diagnóstico de saúde é a primeira etapa do planeamento em saúde e permite identificar os principais problemas e necessidades em saúde da população que se pretende estudar. A sua elaboração decorreu durante o módulo I de estágio e pressupôs a concretização de um conjunto de passos que apresentamos de seguida.

2.1.1 Definição da área programática

Conjugando uma das nossas áreas de interesse com o facto de realizarmos o estágio numa 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.

Optámos por estudar as pessoas com 75 ou mais anos por ser expectável que as alterações associadas ao processo de envelhecimento comecem a surgir de forma mais evidente nesta idade, tornando-as mais vulneráveis (23). Da pesquisa bibliográfica realizada emergiu a necessidade de uma abordagem multidimensional na avaliação do idoso, que permita identificar os determinantes de saúde que mais condicionam a sua autonomia e independência. Sabendo que estes determinantes são diversos centrámo-nos sobre cinco deles: *status* nutricional, cognição, capacidade funcional, gestão e adesão ao regime medicamentoso e risco de queda.

2.1.2 Especificação dos objetivos

Atendendo às cinco áreas identificadas como potencialmente vulneráveis, definimos objetivos que no final permitam identificar as necessidades e/ou problemas, potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem, que condicionam a autonomia dos utentes.

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

Para a concretização dos referidos objetivos projetámos um estudo observacional descritivo, de carater transversal.

2.1.3. Constituição da equipa de trabalho

O presente diagnóstico de saúde foi realizado pelas estudantes Rita Moreira e Cecília Venegas, tendo integrado a equipa de trabalho o enfermeiro tutor da USF e o professor orientador do ICS-UCP.

O cronograma de atividades definido inicialmente e que foi orientador do trabalho a desenvolver no diagnóstico de saúde encontra-se no Apêndice I.

2.1.4. Identificação e caracterização da comunidade

A USF onde foi realizado o diagnóstico de saúde conta com 14.605 utentes inscritos (dados a 03/05/2017) dos quais 1.788 (12%) tem 75 ou mais anos, sendo a maioria, 63% (n=1123), mulheres.

A USF encontra-se inserida numa freguesia da cidade do Porto que tem assistido a um decréscimo populacional acentuado, motivado sobretudo por movimentos migratórios da população jovem que fixa residência noutros locais. Tal facto, associado ao aumento da longevidade, conduziu ao incremento do número de idosos e conseqüente agravamento do envelhecimento populacional.

Esta realidade justifica a existência na comunidade de um conjunto diversificado de serviços dirigidos à população idosa, nomeadamente centros de dia, serviços de apoio domiciliário, centros de convívio, atividades culturais, entre outros, que são disponibilizados por uma rede alargada de instituições, onde se incluem paróquias, instituições particulares de solidariedade social, junta de freguesia e outras organizações.

2.1.5. Seleção das variáveis e das fontes informadoras

A opção, suportada pela evidência científica, de realizar uma avaliação multidimensional do idoso que respondesse aos objetivos definidos fez emergir um grande conjunto de variáveis, que se agruparam nos seis grupos que constituem o Instrumento de Recolha de Dados (IRD):

– **Caracterização socio-demográfica e familiar:** Idade; Sexo; Estado Civil; Habilitações Literárias; Coabitação; Prestador de cuidados; Funcionalidade Familiar.

– **Estado nutricional:** Índice Massa Corporal (IMC); Estado Nutricional.

– **Capacidade funcional:** Ajuda necessária para deslocações; dependência nas ABVD e AIVD.

– **Cognição:** Função cognitiva.

– **Risco de Queda:** Antecedentes de Queda; Equilíbrio Corporal; Medo de cair.

– **Gestão e Adesão ao regime medicamentoso:** Fármacos consumidos; prescritores; gestão da medicação; adesão ao regime medicamentoso; adesão à vacinação (antitetânica e anti-influenza).

A classificação, operacionalização e codificação de cada uma das variáveis encontra-se descrita de forma pormenorizada no Apêndice II. Aqui, cabe apresentar as opções realizadas relativamente à escolha dos instrumentos capazes de as mensurar.

De entre os vários instrumentos disponíveis a escolha recaiu sobre aqueles que, permitindo retratar o fenómeno em estudo, fossem utilizados e referenciados a nível mundial e se encontrassem validados para a população portuguesa.

O IRD incluiu assim um conjunto de testes/escalas, que obedecem aos critérios referidos e que apresentamos de seguida.

- Mini Nutritional Assessment (MNA)

Foi desenvolvido por Guizog e colaboradores, em 1994, especificamente para pessoas idosas, sendo um instrumento simples e rápido para verificar o estado nutricional nesta população. É um dos instrumentos recomendados pela European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (24) para detetar a desnutrição e o risco de a desenvolver. Pode ser usado em ambiente hospitalar ou na comunidade. Foi validado para a população idosa portuguesa por Loureiro em 2008 (25), sendo composto de duas partes: triagem e avaliação global. No presente estudo apenas utilizámos a triagem, que permite classificar os indivíduos em três grupos: *Estado nutricional normal* (12-14 pontos); *Sob risco de desnutrição* (8-11 pontos) e *Desnutrido* (0-7 pontos).

- Índice de Barthel

É um instrumento que permite avaliar a capacidade dos indivíduos para realizar as ABVD. Foi desenvolvido por Mahoney & Barthel, em 1965 e validado para a população portuguesa por Sequeira (2007) (5). A cotação global resultante da avaliação de dez ABVD varia entre 0 e 100 pontos, sendo inversamente proporcional à dependência: quanto menor a pontuação, maior a dependência. Os indivíduos são classificados em cinco níveis de dependência: *Independentes* (90 a 100 pontos); *Ligeiramente dependentes* (60 a 89 pontos); *Moderadamente dependentes* (40 a 55 pontos); *Severamente dependentes* (20 a 35 pontos) e *Totalmente dependentes* (< 20 pontos).

Este índice pode também ser analisado em três fatores: *Higiene* (inclui os itens banho e higiene corporal); *Mobilidade* (inclui alimentação, vestir, utilização da casa banho, subir escadas, deambulação e transferência da cama para a cadeira); e *Controlo dos esfíncteres* (inclui controlo intestinal e vesical).

- Índice de Lawton-Brody

Este instrumento muito utilizado a nível mundial, permite avaliar o nível de independência da pessoa idosa na realização das AIVD (26). Foi concebido por Lawton e

Brody, em 1969. No nosso estudo, optámos pela versão validada para a população portuguesa, por Sequeira, em 2007 (5). Nesta versão, a pontuação global varia entre 8 e 30 pontos e é diretamente proporcional à dependência: quanto maior a pontuação, maior a dependência nas AIVD. Os indivíduos são classificados em três grupos: *Independentes* (8 pontos); *Moderadamente dependentes* (necessitam de alguma ajuda) (9 a 20 pontos); *Severamente dependentes* (necessitam de muita ajuda) (mais de 20 pontos).

- Mini Mental State Examination (MMSE)

Este é provavelmente o teste de rastreio cognitivo mais utilizado no mundo, existindo versões traduzidas e autorizadas em mais de 35 países (27). Foi desenvolvido e publicado por Folstein e McHugh, em 1975, e traduzido e validado para português por Guerreiro e colaboradores, em 1994 (28). É fácil e rápido de utilizar, avaliando de forma breve as funções cognitivas: orientação, memória imediata e recente, atenção e cálculo, linguagem e capacidade construtiva (29).

Permite classificar os indivíduos com e sem défice cognitivo, tendo em conta a escolaridade, além da pontuação. No estudo adotámos os pontos de corte propostos por Morgado e colaboradores (30), considerando-se assim com suspeita de défice cognitivo as seguintes situações: ≤ 22 pontos se escolaridade entre 0 e 2 anos; ≤ 24 pontos se escolaridade entre 3 e 6 anos; ≤ 27 pontos se escolaridade superior a 7 anos.

- Performance Oriented Mobility Assessment (POMA)

Esta escala criada, em 1986, por Tinetti e colaboradores, foi validada para a população portuguesa por Petiz, em 2002 (28). Permite avaliar o equilíbrio corporal, sendo constituída por dois testes: teste de equilíbrio e teste de marcha.

Em detrimento de outras escalas que também avaliam o equilíbrio, optámos por esta por permitir relacioná-lo com o risco de queda. A pontuação global da escala, resultante do somatório dos dois testes, varia entre 0 e 28 pontos, permitindo classificar os indivíduos quanto ao risco de cair, em três grupos: *Risco de Queda Elevado* (se ≤ 18); *Risco de Queda Moderado* (se ≥ 19 e ≤ 24); *Baixo Risco de Queda* (se > 24).

- Falls Efficacy Scale (FES)

Esta escala foi desenvolvida por Tinetti e colaboradores, em 1990, para avaliar o medo de cair, tendo sido validada para a população portuguesa por Melo, em 2011 (31). Avalia o grau de confiança que o indivíduo apresenta (ou seja, o medo que tem de cair) na

realização de dez atividades do dia-a-dia. Utiliza uma escala de likert com 3 opções de resposta *sem nenhuma confiança* (1 ponto); *minimamente confiante* (2 pontos) e *muito confiante* (3 pontos). A pontuação da escala varia entre 10 e 100 pontos.

Quanto menor a pontuação, menor a confiança, ou seja maior o medo de cair.

- Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

Para quantificar a adesão ao regime medicamentoso foi utilizada a MAT, adaptada por Delgado e Lima, em 2001 (32), a partir da medida de adesão apresentada por Morisky e colaboradores, em 1986. Esta escala é constituída por sete afirmações sobre as quais o indivíduo se deve posicionar numa escala do tipo likert com seis opções de resposta:

1-Sempre; 2-Quase sempre; 3-Com frequência; 4-Por vezes; 5-Raramente e 6-Nunca.

O somatório dos valores dos sete itens varia entre 7 e 42. Quanto maior a pontuação, maior a adesão. 7 significa '*não adere nada*'; 42 significa '*adesão total*'.

2.1.6. Elaboração do IRD

Tendo em conta as características da população em estudo, previsivelmente de baixa escolaridade e com alguns défices cognitivos e/ou sensoriais optámos por construir um formulário que permitisse o esclarecimento e clarificação das questões.

O formulário construído (Apêndice III) contém trinta e sete questões, onde se incluem as escalas anteriormente descritas, sendo as restantes perguntas maioritariamente fechadas, havendo algumas mistas. O IRD encontra-se dividido em seis partes.

2.1.7. Determinação da população e amostra

No dia 3 de Maio de 2017 consultámos as listagens de inscritos na USF e contabilizámos uma população de 1788 utentes com 75 ou mais anos. Definimos como critérios para seleccionar a amostra: ter capacidade de interagir e responder ao formulário e aceitar participar voluntariamente no estudo. Não sendo possível, à priori, saber que indivíduos da população reúnem estes critérios, fica inviabilizada a definição da população-alvo. Por isso, foi realizado o cálculo amostral relativo à população total. Para um nível de confiança de 95% e um erro amostral de 5% a amostra deveria ser constituída por 317 indivíduos. As opções tomadas relativamente ao número de variáveis incluídas no IRD e a limitação temporal decorrente do estágio faziam prever dificuldades em conseguir

uma amostra representativa. De acordo, com o cronograma destinámos três semanas para a recolha de dados procurando inquirir o máximo de indivíduos nesse período.

Relativamente ao local para a colheita, a opção inicial recaía no domicílio das pessoas idosas, por se entender vantajosa a observação direta no seu contexto sociofamiliar. Definiu-se como estratégia contactar os utentes que nos dias destinados à colheita de dados se dirigiam às instalações da USF para explicar o estudo, receber o seu consentimento e agendar visita domiciliária. Contudo, muitas pessoas demonstraram resistência em receber-nos em suas casas, mas disponibilidade para participar no estudo, pelo que se abandonou esta hipótese e se optou por colher os dados nas instalações da USF.

Optámos assim por uma amostra não probabilística por conveniência que incluiu os utentes que, nos dias destinados à recolha de dados, se dirigiram à USF e reuniam os critérios definidos.

Desta forma, contabilizámos o agendamento de 242 consultas e tratamentos a utentes na faixa etária dos 75 ou mais anos, correspondendo a um total de 179 utentes (alguns utentes tinham agendamentos de enfermagem diários ou em dias alternados). Destes, 153 compareceram na USF, tendo sido possível contactar 76 indivíduos, dos quais 4 não reuniam condições para responder ao formulário e 20 se recusaram a participar no estudo, pelo que foi possível inquirir 52 idosos.

Este número ficou muito distante dos 317 esperados, não permitindo por isso a extrapolação dos resultados. Ainda assim, considera-se que tal facto não foi impeditivo da aquisição de competências que era esperado desenvolver no módulo I de estágio.

2.1.8. Pré-teste

A fim de prever o tempo necessário para aplicação do formulário e verificar a compreensão do mesmo por parte dos inquiridos, realizou-se um pré-teste com cinco pessoas com mais de 75 anos residentes na cidade do Porto, mas não inscritos na USF. Não foi necessário realizar qualquer alteração ao instrumento previamente concebido.

2.1.9. Recolha de Dados

A recolha de dados realizou-se entre os dias 24 de maio e 14 de Junho de 2017.

Diariamente eram retiradas as listagens dos utentes com 75 ou mais anos que tinham consultas ou tratamentos agendados. Pedíamos aos enfermeiros de família e/ou médicos de família que nos referenciassem os utentes, procurando que o primeiro contacto com estes

acontecesse na presença do profissional de referência de forma a minimizar possíveis receios advindos do facto das estudantes não serem conhecidas dos utentes. Tal estratégia sendo um elemento facilitador nem sempre se revelou possível.

Antes de iniciar a aplicação do IRD era explicado o estudo aos utentes, garantido o anonimato e a não utilização da informação prestada para outros fins, nem o seu fornecimento a terceiros, sendo-lhes pedido o consentimento.

A sala utilizada para a recolha dos dados estava previamente preparada com o material necessário para os testes incluídos no IRD.

2.1.10. Previsão da apresentação e tratamento de dados

O IRD foi construído devidamente numerado e codificado de forma a facilitar a introdução dos dados numa matriz criada para o efeito em *Microsoft Office Excel*, que foi exportada para o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) onde se realizou a análise estatística - descritiva e inferencial.

Para a apresentação e divulgação dos resultados planeou-se uma sessão de formação para os profissionais da USF; a apresentação de uma comunicação oral num seminário e a escrita de um artigo científico.

2.1.11. Treino do pessoal

Com o intuito de uniformizar a linguagem utilizada durante a aplicação do IRD e garantir a confiabilidade dos dados, as estudantes reuniram-se, antes do início da colheita de dados, para chegar a consensos sobre a forma de colocar cada uma das questões. Nos pontos onde existia divergência elaborou-se um ‘guia de expressões’ a ser utilizado, de forma a garantir que apesar de serem duas pessoas distintas a colher os dados, as questões eram colocadas de forma idêntica a todos os entrevistados. Foi ainda realizado um treino de aplicação do IRD, em conjunto.

2.2. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Não sendo possível intervir sobre todos os problemas identificados no diagnóstico de situação, dada a sua abrangência e a limitação de recursos disponíveis, foi necessário

priorizar. O estabelecimento de prioridades é a segunda etapa do planeamento em saúde e deve recorrer a métodos de priorização para ser mais objetiva (20).

Definiram-se como determinantes para a determinação de prioridades: a importância do problema; a possibilidade de obtenção de ganhos em saúde e a exequibilidade no contexto em questão.

Optámos pela técnica de comparação por pares que permite comparar cada um dos problemas com os demais, obtendo-se a ordenação final a partir do número de vezes que cada problema foi escolhido como sendo o mais importante (20). Dada a abrangência dos problemas e uma vez que muitos deles se relacionam entre si, entendeu-se facilitador o seu agrupamento em seis necessidades de saúde, após o que, a equipa de trabalho, procedeu à comparação por pares, que se operacionaliza no capítulo seguinte.

2.3. PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Para melhor compreensão deste ponto optámos por o explorar num capítulo a ele dedicado (capítulo 4).

CAPÍTULO 3 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO E DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Seguindo a metodologia anteriormente descrita foi possível identificar, no diagnóstico de situação, um conjunto de problemas, que foram alvo de priorização.

3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Os dados colhidos foram sujeitos a uma análise estatística detalhada (descritiva e inferencial) que pode ser consultada no Apêndice IV. De seguida apresenta-se uma breve síntese da mesma.

A Tabela 1 resume a caracterização sociodemográfica da amostra.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável		n	%
Sexo	Masculino	19	36,5
	Feminino	33	63,5
Estado civil	Solteiro	5	9,6
	Casado	24	46,2
	Viúvo	22	42,3
	Divorciado	1	1,9
Escolaridade	Analfabeto	4	7,7
	1º Ciclo incompleto	4	7,7
	1º ciclo completo	27	51,9
	2º Ciclo	2	3,8
	3º Ciclo	4	7,7
	Ensino secundário	5	9,6
	Ensino Superior	6	11,5
Coabitação	Sozinho	20	38,5
	Apenas com conjugue	19	36,5
	Com esposo(a) e outros familiares	9	17,3
	Com familiares que não esposo	3	5,8
	Com alguém remunerado	1	1,9
Prestador de cuidados	Não tem	15	28,8
	Cônjuge	13	25,0
	Filhos/noras	18	34,6
	Irmão ou cunhado	1	1,9
	Alguém remunerado que cuida de si	2	3,8
	Outro	3	5,8

A amostra mantém a predominância feminina (64%) característica da população. A maioria tem um baixo nível de instrução (68% com escolaridade igual ou inferior a 4 anos) ainda que 21% tenha o ensino secundário ou superior, algo que não esperávamos encontrar. É de realçar o número dos que vivem sozinhos ou apenas acompanhados pelo conjugue (39%), muitas vezes da mesma idade.

3.1.1. Estado nutricional

Ainda que avaliação nutricional (MNA) tenha permitido identificar que 23% da amostra está em risco de desnutrição, o cálculo do IMC evidencia 35% em excesso de peso e 11% com obesidade.

3.1.2. Capacidade Funcional

Relativamente à capacidade funcional, a dependência nas AIVD (Índice de Lawton) é bastante superior à das ABVD (Índice de Barthel). 90% é independente nas ABVD, mas apenas 27% o é nas AIVD, evidenciando-se assim o processo gradual de instalação da dependência. O declínio funcional tende a iniciar-se no desempenho das AIVD, evoluindo progressivamente para o compromisso na realização de ABVD mais simples, que são habitualmente as últimas a ser perdidas (33).

Várias associações estatisticamente significativas foram encontradas com o Índice de Barthel expressando-se da seguinte forma na amostra: correlação negativa moderada com a idade (Pearson=-0,336; $p=0,015$); positiva moderada com o estado cognitivo (Pearson=0,586; $p<0,001$); positiva forte com o medo de cair (Pearson=0,713; $p<0,001$) e com o risco de queda (Pearson=0,612; $p<0,001$). Assim, a capacidade para realizar as ABVD diminui com o aumento da idade, do declínio cognitivo, do medo de cair e do risco de queda.

A aplicação do teste *t de Student* permitiu comparar a dependência nas ABVD entre os que têm, e os que não têm, prestador de cuidados. Verifica-se que, em média, quem tem prestador de cuidados é mais dependente ($94,46\pm 13,98$) 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. O prestador de cuidados surge naturalmente como consequência da incapacidade da pessoa idosa realizar determinadas tarefas, requerendo ajuda. Não é contudo exatável que a sua existência seja sinónimo de agravamento do processo de dependência motivado por uma substituição excessiva do idoso, como muitas vezes acontece (34).

Os cruzamentos verificados para o Índice de Barthel são idênticos aos constatados com o Índice de Lawton, embora as direções das correlações sejam opostas. 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.

3.1.3. Estado Cognitivo

A aplicação do MMSE revelou 27% de idosos com suspeita de déficit cognitivo. À medida que a idade aumenta a performance cognitiva diminui (Pearson=-0,317; p=0,022), o que põe em relevo a necessidade de intervenções que promovam a saúde cognitiva do idoso. Desta forma poderão prevenir-se, diagnosticar precocemente e intervir em défices cognitivos que concorrem para diminuir a autonomia, como pode ser comprovado com a correlação moderada negativa (Pearson= -0,451; p=0,001) encontrada entre o estado cognitivo e as AIVD.

3.1.4. Risco de Queda

No que se refere à segurança, verifica-se que metade dos idosos (50%) teve quedas no último ano, nalguns casos de forma repetida. 17% teve mais do que uma queda, contabilizando-se um total de 38 quedas. Metade das quedas (n=19) ocorreu dentro de casa, a maioria durante a realização de atividades domésticas, sendo os motivos mais frequentes tropeçar (n=14) e escorregar (n=10).

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). Metade das quedas não resultaram em lesões e na maioria das restantes estas foram pouco graves: equimoses (n=7) e escoriações (n=6). Ainda assim num caso verificou-se uma fratura das costelas que não necessitou de internamento.

A tabela de contingência permite concluir que a maioria dos que utilizam auxiliares de marcha (92%) teve pelo menos uma queda, o que pode indiciar uma falsa sensação de segurança associada aos dispositivos de apoio, ou o uso inadequado dos mesmos. A aplicação do teste ANOVA permitiu comprovar diferenças estatisticamente significativas para o risco de queda associado ao equilíbrio, entre os grupos que necessitam de diferentes tipos de ajuda para a locomoção. Em média, quem necessita de ajuda humana para se deslocar no exterior tem maior risco de queda ($14 \pm 0,0$) do que quem usa dispositivo auxiliar de marcha ($17,13 \pm 4,6$), ou quem é totalmente independente ($25,81 \pm 3,2$).

Relativamente ao equilíbrio corporal (POMA), 21% apresenta risco moderado de queda e 15% risco elevado. Verifica-se que o risco de queda é maior nas pessoas mais velhas (Pearson=-0,534; p<0,001), mais dependentes nas ABVD (Pearson=0,612; p<0,001), nas que têm mais quedas (Pearson=-0,291; p=0,037) e nas que apresentam maior medo de cair (Pearson= 0,715; p<0,001). O medo de cair associa-se muitas vezes à redução da atividade diária acelerando o declínio funcional e aumentando ainda mais o risco de

queda (35). Dado o maior número de quedas em pessoas com pior desempenho no POMA é expectável que intervenções destinadas a melhorar o equilíbrio, reduzindo o risco de queda se revelem efetivas na sua prevenção.

Foram ainda identificados outros fatores concorrentes para o risco de queda expressos da seguinte forma: 38% vive sozinho; 27% apresenta suspeita de défice cognitivo; 88% consome pelo menos quatro fármacos; 65% consome psicofármacos e 90% consome antiarrítmicos ou antihipertensores - grupos farmacológicos cujo consumo tem sido associado ao aumento do risco de queda (36) (16).

3.1.5. Gestão/Adesão ao regime medicamentoso

Relativamente ao regime medicamentoso constata-se um elevado consumo de medicamentos. Em média, cada indivíduo consome diariamente 6 fármacos (mínimo 2 e máximo 13) que, na maioria dos casos (56%), são prescritos por mais do que um médico, verificando-se contudo em 10% dos indivíduos o consumo de fármacos sem prescrição. Evidencia-se assim a prevalência de fenómenos de polimedicação que, além dos riscos de efeitos adversos aumentados, potencia situações de gestão medicamentosa ineficaz e/ou fenómenos de não adesão (11). Relativamente à gestão verifica-se que 48% não sabe para que servem (na totalidade, ou em parte) os fármacos que consome embora 81% assuma a responsabilidade da sua medicação. Muitos referem dificuldades na gestão relacionadas com alterações da mobilidade (35%), défice de conhecimento (48%), problemas de memória (21%) e condição socioeconómica desfavorável (15%).

Por fim, no que diz respeito à vacinação antitetânica e anti-influenza constataram-se percentagens de adesão elevadas, mas ainda assim passíveis de ser melhoradas, sobretudo na vacinação contra a gripe (76%) dado os riscos que esta população enfrenta. Os motivos apresentados para a não vacinação – descuido, medo de ficar doente, falta de informação, não considerarem importante - reforçam a necessidade de atuação do enfermeiro no esclarecimento e capacitação dos cidadãos para a tomada de decisão.

3.2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Como descrito anteriormente e de forma a facilitar a operacionalização desta etapa agrupámos os problemas em seis necessidades de saúde (Quadro 1).

Quadro 1 - Agrupamento dos problemas em necessidades

	Necessidades	Problemas de Saúde
N1	Estado Nutricional	23% estão em risco de desnutrição; 35% apresenta excesso de peso e 12% tem Obesidade;
N2	Saúde Mental	27% apresenta suspeita de déficit cognitivo;
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; 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 renovar as receitas e 21% em ir à farmácia; 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.

Depois de agrupados os problemas procedemos à comparação por pares (Quadro 2).

Quadro 2 - Comparação por pares

N1	N1	N1	N1	N1	N1	N1=0
	(N2)	(N3)	(N4)	(N5)	(N6)	
N2	(N2)	(N2)	N2	N2	(N2)	N2=3
	N1	N3	(N4)	(N5)	N6	
N3	(N3)	N3	N3	N3	N3	N3=1
	N1	(N2)	(N4)	(N5)	(N6)	
N4	(N4)	(N4)	(N4)	(N4)	(N4)	(N4=5)
	N1	N2	N3	N5	N6	
N5	(N5)	(N5)	(N5)	N5	(N5)	N5=4
	N1	N2	N3	(N4)	N6	
N6	(N6)	N6	(N6)	N6	N6	N6=2
	N1	(N2)	N3	(N4)	(N5)	

O recurso à comparação por pares pela equipa de trabalho permitiu identificar o *Risco de Queda* como a necessidade prioritária a ser alvo de intervenção.

CAPÍTULO 4 – PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

No seguimento do diagnóstico de saúde realizado desenvolveu-se, durante o módulo II de estágio na USF, um projeto de intervenção dirigido à prevenção de quedas no idoso.

4.1. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

O diagnóstico de saúde permitiu identificar o risco de queda como um problema prioritário da amostra constituída por 52 idosos com 75 ou mais anos.

Ainda que os dados obtidos não possam ser generalizados a toda a população, pelos motivos já explanados relacionados com a dimensão da amostra, na sua globalidade estão em concordância com os encontrados na revisão da literatura. A elevada prevalência de quedas bem como a identificação de um conjunto variado de fatores de risco que para elas concorrem (polimedicação, alterações no equilíbrio corporal, défices cognitivos, viver sozinho, apresentar dependência das atividades de vida diárias) justificam a necessidade de atuação nesta área. O facto das lesões relatadas pela amostra serem de menor gravidade do que as descritas na bibliografia apresenta-se como uma oportunidade para apostar na prevenção, antes que consequências mais graves ocorram. Contudo, a etiologia multifatorial das quedas não facilita esta tarefa, pelo que se torna essencial por um lado a identificação dos fatores que concorrem para o risco de queda, ao mesmo tempo que se identificam as pessoas com maior risco de cair, de forma a priorizar a intervenção aos que mais necessitam dela.

Procurando responder a estes desígnios, entendeu a equipa de trabalho promover dois projetos paralelos de prevenção de quedas no idoso: um dirigido aos fatores intrínsecos, da responsabilidade da estudante Rita Moreira e outro aos fatores extrínsecos, desenvolvido por Cecília Venegas.

Assumindo a competência do enfermeiro EEC relativa à participação na coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS) (37), propusemo-nos com o presente projeto contribuir para a consecução do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas visando uma “*maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas*” (3 p. 15) e do Programa Nacional de Prevenção de Acidentes ao “*desenvolver iniciativas de promoção da segurança*

e prevenção dos acidentes, dirigidos a grupos específicos (...)” (38 p. 24). Ao contribuir para a capacitação do idoso no âmbito da prevenção de quedas, encontramos também alinhadas com o atual PNS no eixo estratégico relativo à *Cidadania em Saúde* (39).

4.2. DESENHO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO ‘*QUEDAS NÃO! VAMOS PREVENIR*’

De seguida apresentamos o projeto por nós desenvolvido e intitulado ‘*Quedas NÃO! Vamos prevenir*’, cujo logotipo se encontra no Apêndice V.

4.2.1. Finalidade do Projeto

Tendo por objetivo desenvolver um projeto de intervenção destinado a reduzir o risco de queda nos idosos e constatada a inexistência de projetos na USF nesta área entendemos estruturar uma intervenção que pudesse ser adotada e implementada de forma sistemática pelos enfermeiros, prolongando-se para além do espaço temporal destinado ao estágio. Surgiu assim como principal finalidade do projeto:

- Implementar uma consulta de rastreio, avaliação e intervenção face ao risco de queda, direcionada aos utentes da USF com 75 ou mais anos;

Durante o período em que decorreu o estágio propusemo-nos conceber, protocolar e testar a referida consulta que assenta em dois algoritmos-chave: um de triagem que permite identificar os utentes com risco de queda para os quais é recomendada a avaliação multifatorial; e o algoritmo de avaliação e intervenção multifatorial dos fatores intrínsecos.

O fluxograma de triagem foi delineado em conjunto pelas duas estudantes, sendo comum a ambos os projetos. A partir daí, os projetos desdobram-se sendo distintas, embora complementares, a avaliação e intervenções propostas.

4.2.2. Fixação de Objetivos

Esta etapa assume especial importância na medida em que é necessária uma correta e quantificada fixação dos objetivos para permitir uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa (22). Os objetivos gerais, específicos e operacionais inerentes ao projeto de intervenção são apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 - Objetivos do projeto de intervenção

Objetivos Gerais	
Identificar os idosos com risco de queda; Reduzir os fatores intrínsecos de risco de queda; Aumentar os fatores protetores do risco de queda;	
Objetivos Específicos	
Melhorar o Equilíbrio Corporal; Melhorar a Força Muscular; Melhorar a Acuidade Visual; Aumentar o conhecimento sobre fatores de risco de queda e fatores protetores; Melhorar a consciencialização para a vulnerabilidade individual face ao risco de queda; Aumentar a adesão face aos fatores protetores do risco de queda;	
Objetivos Operacionais	Horizonte temporal
Operacionalizar um procedimento de rastreio de risco de queda;	Até 27/10
Estruturar uma intervenção educacional de sensibilização para pessoas que não apresentem risco de queda;	Até 27/10
Operacionalizar um procedimento para avaliação e intervenção multifatorial face ao risco de queda;	Até 03/11
Testar a operacionalização dos procedimentos de rastreio, avaliação e intervenção multifatorial face ao risco de queda, em 10 utentes;	De 6/11 a 14/11
Apresentar os procedimentos de consulta à equipa de saúde da USF;	15/12

4.2.3. Definição de indicadores e metas

Para avaliar e medir os efeitos da intervenção implementada é fundamental, além da definição de objetivos, uma correta definição dos indicadores (22) que, habitualmente são de três tipos: indicadores de estrutura, de processo e de resultado (40).

Dadas as limitações temporais e as características inerentes ao próprio projeto os indicadores passíveis de ser alcançados a curto prazo dizem sobretudo respeito a indicadores de estrutura e de processo. Ainda assim, entendemos fundamental delinear um conjunto de indicadores de resultado alcançáveis a médio/longo prazo, com a implementação da consulta de uma forma estruturada e sistematizada na USF. Serão esses indicadores que permitirão aferir a obtenção de ganhos de saúde para a população idosa, associados aos cuidados de enfermagem prestados no âmbito da consulta e, em última análise, justificar a sua continuidade, terminus ou necessidade de reformulação.

Neste sentido, optou-se por elencar dois conjuntos distintos de indicadores. O primeiro diz respeito aos indicadores associados ao desenvolvimento do projeto de intervenção: estruturação da consulta de enfermagem (Quadro 4).

Quadro 4 - Indicadores relativos ao projeto de intervenção

Indicadores de estrutura	
N.º de horas de enfermagem utilizadas para estruturar e testar a consulta	
Gastos associados à aquisição de material	
Indicadores de processo	Meta
Existência de um procedimento de rastreio para risco de queda.	Até 27/10
Existência de um procedimento de intervenção educacional de sensibilização para pessoas que não apresentam risco de queda.	Até 27/10
Existência de um procedimento para avaliação multifatorial de risco de queda.	Até 3/11
Existência de um procedimento de intervenção multifatorial para pessoas que apresentam risco de queda.	Até 3 /11
Testagem da consulta de rastreio, avaliação e intervenção multifatorial do risco de queda:	
N.º de utentes rastreados	10 utentes
N.º de utentes submetidos à avaliação multifatorial	6 utentes
N.º utentes intervencionados face ao risco de queda	6 utentes
Existência de uma reunião/sessão de formação com a equipa de saúde da USF para apresentar o protocolo de consulta	15 de dezembro
Indicador de resultado	
Disponibilização à população, por parte da USF, de uma consulta de enfermagem para rastreio, avaliação e intervenção face ao risco de queda, direcionada aos utentes com 75 ou mais anos.	

O segundo conjunto diz respeito aos indicadores associados à operacionalização futura da consulta de enfermagem (Quadro 5).

Quadro 5 - Indicadores associados à futura operacionalização da consulta

Indicadores de estrutura
N.º de parcerias entre unidades funcionais
N.º de parcerias com a comunidade
N.º de horas de cuidados de enfermagem por consulta
Custo médio por consulta

Indicadores de processo	
% de adesão à consulta	$\frac{\text{n.}^\circ \text{ indivíduos rastreados quanto ao risco de queda}}{\text{n.}^\circ \text{ utentes convocados para a consulta}} \times 100$
% de indivíduos alvo de avaliação multifatorial do risco de queda	$\frac{\text{n.}^\circ \text{ indivíduos alvo de avaliação multifatorial do risco de queda}}{\text{n.}^\circ \text{ utentes identificados com risco de queda}} \times 100$
% de indivíduos com avaliação do equilíbrio corporal (POMA)	$\frac{\text{n.}^\circ \text{ indivíduos a quem foi avaliado o equilíbrio corporal}}{\text{n.}^\circ \text{ utentes identificados com risco de queda}} \times 100$
% de indivíduos com avaliação da força muscular (5xSST)	$\frac{\text{n.}^\circ \text{ indivíduos a quem foi avaliada a força muscular}}{\text{n.}^\circ \text{ utentes identificados com risco de queda}} \times 100$
% de indivíduos com avaliação da acuidade visual (ao longe e ao perto)	$\frac{\text{n.}^\circ \text{ indivíduos a quem foi avaliado a acuidade visual}}{\text{n.}^\circ \text{ utentes identificados com risco de queda}} \times 100$
% de indivíduos com avaliação do conhecimento face ao risco de queda (formulário)	$\frac{\text{n.}^\circ \text{ indivíduos com avaliação do conhecimento face ao risco de queda}}{\text{n.}^\circ \text{ utentes identificados com risco de queda}} \times 100$
% de indivíduos com acesso a programa de exercício físico para prevenção de quedas	$\frac{\text{n.}^\circ \text{ indivíduos com diminuição da força muscular e/ou alterações de equilíbrio que tiveram acesso a programa de exercício}}{\text{n.}^\circ \text{ indivíduos com diminuição da força muscular e/ou equilíbrio}} \times 100$
% de indivíduos com défices de acuidade visual, força muscular e/ou equilíbrio, com acesso a intervenção educacional sobre medidas de segurança e consciencialização face aos défices	$\frac{\text{n.}^\circ \text{ indivíduos com défices na acuidade visual, força muscular e/ou equilíbrio, com acesso a ensino individualizado}}{\text{n.}^\circ \text{ indivíduos com défices na acuidade visual, FM e/ou equilíbrio}} \times 100$
% de indivíduos encaminhados para oftalmologia	$\frac{\text{n.}^\circ \text{ indivíduos c/diminuição da acuidade visual encaminhados para oftalmologia}}{\text{n.}^\circ \text{ indivíduos com diminuição da acuidade visual}} \times 100$
% de utentes que receberam intervenção educacional sobre prevenção do risco de queda (fatores de risco e fatores protetores) realizado no âmbito das consultas	$\frac{\text{n.}^\circ \text{ utentes com défices de conhecimento que receberam ensino individualizado}}{\text{n.}^\circ \text{ utentes com défices de conhecimento sobre risco de queda}} \times 100$
% de indivíduos rastreados a quem foi disponibilizado panfleto sobre recomendações gerais para prevenção do risco de queda	$\frac{\text{n.}^\circ \text{ indivíduos rastreados a quem foi disponibilizado panfleto}}{\text{n.}^\circ \text{ utentes que compareceram na consulta para rastreio do risco de queda}} \times 100$
Indicadores de Resultado	
% de indivíduos que reduziram o risco de queda por fatores de risco intrínsecos	$\frac{\text{n.}^\circ \text{ indivíduos com resultados positivos (melhoria ou resolução) em 1 ou mais FR intrínsecos, após a consulta, com pelo menos uma intervenção de enfermagem documentada neste âmbito}}{\text{n.}^\circ \text{ indivíduos com fatores de risco de queda intrínsecos diagnosticados}} \times 100$

<p>% de indivíduos com melhoria do equilíbrio corporal</p> $\frac{\text{n.}^\circ \text{ indivíduos que apresentaram melhoria no equilíbrio, com pelo menos uma intervenção de enfermagem documentada neste âmbito}}{\text{n.}^\circ \text{ indivíduos identificados com diminuição do equilíbrio corporal}} \times 100$
<p>% de indivíduos com melhoria da força muscular dos membros inferiores</p> $\frac{\text{n.}^\circ \text{ indivíduos que apresentaram melhoria na força muscular, com pelo menos uma intervenção de enfermagem documentada neste âmbito}}{\text{n.}^\circ \text{ indivíduos identificados com diminuição da força muscular}} \times 100$
<p>% de indivíduos com melhoria da acuidade visual</p> $\frac{\text{n.}^\circ \text{ indivíduos que melhoraram a acuidade visual após encaminhamento para oftalmologia}}{\text{n.}^\circ \text{ indivíduos com acuidade visual diminuída}} \times 100$
<p>% de indivíduos com melhoria do conhecimento sobre o risco de queda após intervenção educacional (+ respostas corretas ao formulário)</p> $\frac{\text{n.}^\circ \text{ indivíduos com melhoria do conhecimento sobre o risco queda após intervenção educacional}}{\text{n.}^\circ \text{ utentes identificados com défices de conhecimento sobre o risco de queda}} \times 100$
<p>% indivíduos c/ melhoria da consciencialização face à vulnerabilidade individual do risco de queda</p> $\frac{\text{n.}^\circ \text{ utentes que se encontram consciencializados para a necessidade de prevenir o risco de queda (demonstrada pelo envolvimento, procura de informação e mudança de comportamento) após intervenção educacional}}{\text{n.}^\circ \text{ utentes não consciencializados face ao risco de queda}} \times 100$
<p>% de indivíduos que melhoraram a adesão a fatores protetores do risco de queda (aumento atividade física, exposição solar regular, alimentação rica em cálcio e vitamina D)</p> $\frac{\text{n.}^\circ \text{ indivíduos que melhoraram a adesão aos fatores protetores do risco de queda, após intervenção educacional}}{\text{n.}^\circ \text{ utentes a quem foram diagnosticados défices na adoção de fatores protetores}} \times 100$
<p>Indicadores de prevalência</p>
<p>Taxa de prevalência de alterações do equilíbrio corporal</p> $\frac{\text{n.}^\circ \text{ indivíduos com alterações no equilíbrio corporal}}{\text{n}^\circ \text{ de utentes avaliados}} \times 100$
<p>Taxa de prevalência de diminuição da força muscular</p> $\frac{\text{n.}^\circ \text{ indivíduos com diminuição da força muscular}}{\text{n}^\circ \text{ de utentes avaliados}} \times 100$
<p>Taxa de prevalência de défices na acuidade visual</p> $\frac{\text{n.}^\circ \text{ indivíduos com diminuição na acuidade visual}}{\text{n}^\circ \text{ de utentes avaliados}} \times 100$
<p>Taxa de prevalência de défice de conhecimento sobre o risco de queda</p> $\frac{\text{n.}^\circ \text{ utentes com défice de conhecimento sobre o risco queda}}{\text{n}^\circ \text{ de utentes avaliados}} \times 100$
<p>Taxa de prevalência de consciencialização dificultadora face ao risco de queda</p> $\frac{\text{n.}^\circ \text{ utentes c/ consciencialização dificultadora face ao risco de queda}}{\text{n.}^\circ \text{ utentes avaliados}} \times 100$
<p>Taxa de prevalência de não adesão a fatores de proteção do risco de queda</p> $\frac{\text{n.}^\circ \text{ indivíduos que não aderem a fatores protetores do risco de queda}}{\text{n}^\circ \text{ de utentes avaliados}} \times 100$

4.2.4. Seleção de estratégias

A seleção de estratégias é uma das etapas fundamentais no processo de planeamento em saúde. Devem ser selecionadas as estratégias que melhor permitam alcançar os objetivos fixados, reduzindo o problema identificado (22).

Tendo em mente a finalidade e objetivos do presente projeto emergiu como estratégia central a consulta de enfermagem. Tornou-se assim necessário criar um procedimento de consulta que se constituísse como um auxílio à tomada de decisão dos enfermeiros garantindo a uniformização de procedimentos dentro da equipa. Com este intuito criaram-se dois fluxogramas de apoio à tomada de decisão sustentados na evidência científica disponível e orientados de acordo com o processo de enfermagem: *diagnosticar* utilizando instrumentos que sustentem a atividade diagnóstica; *prescrever as intervenções* que melhor respondam aos problemas identificados e melhor se adequem ao indivíduo para o qual são prescritas e *avaliar* a eficácia das mesmas, reiniciando o processo sempre que necessário.

Relativamente às intervenções de enfermagem foi dado um grande enfoque à educação para a saúde realizada de forma individualizada em contexto de consulta. Acredita-se que esta é a forma mais capaz de promover o envolvimento do idoso contribuindo para a consciencialização da sua vulnerabilidade individual face ao risco de queda e consequente necessidade de mudança. Pretende-se assim que a intervenção educacional no âmbito da prevenção de quedas, fatores de risco e fatores protetores, dirigida às necessidades de cada idoso se constitua como um contributo para a sua capacitação tornando-o mais capaz de fazer escolhas conscientes e informadas que protejam e promovam a sua própria saúde.

Outra das estratégias desenvolvidas foi a elaboração de dois panfletos com informação considerada relevante neste âmbito. Trata-se de uma ferramenta que pode ser usada pelo enfermeiro como apoio e complemento, mas não em substituição, da informação prestada oralmente.

Foram ainda realizados contactos e reuniões com entidades e organizações a fim de identificar os recursos da comunidade no âmbito do exercício físico dirigido a idosos, tendo-se elaborado um portefólio para facilitar o aconselhamento nesta área.

Consideramos que a sessão de formação dirigida aos profissionais de saúde da USF também se constitui como uma estratégia fundamental no sentido de potenciar a continuidade do projeto depois do estágio.

4.2.5. Preparação da Execução

Antes de convocar os utentes para a testagem da consulta houve um longo caminho de preparação que exigiu tempo, investigação e tomada de decisões e que culminou nos procedimentos de triagem e de avaliação e intervenção multifatorial.

Após consulta bibliográfica, dois documentos mereceram especial relevância nesta fase: o Relatório Global da OMS sobre prevenção de quedas em idosos (14) que propõe um modelo de prevenção de quedas assente em três pilares fundamentais: aumentar a consciencialização sobre a importância da prevenção das quedas; melhorar a identificação e avaliação dos fatores de risco e dos determinantes das quedas e identificar e implementar intervenções realistas; e as Orientações Clínicas da AGS&BGS para a prevenção de quedas em idosos (17). Estas orientações propõem um algoritmo clínico de apoio à tomada de decisão e intervenção dos profissionais de saúde na gestão das pessoas idosas residentes na comunidade que apresentam história de quedas recorrentes, dificuldade em andar, ou que recorrem aos serviços de saúde após um evento agudo de queda.

- Procedimento de Triagem

O procedimento de triagem pretende identificar os idosos com risco de queda que devem ser alvo de uma avaliação multifatorial. Esta fase é essencial, no sentido de rentabilizar recursos, dirigindo a intervenção aos que mais beneficiarão dela.

No Apêndice VI pode ser consultado o fluxograma de apoio a esta fase. Ele inicia-se com a questão ‘*Teve quedas no último ano?*’. Em caso afirmativo faz-se uma anamnese das quedas procurando identificar se as causas indiciam potencial de risco. Se sim, é recomendada a avaliação multifatorial. Quando o motivo das quedas não indicia potencial de risco (empurrado, agredido, atropelado) ou quando não existem antecedentes de queda é aplicado o teste *Timed Up and Go (TUG)*². Se o desempenho for superior a 14 segundos é igualmente recomendada a avaliação multifatorial. Nos casos em que o TUG é inferior a 14 segundos, os indivíduos são considerados sem risco de queda. Nestes casos recomenda-se, de acordo com as orientações da AGS&BGS, uma reavaliação anual a que associámos uma breve intervenção educacional, por entendermos importante aproveitar o contacto do

² TUG – desenvolvido em 1991 por Podsiadlo e Richardson (54), é um teste simples, mundialmente utilizado como teste de triagem para avaliação do risco de queda (em ambiente hospitalar e comunitário). É um dos testes recomendados pelas guidelines da AGS&BGS (17). Existem diferentes pontos de corte para limitação funcional, mobilidade normal e elevado risco de queda. Idosos residentes na comunidade consideram-se com alto risco de queda, se tempo de desempenho no TUG superior a 14 segundos (57).

enfermeiro com o indivíduo para o sensibilizar para o risco de queda, possibilidade de prevenção e adoção de estratégias preventivas.

- Procedimento de avaliação e intervenção multifatorial (fatores de risco intrínsecos)

Este procedimento destina-se a ser aplicado aos idosos identificados com risco de queda no fluxograma anterior.

Dada a diversidade de fatores de risco intrínsecos percebia-se impossível delinear uma avaliação multifatorial que os contemplasse a todos. Foi por isso necessário decidir quais os fatores a incluir tendo por objetivo uma avaliação abrangente e, simultaneamente, exequível na prática clínica. Optámos assim por incluir quatro fatores: equilíbrio corporal; força muscular e acuidade visual por terem forte associação ao risco de queda (16) e o conhecimento porque a educação, o aconselhamento (17) (18) e a consciencialização (14) devem ser transversais a qualquer programa de prevenção de quedas.

No Apêndice VII encontra-se o fluxograma de avaliação e intervenção multifatorial, bem como os instrumentos utilizados para avaliação de cada um dos fatores de risco.

De entre as abordagens de intervenção disponíveis (simples, múltipla ou multifatorial) optámos pela multifatorial por ser a mais eficaz na prevenção de quedas em idosos residentes na comunidade (17). Trata-se de uma intervenção personalizada sendo disponibilizado a cada indivíduo o conjunto de intervenções direcionado aos fatores de risco nele identificados, pelo que a etapa de avaliação se assume de especial importância.

Para avaliação do equilíbrio corporal recomendamos a aplicação do POMA, já utilizado no diagnóstico de saúde. A avaliação da força muscular dos membros inferiores é feita pelo ‘*Five Times Sit to Stand*’ (FTSTS/5xSTS)³ e a acuidade visual (ao longe e ao perto) pelo recurso a escalas optométricas. Para dar suporte à atividade diagnóstica relativa ao conhecimento elaborou-se um formulário com questões de verdadeiro e falso.

De entre as estratégias de intervenção contempladas no fluxograma inclui-se, como já descrito, uma importante componente educacional. Dela fazem parte os ensinamentos estruturados, o panfleto sobre recomendações gerais (Apêndice VIII) e uma questão de autoavaliação da percepção dos idosos sobre a sua força, equilíbrio e visão. Entendemos que

³ FTSTS/5xSTS – é um teste usado para medir a força muscular dos membros inferiores e está incluído na lista de escalas para avaliar o risco de queda. Um estudo realizado com idosos residentes na comunidade, com idades entre os 74 e os 98 anos, constatou que utentes com desempenho superior a 12 segundos apresentam um risco superior de quedas por diminuição da força muscular dos membros inferiores (55), pelo que adotámos este ponto de corte.

esta questão se constitui como um contributo válido para promover a consciencialização da vulnerabilidade individual face ao risco.

O exercício físico é uma outra estratégia de intervenção com relevo no fluxograma proposto. Surge pela promoção da atividade física incluída nas recomendações gerais a fazer a todos os idosos e sob a forma de um programa de exercício estruturado, dirigido aos indivíduos com alterações de equilíbrio e/ou força muscular. A este respeito idealizou-se o estabelecimento de uma parceria com o núcleo de medicina física e reabilitação da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) por se considerar ser a unidade funcional com melhores recursos para o desenvolvimento de um programa de exercício específico, dirigido à prevenção de quedas. Contudo e apesar de várias tentativas, não foi possível o agendamento de uma reunião durante o tempo que mediou o estágio, ficando esta possibilidade em aberto para desenvolvimento futuro.

Para o período de testagem da consulta, de forma a garantir que não ficariam sem intervenção os utentes com défices de força muscular e/ou equilíbrio, reunimos um conjunto de exercícios simples de fortalecimento muscular, treino de equilíbrio e flexibilidade que foram demonstrados e treinados em contexto de consulta, sendo incentivada a sua realização em casa, garantindo as condições de segurança. Elaborou-se um panfleto com imagens e descrição dos exercícios para apoio à sua realização no domicílio (Apêndice IX).

Por fim, uma outra estratégia de intervenção adotada foi a referenciação a outros profissionais de saúde, nomeadamente para o oftalmologista.

De todo este trabalho de preparação elaborou-se um protocolo dos procedimentos da consulta (Apêndice X) que contempla os fluxogramas de apoio à tomada de decisão; as instruções para aplicação de cada um dos testes utilizados; o formulário para avaliação do conhecimento e a ficha de registo de consulta.

4.2.6. Execução

Assumimos como execução do projeto a fase referente à testagem dos procedimentos da consulta. Nesta fase recorreu-se a uma amostra por conveniência constituída por utentes que, durante a aplicação do IRD, se haviam mostrado recetivos a participar em projetos de intervenção futuros. Os utentes foram contactados telefonicamente sendo-lhes apresentada a consulta e questionado o seu interesse. Foi possível testar os procedimentos de consulta em onze indivíduos.

Desta experiência gostaríamos de realçar, de forma breve, algum do feedback recebido e situações experienciadas. Destacamos assim: níveis de consciencialização prévio face ao problema das quedas muito díspar entre os idosos; a boa receptividade à consulta evidenciada pela maioria; pouco envolvimento demonstrado por dois utentes; o facto de uma idosa se ter feito acompanhar de uma vizinha à consulta revelando ambas grande interesse e comprometimento com a problemática; a colocação de questões e a intenção de partilhar com outros a informação recebida atesta o interesse e envolvimento da maioria; a informação relativa a programas de exercício físico disponíveis na comunidade foi avaliada como muito útil, sobretudo pelos indivíduos com menos défices; verificou-se ainda predisposição para a mudança em duas situações concretas.

A testagem dos procedimentos permitiu evidenciar uma situação que requer atenção futura. Dos sete utentes avaliados multifatorialmente três apresentaram défices de força e equilíbrio, tendo por isso indicação para programa de exercício para prevenção de quedas. Contudo, constatou-se que os défices apresentados por dois deles são muito distintos dos apresentados por uma terceira utente, pelo que este aspeto deve ser tido em conta na operacionalização futura de um programa de exercício dirigido à prevenção de quedas na população idosa, de forma a maximizar os ganhos em saúde de todos. Os grupos a constituir deverão ser, mais ou menos, homogéneos em termos de défices apresentados, podendo até ser pensada a hipótese de haver utentes com indicação para sessões de grupo e utentes em que os maiores benefícios seriam obtidos em sessões individuais.

3.2.7. Avaliação

No Quadro 6 apresenta-se a avaliação aos indicadores de processo anteriormente definidos.

Quadro 6 - Avaliação dos indicadores de processo

Indicador de processo	Meta	Avaliação	
Existência de um procedimento de rastreio para risco de queda.	Até 27/10	Na data prevista estava concluído o fluxograma de triagem e os procedimentos nele usados. Atingido	
Existência de um procedimento de intervenção educacional de sensibilização para pessoas que não apresentam risco de queda.	Até 27/10	Definiram-se os conteúdos a incluir nesta intervenção educacional e elaborou-se um panfleto de apoio, concluído a 26/10. Atingido	
Existência de um procedimento para avaliação multifatorial de risco de queda.	Até 3/11	No dia 03/11 estava ultimado o fluxograma de avaliação multifatorial - com os instrumentos de avaliação definidos e as respetivas instruções de aplicação redigidas. Atingido	
Existência de um procedimento de intervenção multifatorial para pessoas que apresentam risco de queda.	Até 3/11	Foi definido o fluxograma de intervenção, embora não se tenha conseguido estabelecer a parceria com a URAP para disponibilização de um programa de exercício Parcialmente Atingido	
Testagem dos procedimentos da consulta de rastreio, avaliação e intervenção multifatorial do risco de queda:	Nº de utentes rastreados	10 utentes	Rastreados 11 utentes Atingido
	Nº de utentes submetidos à avaliação multifatorial	6 utentes	Submetidos a avaliação multifatorial 7 utentes Atingido
	Nº utentes intervencionados face ao risco de queda	6 utentes	Intervencionados 7 utentes Atingido
Existência de uma sessão de formação com a equipa de saúde da USF para apresentar o protocolo de consulta	15/12	Foi realizada no dia 15/12 a sessão de formação para a equipa multidisciplinar, onde se apresentou o protocolo de consulta desenvolvido. Estiveram presentes 6 dos 8 enfermeiros e 5 dos 8 médicos que constituem a equipa Atingido	

A avaliação que fazemos do projeto é bastante positiva. A análise do Quadro 6 permite verificar que a maioria dos indicadores de processo foram totalmente atingidos, à exceção da reunião com a URAP que permitiria aferir a possibilidade de parceria para implementação de um programa de exercício de prevenção de quedas. Ficando assim este assunto em aberto para desenvolvimento futuro.

Relativamente ao indicador de resultado inerente ao projeto *'Disponibilização à população, por parte da USF, de uma consulta de enfermagem para rastreio, avaliação e intervenção face ao risco de queda, direcionada aos utentes com 75 ou mais anos'*, o período de testagem da consulta permitiu comprovar a sua exequibilidade. Este facto, bem como a apresentação dos indicadores atingíveis com a implementação da consulta de forma sistematizada na USF, foram dois dos aspetos versados na formação realizada para os profissionais de saúde da USF, cujo plano de sessão pode ser observado no Apêndice XII. Consideramos por isso ter criado as condições para que o projeto possa ter continuidade disponibilizando à população idosa uma consulta de prevenção de quedas.

CAPÍTULO 5 – IMPLICAÇÕES DO MÓDULO III DE ESTÁGIO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

A opção por realizar o módulo III de estágio em contexto de Saúde Ocupacional (SO), numa empresa do ramo da metalomecânica, ocorreu por entendermos que seria uma oportunidade de nos desafiarmos e de conhecermos um ambiente com o qual não havíamos contactado previamente, estimulando o desenvolvimento de competências como enfermeira EEC num contexto específico, fora de uma instituição de saúde.

Neste capítulo damos conta desta experiência. Depois de um breve enquadramento sobre a SO e o local de estágio, refletimos sobre as experiências por ele proporcionadas e as competências que a partir delas pudemos desenvolver.

5.1. SAÚDE OCUPACIONAL

O ambiente laboral revela-se um contexto privilegiado para promover a saúde dos trabalhadores. Se tomarmos consciência que metade do nosso tempo acordados é passado no local de trabalho, compreendemos como é importante que empregadores criem ambientes de trabalho saudáveis e trabalhadores partilhem e recebam mensagens de saúde (41).

Os locais de trabalho são precisamente um dos *settings* definidos pelo PNS 2004-2010 que privilegia a intervenção dos profissionais de saúde dirigida a grupos específicos da comunidade, nos contextos em que estes estão inseridos (42). Neste âmbito, a intervenção do enfermeiro EEC, em SO, assume especial relevo.

Apesar dos avanços alcançados nas últimas décadas, os dados disponíveis apontam para uma sinistralidade laboral e um número de doenças profissionais ainda muito elevados. Portugal é o país europeu com mais acidentes de trabalho não mortais e o segundo em termos de acidentes de trabalho mortais (43).

Felizmente, a SO tem vindo a evoluir ao longo do tempo, devido à legislação imposta a este nível e ao reconhecimento crescente dos ganhos em saúde alcançáveis com o investimento nesta área. Uma boa gestão da saúde dos trabalhadores permite melhorar a produtividade, reduzir o absentismo e a rotatividade do pessoal, diminuir os custos com prémios de seguros e melhorar a motivação na empresa (44) (45).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) 2013-2019, a SO tem por finalidade e baseia a sua ação em três princípios estratégicos: a prevenção dos riscos profissionais; a proteção da saúde e bem-estar dos trabalhadores e a promoção de ambientes de trabalho saudáveis. Para tal, recorre à avaliação e controlo de riscos; à vigilância de saúde dos trabalhadores e a ações de promoção de saúde no local de trabalho, de forma a reduzir a exposição profissional a fatores de risco, garantir qualidade de vida no trabalho e alcançar níveis elevados de conforto, saúde e bem-estar físico, mental e social a todos os trabalhadores (46). Deste modo, é essencial a existência de Serviços de Saúde Ocupacional (SSO) com capacidade organizativa, de planeamento e intervenção, que incorporem políticas de saúde alinhadas com o PNSOC e promovam o envolvimento dos vários intervenientes neste processo: empregadores, trabalhadores e profissionais de saúde.

Relativamente ao papel do enfermeiro do trabalho, o atual regime jurídico (47) justifica a sua existência em empresas com mais de 250 trabalhadores para *'coadjuvar'* o médico. Felizmente, a tendência da maioria dos países europeus, e de alguns contextos nacionais, tem sido o de afastar a imagem do enfermeiro como *'assistente'* do médico, para se assumir cada vez mais *"como um profissional independente e autónomo, que é responsável e responde pela sua própria prática profissional"* (41 p. 17).

A atividade predominantemente curativa e restrita à realização de exames periódicos de vigilância tem sido alargada incorporando a promoção da saúde, a prevenção da doença ou a prevenção de riscos e acidentes laborais. Programas globais de educação e promoção da saúde, cessação tabágica, preparação para a reforma e ginástica laboral (48) são apenas alguns exemplos dos projetos desenvolvidos por enfermeiros nesta área.

Na realidade atual, as funções desempenhadas pelo enfermeiro do trabalho são ainda muito distintas de organização para organização, pelo que é importante que este clarifique o seu papel dentro da instituição onde exerce funções. Desta forma é fundamental definir a sua área de trabalho; estabelecer metas a atingir tendo em conta os objetivos da empresa e dos colaboradores; negociar com outros departamentos da empresa para garantir os recursos necessários à concretização das respetivas atividades; definir indicadores que possibilitem avaliar o valor acrescentado do seu trabalho e apresentar relatórios que traduzam os ganhos em saúde obtidos, incorporando os benefícios económicos, diretos e indiretos, para a organização (48).

De acordo com a OMS, o enfermeiro do trabalho poderá desenvolver diversos papéis na gestão em SO: clínico; especialista; gestor; coordenador; consultor; educador para a

saúde; conselheiro e investigador (41). Trata-se de um leque alargado de competências técnicas que realça a complexidade de atuação nesta área.

O papel desempenhado pelo enfermeiro do trabalho pode assim ser influenciado por vários fatores: a legislação; a perspectiva dos empregadores; a proatividade e comprometimento do próprio profissional e da valorização atribuída à enfermagem do trabalho pela organização (49).

5.2. O CONTEXTO DE ESTÁGIO

A empresa onde realizámos estágio tem laboração contínua de segunda a sexta-feira. Conta atualmente com mais de oitocentos trabalhadores, maioritariamente jovens, distribuídos de forma idêntica por ambos os sexos. Dispõe de um SSO interno constituído por um médico do trabalho, três enfermeiras, duas técnicas de higiene e segurança no trabalho e uma equipa de fisioterapia em regime de serviço externo. A cobertura do atendimento de enfermagem é garantida de segunda a sexta das 9h às 24h, sendo o período diurno assegurado por uma enfermeira que acumula funções de coordenação/gestão do serviço e o período noturno assegurado rotativamente por outras duas enfermeiras.

O trabalho desenvolvido pela equipa de SO, especialmente pelas enfermeiras do trabalho, vai muito para além dos exames obrigatórios, impostos por lei, no âmbito da vigilância de saúde dos trabalhadores. As diversas atividades prestadas pelo SSO incluem: consultas de admissão/aptidão para o trabalho; realização de exames complementares de diagnóstico (audiometrias, espirometrias e eletrocardiogramas); avaliação de riscos profissionais; prevenção de lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT); prestação de primeiros socorros e emergência; realização de atividades curativas; vacinação anti-influenza; consultas de enfermagem de aconselhamento em saúde; consultas de vigilância das trabalhadoras grávidas de baixo risco, entre outros. Está também em curso a realização de um rastreio cardiovascular e de um diagnóstico de saúde sobre os estilos de vida dos colaboradores da empresa.

5.3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMO ENFERMEIRA EEC NO CONTEXTO DE SO

À medida que fomos conhecendo e integrando a dinâmica do serviço, fomos ampliando e consolidando a reflexão, previamente iniciada, sobre o papel do enfermeiro a trabalhar nesta área e as competências acrescidas que pode trazer a este contexto.

Na sequência do estágio de especialidade de uma colega foi desenhado e implementado um diagnóstico de saúde sobre os estilos de vida dos colaboradores da empresa, tendo-nos sido disponibilizada a oportunidade de colaborar na colheita de dados. Esta colaboração constituiu-se como uma boa forma para conhecer a comunidade laboral na sua especificidade e diversidade, ao mesmo tempo que exigiu o desenvolvimento de competências comunicacionais adaptadas a cada colaborador e o estabelecimento de uma relação de empatia favorecedora de um clima de confiança e abertura. Um dos objetivos do estudo visava auxiliar os colaboradores na tomada de consciência sobre as dimensões do estilo de vida que se encontravam alteradas, através da aplicação do IRD. Era por isso essencial que a informação fornecida e a linguagem utilizada se adequassem às características e necessidades de cada um, contribuindo para desencadear o processo de consciencialização para a necessidade de mudança.

Ainda que os resultados do diagnóstico não sejam para já conhecidos, foi possível percecionar vários problemas de saúde a requerer intervenção, pelo que se prevê a incapacidade para intervir sobre todos eles simultaneamente. Uma correta priorização das necessidades em saúde e a utilização da metodologia do planeamento em saúde nas suas fases subsequentes será fundamental para rentabilizar recursos e maximizar ganhos em saúde na comunidade laboral. O envolvimento dos vários intervenientes da empresa (equipa de saúde, gestão de topo e trabalhadores) nos projetos de intervenção que se venham a implementar será indispensável ao sucesso dos mesmos.

Várias questões suscitadas pela aplicação do IRD motivaram a nossa reflexão justificando algumas delas pesquisa bibliográfica que permitiu aprofundar o conhecimento prévio e identificar as recomendações mais atuais em determinadas áreas. Entendemos partilhar a reflexão realizada e a evidência encontrada com a restante equipa de saúde, o que proporcionou produtivos momentos de discussão e desenvolvimento profissional e foi o ponto de partida para a melhoria de algumas práticas no serviço.

De tudo aquilo que fomos observando e percecionando na comunidade laboral, junto dos colaboradores, não podemos deixar de pensar no ainda longo caminho a percorrer na promoção da cidadania em saúde preconizada pelo atual PNS. Para que o cidadão seja mais autónomo e responsável relativamente à saúde individual e coletiva *“tem que estar informado, tem que interiorizar tal informação e traduzi-la na alteração dos seus comportamentos menos saudáveis e na gestão da sua doença. Só assim estará capacitado para ser ouvido e participar nas decisões que lhe dizem respeito (...)”* (39 p. 14). O trabalho a fazer neste sentido é ainda muito grande e requer o envolvimento de todos:

cidadãos, profissionais de saúde, organizações e decisores políticos. Quanto a nós, profissionais de saúde, cabe-nos um papel importante na promoção da literacia em saúde e na capacitação dos cidadãos de forma a maximizar a responsabilidade e autonomia de cada cidadão relativamente ao seu projeto de saúde individual e coletivo. O papel do enfermeiro do trabalho nesta perspetiva é por isso muitíssimo desafiante.

No decurso do estágio, tivemos ainda oportunidade de participar da discussão relativa à elaboração do relatório de atividades de saúde do trabalho referente ao ano de 2017 e do plano de atividades para 2018. Foi uma oportunidade que se revelou de grande mais-valia pela especificidade associada a este contexto, sobretudo as particulares a que a produção de indicadores em SO deve atender. Os indicadores apresentados devem espelhar os ganhos em saúde que as atividades desenvolvidas permitiram alcançar para os trabalhadores (diminuição da taxa de prevalência das LMERT e da taxa de incidência de doenças profissionais; ausência de complicações na gravidez resultantes da atividade profissional, etc.) mas também os benefícios indiretos que a empresa obteve do investimento no SSO. Esses benefícios podem traduzir-se, por exemplo, na diminuição dos acidentes de trabalho e do absentismo e no abatimento dos prémios de seguro. A partir deste trabalho é também possível traçar um perfil de necessidades de intervenção.

Sempre que os indicadores obtidos não permitam alcançar o esperado é fundamental refletir sobre as causas, devendo o relatório dar conta das razões que o justificam, apresentando sugestões de correção/melhoria que permitam alcançar melhores indicadores no próximo ano. Trata-se de um ciclo de melhoria contínua de planeamento – implementação – avaliação, em que as competências do enfermeiro EEC no âmbito do planeamento em saúde, aplicadas à comunidade laboral, se revelam de enorme mais-valia.

E foi desta forma que concluímos o estágio opcional. Alegramo-nos de ter tido a possibilidade de estagiar num contexto que consideramos evoluído face à realidade da SO em Portugal, não só pelos cuidados que aí se prestam e pelos projetos que estão em curso, mas também pela valorização atribuída pela gestão da empresa às políticas de saúde e sobretudo, pela visão e entendimento que os profissionais de saúde que ali trabalham têm do potencial que um SSO pode ter na promoção da saúde dos seus colaboradores, na prevenção dos riscos e na criação de ambientes de trabalho mais saudáveis.

Foi por isso de grande valia para o desenvolvimento pessoal, profissional e académico poder conhecer a realidade do trabalho desenvolvido pelo SSO desta empresa, integrar vários dos projetos em curso e participar das reflexões e discussões no seio da equipa. Foi uma partilha constante e recíproca de conhecimentos e aprendizagens.

Com tudo o que pudemos fazer e com tudo o que, a partir do que fazíamos, pudemos refletir, fomos desenvolvendo e aperfeiçoando competências específicas do enfermeiro EEC (37) aplicadas ao contexto particular da SO:

- Colaborámos na avaliação do estado de saúde da comunidade laboral tendo por base o planeamento em saúde (rastreamento cardiovascular e diagnóstico de saúde);

- Contribuímos para o processo de capacitação da comunidade laboral (promoção de estilos de vida saudáveis);

- Integrámos os objetivos do PNS e dos programas de saúde prioritários nas atividades de âmbito comunitário/laboral (cidadania em saúde; capacitação do cidadão; prevenção e controlo do tabagismo; programa da alimentação saudável, etc) e

- Cooperámos na vigilância epidemiológica da comunidade laboral (rastreamento cardiovascular e diagnóstico de saúde sobre os estilos de vida).

Num estágio que se pretendia de carácter predominantemente observacional, sentimos que foi grande o desenvolvimento e a evolução de pensamento. Depois do seu término, dispomos de mais ferramentas, académicas e profissionais, para exercer com competência a prática especializada de enfermagem comunitária, independentemente do contexto onde isso possa vir a acontecer.

CAPÍTULO 6 – ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Entrando na reta final do mestrado é altura de refletir sobre o trajeto percorrido. Ao longo deste percurso procurámos manter uma atitude permanente de reflexão e questionamento que em cada dia nos permitisse chegar um pouco mais longe. Nesta linha, é agora tempo de fazer balanço e de tomarmos consciência do desenvolvimento de competências profissionais e académicas compatíveis com a obtenção do título de especialista em enfermagem comunitária e do grau de mestre em enfermagem.

Perspetivando a dificuldade em refletir de forma objetiva e sucinta optou-se por reescrever os objetivos definidos no plano de estudos do curso (50) (51) e que orientam as competências a desenvolver, refletindo ponto a ponto sobre a sua operacionalização. No Quadro 7 apresenta-se a reflexão sobre os Objetivos Gerais do Curso de Mestrado em Enfermagem.

Quadro 7 - Reflexão sobre os objetivos gerais do curso de mestrado em enfermagem

	Objetivo Geral	Análise e reflexão
A1	Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área de Especialização em Enfermagem Comunitária (EEC);	<p>Durante a parte curricular do curso, apropriámo-nos de um conjunto de conhecimentos na área de EEC, nomeadamente no âmbito do planeamento em saúde, que tivemos oportunidade de aplicar e consolidar durante os estágios e que nos permitiram desenvolver as competências específicas do enfermeiro EEC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;</i> - <i>Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades.</i> - <i>Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.</i> - <i>Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (37).</i>
A2	Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de EEC;	<p>Consideramos ter atingido estas competências nos módulos I e II de estágio - pela realização de um diagnóstico de saúde aos utentes idosos de uma USF da cidade do Porto, de onde emergiu o risco de queda como necessidade de saúde prioritária e que motivou o projeto de intervenção subsequente dirigido à prevenção de quedas nesta população e onde procurámos selecionar as estratégias mais adequadas e definir um conjunto de indicadores que permitissem avaliar o impacto da sua implementação - mas também pelo percurso desenvolvido no módulo III do qual demos conta no quinto capítulo deste relatório. O contexto da SO, previamente desconhecido, confrontou-nos com um ambiente novo, não familiar, para o qual consideramos ter conseguido transpor os conhecimentos previamente apreendidos no âmbito da especialidade, alargando-os e consolidando-os.</p> <p>Ao longo do percurso fica patente a preocupação por manter uma visão alargada e abrangente da especialidade que não se restringisse aos locais mais óbvios onde a EEC habitualmente se desenvolve – os cuidados de saúde primários, embora a incluísse. Daí a opção por realizar dois estágios numa USF, e o estágio opcional em SO.</p>
A3	Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;	<p>Pela forma como abordámos a questão do envelhecimento e os desafios por ele colocados, adotando uma avaliação multidimensional centrada nas respostas humanas aos processos de vida e de doença, e pela forma como foi pensado e desenvolvido o projeto de intervenção atendendo ao contexto onde iria ser implementado e valorizando a consulta de enfermagem como estratégia central para fazer face ao risco de queda no idoso, consideramos revelar as competências subjacentes a este objetivo.</p>

A4	<p>Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;</p>	<p>Houve uma preocupação constante de ir partilhando e discutindo as conclusões, bem como as opções e raciocínios a elas subjacentes, com os nossos pares, tutores e professor orientador. Tratou-se de um exercício exigente mas fundamental para a consolidação de conhecimentos e, principalmente para o desenvolvimento da capacidade de argumentação e de síntese.</p> <p>Além disso podemos apontar três momentos mais formais de comunicação do percurso de investigação desenvolvido.</p> <p>O primeiro foi dirigido às colegas de mestrado e professores orientadores da área EEC, onde apresentámos e discutimos a planificação e desenvolvimento do diagnóstico de saúde e principais dados obtidos (módulo I).</p> <p>O segundo, consistiu na sessão de formação dirigida à equipa multidisciplinar da USF onde, além dos principais resultados do diagnóstico de saúde, nos focámos na apresentação do protocolo de consulta de prevenção de quedas desenvolvido durante o projeto de intervenção, bem como nos indicadores atingíveis com a sua implementação.</p> <p>Por fim, tivemos ainda oportunidade de apresentar, através de uma comunicação oral no 12º Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem do ICS-UCP, a consulta de enfermagem para prevenção de quedas no idoso.</p> <p>Consideramos por isso ter atingido este objetivo.</p>
A5	<p>Desenvolver competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.</p>	<p>Desde a formação de base que a reflexão crítica assume um papel fundamental na nossa prática diária por a considerarmos imprescindível ao desenvolvimento profissional.</p> <p>O percurso da especialidade não foi por isso exceção.</p> <p>Mantivemos uma atitude constante de reflexão PARA e SOBRE a ação. No primeiro caso, procurando perspetivar caminhos e soluções tendo por base os conhecimentos prévios e aqueles que fomos adquirindo – seja pelas experiências e discussões proporcionadas pelos contextos, seja pela revisão bibliográfica que fomos realizando. A reflexão SOBRE a ação aconteceu sempre que refletíamos sobre as opções tomadas e aquilo que havíamos feito - identificando avanços e conquistas, mas também erros e lacunas, para a partir daí pensarmos formas de os corrigir e/ou melhorar, num ciclo de ação-reflexão-ação, com vista à melhoria contínua.</p> <p>Consideramos que a atitude proactiva, de desenvolvimento pessoal e profissional, foi evidente nas orientações tutoriais realizadas, nas discussões proporcionadas com os enfermeiros dos locais onde estagiámos, bem como nos relatórios elaborados de cada um dos módulos de estágio.</p>

Realizada a análise sobre os objetivos gerais do curso de mestrado em enfermagem propomo-nos de seguida refletir sobre os objetivos específicos referentes à área de EEC (Quadro 8).

Quadro 8 - Reflexão sobre os objetivos específicos do mestrado em enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária

	Objetivo	Análise e reflexão
B1	Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;	O percurso que desenvolvemos durante a especialidade não é de todo independente da trajetória anteriormente vivida. Ao longo deste percurso fomos socorrendo dos conhecimentos e das experiências prévias para a partir daí as expandirmos, aprofundarmos e, sempre que necessário, refazermos.
B2	Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;	<p>Neste ponto parece-nos pertinente destacar dois assuntos que mereceram reflexões recorrentes ao longo da especialidade e que muitas vezes sentimos necessidade de partilhar e discutir com outros (sobretudo enfermeiros dos contextos por onde passámos e do local onde atualmente trabalhamos) considerando que tais reflexões/discussões contribuíram para a aquisição de competências a este nível.</p> <p>Por um lado a necessidade da enfermagem se centrar cada vez mais no foco de atenção da disciplina: a pessoa e as suas respostas intencionais aos processos de vida, sendo esta uma condição <i>sine qua non</i> para a diferenciação e valorização da profissão.</p> <p>Nesta linha surge o tema relacionado com a avaliação que os enfermeiros fazem dos cuidados que prestam. Predomina ainda uma lógica processual assente na avaliação de indicadores de estrutura e de processo (número de consultas, número de visitas domiciliárias, número de horas de cuidados...). Mas se a estes indicadores não associarmos a produção de indicadores de resultado, traduzidos pelos ganhos em saúde obtidos com os cuidados de enfermagem prestados, os enfermeiros serão, em última análise, apenas fonte de despesa. Será duro e exagerado afirmá-lo desta forma, mas talvez necessário para que, numa época em que tanto se valorizam as questões económicas, os enfermeiros não passem à margem desta reflexão.</p>
B3	Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;	A reflexão realizada no objetivo anterior também evidencia o desenvolvimento de competências referente a este objetivo.
B4	Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;	<p>As escolhas que fizemos procuraram potenciar o desenvolvimento pessoal e profissional optando, ora por uma área de interesse prévia, ora por um contexto novo e desconhecido.</p> <p>Assim, a opção por realizar o diagnóstico de saúde a uma população de idosos, teve em conta uma área de interesse prévia. Ao passo que a escolha por realizar o estágio opcional em SO foi feita precisamente por se tratar de um contexto novo, que nos permitiria desafiar-nos e alargar horizontes, maximizando desta forma o desenvolvimento de competências como enfermeira EEC.</p> <p>Também a reflexão crítica na, e sobre, a prática, (anteriormente descrita no objetivo A5) é disso exemplo.</p>

B5	<p>Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;</p>	<p>Consideramos que as experiências profissionais prévias, em contextos distintos, foram importantes para adquirir uma perspetiva pessoal diversificada dos problemas de saúde. Perspetiva essa que foi sendo enriquecida e aprofundada ao longo do mestrado de várias formas: pela reflexão suscitada pelas aulas e trabalhos realizados durante a parte curricular; pelas discussões proporcionadas entre colegas, enfermeiros e professores; pelas experiências que fomos vivenciando nos contextos de estágio e pela atualização constante que procurámos manter, através da pesquisa bibliográfica da melhor evidência disponível. A partir de tudo isto fomos desenvolvendo um discurso pessoal fundamentado.</p>
B6	<p>Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;</p>	<p>Além dos três momentos formais de comunicação das conclusões referido nos objetivo A4, encontramos-nos a terminar a redação de um artigo científico que iremos submeter para publicação muito em breve, pelo que consideramos ter atingido este objetivo.</p>
B7	<p>Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;</p>	<p>A opção por realizarmos o diagnóstico de saúde numa população de idosos utilizando uma abordagem multidimensional; o recurso à metodologia do planeamento em saúde para desenvolver quer o diagnóstico de saúde, quer o projeto de intervenção; a inclusão no IRD de escalas e testes devidamente validados, bem como a análise subsequente dos dados colhidos são reveladoras da consecução deste objetivo.</p>
B8	<p>Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEC;</p>	<p>O diagnóstico de saúde realizado no módulo I bem como o projeto de intervenção desenvolvido no módulo II evidenciam o conhecimento aprofundado na área da EEC, em particular no âmbito do planeamento em saúde.</p> <p>Também o percurso desenvolvido durante o módulo III, quer colaborando no rastreio cardiovascular e no diagnóstico de saúde sobre os estilos de vida dos colaboradores de uma empresa quer discutindo e contribuindo para a elaboração do relatório de atividades em saúde no trabalho, através da produção de indicadores de enfermagem são indicativos do domínio da metodologia do Planeamento em Saúde.</p>
B9	<p>Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEC;</p>	<p>Algumas das opções realizadas ao longo dos estágios evidenciam a tomada de consciência referente a alguns dos desafios colocados à profissão e à área de EEC. Desde logo a opção por abordar o envelhecimento demográfico sob uma perspetiva disciplinar de enfermagem centrada nas respostas intencionais aos processos de vida. Também a escolha por desenvolver um projeto de intervenção que privilegia uma abordagem preventiva e que adota como estratégia central a consulta de enfermagem, não é disso alheia. E por fim, a opção por realizar o módulo III de estágio em SO, uma área em que a enfermagem ainda se encontra pouco desenvolvida, mas que se revelou ser um contexto por excelência para atuação do enfermeiro, em particular do enfermeiro EEC.</p>

B10	Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área de EEC;	A preocupação por, durante o projeto de intervenção, delinear fluxogramas de apoio à tomada de decisão e definir um protocolo de atuação na consulta evidencia o desenvolvimento de competências neste domínio.
B11	Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica;	Consideramos ter atingido este objetivo pelo descrito na reflexão a propósito do objetivo A5.
B12	Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada;	Percecionamos que se verificou uma evolução positiva referente a este objetivo especialmente evidente junto da comunidade laboral, durante o módulo III. À medida que nos íamos apropriando do contexto e das necessidades dele emergente fomos sentindo mais capazes de avaliar e responder de forma adequada às situações colocadas por diferentes indivíduos.
B13	Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de EEC;	Durante a realização do diagnóstico de saúde e do projeto de intervenção várias vezes as opções inicialmente tomadas encontraram obstáculos ou não se revelaram as mais eficazes, exigindo reformular e criar alternativas que nos permitissem avançar.
B14	Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;	Consideramos que a metodologia que melhor garante a eficácia dos cuidados é a adoção do processo de enfermagem: <i>diagnosticar; prescrever; implementar e avaliar</i> , pelo que desenvolvemos todo o percurso tendo-o como referencial.
B15	Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;	O desenvolvimento de um projeto de intervenção com o objetivo de implementar uma consulta de enfermagem destinada a diminuir o risco de queda nos idosos é por si só uma iniciativa que visa a assunção das responsabilidades sociais e éticas da profissão. A isto acresce a preocupação demonstrada ao longo do percurso de tomar decisões que fossem sustentadas na melhor evidência científica disponível.
B16	Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;	Qualquer um dos estágios foi profícuo neste campo. No módulo I e II tivemos oportunidade de desenvolver competências e habilidades comunicacionais com a população idosa com quem diariamente contactamos, fruto da atividade laboral atual (num serviço de medicina de um hospital central). No módulo III fizemo-lo entre a diversidade da comunidade laboral onde realizámos estágio - uma comunidade maioritariamente jovem com níveis muito distintos de formação e provenientes de contextos socio-culturais diversos, o que se revelou muito enriquecedor. O maior desafio foi talvez o tempo. Foi necessário treino e disciplina para conseguir estabelecer uma relação terapêutica, de confiança e abertura que permitisse garantir a confiabilidade dos dados e promover a consciencialização dos colaboradores para as dimensões alteradas, num tempo restrito (tempo considerado aceitável e que não pusesse em causa o trabalho da linha de produção).

B17	Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;	Consideramos que este objetivo poderia ter sido melhor atingido nos módulos I e II de estágio se, como desejado, se tivesse concretizado uma reunião com a equipa multidisciplinar no início do estágio ou, pelo menos no início do módulo II afim de apresentarmos as linhas orientadoras daquilo a que nos propúnhamos, recebendo os contributos da equipa e a partir daí discutirmos pontos de entendimento e/ou divergência (re)construindo uma trajetória que sairia certamente enriquecida com o contributo dos vários intervenientes e das várias disciplinas. Para alguém que muito valoriza o trabalho em equipa, ficou a sensação de um trabalho por vezes demasiado solitário.
B18	Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de EEC;	Com o projeto de intervenção desenvolveram-se as ferramentas e construíram-se os alicerces que possibilitam a implementação na USF de uma consulta dirigida à prevenção de quedas no idoso. Ao longo do estágio fomos procurando sensibilizar, nos vários contactos informais com a equipa, para a importância de atuação nesta área. Na formação desenvolvida para a equipa multidisciplinar fizemo-lo de modo mais formal, considerando por isso ter contribuído para a concretização deste objetivo.
B19	Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área de EEC;	Teria sido talvez mais óbvio construir um projeto de intervenção assente num conjunto de iniciativas e atividades que permitisse dar visibilidade ao trabalho desenvolvido durante o tempo de estágio, mas que a ele ficaria circunscrito. Contudo, optámos por desenvolver um projeto de intervenção para ser implementado a médio/longo prazo, onde se quiz acentuar a necessidade de uma organização dos cuidados de enfermagem que privilegie o seu foco de atenção primordial - as pessoas e as suas respostas intencionais aos processos de vida - e que dele dê visibilidade construindo indicadores que permitam avaliar a eficácia dos cuidados de enfermagem em áreas sensíveis à sua atuação, contribuindo desta forma para a diminuição do risco de queda na população idosa. Desta forma consideramos ter atingido este objetivo.
B20	Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;	Procurámos que as opções realizadas ao longo do estágio - quer durante a elaboração do diagnóstico de saúde, quer aquando da planificação do projeto de intervenção - tivessem em conta e se sustentassem na evidência científica disponível, pelo que nos empenhamos afincadamente na consecução deste objetivo.
B21	Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da EEC, assim como outras evidências;	A opção por realizar uma avaliação do idoso privilegiando uma abordagem multidimensional; a utilização de escalas amplamente utilizadas e devidamente validadas para a população idosa portuguesa; a construção de fluxogramas de apoio à tomada de decisão tendo em conta as recomendações de organismos internacionais no que à prevenção de quedas entre idosos diz respeito, são alguns exemplos da forma como concretizámos este objetivo.
B22	Participar e promover a investigação em serviço na área de EEC;	Este foi um dos objetivos que consideramos não ter conseguido desenvolver durante o módulo I e II de estágio, pelo que procurámos aprimorá-lo durante o módulo III. Conseguimo-lo em situações concretas - relativas ao consumo de ingestão de açúcares livres e ao apoio à cessação tabágica - que foram suscitadas pela prática clínica e que despoletaram a investigação em serviço nestas matérias.

B23	Exercer supervisão do exercício profissional na área de EEC;	Consideramos não ter conseguido concretizar este objetivo ao longo dos estágios.
B24	Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na área de EEC;	Esta foi uma preocupação constante ao longo dos três estágios, patenteada no percurso desenvolvido.
B25	Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;	<p>À semelhança do objetivo B22 consideramos ter conseguido desenvolver melhor este objetivo no último módulo de estágio. O módulo III pautou-se por uma partilha constante e recíproca de aprendizagens e conhecimentos entre a estudante e as enfermeiras do SSO. Por várias vezes pudemos partilhar conhecimentos prévios ou fruto da pesquisa realizada promovendo a partir daí salutar discussões com vista ao desenvolvimento pessoal e profissional de nós próprias e das restantes enfermeiras.</p> <p>Consideramos que uma outra forma de atingir este objetivo se relaciona com o facto de, ao longo deste percurso, nos termos sentido muitas vezes impelidas a promover reflexões junto de outros enfermeiros, fora do contexto da especialidade, mas por ela motivada. São disso exemplo várias discussões proporcionadas no nosso local de trabalho sobre assuntos tão diversos como o protocolo de atuação existente no hospital relativo à prevenção de quedas; o papel do enfermeiro na capacitação dos utentes e na consecução do eixo estratégico da cidadania em saúde; ou a necessidade de valorização dos indicadores de resultado e dos ganhos em saúde, na avaliação dos cuidados de enfermagem.</p>
B26	Realizar a gestão dos cuidados na área de EEC;	<p>Foi sobretudo no módulo III que mais nos aproximámos da concretização deste objetivo. O facto da enfermeira tutora acumular funções de coordenação e gestão da equipa de enfermagem e do espaço temporal em que decorreu o estágio ter coincidido com o final de um ano civil e início de outro, foram elementos facilitadores para a sua concretização.</p> <p>Tivemos assim oportunidade de colaborar na discussão conducente à preparação do relatório de atividades de saúde, pensado para ser apresentado a toda a comunidade laboral e discutido junto da administração de topo. E também participar da discussão relativa ao plano de atividades do próximo ano, tendo por base o planeamento em saúde e a produção de indicadores que evidenciem por um lado os ganhos em saúde obtidos para os trabalhadores, mas também os benefícios económicos daí resultantes para a empresa.</p>
B27	Identificar as necessidades formativas na sua área de especialidade;	<p>A formação realizada na USF, dirigida aos médicos e enfermeiros da equipa, tendo por base a metodologia de planeamento em saúde constituiu-se como uma forma de desenvolver estes objetivos. Embora tivéssemos desejado ir mais longe neste campo.</p>
B28	Promover formação em serviço na área da EEC;	
B29	Colaborar no processo de integração de novos profissionais.	Ao longo dos estágios não foi possível desenvolver este objetivo por não ter havido integração de novos profissionais nos serviços onde estagiámos.

Pelo exposto, consideramos que o caminho percorrido foi rico em aprendizagens e amadurecimento permitindo adquirir e consolidar competências profissionais na área de especialização de enfermagem comunitária aplicadas a diferentes contextos e competências académicas conducentes à obtenção do grau de mestre.

Ao finalizar a redação deste relatório tomamos consciência do longo caminho percorrido, do muito que se fez, mas também do muito mais que ficou por fazer.

Termina assim uma etapa, mas não o percurso de reflexão e aprendizagem que com ela se iniciou.

CONCLUSÃO

Com a redação deste relatório culminamos uma etapa que consideramos ter sido de grande desenvolvimento pessoal, profissional e académico. Chegámos ao Curso de Mestrado com poucos conhecimentos e quase nenhuma experiência em enfermagem comunitária, mas uma vontade imensa de conhecer, aprender e partilhar. E foi tudo isso que pudemos fazer ao longo do último ano e meio. Procurámos manter uma atitude de reflexão contínua que nos ajudou a chegar cada dia um pouco mais longe.

Consideramos que a utilização da metodologia de planeamento em saúde ao longo do estágio assim como a organização tripartida do mesmo se revelaram elementos facilitadores da aquisição de competências. A duração dos módulos I e II de estágio pareceu-nos contudo demasiado curta para os objetivos pretendidos, o que exigiu um empenho e esforço acrescidos na consecução dos mesmos.

Durante o primeiro estágio foi possível desenvolver aptidões relacionadas com a colheita de dados e o diagnóstico de saúde, permitindo identificar um conjunto alargado de problemas potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem, numa amostra de utentes com 75 ou mais anos de uma USF da cidade do Porto. Desta forma, saiu reforçada a necessidade dos enfermeiros privilegiarem uma organização dos cuidados que permita responder às necessidades da população idosa.

O segundo módulo exigiu criatividade, perseverança e humildade para tornar possível um projeto de intervenção em tão curto espaço de tempo. A etapa de determinação de prioridades fez emergir o risco de queda como problema prioritário, impondo-se definir a perspetiva a adotar na abordagem do problema. Optámos pela estruturação de uma consulta de enfermagem destinada ao rastreio, avaliação e intervenção face ao risco de queda no idoso. Esta escolha exigiu o desenvolvimento de fluxogramas de apoio à tomada de decisão dos enfermeiros, bem como a protocolização da referida consulta, o que requereu uma revisão bibliográfica consistente que permitisse orientar e fundamentar as opções tomadas, não evitando contudo as dúvidas e hesitações que tivemos pelo caminho. A limitação temporal associada ao estágio fez com que em diversos momentos nos sentíssemos ambivalentes sobre aquilo que havíamos idealizado (e que gostaríamos de concretizar) e aquilo que seria possível executar no tempo disponível, pelo que foi

necessário, ainda que por vezes difícil, deixar cair algumas ideias e projetos para que pudéssemos prosseguir. Esta foi também uma aprendizagem que se revelou importante, assim como a humildade de reconhecer que os ganhos em saúde atingíveis não tinham de ser avaliados por nós, nem enquanto ali estivéssemos. O importante seria construir o projeto de forma suficientemente sólida para que pudesse ser continuado, melhorado e avaliado por outros, tendo por base os indicadores definidos.

O módulo III, realizado em saúde ocupacional, possibilitou experienciar um contexto novo e permitiu compreender a importância do enfermeiro EEC em contextos mais alargados, fora dos serviços de saúde tradicionais. Descobrimos um ambiente privilegiado para a atuação do enfermeiro na promoção da saúde dos trabalhadores, na prevenção dos riscos e na criação de ambientes de trabalho mais saudáveis. Pudemos ao longo do estágio consolidar e ampliar as competências do enfermeiro EEC no âmbito planeamento em saúde adaptadas a este contexto particular.

Terminamos assim este percurso repleto de aprendizagens e crescimento. Acreditamos que os conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidas nos permitirão prestar cuidados especializados de qualidade não só a pessoas isoladas, mas também a famílias e comunidades.

Finalizamos esta etapa felizes pelo percurso percorrido, pelos saberes e competências adquiridas no campo profissional e académico, mas cientes de que o caminho só agora se inicia. Os verdadeiros desafios na intervenção especializada em enfermagem comunitária surgirão daqui para a frente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Instituto Nacional de Estatística.** Projeções de População Residente - 2015-2080. *Destaque: informação à comunicação social.* Lisboa : INE, 2017.
2. —. *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal.* Lisboa : INE, 2012. ISSN: 0872-6493.
3. **Direção Geral de Saúde.** *Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.* Lisboa : Direção Geral de Saúde, 2006. ISBN: 972-675-155-1.
4. **World Health Organization.** *World report on ageing and health.* Geneva : WHO, 2015. ISBN: 978 92 4 069479 8.
5. **Sequeira, Carlos.** *Cuidar de idosos com dependência física e mental.* Lisboa : Lidel - Edições Técnicas, Lda, 2010. ISBN: 978-972-757-717-0.
6. **Petersen, Ronald C. e Negash, Selamawit.** Mild cognitive impairment: an overview. *CNS Spectrums.* 2008, Vol. 13(1), pp. 45-53.
7. **Costa, Ana Rita Dias e Sequeira, Carlos.** Efectividade de um programa de estimulação cognitiva em idosos com défice cognitivo ligeiro. *Revista Portuguesa de Saúde Mental.* 2013, Vol. 9, pp. 14-20.
8. **Santos, Mónica e Almeida, Armando.** Polimedicação no idoso. *Revista de Enfermagem Referência.* 2010, Vols. III Série, N.º2, pp. 149-162.
9. **Henriques, Maria Adriana Pereira.** *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade: eficácia das intervenções de enfermagem.* Tese de Doutoramento apresentado à Universidade de Lisboa. 2011.
10. **International Council of Nurses/Ordem dos Enfermeiros.** *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento. Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.* Lisboa : OE, 2009. ISBN: 978-92-95065-62-8.
11. **World Health Organization.** *Adherence to long-term therapies: evidence for action.* Geneva : WHO, 2003. ISBN: 92 4 154599 2.

12. **Monterroso, Ligia E.P., Joaquim, Natércia e Sá, Luís O. de.** 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.
13. **World Health Organization.** *Active ageing a policy framework - a contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing*. Madrid : WHO, 2002.
14. —. *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Geneva : WHO, 2007. ISBN: 978 92 4 156353 6.
15. **Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.** *Relatório ADÉLIA 2006-2008: Acidentes Domésticos e de Lazer*. Lisboa : INSA, 2011.
16. **Lord, Stephen R., et al.** *Falls in Older People*. Cambridge : Cambridge University Press, 2007. ISBN: 13978-0-521-68099-8.
17. **American Geriatrics Society & British Geriatrics Society (AGS&BGS).** Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2011, Vol. 59, pp. 148-157.
18. **Moyer, Virginia A.** Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*. 2012, Vol. 157 (3), pp. 197-204.
19. **Cunha, Patrícia e Pinheiro, Luísa Costa.** 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.
20. **Tavares, António.** *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. 2ª Edição. Lisboa : Ministério da Saúde, 1992.
21. **Béresniak, Ariel e Duru, Gérard.** *Economia da Saúde*. 1ª edição. Lisboa : Climepsi Editores, 1999. ISBN: 972-8449-14-3.
22. **Imperatori, Emílio e Giraldes, Maria do Rosário.** *Metodologia do Planeamento em Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 2ª Edição. Algueirão : Edições da Saúde, 1986.

23. **Rodrigues, Rogério M. C.** *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*. Dissertação de Doutoramento em Ciências da Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Porto : s.n., 2007.
24. **Kondrup, J., et al.** European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition*. 2003, Vol. 22 (4), pp. 415-421.
25. **Loureiro, Maria Helena V. S.** *Validação do 'Mini-nutritional assessment'*. Dissertação de Mestrado em Nutrição Clínica apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra : s.n., 2008.
26. **Mendes, Maria Eugénia, et al.** *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa : Ordem dos enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2016.
27. **Nilsson, FM.** Mini Mental State Examination (MMSE) probably one of the most cited papers in health science. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007, Vol. 116 (2), pp. 156-157.
28. **Apóstolo, João L. Alves.** *Instrumentos para avaliação em Geriatria*. Coimbra : Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012.
29. **Duque, Ana Sofia, et al.** *Avaliação Geriátrica*. s.l. : Núcleo de estudos de geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.
30. **Morgado, Joana, et al.** Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*. 2009, Vol. 9 (N.º2), pp. 10-16.
31. **Melo, Cristina Argel de.** Adaptação cultural e validação da escala "Falls Efficacy Scale" de Tinetti. *Ifisionline*. 2011, Vol. 1 (2), pp. 33-43.
32. **Delgado, Artur Barata e Lima, Maria Luísa.** Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2001, Vol. 2 (2), pp. 81-100.
33. **Freitas, Roberta Souza, et al.** Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2012, Vol. 25 (6), pp. 933-939.
34. **Sousa, Liliana, Figueiredo, Daniela e Cerqueira, Margarida.** *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. Porto : Ambar, 2004. ISBN: 972 43 0861 8.

35. **Scheffer, Alice C., et al.** Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age Ageing*. 2008, Vol. 37 (1), pp. 19-24.
36. **Groot, Maartje H. de, et al.** The Effects of Fall-Risk-Increasing Drugs on Postural Control: A Literature Review. *Drugs & Aging*. 2013, Vol. 30 (11), pp. 901-920.
37. **Ordem dos Enfermeiros.** *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2010.
38. **Ministério da Saúde.** *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes*. Lisboa : DGS, 2010.
39. —. *Plano Nacional de Saúde, revisão e extensão a 2020*. Lisboa : DGS, 2015.
40. **Donabedian, Avedis.** The Quality of Care: How can it be assessed? *JAMA*. 1988, Vol. 260 (n.º 12), pp. 1743-1748.
41. **Organização Mundial de Saúde.** *O enfermeiro do trabalho na Gestão da Saúde Ocupacional*. [trad.] Hermínia Castro. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros e Associação Nacional dos Enfermeiros do Trabalho, 2001.
42. **Ministério da Saúde.** Plano Nacional de Saúde 2004-2010. *Mais Saúde para Todos*. Lisboa : Ministério da Saúde, 2004.
43. **MTSS.** *Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho (ENSST) 2015-2020. Por um trabalho seguro, saudável e produtivo*. Lisboa : ACT, 2015. ISBN: 978-989-8076-94-6.
44. **Organização Mundial de Saúde.** *Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de políticas e profissionais*. [trad.] Serviço Social da Indústria (Brasil). Geneva : WHO, 2010. ISBN 978-85-7710-219-8.
45. **Alli, Benjamin O.** *Fundamental Principles of Occupational Health and Safety*. Second Edition. Geneva : International Labour Office, 2008. ISBN 978-92-2-120454-1.
46. **Direção Geral de Saúde.** Programa Nacional de Saúde Ocupacional: 2º Ciclo - 2013/2017. Lisboa : DGS, 2013.
47. Lei n.º 3/2014, de 28 de janeiro.
48. **Santos, Mónica e Almeida, Armando.** Enfermagem na equipa de saúde ocupacional. *Revista de Enfermagem Referência*. III série - n.º 6, 2012, pp. 147-155.
49. **Oliveira, António J. E. de e André, Susana M. S.** Enfermagem em Saúde Ocupacional. *Millenium*. 2010, Vol. 41, pp. 115-122.

50. **Universidade Católica Portuguesa.** *Enfermagem: Competência e Responsabilidade no Cuidado Humano. Mestrado de Natureza Profissional 2016/2017.* s.l. : UCP.
51. —. *Guia de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária.* Porto : Universidade Católica Portuguesa, 2016.
52. **Direção Geral de Saúde.** Orientação n.º 017/2013. *Avaliação Antropométrica no Adulto.* 2013.
53. —. *Programa Nacional de Vacinação 2017.* Lisboa : DGS, 2016.
54. **Podsiadlo, Diane e Richardson, Sandra.** The timed “Up & Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly. *Journal of the American Geriatrics Society.* 1991, Vol. 39 (2), pp. 142-148.
55. **Tiedemann, Anne, et al.** The comparative ability of eight functional mobility tests for predicting falls in community-dwelling older people. *Age and Ageing.* 2008, Vol. 37 (4), pp. 430-435.
56. Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro.
57. **Shumway-Cook, Anne, Brauer, Sandy e Woollacott, Marjorie.** Predicting the Probability for Falls in Community-Dwelling Older Adults Using the Timed Up & Go. *Physical Therapy.* 2000, Vol. 80 (9), pp. 896-903.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Cronograma de atividades do diagnóstico de saúde

Cronograma de atividades do Diagnóstico de Saúde

	Mês Semana Dia	Maio					Junho			
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^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;									
	Elaboração do relatório do diagnóstico de saúde.									

APÊNDICE II

Variáveis em estudo:

Classificação, codificação e operacionalização

A opção por realizar uma avaliação multidimensional do idoso que respondesse aos objetivos definidos para o diagnóstico de saúde fez emergir um grande conjunto de variáveis.

As variáveis são normalmente classificadas como independentes ou dependentes, consoante o papel que exercem na investigação. No nosso estudo esta distinção não será muito útil na medida em que muitas das variáveis estudadas se podem comportar de uma ou de outra forma, consoante o cruzamento e análise que fazemos delas, o que será evidenciado na análise e interpretação dos dados.

As variáveis podem também ser classificadas de acordo com a escala em que são medidas. Podem ser nominais ou ordinais no caso de variáveis qualitativas e contínuas ou discretas no caso das variáveis quantitativas.

No quadro abaixo apresentam-se as variáveis incluídas no estudo, agrupadas de acordo com os seis grupos que constituem o IRD. Além da identificação de cada uma das variáveis o Quadro 1 contempla a sua codificação, operacionalização e classificação em nominal, ordinal, contínua ou discreta.

Quadro 1 – Operacionalização das variáveis em estudo

Variável	Classificação	Codificação e Operacionalização
Avaliação Socio-demográfica e Familiar		
Idade	Contínua	Idade igual ou superior a 75 anos, à data de aplicação do IRD. Expressa-se em anos (números inteiros).
Sexo	Nominal	Codificada como: 1 - masculino e 2 – feminino
Estado Civil	Nominal	A codificação teve por base o código civil português, mas tendo em conta o expectável para esta faixa etária agrupámos as categorias de casado e união de facto, ficando assim codificada em: 1- Solteiro; 2 - Casado/União de facto; 3 – Viúvo; 4 - Divorciado.
Habilitações Literárias	Ordinal	Diz respeito ao grau de qualificação académica através da escolaridade geral. Foram consideradas oito categorias com a seguinte codificação: 1 – Analfabeto; 2 – 1º Ciclo incompleto; 3 – 1º Ciclo completo; 4 – 2º Ciclo; 5 – 3º Ciclo; 6 – Ensino Secundário; 7 – Ensino Superior; 8 – Mestrado e Doutoramento
Coabitação	Nominal	Refere-se ao conjunto de pessoas que vivem na mesma residência. Divide-se em: 1 - Vive sozinho; 2 – Vive acompanhado Vivendo acompanhado, consideram-se as seguintes categorias: 1. Apenas com o Esposo(a); 2. Com o Esposo(a) e outro(s) familiar(es) ou amigo(s) 3. Com o Esposo(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 _____

Prestador de cuidados	Nominal	Refere-se à existência de um prestador de cuidados: 1 – Sim ou 2 – Não. Havendo prestador de cuidados, pretende-se identificar quem exerce esse papel, consideram-se as seguintes hipóteses: 1- Esposo/companheiro; 2-Filho; 3- Genro ou nora; 4-Neto; 5- Irmão ou cunhado; 6-Alguém remunerado que cuida de si; 7-Outro
Funcionalidade familiar	Ordinal	Para avaliar o grau de satisfação com o funcionamento familiar aplica-se o <i>Apgar Familiar de Smilkstein</i> , que tem em conta cinco parâmetros: adaptação; participação; crescimento; afeição e decisão e que permite classificar as famílias em 3 grupos: 1. Família altamente funcional (7 a 10 pontos) 2. Família com moderada disfunção (4 a 6 pontos) 3. Família com disfunção acentuada (0 a 3 pontos)
Status Nutricional		
Índice de Massa Corporal (IMC)	Ordinal	O IMC, calculado pela 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 (1), consideram-se 4 grupos: 1 - Baixo peso (se $<18,5$); 2 - Peso Normal (se $\geq 18,5$ e $<25,0$) 3 - Pré Obesidade (se $\geq 25,0$ e $<30,0$); 4 - Obesidade (se ≥ 30)
Estado Nutricional	Ordinal	Para avaliar o estado nutricional recorremos ao <i>Mini-Nutritional Assessment</i> (MNA) (Guizog et al, 1994 validado por Loureiro, 2008) (53) que permite classificar os indivíduos em 3 grupos: 1- Estado nutricional normal (12-14 pontos) 2- Sob risco de desnutrição (8-11 pontos) 3- Desnutrido (0-7 pontos)
Capacidade Funcional		
Necessidade de ajuda para a locomoção	Ordinal	Refere-se ao tipo de ajuda que o indivíduo necessita para se deslocar: no domicílio e no exterior. Foi codificada com as seguintes opções; 1- Independente; 2- Independente com dispositivo de ajuda; 3- Necessita de ajuda humana; 4- Impossibilidade de se deslocar.
Atividades básicas de vida diária (ABVD)	Ordinal	Refere-se à capacidade dos indivíduos para realizar as ABVD. É avaliada pelo <i>Índice de Barthel</i> (Mahoney & Barthel, 1965 validado por Sequeira 2007) (54). A cotação global resultante da avaliação de 10 ABVD, varia entre 0 e 100 pontos. Quanto menor a pontuação, maior o grau de dependência. Os indivíduos são classificados em 5 níveis de dependência: 1. Independentes (90 a 100 pontos) 2. Ligeiramente dependentes (60 a 89 pontos) 3. Moderadamente dependentes (40 a 55 pontos) 4. Severamente dependentes (20 a 35 pontos) 5. Totalmente dependentes (< 20 pontos) Este índice pode também ser analisado em 3 fatores: - <i>Higiene</i> (inclui os itens banho e higiene corporal); - <i>Mobilidade</i> (inclui alimentação, vestir, utilização da casa banho, subir escadas, deambulação e transferência da cama para a cadeira); - <i>Controlo dos esfíncteres</i> (inclui controlo intestinal e vesical).
Atividades Instrumentais de vida diária (AIVD)	Ordinal	Refere-se à capacidade dos indivíduos para realizar as AIVD. É avaliada pelo <i>Índice de Lawton</i> (Lawton e Brody, 1969, validado por Sequeira 2007) (54), que classifica os indivíduos em: 1. Independente (=8 pontos) 2. Moderadamente dependente (necessita de uma certa ajuda) (9 a 20 pontos) 3. Severamente dependente (necessita de muita ajuda) (>20 pontos)

Estado Cognitivo		
Função cognitiva	Ordinal	<p>Para avaliação da função cognitiva utiliza-se o <i>Mini Mental State Examination (MMSE)</i> (Folstein e McHugh (1975) validado por Guerreiro e colaboradores (1994) 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 e sem défice cognitivo. Para esta distinção, além da pontuação entra-se em linha de conta com a escolaridade. Para a população portuguesa consideram-se com défice cognitivo as seguintes situações (4):</p> <ul style="list-style-type: none"> - ≤ 22 pontos, se escolaridade entre 0 e 2 anos; - ≤ 24 pontos, se escolaridade entre 3 e 6 anos; - ≤ 27 pontos, se escolaridade superior a 7 anos.
Risco de Queda		
Antecedentes de Queda: Número	Discreta	<p>Diz respeito ao número de quedas que o indivíduo sofreu no último ano. Apresenta-se em números inteiros de 0 a 10, significando '0' a ausência de quedas no último ano.</p>
Antecedentes de Queda: Anamnese	Nominal	<p>Para cada queda ocorrida no último ano, far-se-á uma anamnese da queda relativamente ao local, altura do dia, 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.</p> <p>A operacionalização desta variável será feita da seguinte forma:</p> <p>Onde – pretende identificar se a queda ocorreu dentro ou fora de casa, tendo 2 opções: 1-Dentro de casa; 2-Fora de Casa</p> <p>Local – especifica o local onde a queda ocorreu, apresentando 12 opções de resposta. De 1 a 7 refere-se a localizações da casa. De 8 a 11 localizações fora de casa, sendo a opção 12 reservada a 'outro' de forma a permitir outros locais, não discriminados anteriormente:</p> <p>1- Quarto; 2- Cozinha; 3- WC; 4- Sala; 5- Escadas; 6- Outra divisão dentro de casa; 7- Espaço envolvente à casa (quintal, terraço, jardim); 8- Transportes; 9- Centro de Dia; 10- Rua; 11-Área de Comércio; 12- Outro.</p> <p>Altura do dia – diz respeito ao momento do dia em que ocorreu a queda, sendo operacionalizada em: 1 – Dia; 2 – Noite.</p> <p>Atividade – refere-se à atividade que o indivíduo estava a realizar no momento da queda. Foi operacionalizada em:</p> <p>1- Atividade basal; 2- Atividade doméstica; 3- Atividade de lazer; 4- Atividade desportiva; 5- Outro</p> <p>Motivo – destina-se a perceber o que causou a queda. Foi operacionalizada em: 1- Não sei; 2- Escorreguei; 3- Tropecei; 4- Tontura/vertigem; 5- Desmaio; 6- Outro</p> <p>Necessidade de ajuda para se levantar – pretende averiguar se o indivíduo necessitou de ajuda de terceiros para se levantar após a queda. Trata-se de uma questão com opção de resposta dicotómica: 1- Sim; 2- Não</p> <p>Utilização de recursos de saúde – pretende averiguar se o indivíduo recorreu a serviços de saúde após a queda. Foi operacionalizada em: 1- Não recorri a serviços de saúde; 2- Centro de Saúde; 3- Hospital; 4- Farmácia; 5- Outro</p> <p>Lesão – é avaliada por duas questões. A primeira pretende apenas saber se ocorreram lesões após a queda: 1- Sim; 2- Não</p> <p>Pretendendo a segunda questão identificar o tipo de lesão. Foi operacionalizada em: 1- Equimose; 2- Escoriação; 3- Traumatismo Crânio-Encefálico; 4- Fratura; 5- Outra</p> <p>Necessidade de internamento – pretende averiguar se a queda motivou necessidade de internamento, pelo que tem uma opção de resposta dicotómica: 1- Sim; 2- Não</p>

Risco de Queda, relacionado com o equilíbrio	Ordinal	O risco de queda devido ao equilíbrio é avaliado pela aplicação do <i>Performance Oriented Mobility Assessment</i> - POMA (Tinetti, 1986, validado por Petiz, 2002) que é constituído por dois testes: teste de equilíbrio e teste de marcha. O somatório dos scores dos dois testes permite classificar os indivíduos quanto ao risco de cair, em três grupos: 1 – Risco Elevado ($se \leq 18$) 2 – Risco Moderado (≥ 19 e ≤ 24) 3 – Baixo Risco (> 24)
Medo de cair	Contínua	Para avaliar o medo de cair utiliza-se a FES (Falls Efficacy Scale) (Tinetti e colaboradores (1990) validado por Melo (2011) (55). Esta escala permite que o indivíduo manifeste o grau de confiança que apresenta na realização de 10 atividades. Utiliza uma escala de likert com 3 opções de resposta ‘ <i>sem nenhuma confiança</i> ’ (1 ponto); ‘ <i>minimamente confiante</i> ’ (2 pontos) e ‘ <i>muito confiante</i> ’ (3 pontos). Quanto menor a pontuação, menor a confiança, mais baixa a autoeficácia, ou seja maior o medo de cair.
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.
Fármacos consumidos	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, constante do prontuário terapêutico online, da responsabilidade do Infarmed. 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: 2.3-Relaxantes musculares; 2.5-Antiparkinsonianos; 2.6-Antiepiléticos e anticonvulsivantes; 2.7-Antivertiginosos; 2.9.1 Ansiolíticos, sedativos hipnóticos; 2.9.2-Antipsicóticos; 2.9.3 Antidepressores; 2.10-Analgésicos e antipiréticos; 2.12Estupefacientes; 2.13.1-Usados nas funções cognitivas; 3.1. Cardiotónicos; 3.2. Antiarrítmicos; 3.4. Antihipertensores; 3.4.1. Diuréticos; 3.5. Vasodilatadores; 3.6. Venotrópicos; 3.7. Antidislipídicos; 4.1. Antianémicos; 4.3. Anticoagulantes e antitrombóticos; 5.1. Broncodilatadores; 6.2. Antiácidos e ulcerosos; 6.3.2.1. Laxantes; 6.3.2.2. Antidiarreicos; 7.4.2. Usados na perturbação da micção; 8.3. Hormona tiroide; 8.4. Insulinas e antidiabéticos; 9.1. AINE; 9.2/9.3/9.4. Reumatismo, gota e artrose; 9.6. Medicamentos para o osso; 10. Antialérgicos; 11. Suplementos nutricionais; 13. Afeções cutâneas; 15. Afeções oculares; A – Outros; B – Naturais.
Prazo de validade da medicação	Nominal	Pretende-se avaliar a existência de medicação fora do prazo, através da observação do prazo de validade da medicação. Operacionalizou-se em: 1 - Todos os fármacos dentro do prazo de validade 2 – Algun(s) fármacos fora do prazo de validade.
Conhecimento sobre o Regime medicamentoso	Ordinal	Pretende avaliar o conhecimento do indivíduo sobre os fármacos que toma, através da resposta à questão ‘ <i>Para que serve cada um dos fármacos?</i> ’ Operacionalizou-se da seguinte forma: 1. Sabe para que servem todos os fármacos 2. Sabe para que servem alguns fármacos 3. Não sabe para que serve nenhum dos fármacos

Número de Prescritores	Nominal	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?	Nominal	Pretende averiguar se todos os fármacos consumidos resultam de prescrição médica. Operacionalizou-se em duas categorias 1 - Todos os fármacos prescritos por médico 2 - Existem fármacos sem prescrição médica
Quem gere a medicação	Ordinal	Pretende verificar se o indivíduo é capaz, capaz com ajuda ou incapaz de gerir a sua medicação. Usou-se o oitavo item do Índice de Lawton para obter esta informação. As categorias disponíveis são: 1 - Responsável pela sua medicação 2 - Necessita que lhe preparem a medicação 3 - Incapaz de se responsabilizar pela medicação
Dificuldades na gestão do regime medicamentoso	Ordinal	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; Planear para tomar fora de casa; Para cada tarefa questiona-se se sente dificuldade em realizá-la, tendo como opções de resposta: 1. Sim (tem dificuldade); 2. Não (sem dificuldade);
Adesão ao regime medicamentoso	Contínua	No sentido de quantificar a adesão ao regime medicamentoso foi utilizada a <i>Medida de Adesão ao Tratamento</i> (MAT) (Morisky e colaboradores (1986) validado por Delgado e Lima (2001) (56). Esta escala é constituída por sete afirmações sobre as quais o indivíduo se deve posicionar numa escala do tipo likert com seis opções de resposta: 1-Sempre; 2-Quase sempre; 3-Com frequência; 4-Por vezes; 5-Raramente e 6-Nunca. O somatório dos valores dos sete 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: antitetânica (Td)	Nominal	Para o grupo etário em estudo, relativamente à vacinação anti-tetânica, considera-se (7): 1- <i>Estado vacinal completo</i> se possui primovacinação completa e pelo menos uma dose de reforço há menos de dez anos; 2- <i>Estado vacinal incompleto</i> se tem doses de vacinação, mas sem um reforço há menos de 10 anos; 3- <i>Estado vacinal ausente</i> quando não têm qualquer dose da vacina.
Adesão à vacinação: anti-influenza	Nominal	Pretende aferir se o indivíduo foi vacinado no ano anterior com a vacina anti-influenza: 1-Sim; 2-Não.
Motivo para a não adesão	Nominal	No caso dos doentes com vacinação antitetânica incompleta ou ausente. E no caso dos doentes sem administração de vacinação anti-influenza no último ano, procurámos identificar os motivos associados à não vacinação. A questão foi colocada de forma diferenciada para cada uma das vacinas e foram consideradas as seguintes opções de resposta: 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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Direção Geral de Saúde.** Orientação n.º 017/2013. *Avaliação Antropométrica no Adulto*. 2013.
2. **Loureiro, Maria Helena Vieira S.** *Validação do 'Mini-nutricional assesement'*. Dissertação de Mestrado em Nutrição Clínica apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. 2008.
3. **Sequeira, Carlos.** *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa : Lidel - Edições Técnicas, Lda, 2010. 978-972-757-717-0.
4. **Morgado, Joana, et al.** Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*. 2009, Vol. 9 (N.º2), pp. 10-16.
5. **Melo, Cristina Argel de.** Adaptação cultural e validação da escala "Falls Efficacy Scale" de Tinetti. *ifisionline*. 2011, Vol. 1 (2), pp. 33-43.
6. **Delgado, Artur Barata e Lima, Maria Luísa.** Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2, 2001, Vol. 2, pp. 81-100.
7. **Direção Geral de Saúde.** *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Lisboa : DGS, 2016.

APÊNDICE III

Instrumento de recolha de dados

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

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 o 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			
			Pontuação _____/10

Parte II – Estado Nutricional	
8. Mini-Nutritional Assessment	
8. Pontuação _____/16	
8.1 Peso: _____	8.2 Altura: _____

Parte III – Capacidade Funcional**9. 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 (ABVD)

Itens	Pontuação
Alimentação	
Vestir	
Banho	
Higiene Corporal	
Uso da casa de banho	
Controlo Intestinal	
Controlo Vesical	
Subir escadas	
Transferência cadeira-cama	
Deambulação	
10. Pontuação Final	

11. Índice de Lawton-Brody (AIVD)

Itens	Pontuação
Cuidar da casa	
Lavar a roupa	
Preparar as refeições	
Fazer compras	
Usar telefone	
Usar transporte	
Usar dinheiro	
Responsabilizar-se pelos medicamentos	
11. Pontuação Final	

Parte IV – Cognição**12. Mini Mental State Examination (MMSE)**

12. Pontuação Final MMSE	_____ (em 30)
---------------------------------	---------------

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										

23 Índice de Tinetti

Teste de Equilíbrio	_____/16
Teste de Marcha	_____/12
23. Pontuação Final	_____/28

24. Falls Efficacy Scale

24. Pontuação	_____
----------------------	-------

Parte VI – Gestão /Adesão ao Regime Medicamentoso								
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 - Conhece as caixas 2 - Conhece os comprimidos 4 - Escreve nas caixas 5 - Outra _____ 6 - NS/NR
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 – MAT	
35. Pontuação	_____

36- Vacinação Anti-tetânica:		
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	37.2 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 IV

Análise estatística dos dados

(Diagnóstico de Saúde)



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Diagnóstico de Saúde:

Análise estatística dos dados

Por

Ana Rita Moreira

Cecília Venegas

Sob a orientação do Prof. Doutor Armando Almeida

Porto, junho 2017

ÍNDICE

1. ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS	103
1.1. ANÁLISE DESCRITIVA	103
Caracterização Socio-Demográfica	103
Caracterização da funcionalidade familiar	106
Estado Nutricional	107
Capacidade Funcional	108
Cognição	110
Risco de Queda.....	111
Caracterização das Quedas ocorridas no último ano	113
Gestão ao regime medicamentoso	115
Adesão ao regime medicamentoso	119
Adesão à vacinação	120
1.2. ANÁLISE INFERENCIAL.....	122
Cognição	122
Capacidade Funcional	122
Risco de Queda associado ao equilíbrio	125
Risco de Queda devido ao equilíbrio e grupos farmacológicos.....	127
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129

1. ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Com este trabalho pretendemos apresentar os dados obtidos através da aplicação do IRD, fazendo uma análise estatística dos dados, dividida em duas partes – análise descritiva e análise inferencial.

A primeira parte é dedicada à análise descritiva das variáveis 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.

Numa segunda etapa procedemos a uma análise mais aprofundada dos dados, utilizando estatística inferencial. Ainda que cientes de que as conclusões obtidas para esta amostra não poderão ser extrapoladas a toda população, devido às razões explanadas no capítulo 2.1., no ponto referente à determinação da população/amostra, entendemos relevante complementar o trabalho com esta análise no sentido de perceber relações possivelmente existentes entre variáveis.

Na análise inferencial dos dados, a aplicação do teste Kolmogorov-Smirnov permitiu constatar que todas as variáveis em estudo apresentam uma distribuição normal, pelo que foram utilizados testes paramétricos. Para verificar a associação entre variáveis recorreu-se ao coeficiente de Pearson e para comparação de médias entre grupos utilizou-se o teste ANOVA e o teste *t de Student*, consoante o tipo de variáveis em análise.

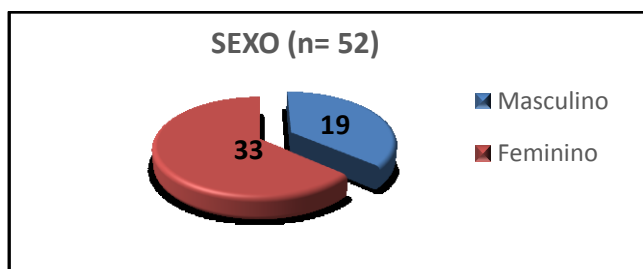
De forma a facilitar a apresentação dos resultados são apresentados alguns quadros, gráficos e diagramas elaborados para o efeito.

1.1. ANÁLISE DESCRITIVA

De seguida faremos uma análise descritiva dos dados colhidos.

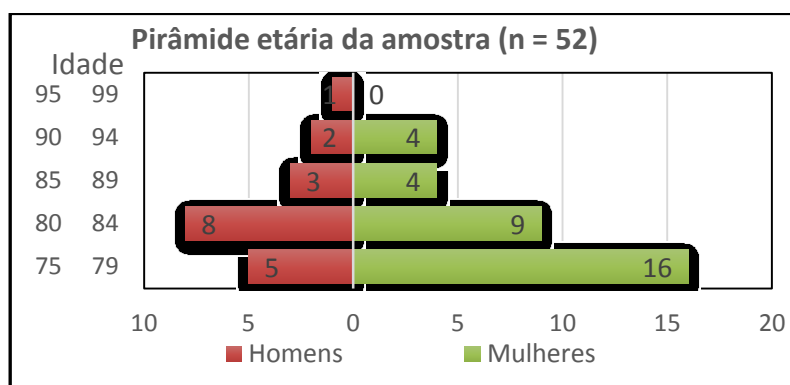
Caracterização Socio-Demográfica

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

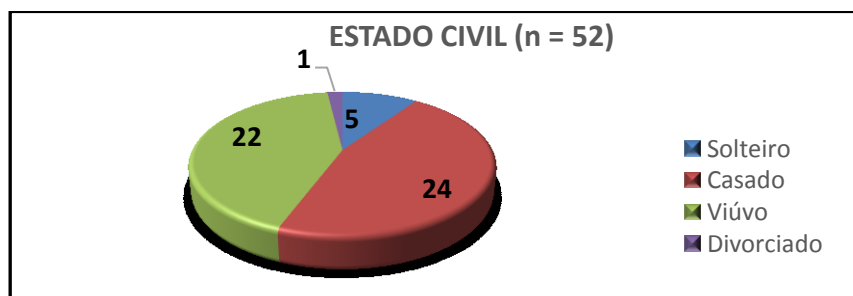
Gráfico 1 - Distribuição numérica da amostra por género

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. 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.

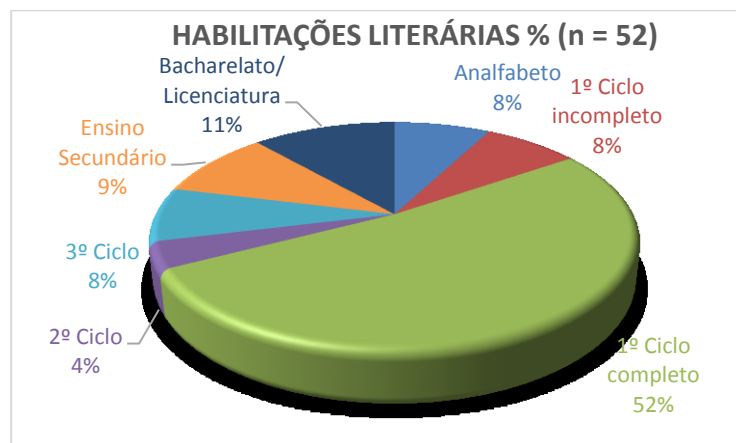
Quanto ao estado civil (Gráfico 3), a maioria das pessoas que constituem a amostra é casada ($n=24$), sendo o segundo estado civil mais frequente o de viúvo ($n=22$).

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).

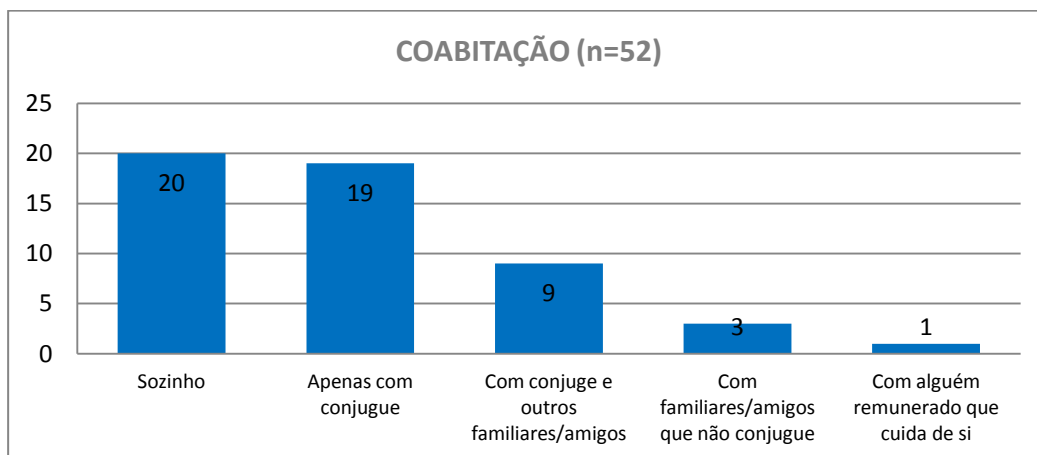
Um pouco em contraciclo, surge um dado curioso e não expectável nesta faixa etária. O ensino superior assume-se como o segundo nível de instrução mais frequente (11%).

Gráfico 4 - Distribuição percentual da amostra por habilitações literárias.



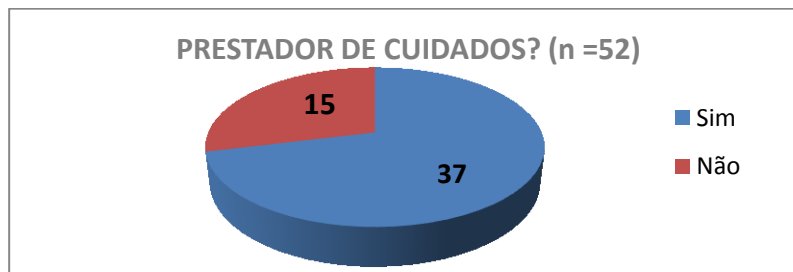
Em relação à coabitação (Gráfico 5) a maioria dos inquiridos vive acompanhado (n=32), sendo que destes 19 vivem acompanhados apenas pelo conjugue (muitas vezes da mesma idade). Este dado e o número dos que vivem sozinhos (n=20) deve merecer especial atenção dos profissionais de saúde por poder representar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

Gráfico 5 - Distribuição numérica da amostra relativamente à coabitação.



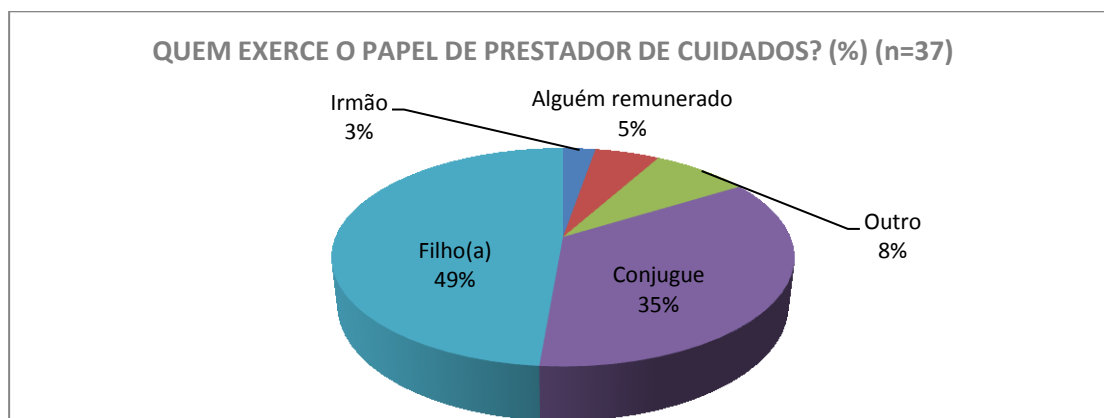
A maioria da amostra (n=37) refere ter prestador de cuidados (Gráfico 6).

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



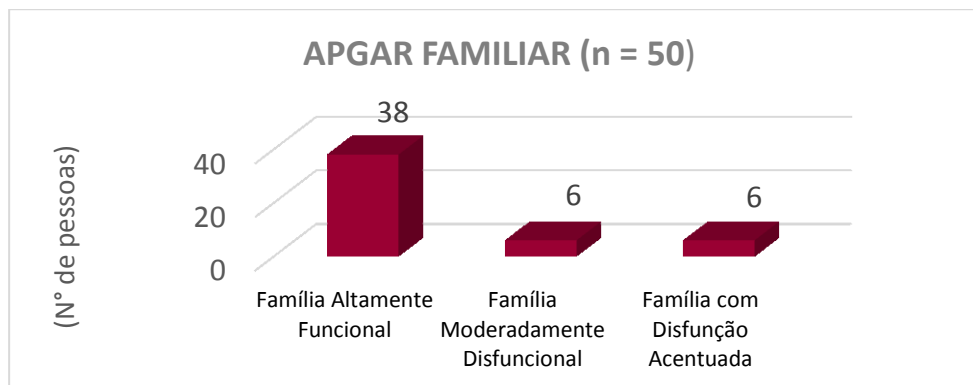
Dos inquiridos que apresentam prestador de cuidados, verifica-se que este papel é exercido na maioria dos casos pelos filhos(as) (49%) (Gráfico 7). Sendo contudo uma percentagem significativa os que referem que o conjugue é o prestador de cuidados (35%), o que chama a atenção para um dos problemas descritos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

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



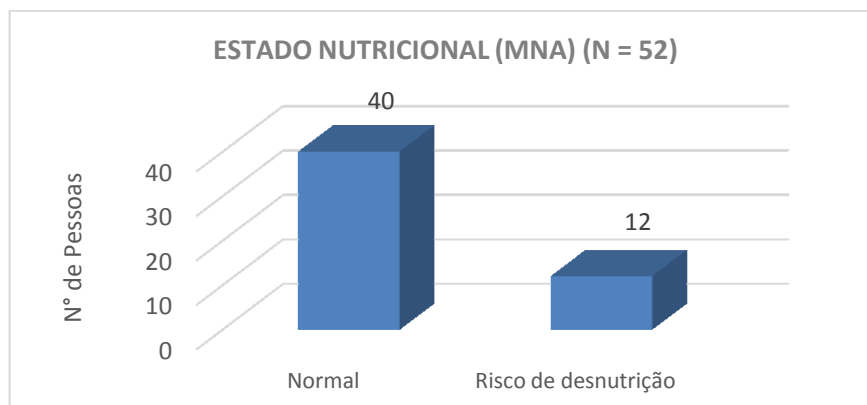
Caracterização da funcionalidade familiar

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

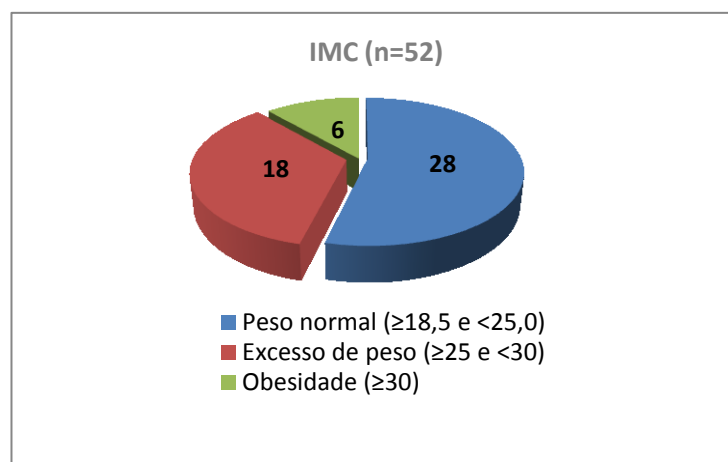
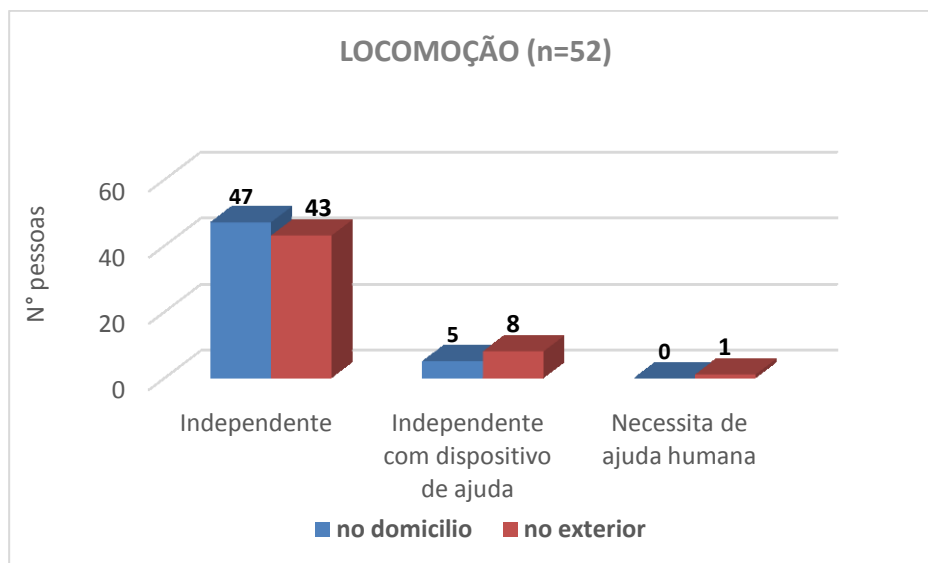


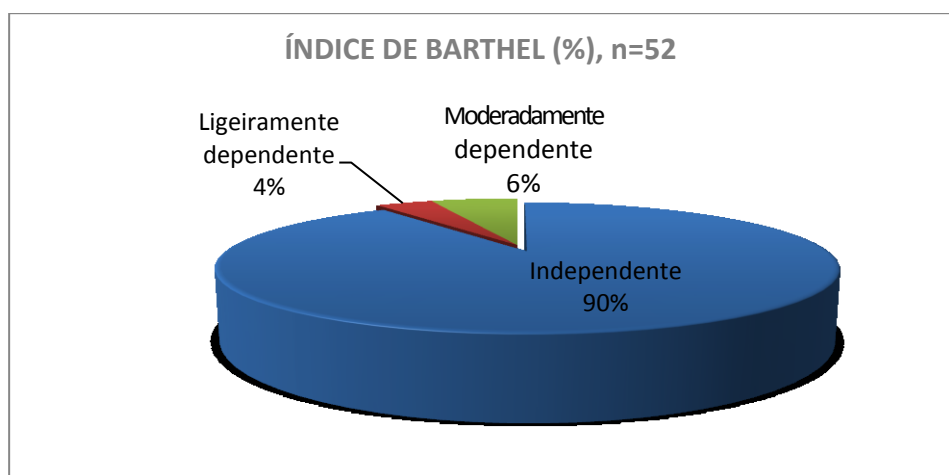
Gráfico 10 - Distribuição numérica da amostra quanto ao IMC

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 e 8 recorrem a ele no exterior. Apenas 1 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 ajuda necessária à Locomoção

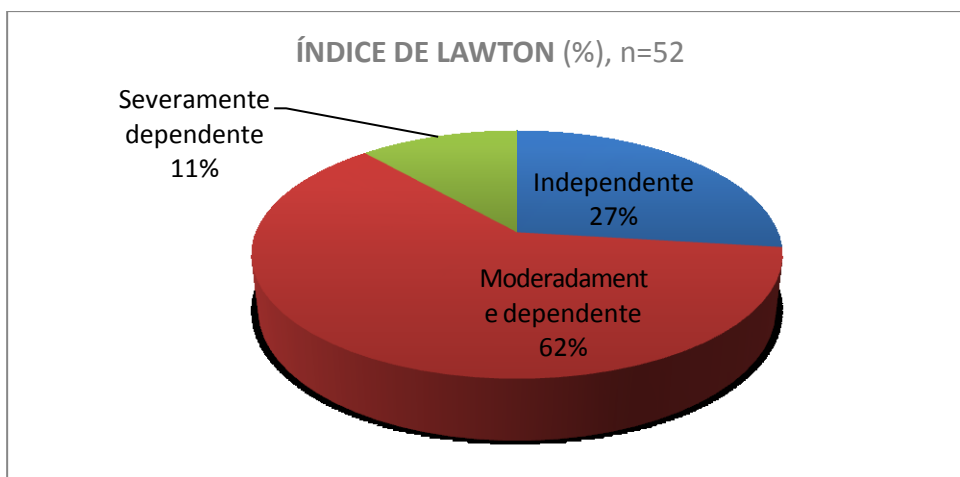
Quanto à dependência nas ABVD, avaliada pelo Índice de Barthel, a grande maioria da amostra (90%) revela ser independente, como se pode constatar no Gráfico 12. Apenas 6% são moderadamente dependentes e 4% ligeiramente dependentes. Não existe na nossa amostra ninguém severa ou totalmente dependente.

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 pessoal são aquelas em que normalmente a pessoa se mantém independente durante mais tempo.

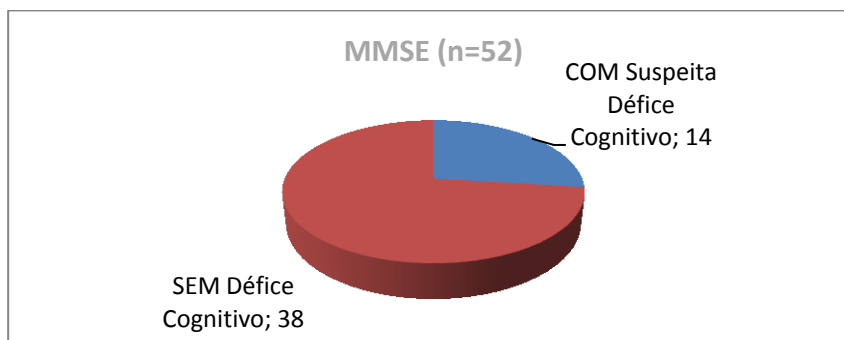
Gráfico 13 - Distribuição percentual da amostra por dependência nas AIVD.



Cognição

A suspeita de défice cognitivo foi investigada pelo *Mini-Mental State Examination* (MMSE) tendo identificado 14 pessoas com suspeita de défice cognitivo (Gráfico 14).

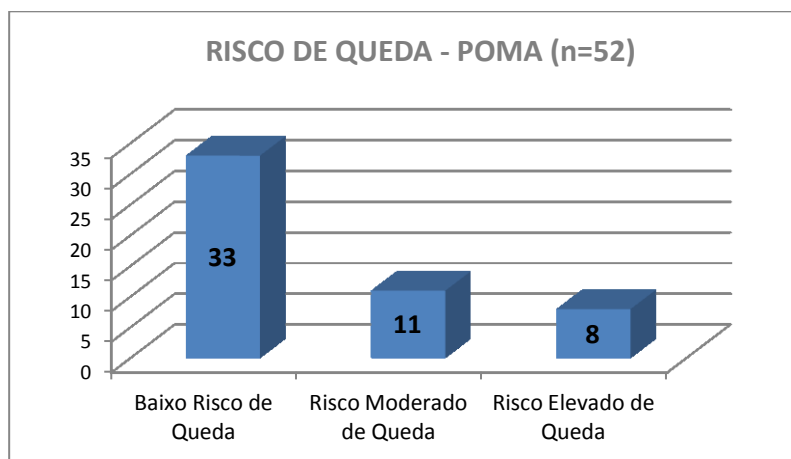
Gráfico 14 - Distribuição numérica da amostra de acordo com o estado cognitivo



Risco de Queda

Avaliou-se o risco de queda devido ao equilíbrio, pela aplicação do *Performance Oriented Mobility Assessment* (POMA), o que permitiu concluir que 33 pessoas apresentam baixo risco de queda, 11 risco moderado e 8 risco elevado (Gráfico 15).

Gráfico 15 - Distribuição numérica da amostra de acordo com o risco de queda devido ao equilíbrio corporal

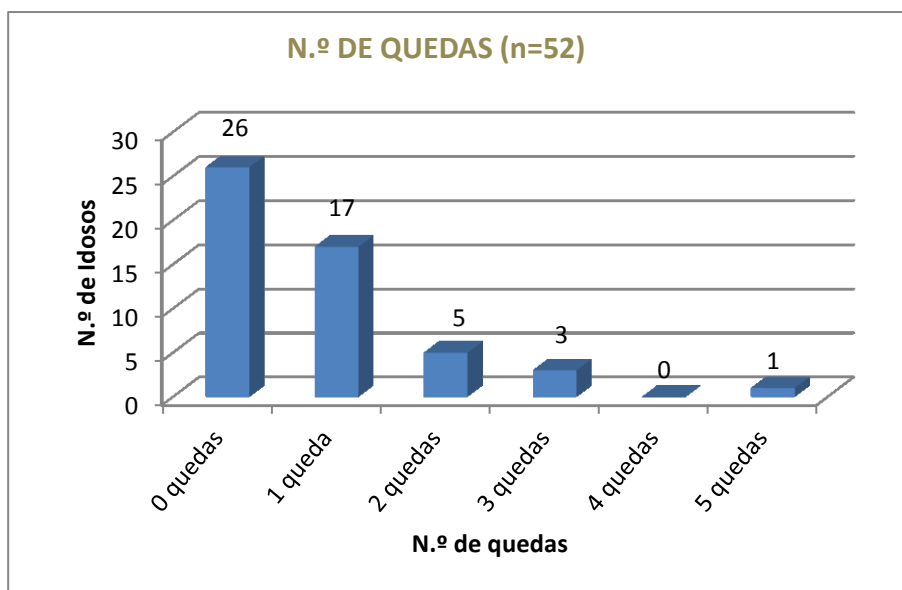


Relativamente à história anterior de quedas no último ano, a amostra encontra-se equilibrada: 50% (n=26) não apresentou quedas, ao passo que os restantes 50% apresentaram pelo menos uma queda (Gráfico 16).

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



No Gráfico 17 é possível visualizar a distribuição da amostra relativamente ao número de quedas que apresentou no último ano. Dos 26 idosos que apresentam quedas, vários referem ter tido mais do que uma: 5 pessoas apresentaram duas quedas; 3 pessoas três quedas e 1 pessoa cinco quedas. São números elevados que devem merecer a nossa atenção e reflexão.

Gráfico 17 - Distribuição numérica da amostra relativamente ao n.º de quedas 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 maior medo de cair.

O valor mais frequente foi 30, que corresponde a ausência total 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).

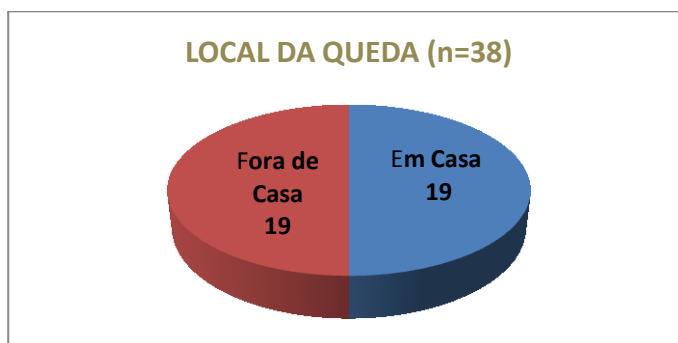
Quadro 1- Medidas de tendência central, de localização relativa e de dispersão da amostra relativas ao medo de cair

Medo de Cair (FES) (n=52)	
Média	26,17
Moda	30
Mediana	28
Desvio Padrão	4,55
Mínimo	13
Máximo	30
Quartil 1	25
Quartil 2	28
Quartil 3	29

Caracterização das Quedas ocorridas no último ano

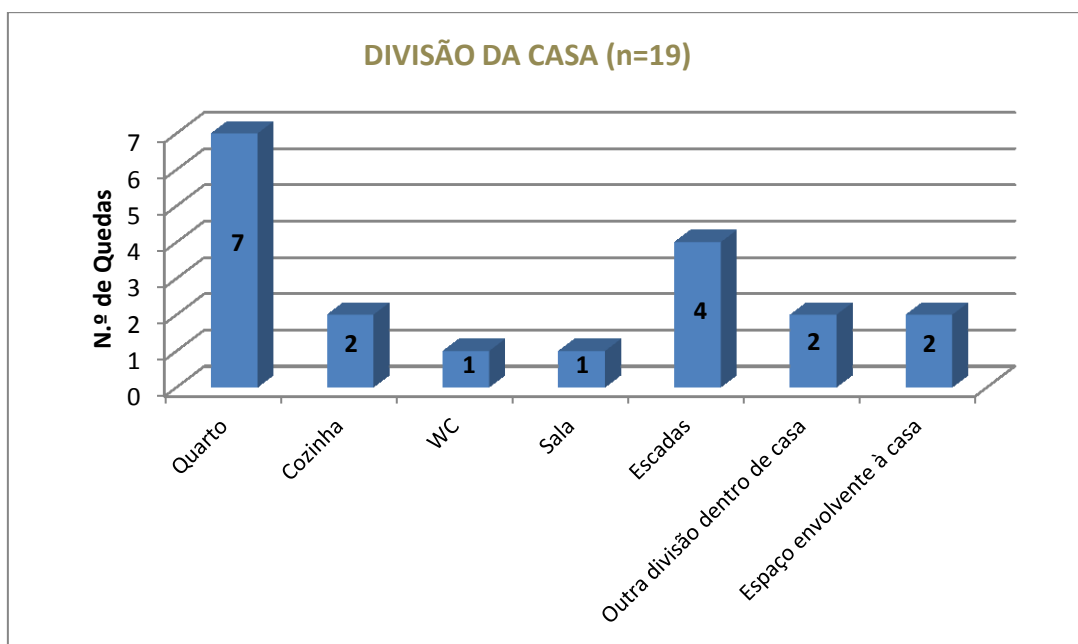
Entendeu-se importante conhecer um pouco mais a fundo o fenómeno das quedas, pelo que se fez uma anamnese das 38 ocorrências apresentadas pela amostra no último ano. Relativamente ao local é possível observar no Gráfico 18 que metade das quedas ocorreu dentro de casa, tendo as restantes ocorrido fora 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



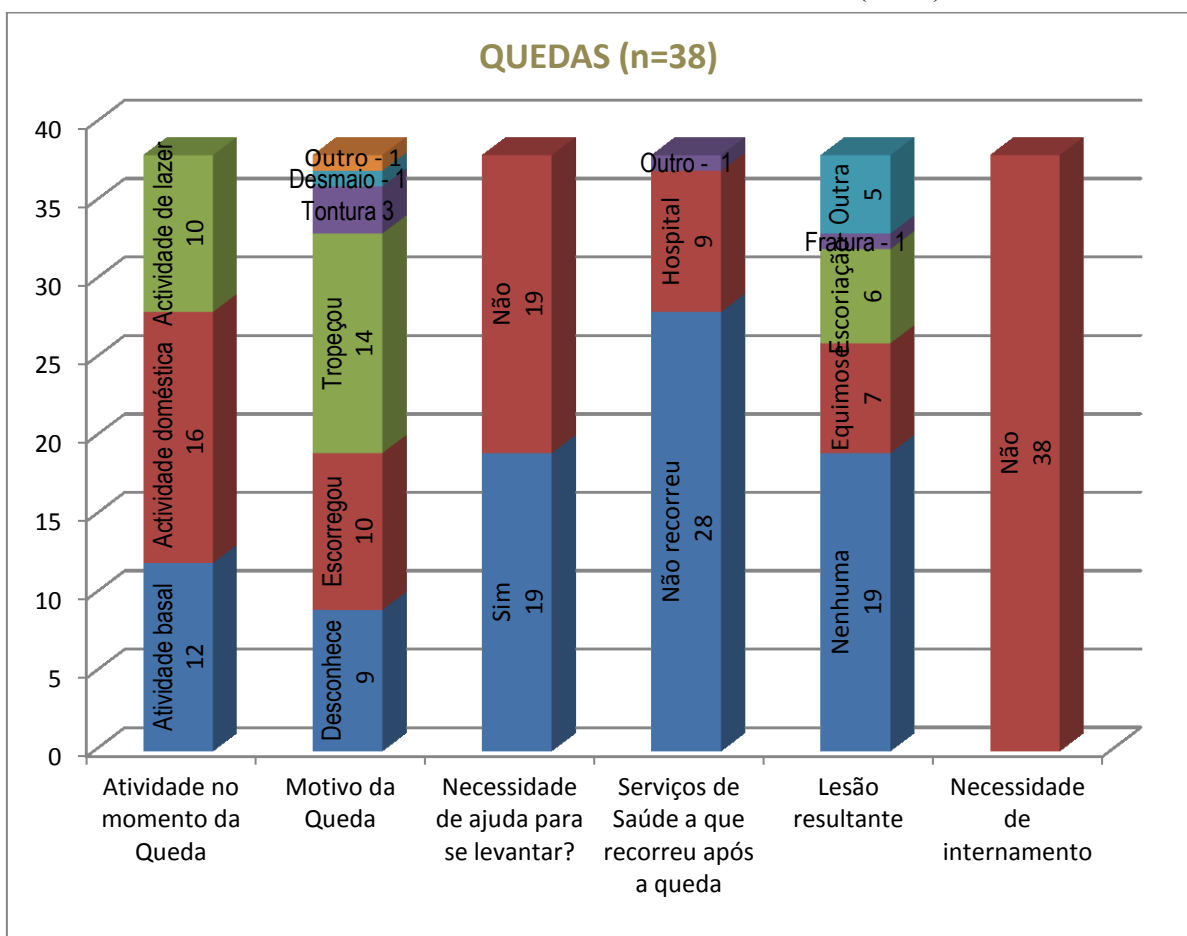
O Gráfico 20 faz uma caracterização das 38 quedas apresentadas pela amostra no último ano, reunindo um conjunto de informação relevante.

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

Sobre o que originou a queda verifica-se 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 uma costela). 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

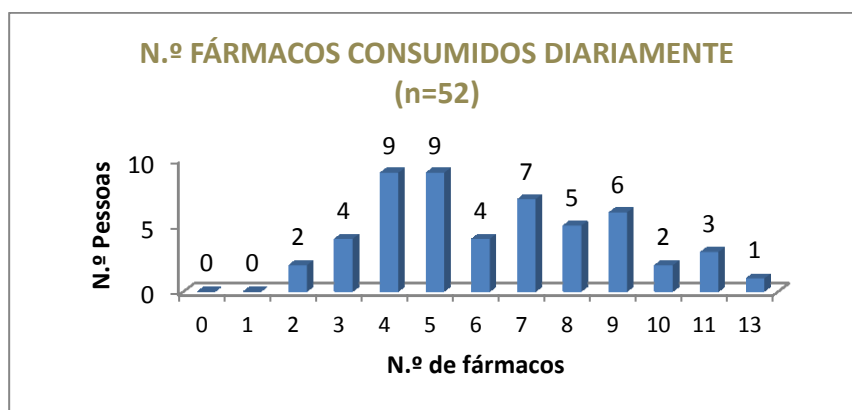
Relativamente ao número de fármacos consumidos diariamente é possível verificar no Quadro 2 que, em média, cada indivíduo consome 6 fármacos, com um mínimo de 2 e um máximo de 13, sendo a moda 4 e 5 fármacos.

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

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

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

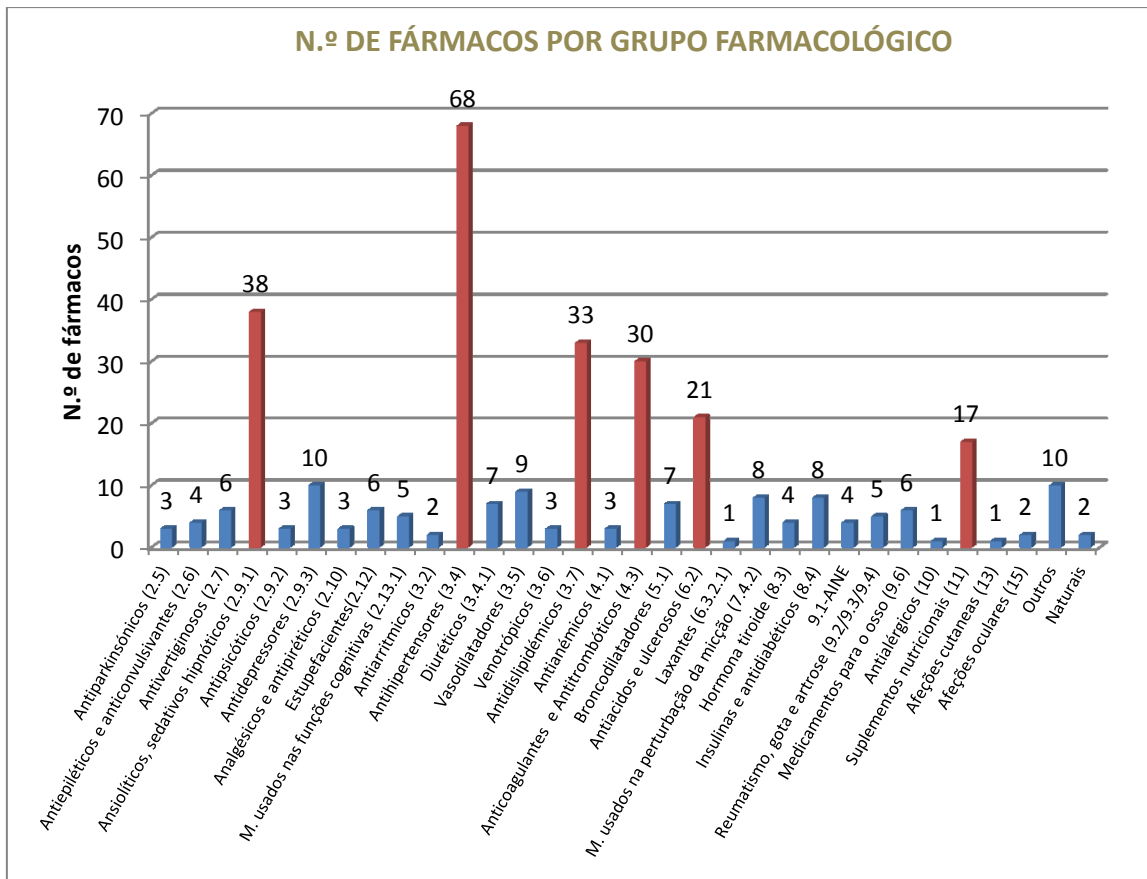
Gráfico 21 -Distribuição numérica do número de fármacos consumidos diariamente por pessoa



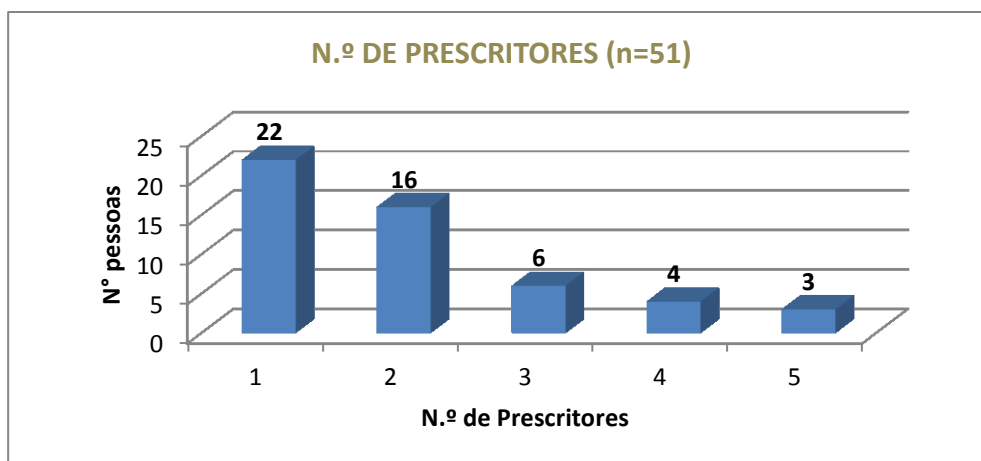
Em relação ao consumo de fármacos pelos idosos é relevante conhecer não apenas o número mas também o tipo de fármacos. De forma a facilitar a análise agruparam-se os fármacos consumidos por grupo farmacológico, tendo emergido seis grupos com consumo especialmente elevado (Gráfico 22). Os antihipertensores são, sem dúvida, os mais

consumidos seguindo-se o grupo dos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos. Os antidiispidémicos surgem em terceiro lugar e os anticoagulantes/antitrombóticos em quarto. Seguem-se os antiácidos e antiulcerosos e a finalizar o ‘top 6’ os suplementos nutricionais (onde são muito frequentes os suplementos de cálcio).

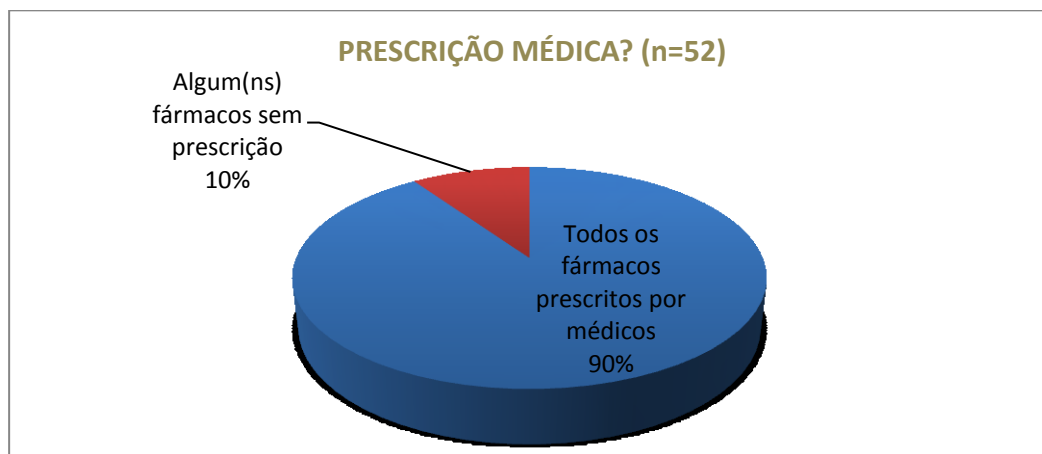
Gráfico 22 - Distribuição numérica dos fármacos prescritos por grupo farmacológico



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.

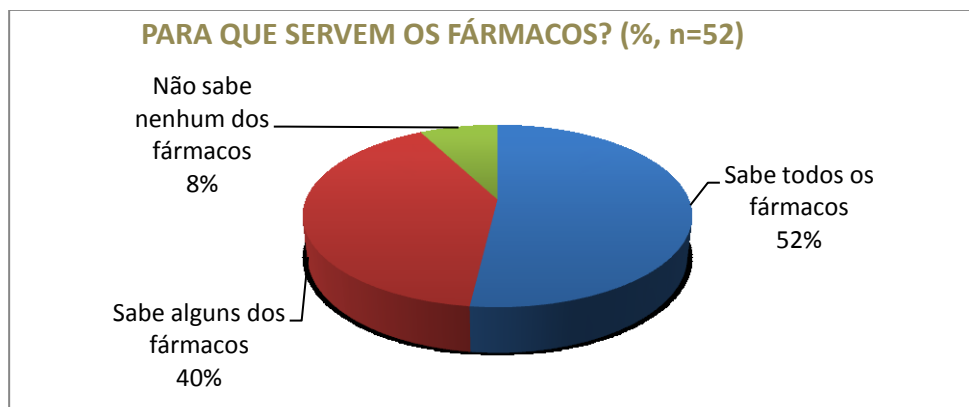
Ainda sobre os prescritores questionou-se sobre quem havia prescrito cada um dos medicamentos procurando identificar situações de consumo de fármacos sem prescrição médica (Gráfico 24), tendo-se constatado que em 10% dos casos esta situação acontece, com os riscos a ela associados.

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.

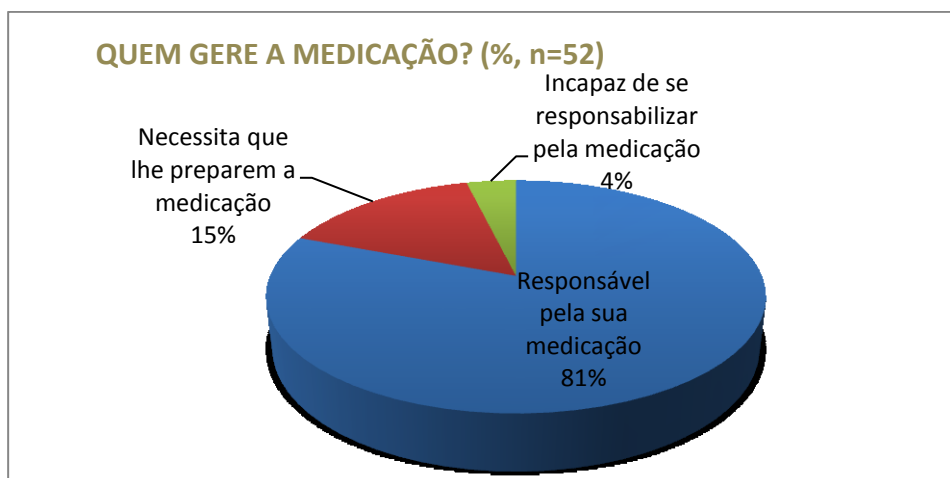
Relativamente à questão ‘*Sabe para que serve (cada fármaco)?*’ o Gráfico 25 mostra que 40% apenas sabe para que servem alguns fármacos e 8% não sabe a que se destina nenhum dos fármacos que consome.

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



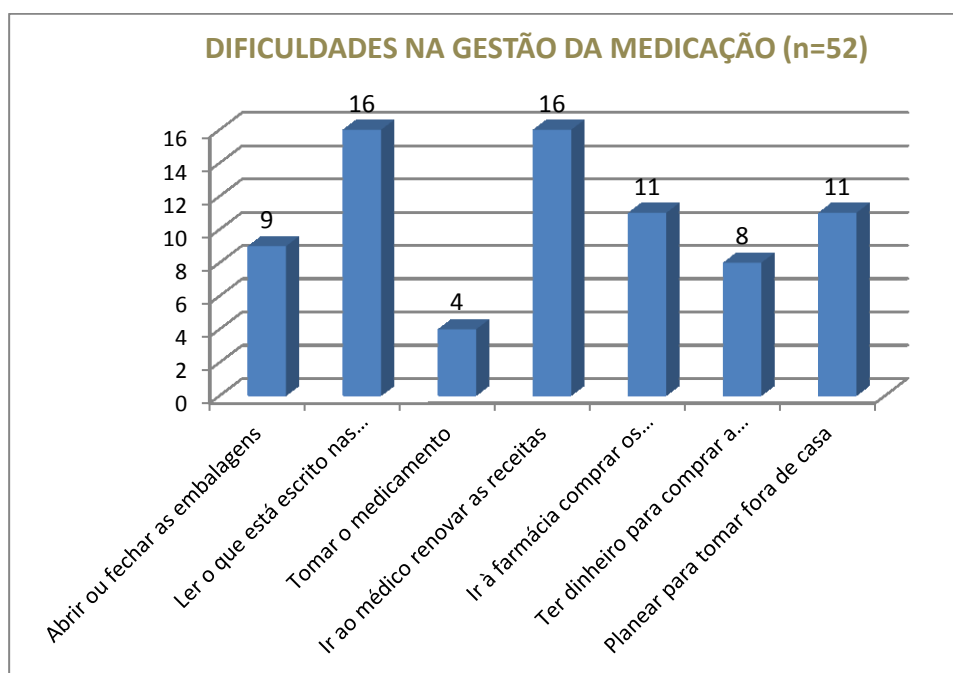
Ainda que um número significativo de pessoas não saiba para que servem (na totalidade, ou em parte) os fármacos que consome, constata-se que 81% da amostra é responsável pela sua medicação (Gráfico 26). Havendo 15% de pessoas que necessitam que a medicação lhe seja preparada e 4% que se dizem incapazes 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 Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), cuja pontuação varia de 7 a 42. Pontuações mais altas traduzem maiores níveis de adesão - 7 significa '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)

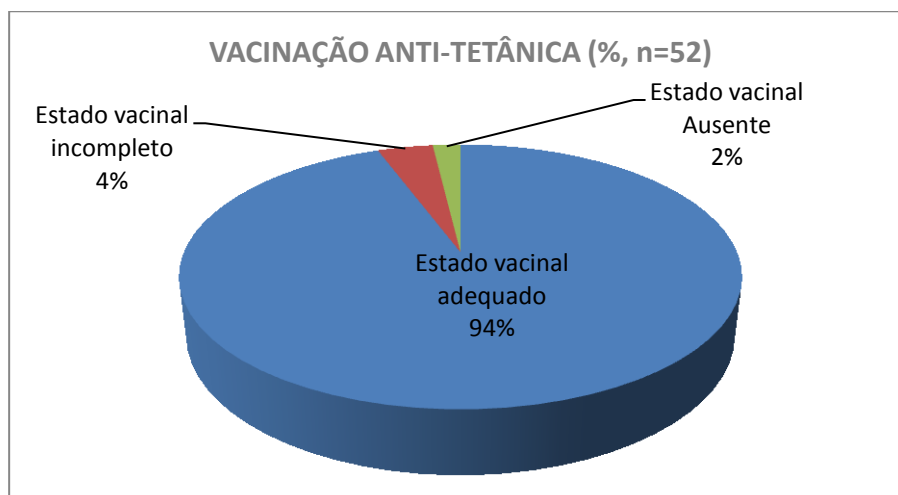
MAT (n=52)	
Média	38,52
Moda	40 e 41
Mediana	40
Desvio Padrão	3,45
Mínimo	26
Máximo	42
Quartil 25	37
Quartil 50	40
Quartil 75	41

Adesão à vacinação

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

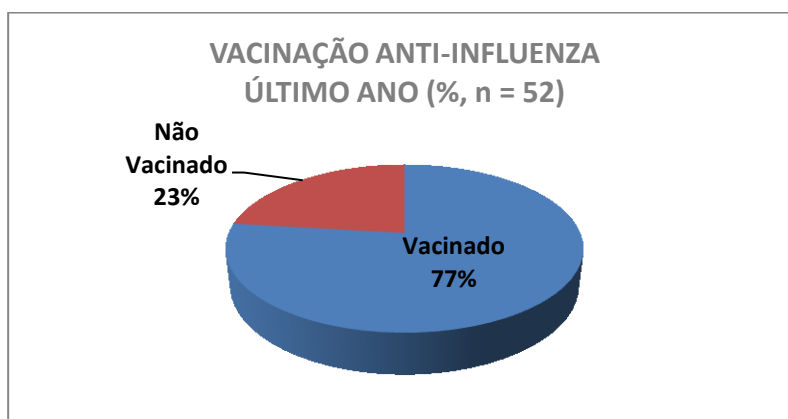
A amostra apresenta uma cobertura vacinal antitetânica de 94% (n=49) (Gráfico 28).

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



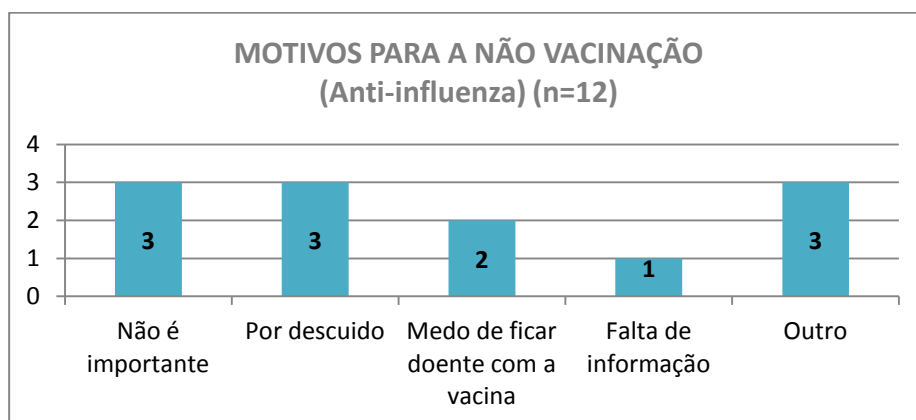
A taxa de cobertura vacinal anti-influenza no último ano é inferior à apresentada pela vacina antitetânica, não indo além dos 77% (Gráfico 29). Este dado revela que, da amostra constituída por 52 idosos, 12 não foram vacinadas contra a gripe o que deve merecer a atenção dos profissionais de saúde, face 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



1.2. ANÁLISE INFERENCIAL

Iniciou-se a análise inferencial dos dados aplicando o teste Kolmogorov-Smirnov para analisar a normalidade das variáveis. Todas as variáveis apresentam distribuições normais, pelo que se recorreu a testes paramétricos.

Cognição

Relativamente à cognição, encontrou-se uma correlação estatisticamente significativa (Quadro 4) 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 4 - Correlação estatisticamente significativa para o Défice 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 associada 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 5 com as correlações estatisticamente significativas para a variável ABVD, o Quadro 6 com as correlações estatisticamente significativas para a variável AIVD e o Quadro 7 com as diferenças estatisticamente significativas para as AIVD.

Quadro 5 – Correlações estatisticamente significativas para as ABVD (Índice 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 (POMA)	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 (Quadro 5) 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 surpreende. 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 (58).

Também a associação entre o medo de cair e o Índice de Barthel revela 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 nem sempre isso acontece. Em muitos 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 (59). 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 estimulem o autocuidado das pessoas idosas, com vista a atrasar o declínio funcional e manter uma maior autonomia e independência.

Quadro 6 - Correlações estatisticamente significativas para as AIVD (Índice 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 (POMA)	Correlação de Pearson	<0,001	Pearson= -0,675
Medo de Cair (FES)	Correlação de Pearson	<0,001	Pearson= -0,649
AIVD (Índice Barthel)	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 (Quadro 6). 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 a capacidade para realizar as AIVD é tanto menor quanto maior é a idade; quanto menor é a performance cognitiva; quanto maior é o risco de queda e quanto maior o medo de cair.

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 7 - 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 deslocamentos no exterior	Teste ANOVA	0,005	F=5,092

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

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 ($24 \pm 0,0$) do que quem usa dispositivo auxiliar de marcha ($16,13 \pm 6,9$) ou quem é totalmente independente ($12,48 \pm 5,29$) (Quadro 7).

Risco de Queda associado ao equilíbrio

O Quadro 8 apresenta as correlações estatisticamente significativas para o risco de queda relacionado com o equilíbrio corporal (POMA).

Quadro 8 - Correlações estatisticamente significativas para o risco de queda devido ao equilíbrio corporal.

Variável	Teste Aplicado	Significância (p)	Valor da Correlação
ABVD (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 POMA 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 (59) (3). 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 (POMA) 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 ($14\pm 0,0$) do que quem usa dispositivo auxiliar de marcha ($17,13\pm 4,6$), ou quem é totalmente independente ($25,81\pm 3,2$).

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 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 9, as diferenças estatisticamente significativas encontradas entre o risco de queda devido ao equilíbrio corporal e diferentes grupos farmacológicos.

Quadro 9 - Diferenças estatisticamente significativas para o risco de queda associado ao equilíbrio corporal e diferentes grupos farmacológicos.

Grupo Farmacológico	Teste Aplicado	Significância (p)	Valor
Analgésicos estupefacientes	<i>Teste t de Student</i>	0,028	t = -2,267
Medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas	<i>Teste t de Student</i>	0,024	t = -2,336
Medicamentos usados em disfunções geniturinárias	<i>Teste t de Student</i>	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 de Student* 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 (4). 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 (evidenciada na 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 (5).

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 em projetos de intervenção nesta área. Meta-análises têm demonstrado que fármacos psicotrópicos, nomeadamente benzodiazepinas, antidepressivos e antipsicóticos e alguns fármacos cardíacos, onde se incluem antihipertensores e antiarrítmicos, estão associados ao aumento do risco de queda (3) (6). 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 (6).

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 (5).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **WHO.** *World report on ageing and health.* Geneva : WHO, 2015. ISBN: 978 92 4 069479 8.
2. —. *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age.* Geneva : WHO, 2007. ISBN: 978 92 4 156353 6.
3. **Lord, Stephen R., et al.** *Falls in Older People.* Cambridge : Cambridge University Press, 2007. ISBN: 13978-0-521-68099-8.
4. **Infarmed.** Prontuário Terapêutico on-line. [Online] 2017. <http://app10.infarmed.pt/prontuario/index.php>.
5. **Santos, Mónica and Almeida, Armando.** Polimedicação no idoso. *Revista de Enfermagem Referência.* 2010, Vols. III Série, N.º2, pp. 149-162.
6. **Groot, Maartje H. de, et al.** The Effects of Fall-Risk-Increasing Drugs on Postural Control: A Literature Review. *Drugs & Aging.* 2013, Vol. 30 (11), pp. 901-920.
7. **Tavares, António.** *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde.* 2ª Edição. Lisboa : Ministério da Saúde, 1992.

APÊNDICE V

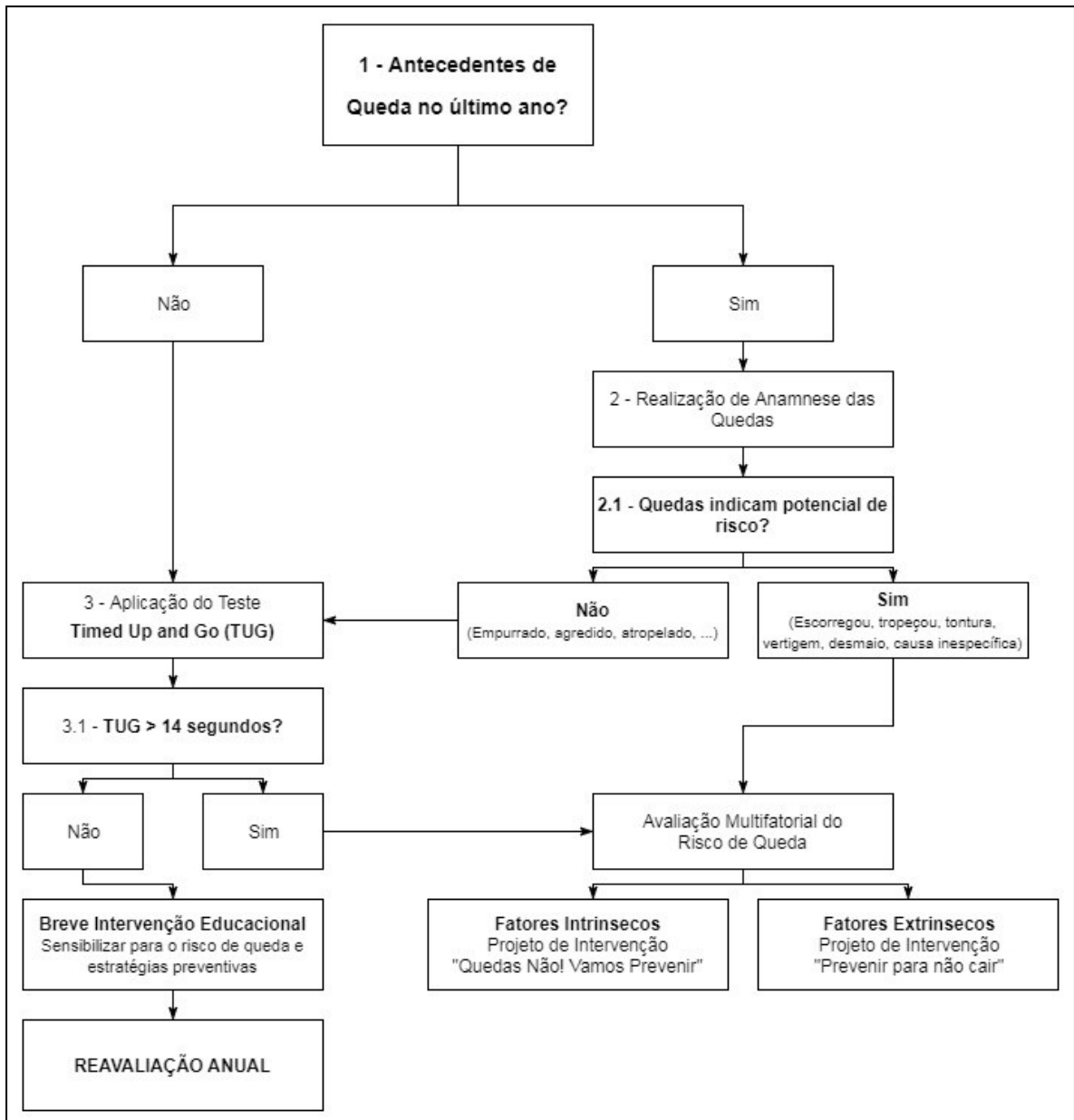
Logotipo do projeto

Quedas não! Vamos prevenir.



APÊNDICE VI

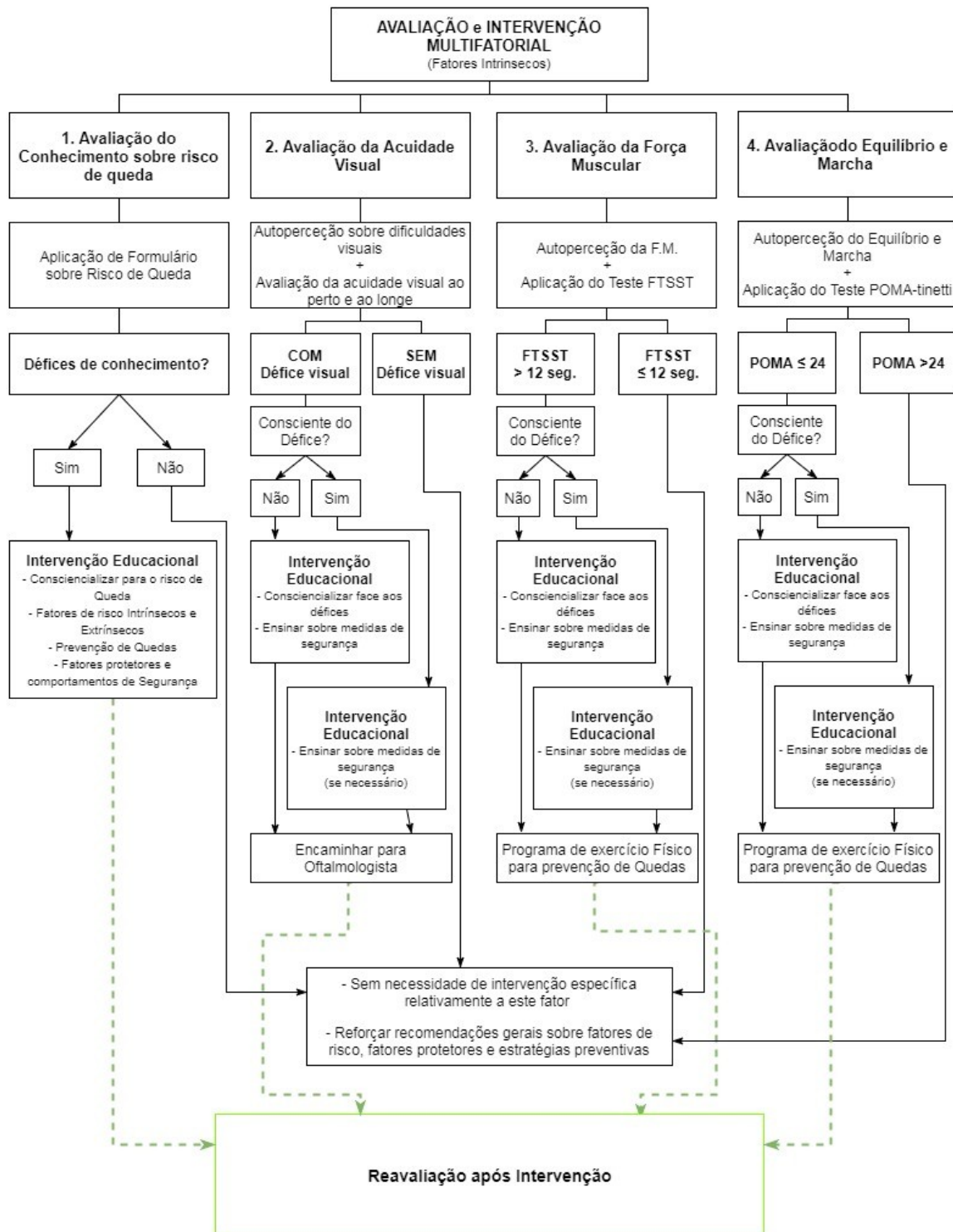
Fluxograma de triagem



APÊNDICE VII

- Fluxograma de avaliação e intervenção multifatorial
- Descrição dos instrumentos de avaliação utilizados no Fluxograma de avaliação e intervenção multifatorial

Fluxograma de Avaliação e Intervenção Multifatorial



Descrição dos instrumentos de avaliação utilizados

A avaliação multifatorial inclui: a avaliação do equilíbrio corporal, da força muscular dos membros inferiores e da acuidade visual, assim como uma autoavaliação da percepção dos indivíduos relativamente a cada um destes fatores. Da avaliação multifatorial faz ainda parte integrante a avaliação do conhecimento dos indivíduos face ao risco de queda.

No Quadro 1 são apresentados os instrumentos utilizados para avaliar cada um dos fatores de risco enumerados.

Quadro 1 - Instrumentos de avaliação utilizados no fluxograma de avaliação multifatorial do risco de queda

Fator de Risco	Instrumentos usados para avaliação
Conhecimento sobre o risco de queda	<p>Como suporte à atividade diagnóstica para avaliação do conhecimento, elaborámos um formulário Quadro de vinte questões de verdadeiro e falso sobre: o impacto das quedas na população idosa, fatores de risco e estratégias de prevenção.</p> <p>A reaplicação do formulário após intervenção permitirá avaliar ganhos em conhecimento obtidos com a mesma.</p>
Equilíbrio Corporal e Marcha	<p>O risco de queda devido ao equilíbrio é avaliado pela aplicação do <i>Performance Oriented Mobility Assessment</i> - POMA (Tinetti, 1986, adaptado por Petiz, 2002) que é constituído por dois testes: teste de equilíbrio e teste de marcha. O somatório dos scores dos dois testes permite classificar os indivíduos quanto ao risco de cair, em três grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 – Risco Elevado (≤ 18) 2 – Risco Moderado (≥ 19 e ≤ 24) 3 – Baixo Risco (> 24) <p>Neste fluxograma consideramos com alterações de equilíbrio e/ou marcha os indivíduos com pontuações iguais ou inferiores a 24.</p>
Força Muscular dos membros inferiores	<p>O teste ‘<i>Five times Sit to Stand</i>’ (5xSST/ FTSS) – Levantar e sentar cinco vezes, é usado para medir a força muscular dos membros inferiores e está incluído na lista de escalas para avaliar o risco de queda, pelo que se optou pelo seu uso.</p> <p>Um estudo realizado com idosos residentes na comunidade, com idades entre os 74 e os 98 anos, constatou que utentes com desempenho superior a 12 segundos apresentam um risco superior de quedas, por diminuição da força muscular dos membros inferiores⁴.</p> <p>Consideramos assim com alteração da força muscular dos membros inferiores os indivíduos com desempenho superior a 12 segundos neste teste.</p>

⁴ Tiedemann, Anne, et al. The comparative ability of eight functional mobility tests for predicting falls in community-dwelling older people. *Age and Ageing*. 2008, Vol. 37 (4), pp. 430-435.

<p>Acuidade Visual</p>	<p>A avaliação da acuidade visual usando escalas optométricas é um dos testes frequentemente usado como parte do exame oftalmológico mais completo. Embora existam diferentes tipos de testes o princípio é o mesmo. São mostrados ao indivíduo um conjunto de sinais (letras, números ou figuras) de diferentes tamanhos, chamados optotipos, e o indivíduo deve informar o profissional de saúde sobre o que vê e como o distingue. O tamanho dos optotipos e a distância a que o indivíduo se encontra dos mesmos varia nos diferentes tipos de testes. O teste deve ser iniciado pelos optotipos maiores, progredindo para os de menor dimensão. O resultado corresponde sempre à última linha que o indivíduo consegue ler sem dificuldade. Quem usa óculos ou lentes de contacto deve utilizá-los durante o teste.</p> <p>Avaliação da acuidade visual ao longe</p> <p>Para avaliar a acuidade visual ao longe, usou-se uma escala optométrica do tipo ‘Dotti monoyer’. Trata-se de uma escala, com classificação decimal, que utiliza um símbolo idêntico à letra U aberto em várias direções. Optou-se por esta escala por se encontrar disponível na USF, ser de fácil utilização e poder ser facilmente compreendida, mesmo por pessoas sem escolaridade. Nesta escala o indivíduo a quem está a ser feito o exame deve posicionar-se a 3 metros da tabela.</p> <p>Indivíduos incapazes de ler além de 0,4 (na escala decimal utilizada), apresentam deficiência visual⁵, pelo que devem ser encaminhados para oftalmologista para melhor avaliação e correção da perda da capacidade visual.</p> <p>Avaliação da acuidade visual ao perto – Cartão de Jaeger</p> <p>Para avaliar a acuidade visual ao perto, usou-se o Cartão de Jaeger que deve ser usado a uma distância de 35cm da pessoa. Indivíduos incapazes de ler linhas abaixo de 0,5 (na escala decimal) devem ser encaminhados ao oftalmologista.</p>
<p>Autopercepção dos défices</p>	<p>Além da avaliação objetiva do equilíbrio corporal; força muscular e acuidade visual através dos testes acima mencionados, o fluxograma proposto inclui uma questão de autoavaliação relativamente a cada um destes fatores, no sentido de perceber se o indivíduo está consciente face aos défices. Este dado pode ser especialmente relevante no caso dos doentes que tendo défices nalgum destes domínios, não se apresentam conscientes deles, requerendo uma intervenção específica no sentido de melhorar a sua consciencialização face aos défices identificados, facilitando assim o processo de adesão a medidas preventivas e comportamentos de segurança.</p>

⁵ **World Health Organization.** *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age.* Geneva : WHO, 2007.

ISBN: 978 92 4 156353 6.

Quadro 2 – Formulário de avaliação do conhecimento sobre o Risco de Queda

	Verdadeiro	Falso	Não Sabe
1. As quedas são um acidente frequente.			
2. A maioria das quedas acontece fora de casa.			
3. Todos os indivíduos têm igual probabilidade de cair.			
4. As quedas são mais frequentes nos homens.			
5. As mulheres quando caem sofrem, normalmente, lesões mais graves que os homens.			
6. Quem já caiu uma vez tem tendência para cair mais vezes no ano seguinte.			
7. Ter muito medo de cair protege de sofrer uma queda.			
8. A falta de força muscular e o desequilíbrio são fatores que aumentam o risco de queda.			
9. As alterações na visão interferem com o risco de sofrer uma queda.			
10. Tomar medicação não prescrita ou de forma inadequada, pode aumentar o risco de sofrer uma queda.			
11. A iluminação do ambiente interfere com o risco de queda.			
12. As quedas podem ser prevenidas.			
13. Fazer exercício físico moderado aumenta o risco de sofrer uma queda.			
14. A alimentação tem interferência no risco de queda.			
15. Permanecer longos períodos do dia sentado no sofá/cadeira é uma boa forma de evitar quedas.			
16. Chinelo são o tipo de calçado mais adequado para prevenir quedas, por serem mais fáceis de calçar.			
17. Apanhar sol diariamente é importante para diminuir as quedas e as lesões delas resultantes.			
18. Caminhar é um tipo de exercício adequado para prevenir quedas.			
19. As quedas podem originar consequências graves como fraturas que implicam cirurgias e internamentos prolongados.			
20. As quedas podem ser prevenidas adotando comportamentos seguros e evitando comportamentos de risco.			

APÊNDICE VIII

Panfleto informativo

‘Recomendações gerais para prevenção de quedas’

AS QUEDAS PODEM SER PREVENIDAS!



As quedas são muito frequentes entre os idosos.

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, internamentos prolongados, maior dependência e perda de qualidade de vida.



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

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

Para qualquer esclarecimento contacte a sua equipa de saúde.



Elaborado por:
Rita Moreira
X Curso de Mestrado em Enfermagem Profissional com especialização em Enfermagem Comunitária
CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ENFERMAGEM
LISBOA PORTUGAL

Novembro 2017



Vamos prevenir as
QUEDAS

Recomendações importantes para prevenir as quedas:



MANTENHA-SE ATIVO

Realize pelo menos 30 minutos de atividade física diária. É importante fazer exercício físico regular, como caminhar, dançar, fazer ginástica, tai chi, mas também manter-se ativo nas suas atividades quotidianas. Ir às compras, fazer as tarefas domésticas ou passear com os netos são apenas alguns exemplos.

PARTICIPE EM ATIVIDADES SOCIAIS

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

Faça **EXAMES REGULARES À VISÃO.**



ALIMENTE-SE de forma adequada:

Evite passar longos períodos sem comer. Ingira alimentos ricos em cálcio e vitamina D (leite, iogurtes, ovo, sardinha, salmão, atum, couve, brócolos, espinafres, entre outros).

Beba cerca de 1,5 litros de água por dia.

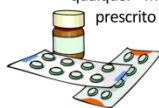
APANHE SOL REGULARMENTE

15 a 20 minutos por dia (evitando os períodos de maior calor) contribuem para produzir vitamina D e assim reduzir as quedas e as lesões delas recorrentes.



CUIDADOS COM A MEDICAÇÃO

Tome a sua medicação de acordo com as indicações do seu médico e enfermeiro. 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.



MANTENHA A SUA CASA SEGURA



Remova objetos que aumentam o perigo de tropeçar (como os tapetes, por exemplo), melhore a iluminação, coloque corrimãos ou barras de segurança em áreas cruciais.

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; Não ande pela casa descalço ou em chinelos...

EM CASO DE QUEDA

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

Se sofrer uma queda procure um profissional de saúde.



APÊNDICE IX

Panfleto Informativo

‘Exercícios para prevenção de quedas’

A prática de exercício físico é muito importante na prevenção de quedas. Pode incluir atividade física na sua vida de várias formas:

- 1) **Realize exercício físico regularmente** (natação, ginástica, caminhada, tai chi...);
- 2) **Introduza algumas mudanças nos seus hábitos diários:** diminua o tempo que passa no sofá; opte por andar mais a pé; se puder, evite o elevador; nos tempos livres escolha tarefas que requeiram atividade física (jardinar, lavar o carro, passear com os netos...), são apenas alguns exemplos;
- 3) **Experimente os exercícios que lhe propomos.** São exercícios simples que pode realizar todos os dias em sua casa e que ajudam a melhorar a sua força, equilíbrio e flexibilidade, contribuindo para a prevenção das quedas.

Se não está habituado a fazer exercício físico, comece devagar. Faça apenas uma ou duas repetições de cada exercício e vá aumentando gradualmente até chegar às 10. Faça todos os exercícios em segurança e mantendo uma postura adequada.

Para qualquer esclarecimento contacte a sua equipa de saúde.















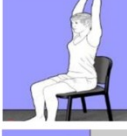



Elaborado por:
Rita Moreira
X Curso de Mestrado em Enfermagem Profissional com especialização em Enfermagem Comunitária



Novembro 2017

EXERCÍCIOS QUE PODE INCLUIR NA ROTINA DO SEU DIA A DIA PARA AJUDAR A PREVENIR AS QUEDAS



 <p>Esticar o joelho No posição de sentado, esticar os joelhos de forma alternada. Efectuar 10 repetições com cada perna.</p>	 <p>Esticar a perna para trás Com as mãos apoiadas, levar uma perna atrás com o joelho esticado. Efectuar 10 repetições com cada perna.</p>	 <p>Subir e descer escadas Subir e descer um lanço de escadas aproximadamente 10 degraus), apoiando a mão no corrimão.</p>
 <p>Levantar a ponta dos pés Começar com os pés apoiados no chão. Levantar a ponta dos pés, mantendo os calcanhares no chão. Efectuar 10 repetições.</p>	 <p>Passos laterais Encostar numa parede. Dar passos lateralmente. Manter os joelhos esticados e os pés a apontar para a frente. Repetir 10 vezes para cada lado.</p>	 <p>Andar para trás De pé dar 10 passos para trás. Se necessário manter uma mão em contacto com a parede para manter o equilíbrio.</p>
 <p>Afastar a perna Com a perna esticada, afastá-la da outra. Manter a mão oposta apoiada. Efectuar 10 repetições com cada perna.</p>	 <p>Rotação do tronco para trás Sem sair da mesma posição, rodar o tronco de forma a olhar para trás pelo lado direito e de seguida pelo lado esquerdo. Efectuar 10 repetições para cada lado.</p>	 <p>Alongar as pernas Sentado numa cadeira com uma perna esticada, inclinar o tronco para frente, mantendo as costas direitas. Manter, sem forçar, contando até 30 em cada perna.</p>
 <p>Flectir a anca Mantendo as mãos apoiadas, dobrar os joelhos de forma alternada, tirando os pés do chão. Efectuar 10 repetições com cada perna.</p>	 <p>Agachar Com as mãos apoiadas, dobrar os 2 joelhos em simultâneo. Voltar a esticar. Efectuar 10 repetições.</p>	 <p>Alongar os braços Levar as mãos entrelaçadas para trás e para cima da cabeça, mantendo os cotovelos esticados. Manter, sem forçar, contando até 30.</p>
 <p>Ficar nas pontas dos pés Começar com os calcanhares no chão. Levantar os calcanhares, ficando apoiado nas pontas dos pés. Efectuar 10 repetições.</p>	 <p>Subir e descer rampas Subir e descer rampas, apoiando a mão no corrimão. Quando se dá o passo o calcanhar é a primeira parte do pé a tocar no chão. Efectuar 10 passos a subir e 10 passos a descer.</p>	 <p>Alongar as pernas Colocar uma perna à frente da outra e as mãos descansam numa parede. Manter a perna de trás esticada. Assegurar que os pés apontam para a frente e o calcanhar está assente no chão. Manter, sem forçar, contando até 30 em cada perna.</p>

APÊNDICE X

Protocolo da consulta
de enfermagem de prevenção de quedas no idoso

SUMÁRIO:

- 1. Objetivo do Protocolo**
- 2. Objetivos da consulta**
- 3. Fluxograma para Triagem dos idosos com risco de Queda**
- 4. Fluxograma de Avaliação e Intervenção Multifatorial, para idosos com Risco de Queda**
- 5. Instruções para a aplicação dos testes** utilizados nos Fluxogramas de Triagem e Avaliação Multifatorial
 - 5.1. Instruções para aplicação do Teste Timed-Up and Go (TUG) – Teste Levantar e Caminhar Cronometrado
 - 5.2. Instruções para rastreio da acuidade visual
 - 5.3. Instruções para aplicação do Teste 5 Times Sit to Stand (FTSST/5xSST) – Teste de sentar/levantar 5 vezes
 - 5.4. Instruções para aplicação do teste POMA (Performance Oriented Mobility Assessment)
- 6. Ficha de Registo da Consulta**

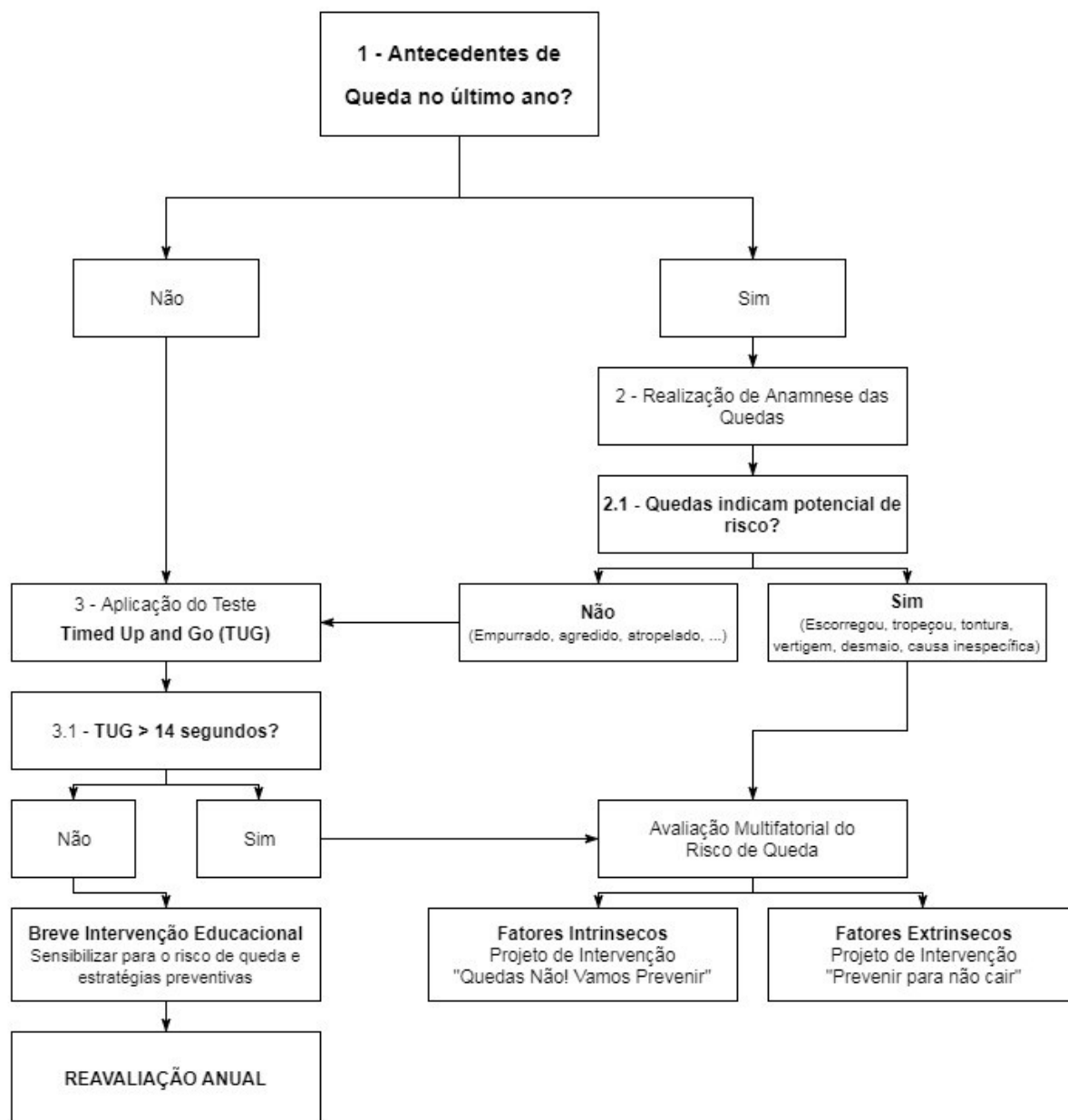
1) Objetivo do Protocolo:

- Uniformizar os procedimentos de rastreio, avaliação, e intervenção face à prevenção do risco de queda no idoso;
- Melhorar a qualidade de cuidados prestados à população idosa;
- Favorecer a articulação com outros recursos da comunidade (de saúde e não só), no sentido da rentabilização dos mesmos com vista a maximizar os ganhos em saúde para a população.

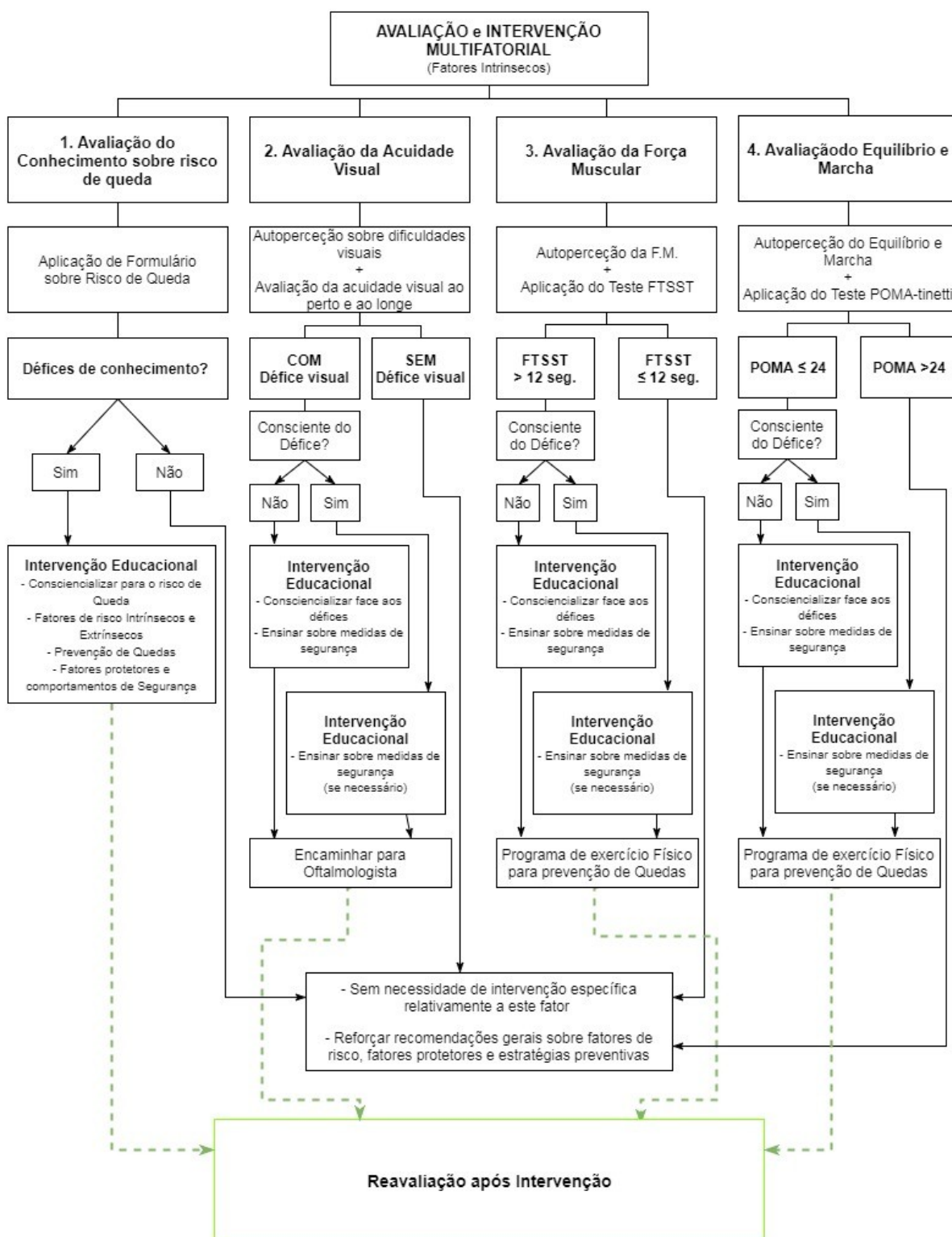
2) Objetivos da consulta:

Objetivos gerais	Objetivos específicos
Identificar os idosos com risco de queda; Reduzir os fatores intrínsecos de risco de queda; Aumentar os fatores protetores do risco de queda;	Melhorar o Equilíbrio Corporal; Melhorar a Força Muscular; Melhorar a Acuidade Visual; Aumentar o conhecimento sobre fatores de risco de queda e fatores protetores; Melhorar a consciencialização para a vulnerabilidade individual face ao risco de queda; Aumentar a adesão face aos fatores protetores do risco de queda;

3) Fluxograma para Triagem dos idosos com risco de Queda



4) Fluxograma de Avaliação e Intervenção Multifatorial, para idosos com Risco de Queda



5) INSTRUÇÕES PARA A APLICAÇÃO DOS TESTES UTILIZADOS NOS FLUXOGRAMAS DE TRIAGEM E AVALIAÇÃO MULTIFATORIAL

5.1) Instruções para aplicação do Teste Timed-Up and Go (TUG) – Teste Levantar e Caminhar Cronometrado

O procedimento inicia-se com o indivíduo corretamente sentado numa cadeira (altura do assento entre 44 e 47 cm), com as costas apoiadas.

À ordem de partida deve levantar-se e andar 3 metros, virar, regressar à cadeira e sentar-se de novo.

O percurso deve ser realizado à velocidade normal da pessoa e o uso de auxiliares de marcha é permitido. Durante a realização do teste nenhuma ajuda pode ser dada.

O tempo é cronometrado desde o momento de partida até ao indivíduo estar novamente sentado, com as costas corretamente apoiadas.

O indivíduo deve executar o teste uma primeira vez para treino.

Indicações a dar ao indivíduo:

1. Sente-se confortavelmente na cadeira, com as costas encostadas e os braços apoiados)
2. Ao sinal de partida, levante-se da cadeira
3. Caminhe até à marca no chão (3 metros)
4. Rode 180°.
5. Caminhe de regresso à cadeira
5. Sente-se de novo na cadeira, com as costas apoiadas.

5.2.) Instruções para rastreio da acuidade visual

Acuidade Visual ao longe – Tabela optométrica tipo ‘Dotti monoyer’.

Trata-se de uma escala, com classificação decimal, que utiliza um símbolo idêntico à letra U aberto em várias direções. Optou-se por esta escala por se encontrar disponível na USF, ser de fácil utilização e poder ser facilmente compreendida, mesmo por pessoas sem escolaridade. Nesta escala o indivíduo a quem está a ser feito o exame deve posicionar-se a 3 metros da tabela.

Instruções:

- O exame deve ser realizado numa sala bem iluminada, preferencialmente com luz lateral.
- O cartaz deve ser fixado numa parede vazia, sem janelas, a uma distância de cerca de 3 metros.
- Se o indivíduo usa óculos ou lentes de contacto, deve usá-los durante o exame.
- Deve ser realizado um treino inicial, para que o indivíduo compreenda que o objetivo é indicar qual a direção para onde está virada a parte aberta do ‘U’ que o examinador está a apontar (para cima, para baixo, para a direita ou para a esquerda).
- A visão deve ser testada alternadamente em cada olho e depois bilateralmente. Inicia-se pelo olho direito (tapando o olho esquerdo com a mão em forma de concha, ou usando um oclisor). Na testagem bilateral ambos os olhos estão abertos.
- Registe a última linha que o indivíduo conseguiu visualizar sem dificuldade.

Resultados:

- Se incapacidade de ler $<0,4$ (escala decimal) – discutir com médico de família possível necessidade de encaminhamento para oftalmologista para melhor avaliação e correção da perda da capacidade visual.

Acuidade Visual ao perto – Aplicação do Cartão de Jaeger

Instruções:

O cartão é colocado a uma distância de 35 cm do indivíduo que se possuir óculos deve mantê-los durante o exame.

A visão deve ser testada em cada olho em separado e depois em conjunto. Inicia-se o teste pelo olho direito (ocludindo o esquerdo).

Os olhos devem ser vendados com as mãos em forma de concha, ou usando um oclisor (ambos os olhos devem ficar abertos).

Resultados:

- Se incapacidade de ler $<0,5$ (na escala decimal ou $<20/40$ na descrição fracionária em pés de distância) – discutir com médico de família possível necessidade de encaminhamento para oftalmologista.

5.3) Instruções para aplicação do Teste 5 Times Sit to Stand (FTSTS/5xSTS) – Teste de sentar/levantar 5 vezes

O indivíduo deve estar sentado com os braços cruzados sobre o peito numa cadeira rígida (altura do assento entre 41 e 45 cm). A cadeira deve estar segura (contra uma parede, por exemplo).

À ordem de partida o indivíduo deve levantar-se e sentar-se, repetindo esta atividade cinco vezes. Entre repetições o indivíduo deve verticalizar-se completamente e não tocar com as costas na cadeira (se tocar não é um problema mas não é recomendado).

A contagem do tempo inicia quando for dada a ordem de partida e termina quando as nádegas do indivíduo tocarem na cadeira após a quinta repetição.

Permitir um ensaio prático antes de iniciar o teste. Se houver preocupação com a potencial fadiga do indivíduo, basta demonstrar o teste e solicitar duas repetições para garantir que as instruções foram compreendidas.

Incapacidade de completar 5 repetições sem ajuda ou sem usar o membro superior indica falha no teste.

Instruções a dar ao indivíduo:

1. Levante-se e sente-se 5 vezes o mais rápido que conseguir, mantendo os braços cruzados sobre o peito.
2. De cada vez que se levanta deve verticalizar-se por completo (costas direitas)
3. Quando se senta, não precisa tocar com as suas costas na cadeira.

5.4) Instruções para aplicação do teste POMA (Performance Oriented Mobility Assessment) (Tinetti, 1986, adaptado por Petiz, 2002)

Este teste permite avaliar o equilíbrio e a marcha no idoso.

Não requer equipamento específico além de uma cadeira rígida sem braços e a marcação no chão de um percurso de 3 metros.

O POMA é constituído por dois testes: teste de equilíbrio e teste de marcha.

No teste de marcha, o indivíduo faz um percurso de 3 metros, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. O indivíduo que utiliza auxiliares de marcha habitualmente, deverá utilizá-los no teste.

As pontuações máximas possíveis são de 16 no teste de equilíbrio e 12 no teste de marcha.

O somatório dos scores dos dois testes, tem uma pontuação máxima possível de 28 e permite classificar os indivíduos quanto ao risco de cair, em três grupos:

- 1 – Risco Elevado (≤ 18);
- 2 – Risco Moderado (≥ 19 e ≤ 24);
- 3 – Baixo Risco (> 24)

Documento 1 – Anamnese das quedas (último ano)

	2- Onde	3-Local	4- Altura do dia	5-O que fazia?	6-Porque aconteceu	7- Ajuda para levantar?	8-Onde se dirigiu?	9- Resultado ou alguma lesão	9,1-Tipo de lesão/local	10- Necessidade de internamento
1-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										
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										

AVALIAÇÃO MULTIFATORIAL – Fatores intrínsecos

1. Avaliação do conhecimento sobre o Risco de Queda: Formulário

Vou colocar-lhe algumas questões relacionadas com as **quedas**.

Tente responder-me de forma sincera. Não fique preocupado se não souber a resposta.

Estas questões servem apenas para identificar as suas dúvidas e algumas ideias menos corretas que possa ter em relação às quedas. Assim, poderei esclarecê-lo(a) e ajudá-lo, de futuro, a adotar os melhores comportamentos.

	Verdadeiro	Falso	Não Sabe
21. As quedas são um acidente frequente.			
22. A maioria das quedas acontece fora de casa.			
23. Todos os indivíduos têm igual probabilidade de cair.			
24. As quedas são mais frequentes nos homens.			
25. As mulheres quando caem sofrem, normalmente, lesões mais graves que os homens.			
26. Quem já caiu uma vez tem tendência para cair mais vezes no ano seguinte.			
27. Ter muito medo de cair protege de sofrer uma queda.			
28. A falta de força muscular e o desequilíbrio são fatores que aumentam o risco de queda.			
29. As alterações na visão interferem com o risco de sofrer uma queda.			
30. Tomar medicação não prescrita ou de forma inadequada, pode aumentar o risco de sofrer uma queda.			
31. A iluminação do ambiente interfere com o risco de queda.			
32. As quedas podem ser prevenidas.			
33. Fazer exercício físico moderado aumenta o risco de sofrer uma queda.			
34. A alimentação tem interferência no risco de queda.			
35. Permanecer longos períodos do dia sentado no sofá/cadeira é uma boa forma de evitar quedas.			
36. Chinelos são o tipo de calçado mais adequado para prevenir quedas, por serem mais fáceis de calçar.			
37. Apanhar sol diariamente é importante para diminuir as quedas e as lesões delas resultantes.			
38. Caminhar é um tipo de exercício adequado para prevenir quedas.			
39. As quedas podem originar consequências graves como fraturas que implicam cirurgias e internamentos prolongados.			
40. As quedas podem ser prevenidas adotando comportamentos seguros e evitando comportamentos de risco.			

1.2. Resultado do Formulário de Conhecimento

N.º de Respostas corretas ___ /20

2. Avaliação da Acuidade Visual

2.1. Sente dificuldade em ver televisão, conduzir, ler ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas de visão?

Sim Não

2.2. Usa óculos?

Sim Não

2.3. Avaliação da Acuidade Visual (*ver instruções de aplicação da tabela optométrica e do cartão de Jaeger em anexo*)

	Olho Direito	Olho Esquerdo	Bilateral	Défice visual?
Acuidade Visual ao longe (Tabela de Snellen)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <i>(Défice visual, se incapacidade de ler < 0,4)</i>
Acuidade Visual ao perto (Cartão de Jaeger)	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <i>(Défice visual se incapacidade de ler além de 20/40 (na descrição fracionária em pés de distância, correspondente a 0,5 na escala decimal)</i>

3. Avaliação da Força Muscular dos membros inferiores

3.1. Sente falta de força nas pernas?

Sim Não

3.2 Aplicação do Teste 5 Times Sit to Stand (FTSTS/STS-5) – Teste de sentar/levantar 5 vezes

Tempo necessário para realizar o teste: _____

3.2.1. Tempo igual ou superior a 12 segundos? Sim Não

4. Avaliação do Equilíbrio e Marcha

4.1. Sente dificuldade em caminhar ou tem problemas de equilíbrio?

Sim Não

4.3. Aplicação do Teste POMA

4.3.1 Resultados da aplicação do POMA:	
Pontuação no teste de Equilíbrio	____/16
Pontuação no Teste de Marcha	____/12
Pontuação Total	____/28
Indivíduo com risco de Queda moderado ou elevado, (pontuação POMA ≤ 24)?	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

APÊNDICE XI

Plano da sessão de formação
para os profissionais de saúde da USF

“A consulta de enfermagem para prevenção de quedas no idoso”

Plano da Sessão de Formação para os profissionais da USF

A Consulta de Enfermagem para Prevenção de Quedas na população idosa da USF	
Destinatários – Profissionais de Saúde da USF	Formador – Rita Moreira
Data – 15 de dezembro de 2017 Hora: 12h30 Duração: 60'	Local – Sala de Formação da USF
<p>Finalidade: Propor a implementação de um procedimento de consulta face ao risco de queda da população idosa da USF (desenvolvido e testado no âmbito do estágio de especialidade)</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Apresentar o diagnóstico de saúde realizado com utentes da USF que justificam a existência de um procedimento de consulta;• Sensibilizar para a problemática das quedas, seu impacto e necessidade de prevenção;• Apresentar o procedimento de consulta desenvolvido e testado;• Apresentar os indicadores associados à implementação do procedimento de consulta.	

FASE	TEMPO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	AVALIAÇÃO
Introdução	10'	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da formadora; - Enquadramento da Sessão: apresentação dos objetivos e sumário. 		
Desenvolvimento	30'	<p><u>Diagnóstico de Saúde (D.S.):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Principais dados do D.S., dos utentes com 75 e mais anos da USF, relativos às quedas <p><u>Quedas em Idosos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Impacto e consequências; - Etiologia Multifatorial: Fatores de Risco intrínsecos, extrínsecos e comportamentais; - Prevenção como objetivo de saúde pública: estratégias preventivas e documentos de referência. <p><u>Projetos de Prevenção de Quedas nos idosos da USF:</u></p> <p><i>'Quedas Não! Vamos prevenir.'</i> – Implementação de uma consulta de rastreio, prevenção e intervenção face ao risco de queda</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objetivos da consulta; - Fluxograma de Triagem; - Fluxograma de Avaliação e Intervenção Multifatorial; - Instruções para aplicação dos testes usados nos Fluxogramas; - Materiais de apoio à consulta; - Indicadores e metas - Breve partilha sobre a testagem da consulta <p><i>'Prevenir, para não cair'</i> – Checklist para avaliação e intervenção sobre os FR ambientais do domicílio</p>	<p>Métodos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Interativo <p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sala de formação da USF - Computador; projetor multimédia e tela; - Exemplares impressos dos materiais de apoio à consulta: protocolo; panfletos; algoritmos. 	<p><u>Imediata:</u></p> <p>participação e interesse demonstrados durante a sessão.</p>
Conclusão	15'	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese das ideias principais - Esclarecimento de dúvidas - Recolher feedback sobre a sessão 		

