



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS NO IDOSO, EM CENTROS DE DIA

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

Por
Cátia Liliana Lopes Costa

Porto, março de 2019



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA
PREVENÇÃO DE QUEDAS NO IDOSO,
EM CENTROS DE DIA**

**Nursing consultation for prevention of falls in day centers
for elderly**

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

Por
Cátia Liliana Lopes Costa

Sob a orientação de
Prof. Doutor Armando Almeida

Porto, março de 2019

RESUMO

O envelhecimento demográfico verificado nas últimas décadas é hoje uma realidade universal que faz emergir novas necessidades em saúde, as quais constituem importantes desafios aos governos, famílias e sociedade. Com o avançar da idade ocorre uma diminuição da capacidade funcional dos vários aparelhos e sistemas, aumentando a suscetibilidade à doença e conseqüente perda de autonomia, tornando-se essencial a adoção de estratégias centradas na prevenção e promoção da autonomia e independência da pessoa idosa.

A metodologia do Planeamento em Saúde sustentou todo o percurso formativo desenvolvido durante o estágio, o qual possibilitou o desenvolvimento de novas competências no âmbito do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária. Desta forma, propusemo-nos elaborar um diagnóstico de saúde num Centro de Dia da cidade do Porto aos utentes com 65 ou mais anos de idade, através do qual foram identificados um conjunto de problemas, potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem, que condicionam a autonomia e independência desta população, tendo emergido como problema prioritário o risco de queda.

Estudos recentes apontam a queda como um evento muito prevalente nas pessoas que frequentam os Centros de Dia, obrigando a equacionar soluções centradas na prevenção. Assim, surge o projeto de intervenção comunitária, onde se procedeu à estruturação de uma consulta de enfermagem que visa a avaliação multifatorial do risco de queda de forma individualizada permitindo ao enfermeiro uma prescrição personalizada em função das necessidades de cada idoso. Para isso, tendo como suporte a melhor evidência científica disponível, foi estruturado um diagrama de árvore de apoio à tomada de decisão composto por quatro etapas, onde se procede à avaliação de antecedentes de queda, fatores de risco comportamentais, ambientais e intrínsecos (equilíbrio e força muscular). Posteriormente, serão prescritas intervenções educacionais individualizadas e negociadas possíveis mudanças ambientais e /ou comportamentais para corrigir ou mitigar os fatores de risco, onde se inclui um programa de exercício físico para prevenção de quedas estruturado para esta população.

A operacionalização desta consulta, ficando a cargo do Centro de Enfermagem da Católica, poderá traduzir-se no aumento da consciencialização face ao fenómeno da queda, na redução ou eliminação de fatores de risco ambientais e/ ou comportamentais e na melhoria do equilíbrio corporal, obtendo-se desta forma ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: Prevenção de quedas; Idosos; Consulta de enfermagem; Centro de Dia.

ABSTRACT

The demographic ageing in recent decades is now a universal reality from where emerges new health needs, which constitute important challenges for governments, families and society. As the age advances, there is a decrease in the functional capacity of the various systems, increasing susceptibility to the disease and consequent loss of autonomy, making it essential to adopt strategies focused on the prevention and promotion of autonomy and independence of the elderly person.

The Health Planning methodology sustained the entire formative course developed during the internship, which enabled the development of new competences in the context of the Master's Degree in Nursing, with Community Nursing Specialization. In this way, we proposed to elaborate a health diagnosis in a day center in the city of Porto, to users with 65 or more years of age, to which was identified a set of problems, potentially sensitive to nursing care which condition the autonomy and independence of this population and of which the risk of falling emerge as a priority problem.

Recent studies point to the fall as a very prevalent event in adult Day Centers, forcing solutions to be focused on prevention. Thus, the community intervention project comes up, where it was designed a nursing consultation to assess the individually risk of falling, in a way that allows nurses to do a personalized prescription depending on the needs of each elderly person. To do so, having as support the best available scientific evidence, a tree diagram was structured to support decision making, consisting of four stages, where it is evaluated antecedents of fall, behavioral, environmental and intrinsic risk factors (body balance and muscle strength). Subsequently, individualized educational interventions will be prescribed and negotiated possible environmental and/or behavioral changes to correct or mitigate risk factors, where a structured program of physical exercise is included for the prevention of falls.

The operationalization of this consultation, being in charge of the Catholica Nursing Center, can be translated into an increase in awareness of the fall phenomenon, the reduction or elimination of environmental and / or behavioral risk factors and the improvement of the body balance, thus obtaining health gains, sensitive to the care of nursing.

Keywords: Falls prevention; Elderly; Nursing consultation; Adult Day Center.

AGRADECIMENTOS

Ao terminar este percurso tão importante da minha vida não poderia deixar de expressar o meu profundo agradecimento a todos aqueles que estiveram presentes, que me apoiaram e tornaram possível a realização deste trabalho, com destaque especial:

Ao Professor Armando Almeida,
pela disponibilidade, orientação e partilha de todo o seu saber.

Aos meus amigos,
pela amizade, carinho, energia positiva e por suportarem as minhas ausências.

À minha família, em especial aos meus pais,
pelo carinho e apoio incondicional, não só durante a realização deste trabalho, mas em todos os momentos da minha vida.

Ao Rui,
pela paciência e motivação.

À Diana,
a minha princesa, por serenamente aguardar pelo final desta etapa para então concretizarmos tudo o que foi sendo adiado para o “fim do mestrado”.

A todos vocês o meu muito obrigada!

LISTA DE SIGLAS

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD - Atividades de Vida Diária
CEC - Centro de Enfermagem da Católica
DGS - Direção-Geral da Saúde
EEC - Especialista em Enfermagem Comunitária
ENEAS - Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável
ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
FES-I - Falls Efficacy Scale International
GDS - Geriatric Depression Scale
ICS - Instituto de Ciências da Saúde
IMC - Índice de Massa Corporal
INE - Instituto Nacional de Estatística
IRD - Instrumento de Recolha de Dados
MIMA - Mais Independência Mais Autonomia
OMS - Organização Mundial de Saúde
PNPAF - Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física
POMA - Performance Oriented Mobility Assessment
SAD - Serviço de Apoio Domiciliário
SPSS - Statistical Package for Social Sciences
UCP – Universidade Católica Portuguesa
USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	21
1.1 ENVELHECIMENTO	21
1.2 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA	22
1.2.1 Apoio Social	22
1.2.2 Saúde Mental	23
1.2.3 Capacidade Funcional.....	25
1.2.4 Autopercepção da Saúde	26
1.2.5 Quedas e Risco de Queda	26
1.2.6 Atividade Física.....	29
1.3 CENTROS DE DIA	30
CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	33
2.1 DIAGNÓSTICO DE SAÚDE	33
2.1.1 Planeamento do Diagnóstico de Saúde.....	33
2.1.2 Execução do Diagnóstico de Saúde.....	41
2.1.3 Problemas identificados.....	50
2.2 DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	51
2.3 INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	52
2.3.1 Justificação da problemática.....	53
2.3.2 Projeto de intervenção comunitária “Prevenir ajuda a não cair!”	53
CAPÍTULO 3 - ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	63
CONCLUSÃO.....	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
APÊNDICES	75
APÊNDICE I - Instrumento de Recolha de Dados.....	77
APÊNDICE II - Manual de procedimentos para recolha de dados	87
APÊNDICE III - Documento de informação para os participantes no estudo	107
APÊNDICE IV - Documento de consentimento livre e esclarecido	111
APÊNDICE V - Resultados do diagnóstico de saúde e proposta de intervenção.....	115
APÊNDICE VI - Manual para realização da Consulta “Prevenir ajuda a não cair!”	123

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Pontos de corte para a Escala ESTE II de Solidão social	36
Quadro 2- Pontos de corte do Mini Exame do Estado Mental para déficit cognitivo	36
Quadro 3- Pontos de corte para a GDS-4	37
Quadro 4- Pontos de corte do Índice de Barthel	37
Quadro 5- Pontos de corte para o Índice de Lawton-Brody	38
Quadro 6- Pontos de corte para POMA	38
Quadro 7- Pontos de corte para FES-I	38
Quadro 8- Pontos de corte para o Questionário de Baecke modificados para idosos	39
Quadro 9- Problemas de saúde identificados	50
Quadro 10- Critérios de priorização e sua ponderação	51
Quadro 11- Ordenação final dos problemas de saúde identificados	52
Quadro 12- Objetivos do projeto de intervenção “Prevenir ajuda a não cair!”	54
Quadro 13- Objetivos operacionais do projeto "Prevenir ajuda a não cair!"	55
Quadro 14- Indicadores associados ao projeto "Prevenir ajuda a não cair!"	56
Quadro 15- Indicadores associados à futura operacionalização da consulta "Prevenir ajuda a não cair!"	57
Quadro 16- Avaliação dos indicadores	60

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição numérica da amostra por classificação no Índice de Barthel	45
Gráfico 2- Distribuição numérica da amostra por classificação no POMA	48
Gráfico 3- Distribuição numérica da amostra por número de quedas	48

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição da amostra pelas pontuações parciais do Índice de Barthel.....	45
Tabela 2- Distribuição da amostra pelas pontuações parciais do Índice de Lawton-Brody....	46

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico apresenta-se como um dos problemas centrais do século XXI. A diminuição das taxas de natalidade e mortalidade e o aumento da esperança média de vida, têm contribuído para que este fenómeno se venha a intensificar com tendência a acentuar-se no futuro. Em Portugal, estima-se que o índice de envelhecimento possa mais do que duplicar entre 2015 e 2080, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens (1). Característico dos países desenvolvidos, o envelhecimento demográfico, associado às alterações na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade, conduz a novas necessidades em saúde. Viver mais tempo não significa viver melhor. A evidência mostra-nos que este aumento da longevidade está, muitas vezes, associado a situações de doença e perda de funcionalidade (2), assim como, ao declínio das redes pessoais e sociais (3), emergindo a necessidade de se desenvolver estratégias centradas na manutenção da funcionalidade da pessoa e na reabilitação precoce da incapacidade (4).

Na sociedade portuguesa, as transformações verificadas na dinâmica e estrutura familiar conduzem a uma impossibilidade por parte das famílias em assegurar o apoio necessário aos seus familiares mais próximos, verificando-se o emergir de distintas respostas sociais (5), tais como, Serviços de Apoio Domiciliário (SAD), Centros de Dia e Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI).

A evidência demonstra que o recurso aos serviços dos Centros de Dia surge habitualmente associado a um declínio funcional, cognitivo ou à ocorrência de um evento crítico gerador de dependência na pessoa idosa (5). Desta forma, a presença de enfermeiros nestas instituições assume uma importância preponderante, no sentido de ser possível diagnosticar e intervir com vista à manutenção da autonomia, independência e recuperação global das pessoas idosas (2), para se atingir o tão desejado Envelhecimento Saudável.

Neste sentido, e mediante a ausência de cuidados de saúde na grande maioria dos Centros de Dia, distintas instituições desenvolvem a sua atividade com o intuito de apoiar estes equipamentos sociais. O Centro de Enfermagem da Católica (CEC), é uma destas instituições que, enquanto unidade de extensão da Escola de Enfermagem, através da

realização de parcerias com diversas instituições de solidariedade social, é responsável pela promoção e dinamização de projetos e atividades, fundamentados na evidência científica, com a missão de servir a pessoa no seu projeto de saúde.

Integrado no plano de estudos do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária, surge a unidade curricular Estágio e Relatório Final, que se realizou no CEC no período de 10/09/2018 a 09/02/2019, no âmbito do projeto de intervenção comunitária Mais Independência Mais Autonomia (MIMA). Foi então selecionado como local de intervenção um Centro de Dia da cidade do Porto com o qual o CEC estava a iniciar uma parceria, onde foi possível fazer um diagnóstico das necessidades em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem desta população. Desta forma, e dada a extensa lista de problemas identificados, recorreu-se a um painel de peritos para o estabelecimento de prioridades de intervenção, tendo sido eleito como fenómeno central o risco de queda.

Em Portugal, de acordo com os dados do relatório ADELIA 2006-2008, a queda surge como o mecanismo de lesão mais frequente nos idosos, assumindo uma elevada prevalência nas pessoas que frequentam os Centros de Dia, ainda que na maioria das vezes ocorra em ambiente domiciliário (5), facto que contribui para que o fenómeno seja subdiagnosticado e subvalorizado. Revestido de grande complexidade, o fenómeno da queda na população idosa é responsável, não só pelo aumento da dependência, mas também por custos económicos avultados, exigindo que se equacionem estratégias centradas na prevenção (6).

Motivados por estes desafios, surge o projeto de intervenção comunitária apresentado neste documento, onde se procedeu à estruturação de uma consulta de enfermagem para prevenção de queda do idoso em Centros de Dia, a qual poderá conduzir à obtenção de efetivos ganhos em saúde.

Todo o percurso formativo desenvolvido durante o estágio teve como suporte a metodologia do planeamento em saúde, culminando na elaboração do presente relatório onde se pretende descrever e refletir criticamente sobre o trabalho desenvolvido em todas as etapas e atividades realizadas que sustentaram o desenvolvimento de competências profissionais e académicas. Neste sentido, propõe-se como objetivos:

- ✓ Apresentar o diagnóstico de saúde elaborado junto dos idosos com 65 ou mais anos de idade de um Centro de Dia da cidade do Porto;
- ✓ Descrever o projeto de intervenção comunitária desenvolvido, centrado na estruturação de uma consulta de enfermagem para prevenção de quedas no idoso, em Centros de Dia;

- ✓ Documentar os resultados obtidos e apresentar os indicadores possíveis de atingir com a continuidade do projeto;
- ✓ Refletir sobre as competências desenvolvidas.

Seguindo uma metodologia descritiva e expositiva, apoiada na evidência científica, o presente documento encontra-se estruturado em três capítulos. No primeiro capítulo é realizada uma síntese da revisão da literatura efetuada, expondo a principal evidência que deu sustento ao desenvolvimento de competências de forma a permitir elaborar o diagnóstico de saúde e o projeto de intervenção comunitária. No segundo capítulo é realizada uma descrição de cada uma das etapas que contribuíram para a elaboração do projeto de intervenção. Dedicou-se o terceiro e último capítulo à análise crítica e reflexiva de todo o percurso efetuado, à luz do que são as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. No final deste documento, em apêndices, constam os trabalhos elaborados ao longo do estágio considerados pertinentes para consulta, os quais vão sendo referidos ao longo do relatório.

CAPÍTULO 1

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo faz-se uma breve síntese da revisão da literatura, a qual forneceu as bases que sustentam o diagnóstico de saúde e o projeto de intervenção comunitária desenvolvidos.

1.1 ENVELHECIMENTO

O envelhecimento demográfico surge como um dos problemas centrais do século XXI. Em Portugal, todos os indicadores associados ao envelhecimento da população mantêm a tendência crescente das últimas décadas. Segundo previsões do Instituto Nacional de Estatística (INE), este agravamento do envelhecimento demográfico só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos, indicando que em 2080, por cada 100 jovens existirão 317 idosos, mais do que duplicando o valor atual (1). Este progressivo aumento da população idosa, associado às alterações na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade, conduz a novas necessidades, que por si só, constituem novos desafios exigindo adaptações e respostas a vários níveis: sistemas de saúde, segurança social, educação, justiça, transportes (7), novas tecnologias e até nos próprios valores de cada sociedade (2).

O envelhecimento pode ser definido como um processo de mudança progressivo com alterações na estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos (2). Com o avançar da idade surge uma perda gradual das reservas fisiológicas, aumentando a vulnerabilidade da pessoa à doença dando origem a uma maior dependência funcional e perda de autonomia, refletindo-se no aumento do consumo de recursos de saúde (5) (8).

Com o intuito de dar resposta às novas necessidades de saúde que emergem deste envelhecimento demográfico, planos e programas têm sido revistos e propostos. O Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas (2) reforça a ideia de se pensar no envelhecimento como uma parte natural do ciclo de vida que exige uma atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia.

Em 2015, a Organização Mundial de Saúde (OMS) delineou um quadro de ação para promover o Envelhecimento Saudável sustentado num novo conceito de capacidade funcional, enfatizando que as mudanças não podem ser só no âmbito do que se faz, mas também na forma como é pensado o envelhecimento (8). Tendo como suporte este conceito, em 2017, surgiu a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) com a missão de aumentar a capacidade funcional, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem, tendo sido definidas um conjunto de linhas orientadoras da ação estruturadas em quatro eixos estratégicos: saúde, participação, segurança, medição, monitorização e investigação (7).

1.2 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA

A avaliação multidimensional da pessoa idosa assume-se como primordial, tendo como objetivo identificar as reais necessidades funcionais, físicas, mentais e sociais deste grupo populacional potencialmente mais vulnerável (5) (9). Esta avaliação pressupõe a utilização de diversos instrumentos de mensuração, numa perspetiva multidisciplinar, tendo como desígnio final o desenvolvimento de um plano assistencial de acompanhamento que permita potenciar a independência, autonomia e qualidade de vida da pessoa idosa através da promoção, preservação e reabilitação da sua funcionalidade (5) (10).

1.2.1 Apoio Social

O apoio social diz respeito a um conjunto de estruturas internas (informais) e externas (formais) que contribuem para uma adaptação do idoso às limitações físicas e cognitivas que surgem com o envelhecimento (9).

Nesta fase do ciclo vital, ocorre também uma diminuição acentuada da participação social do indivíduo, resultante de alterações no contexto familiar, pela perda de familiares próximos, no contexto do trabalho, associado ao momento da reforma, assim como, alterações da sua participação ativa na comunidade (11).

Desta forma, acentua-se a vulnerabilidade da pessoa idosa sendo essencial, a existência de certos fatores facilitadores, tais como, o apoio de um cônjuge, um agregado familiar funcional, níveis razoáveis de instrução e recursos económicos suficientes para responder as necessidades (9).

Através de uma relação próxima com familiares, amigos e comunidade, a pessoa idosa é capaz de uma maior resiliência permitindo respostas mais adequadas aos eventos críticos que possam ocorrer na sua vida. Diversos estudos demonstram que idosos que recebem um adequado suporte social apresentam níveis mais elevados de bem-estar, satisfação e motivação nas suas vidas (12).

1.2.2 Saúde Mental

O processo de envelhecimento conduz a um conjunto de alterações neurológicas, cognitivas e comportamentais, que tornam complexa a abordagem da saúde mental na pessoa idosa (9). O impacto das mudanças que ocorrem ao longo do ciclo vital da pessoa, assim como, fatores pessoais e ambientais, vão condicionar a saúde mental do idoso, podendo surgir alterações que vão desde a disfunção cognitiva moderada até à demência, sendo igualmente evidente o aumento de situações de solidão e a depressão (9). De acordo com o Programa Nacional para a Saúde Mental, “*as pessoas estão a viver mais anos, mas com incapacidade na área da saúde mental*” (13 p. 4), implicando uma sobrecarga para a sociedade.

➤ Estado cognitivo

A cognição pode ser definida como o conjunto de capacidades mentais que possibilitam ao indivíduo a compreensão e resolução de problemas do dia-a-dia, sendo composta por diferentes fatores: memória, função executiva, linguagem, praxia, gnosis/perceção e função visuo-espacial (12).

Na população idosa, com o avançar dos anos, verifica-se um declínio das aptidões cognitivas que, iniciando com as alterações próprias do envelhecimento, poderá evoluir para um declínio cognitivo ligeiro (estado intermédio) e posteriormente para a demência. As mudanças e défices que advêm da diminuição da cognição conduzem a uma progressiva perda de funcionalidade da pessoa, iniciando pelas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), e numa fase mais avançada, as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) (9).

Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS), “*a prevalência da demência aumenta, de 1% aos 65 anos, para 30% aos 85 anos de idade, duplicando, entre os 60 e os 95 anos, em cada cinco anos*” (2 p. 11). Deste modo, a avaliação do estado cognitivo da pessoa idosa assume-se como fundamental pois, para além de permitir detetar precocemente défices de

cognição, irá também auxiliar na identificação do grau de comprometimento cognitivo (9), para assim se planear a intervenção mais adequada.

Vários estudos têm evidenciado efeitos positivos da utilização de programas de estimulação cognitiva na prevenção, superação e compensação dos défices adquiridos, conduzindo a um aumento da funcionalidade, melhoria da autonomia e conseqüentemente, uma melhoria da qualidade de vida dos idosos (9) (12).

➔ **Isolamento social**

O isolamento social pode ser definido como “*um estado em que o indivíduo se sente excluído socialmente, se sente com falta de envolvimento com os outros, apresenta um número mínimo de contactos sociais e estes são insuficientes como relacionamentos gratificantes e de qualidade*” (14 p. 13).

Segundo o último Censos (2011), a população idosa, com 65 ou mais anos, residente em Portugal aumentou cerca de 19%. Este notório envelhecimento demográfico, associado a uma transformação do papel da família, contribuiu para o grande aumento do número de idosos a viver sozinhos ou com outras pessoas da mesma faixa etária (15), conduzindo a uma maior vulnerabilidade, muitas vezes potenciada pelo apoio familiar insuficiente e por baixos recursos económicos (9).

Estudos demonstram que o isolamento social prolongado influencia de forma significativa a saúde mental da pessoa interferindo no seu bem-estar e qualidade de vida (9) (14).

➔ **Depressão**

A depressão pode ser definida com “*um estado clínico que perdura no tempo e no qual a pessoa se sente infeliz, preocupada, sem esperança e desanimada*” (12 p. 32), constituindo uma das principais alterações no estado emocional da pessoa idosa. Segundo a OMS, estima-se que mais de 300 milhões de pessoas, equivalentes a 4,4% da população mundial, são afetadas pela depressão, sendo esta mais prevalente na idade adulta mais avançada e no sexo feminino (16).

A progressiva perda de funcionalidade que decorre do processo de envelhecimento, associada às alterações económicas e sociais daí inerentes, conduzem a um afastamento social e familiar o que potencia o aparecimento de perturbações do foro psiquiátrico, entre as quais a depressão (2). Os seus principais sintomas são tristeza, desinteresse, perda de apetite, perturbações do sono, sensação de cansaço, dificuldade de concentração,

sentimentos de culpa ou de autoestima baixa (16) e perda do gosto pela vida, o que em casos extremos pode levar ao suicídio. (17).

Os principais fatores associados a uma maior probabilidade de aparecimento de sintomas depressivos na pessoa idosa incluem: sexo feminino, baixas condições socioeconômicas, isolamento social, viuvez, disfunção cognitiva, comorbidades, dor não controlada, perda de funcionalidade, história de depressão major na família (9) (12).

A depressão é frequentemente subdiagnosticada, sendo as suas manifestações muitas vezes confundidas com alterações habituais decorrentes do processo de envelhecimento (17), exigindo ao profissional de saúde uma avaliação cuidada e atenta.

1.2.3 Capacidade Funcional

O processo de envelhecimento é caracterizado por um conjunto de alterações que determinam uma perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente que o rodeia, designada por capacidade funcional (12). Esta pode ser definida como a capacidade que o idoso tem de cuidar de si, decidindo e atuando autonomamente no desempenho das suas atividades do dia-a-dia, estando estas divididas em ABVD e AIVD e as atividades relacionada com a mobilidade (18). As primeiras são aquelas relacionadas com a sobrevivência e bem-estar da pessoa, tais como, alimentar-se, tomar banho e vestir-se, enquanto as AIVD são atividades mais complexas que permitem uma adaptação ao meio ambiente de forma à manutenção de uma vida ativa e independente na comunidade, salientando-se o cuidar da casa, a realização de compras, a responsabilização da preparação e toma de medicação e o controlo financeiro (12).

O declínio da funcionalidade do indivíduo conduz a situações de dependência que habitualmente estão relacionadas com a ocorrência de eventos críticos, tais como, acidentes ou doenças, ou então, advir do declínio gradual e progressivo decorrente do envelhecimento. Estudos demonstram que a idade avançada (superior a 75 anos) associada ao declínio funcional e cognitivo constituem os principais fatores que conduzem a dependências nas ABVD e AIVD (5). Esta dependência geralmente inicia-se pelo declínio nas AIVD levando a pessoa idosa, principalmente quando vive só, à necessidade de utilização de serviços de apoio da comunidade. Com o agravamento da perda de funcionalidade esta dependência atinge também as ABVD, estando esta frequentemente associada à tomada de decisão de institucionalização da pessoa idosa (5) (9).

Deste modo, o conhecimento da capacidade funcional assume-se como uma dimensão primordial na avaliação multidimensional da pessoa idosa, de forma a ser possível prescrever e implementar intervenções direcionadas e adaptadas às suas reais necessidades (9).

1.2.4 Autoperceção da Saúde

Com o avançar da idade surgem novos problemas de saúde e evidenciam-se os já existentes fazendo com que, na maioria dos casos, o idoso passe a avaliar a sua saúde de forma negativa (19).

A autoperceção da saúde consiste numa avaliação subjetiva, simples e confiável da saúde global da pessoa idosa. Esta perceção do estado de saúde referenciada pelo próprio, é uma variável complexa que permite prever a incapacidade funcional e mortalidade da população idosa. Estudos evidenciam que idosos que caracterizam a sua saúde como má, apresentam maior risco de hospitalização, institucionalização (19) e maior incidência de óbitos do que os que a caracterizam como excelente (12). Assume-se como um importante indicador subjetivo de saúde, funcionando como um complemento a outros indicadores do estado de saúde mais objetivos como a mortalidade e a morbilidade (12).

1.2.5 Quedas e Risco de Queda

Devido ao aumento expressivo da população idosa, as quedas são já consideradas um problema de saúde pública representando um grande impacto económico, não só para a família, como também, para a comunidade e sociedade (20). Segundo a OMS, a queda pode ser definida como: “*cair inadvertidamente no solo, chão ou outro nível inferior, excluindo mudanças intencionais de posição para apoio em mobília, parede ou outros objetos*” (20 p. 1). Cerca de 30% das pessoas com mais de 65 anos e 50% das pessoas com mais de 80 anos caem a cada ano e aquelas que caem uma vez têm cerca de três vezes mais probabilidades de voltar a cair durante o ano seguinte (20). Em Portugal, de acordo com os dados do relatório ADELIA 2006-2008, a maioria dos acidentes domésticos e de lazer ocorre em casa, sendo a queda o mecanismo de lesão mais frequente nos idosos. Nos indivíduos com 75 ou mais anos as quedas representam 92,3% dos acidentes registados, sendo este o valor mais alto dos três anos analisados (21). As lesões provocadas pelas quedas podem ser muito variadas sendo as “*concussões, contusões e hematomas*” as mais frequentes (21). As quedas podem também resultar em síndrome pós-queda caracterizado por dependência, perda de

autonomia, confusão, imobilização e depressão, traduzindo-se numa diminuição da funcionalidade da pessoa (20), conduzindo frequentemente à institucionalização precoce. Para além disso, acrescenta-se o custo económico, muitas vezes associado à necessidade de um prestador de cuidados e ao consumo de recursos de saúde, tais como, consultas de urgência, exames, internamentos e prescrição de fármacos (5).

De salientar que os idosos com mais de 80 anos têm uma taxa de mortalidade devido a quedas 6 vezes mais alta do que os idosos entre os 65 e os 79 anos, devendo-se esta situação, não só a caírem mais, mas também por serem mais frágeis (21) (22). O número de internamentos em consequência de quedas aumenta exponencialmente com a idade, sucedendo o mesmo com o tempo médio de internamento, estimando-se que ronde os onze dias nas pessoas com mais de 75 anos (21).

➤ **Fatores de risco**

As quedas na população idosa ocorrem devido à interação de uma multiplicidade de fatores que, de uma forma global, podem ser divididos em três categorias: fatores intrínsecos, fatores extrínsecos e fatores comportamentais. Os fatores intrínsecos ou individuais dizem respeito à própria pessoa, dos quais se salientam os seguintes: idade avançada, sexo feminino, história de quedas anteriores, medo de cair, viver sozinho, polimedicação (mais de quatro medicamentos), uso de psicofármacos, doenças crónicas (doença pulmonar obstrutiva, doenças do aparelho circulatório, artrite, depressão), infeções/doenças (infeções urinárias, gripe), mobilidade reduzida (fraqueza muscular, alterações no equilíbrio e marcha, uso de dispositivos auxiliares de marcha), problemas nos pés, défices nutricionais, défices cognitivos/demência e défices visuais (cataratas, glaucoma, degeneração macular) (22) (23) (24).

Os fatores extrínsecos estão relacionados com o ambiente onde a pessoa vive, seja o seu domicílio ou os ambientes públicos que frequenta, destacando-se como mais frequentes os seguintes: iluminação insuficiente, escadas inseguras com degraus estreitos ou altos, tapetes soltos, pisos escorregadios e/ou irregulares (20), ausência de corrimãos em corredores e quartos de banho, barreiras arquitetónicas (25). Tendo em conta que, nesta faixa etária a maioria das quedas ocorre dentro de casa e durante a realização das Atividades de Vida Diária (AVD) (21), o controlo destes fatores de risco assume um papel preponderante na sua prevenção.

Os fatores comportamentais estão diretamente relacionados com a exposição da pessoa ao risco, ou seja, são as escolhas realizadas com certas atividades que potenciam a

possibilidade de queda (20). Estes comportamentos que aumentam o risco da pessoa idosa cair incluem: subir a bancos e cadeiras, uso de vestuário e calçado inadequados, uso incorreto de meios auxiliares de marcha e caminhar em locais mal iluminados.

A maioria das quedas na população idosa resulta da interação de dois ou mais fatores de risco, do que se infere que quanto maior for o número de fatores de risco, maior é a probabilidade de ocorrer uma queda (20).

➤ **Prevenção de quedas**

Tendo em conta o efeito devastador que as quedas causam na vida dos idosos, das suas famílias e da própria sociedade torna-se imperativo definir estratégias de prevenção de forma a garantir a diminuição efetiva das mesmas. A evidência demonstra que é possível reduzir as lesões nos idosos em 38%, através de métodos com custos eficazes, conduzindo a uma melhoria da qualidade de vida e a uma redução dos gastos dos serviços de saúde (20). Diversos estudos têm sido realizados no sentido de se conhecer a melhor evidência sobre as intervenções mais eficazes a implementar para a prevenção de quedas. Neste sentido, as estratégias preventivas podem figurar como: intervenções únicas, dirigidas a uma única categoria de intervenção e aplicadas a todos os participantes; intervenções múltiplas, onde há uma combinação de duas ou mais categorias de intervenção, sendo aplicada a todos os participantes; intervenções multifatoriais, onde, para além de incidir sobre mais do que uma categoria de intervenção, implica uma avaliação individual do risco, sendo as intervenções dirigidas apenas aos fatores potenciais de risco que foram identificados nesse indivíduo (6) (26) (27). As intervenções multifatoriais revelaram ser a abordagem mais eficaz na redução dos fatores de risco e conseqüentemente na redução da incidência de quedas em idosos residentes na comunidade, excluindo os indivíduos com demência ou défice cognitivo severo (6) (7) (26).

De uma forma geral, uma abordagem multifatorial eficaz deve incluir: programas de exercício físico com treino de equilíbrio e marcha; modificação do ambiente domiciliar; revisão dos medicamentos e modificação necessária; tratamento da hipotensão ortostática e de outros problemas cardiovasculares; tratamento de problemas nos pés e calçado; tratamento de problemas de visão (20) (26).

Outro ponto fulcral a ter em conta em qualquer tipo de intervenção direcionada à prevenção de quedas na população idosa, está relacionado com as atitudes e motivação do próprio no sentido da mudança de hábitos e estilos de vida (28). A mera transmissão de informação ou a realização duma modificação ambiental tornam-se insuficientes quando não

existe no individuo uma percepção da real possibilidade de prevenir a queda. Neste sentido, a consciencialização face ao fenómeno queda revela-se essencial devendo ser direcionada, não só à pessoa idosa, mas também às famílias, cuidadores e profissionais de saúde (20).

Tendo como foco o conceito de política de envelhecimento ativo, baseada nos princípios de promoção da saúde e prevenção da doença, em 2007, a OMS propõe um modelo de prevenção de quedas assente em três pilares interdependentes: aumentar a consciencialização sobre a importância da prevenção de quedas; melhorar a identificação e avaliação dos fatores de risco que aumentam a probabilidade de ocorrência de quedas e, com base na evidência científica, incentivar a implementação de intervenções que permitam uma redução do número de queda na população idosa (20).

Em 2010, a American Geriatrics Society e a British Geriatrics Society publicaram um conjunto de diretrizes a serem adotadas para prevenção de quedas na população idosa residente na comunidade, recomendando a utilização de um algoritmo clínico de rastreio, avaliação e intervenção do risco de queda (6). É proposta uma avaliação multifatorial de risco de queda (realizada a todos os idosos com antecedentes de queda e aos que relatam problemas de marcha e equilíbrio) e face aos riscos identificados, são definidas intervenções no sentido de os reduzir ou eliminar.

1.2.6 Atividade Física

A atividade física pode ser definida como todo o movimento corporal que implique um gasto energético acima dos valores de repouso, incluindo desta forma, não só a atividade física realizada em tempo de lazer (atividades desportivas e atividades de tempos livres), mas também as AVD e atividades laborais (12). Segundo a OMS, todas as formas de atividade física podem ser benéficas para a saúde, desde que realizadas regularmente e com duração e intensidade suficientes (29).

O Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF) surge em 2016 seguindo as principais orientações internacionais na área, nomeadamente da OMS, sendo um dos 11 programas definidos como prioritários pela Direção-Geral da Saúde (30). Considerando a atividade física essencial para a promoção da saúde e funcionalidade da pessoa idosa, recomenda a prática de 30 minutos de atividade aeróbia de intensidade moderada, pelo menos 5 dias por semana (por exemplo, caminhada) ou 3 sessões de 20 minutos de atividade aeróbia vigorosa (ou uma combinação de ambas). Neste padrão de

atividade física deverão ser também contemplados exercícios de equilíbrio, flexibilidade e força (30) (31).

A evidência comprova que a prática regular de atividade física pela população idosa tem um papel fundamental na manutenção da saúde física, social e mental, contribuindo também para a redução da incidência de quedas, assim como as lesões daí resultantes (6) (26) (32) (33). Na comunidade, os programas de exercícios sob a forma de treino de força, coordenação, equilíbrio e marcha revelam-se a intervenção mais consensual para a prevenção de quedas no idoso (32) (34) (35), podendo ser considerados como uma intervenção única, mas potenciando o seu benefício quando incluído numa intervenção multifatorial (6).

1.3 CENTROS DE DIA

Os Centros de Dia constituem uma resposta social dotada de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção da pessoa no seu ambiente social e familiar habitual, assegurando a satisfação das suas AVD, apoio psicossocial e o fomentar de novas relações sociais, evitando ou adiando a institucionalização permanente da pessoa idosa (36).

No Manual do Centro de Dia, publicado em 2014 pela Segurança Social, é definido todo o processo de admissão do candidato, incluído os critérios de admissibilidade: idade do cliente (indexada à idade de reforma vigente), grau de dependência, ausência ou impossibilidade da família em assegurar o apoio necessário, risco de isolamento social e situações de emergência social (36). Daqui se depreende, que este apoio social está essencialmente direcionado para os mais velhos, com perda de funcionalidade, com menos recursos económicos e com reduzido suporte social, sendo por isso de esperar que no momento da admissão, grande parte dos indivíduos já não esteja capaz de responder a algumas das suas necessidades de autocuidado. Segundo Almeida, o Centro de Dia surge como uma opção à não institucionalização da pessoa idosa, estando esta escolha normalmente associada a um declínio funcional, cognitivo ou à ocorrência de um evento crítico gerador de dependência (5).

Contrariando a evidência, que recomenda uma intervenção multidisciplinar no âmbito da promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável (7), após a revisão do Manual da Qualidade para os Centros de Dia em 2014, estes equipamentos sociais foram dispensados de fornecer à população cuidados de saúde. Desta forma, o declínio funcional inerente ao

envelhecimento, associado à inexistência de cuidados de saúde direcionados à promoção da independência e autonomia da pessoa, rapidamente se traduz num agravamento da perda de funcionalidade e aumento da dependência, conduzindo à necessidade de institucionalização num curto espaço de tempo (5).

CAPÍTULO 2

METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

O Planeamento em Saúde é um processo contínuo e dinâmico (37) que visa auxiliar na tomada de decisão permitindo utilizar da melhor forma possível os recursos disponíveis. Esta metodologia pressupõe a concretização de um conjunto de etapas que facilitarão a escolha das intervenções mais adequadas, de modo à obtenção de projetos mais eficientes (38).

Neste capítulo descreve-se de uma forma sucinta todo o processo de recolha de dados relativos ao diagnóstico de saúde, seus resultados, a posterior definição de prioridades, assim como, o projeto de intervenção comunitária desenvolvido, evidenciando o desenvolvimento de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

2.1 DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

O diagnóstico de saúde constitui a primeira etapa no processo de planeamento em saúde devendo corresponder às necessidades da comunidade em estudo. Será a concordância entre diagnóstico e necessidades que determinará a pertinência do plano, programa ou projeto (38).

2.1.1 Planeamento do Diagnóstico de Saúde

A elaboração do diagnóstico de saúde exige uma organização estruturada, assim como um minucioso planeamento, que deve atender a um conjunto de passos que são descritos de seguida.

Definição da área programática

O envelhecimento demográfico verificado nos últimos anos traduz-se num aumento da incidência de doenças crónicas, dependência funcional e perda de autonomia da pessoa idosa, assistindo-se ao aparecimento de novas necessidades em saúde. Neste contexto, tão

atual e pertinente, emergiu a saúde do idoso como área de atenção central a ser explorada. Iniciado o estágio no CEC, ficou desde logo clara a nossa participação no programa MIMA¹, tendo sido escolhido para intervenção, um Centro de Dia com o qual o CEC estava a iniciar uma parceria. Assim, de acordo com revisão da literatura efetuada tornou-se evidente que para a elaboração do diagnóstico de saúde seria fundamental uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, permitindo a identificação dos principais fenómenos de enfermagem que condicionam a sua autonomia, independência e bem-estar.

Especificação dos objetivos

A formulação de objetivos tem como principal intuito orientar as atividades a serem realizadas, de forma a atingir os resultados pretendidos. Neste sentido, o objetivo fulcral deste diagnóstico é identificar as necessidades e/ou problemas, potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem que condicionam a autonomia, independência e bem-estar dos idosos de um Centro de Dia da cidade do Porto, recorrendo à avaliação de um conjunto diversificado de fenómenos de enfermagem.

Constituição da equipa de trabalho

A equipa de trabalho foi composta pela estudante, dois enfermeiros do CEC, um dos quais seu professor orientador, e ainda dois estudantes do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem, sob a tutoria dos enfermeiros do CEC.

Identificação e caracterização da comunidade

O CEC constitui uma extensão da Escola de Enfermagem que, através da realização de parcerias com diversas instituições de solidariedade social, é responsável pela promoção e dinamização de projetos e atividades, fundamentados na evidência científica, com a missão de servir a pessoa no seu projeto de saúde.

Sendo este estágio realizado no CEC, no âmbito do projeto MIMA, foi escolhido como local de intervenção um Centro de Dia da cidade do Porto pertencente a uma Instituição Particular de Solidariedade Social. Este Centro de Dia está inserido num bairro social da cidade e disponibiliza à população serviços sob três tipos de valências: centro de dia, centro

¹ MIMA - Projeto de intervenção comunitária inserido no programa de apoio às Comunidades, desenvolvido pelo Centro de Enfermagem da Católica, que tem como população alvo, as pessoas idosas que frequentam Centros de Dia.

de convívio e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). Funciona de segunda a sexta-feira entre as nove e as dezoito horas fornecendo serviços de alimentação, cuidados de higiene, transporte, etc.

No momento do estudo, frequentavam a valência de Centro de Dia 45 utentes (30 mulheres e 15 homens) com idades compreendidas entre os 29 e os 95 anos; 14 utentes na valência de centro de convívio (9 mulheres e 5 homens) e 49 utentes na valência de SAD (36 mulheres e 13 homens).

Seleção das variáveis/ indicadores e fontes informadoras

O processo de seleção das variáveis necessárias para a realização deste diagnóstico de saúde implicou uma extensa revisão da literatura em bases de dados nacionais e internacionais, assim como a consulta de websites, ficando clara a noção da necessidade de uma abordagem multidimensional da pessoa idosa. Para se conseguir dar resposta aos objetivos definidos e, tendo em conta o insuficiente conhecimento sobre o estado de saúde e grau de autonomia das pessoas que frequentam este Centro de Dia, foram selecionadas distintas variáveis, que foram agrupadas e permitiram a elaboração do Instrumento de Recolha de Dados (IRD):

- **Informação pessoal:** Idade; Sexo; Estado civil; Nível de escolaridade.
- **Apoio social:** Coabitação; Prestador de cuidados; Gestão de dinheiro; Tempo de frequência do centro de dia e motivo.
- **Saúde mental:** Estado cognitivo; Isolamento social; Condições emocionais.
- **Exame físico:** Índice de Massa Corporal (IMC); Perímetro abdominal; Tensão arterial; Ritmo cardíaco.
- **Exame sensorial e dor:** Visão; Dor.
- **Autopercepção da saúde:** Qualidade de vida; Problemas de saúde; Comportamento de procura de saúde.
- **Capacidade funcional:** Atividades de vida diária; Atividades instrumentais da vida diária.
- **Quedas:** Ocorrência de quedas; Medo de cair; Equilíbrio corporal; Força muscular.
- **Atividade física e recreativa:** Intensidade da atividade física; Influência das atividades de lazer no bem-estar.

Para ser possível mensurar algumas das variáveis foram selecionados testes e escalas amplamente utilizados a nível nacional e mundial, validados para a realidade portuguesa e população idosa, sendo realizada em seguida uma breve abordagem sobre cada um deles.

Escala ESTE II de Solidão social – Este instrumento desenvolvido por Zafra e colaboradores (39), surge na continuidade da Escala ESTE I desenvolvida em 1999 e permite caracterizar o nível de solidão social dos indivíduos. É uma escala com 15 perguntas que incidem sobre três áreas distintas: perceção do apoio social, uso de novas tecnologias e índice de participação social subjetiva. A pontuação global varia entre 0 e 30 pontos, como se pode comprovar no quadro 1.

Quadro 1- Pontos de corte para a Escala ESTE II de Solidão social

Níveis de solidão social	Pontuação
Baixo nível de solidão social	0 - 10
Médio nível de solidão social	11 - 20
Elevado nível de solidão social	21 - 30

Mini Exame do Estado Mental – É um dos testes mais utilizados em todo o mundo para avaliação do funcionamento cognitivo, tendo sido elaborado e publicado por Folstein e McHugh em 1975 e traduzido e validado para a população portuguesa por Guerreiro e colaboradores em 1994 (11). Sendo um teste de fácil aplicação, permite avaliar a orientação temporal e espacial, a memória de curto prazo (imediate ou atenção) e a evocação, o cálculo, a coordenação dos movimentos, e as habilidades de linguagem e viso-espaciais. A pontuação global varia entre 0 e 30 e permite classificar os indivíduos com suspeita de défice cognitivo dos que não apresentam défice. No nosso estudo adotou-se os pontos de corte propostos por Morgado e colaboradores em 2009 (40), expostos no quadro 2.

Quadro 2- Pontos de corte do Mini Exame do Estado Mental para défice cognitivo

Escolaridade	Pontuação
0 a 2 anos	22
3 a 6 anos	24
Igual ou superior a 7 anos	27

Escala Geriátrica da Depressão (GDS-4) - Este instrumento consiste numa versão simplificada da Geriatric Depression Scale (GDS), desenvolvida por Yesavage em 1982, sendo um dos instrumentos amplamente utilizados para rastreamento de depressão entre a população idosa (12). Esta escala permite distinguir os indivíduos com suspeita de

perturbação depressiva, dos que estão em risco de a desenvolver e dos que não demonstram evidência desta perturbação. A GDS-4 apresenta como grande vantagem o pouco tempo gasto na aplicação do teste, sendo um aspeto bastante relevante para a prática dos serviços de saúde, tendo sido validada para a população portuguesa por Castelo (41). A pontuação global varia entre 0 e 4, estando os pontos de corte evidenciados no quadro seguinte.

Quadro 3- Pontos de corte para a GDS-4

Rastreio de depressão	Pontuação
Sem depressão	0
Dúvida	1
Depressão	2 - 4

Índice de Barthel – É um instrumento que avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Foi desenvolvido por Mahoney & Barthel, em 1965 e validado para a população portuguesa por Sequeira em 2007, o qual agrupou estas atividades em três domínios: mobilidade, higiene e controlo de esfíncteres (11). A pontuação da escala varia entre 0 e 100 pontos, classificando os indivíduos em cinco níveis de dependência, onde à pontuação mínima corresponde a independência total (consultar quadro 4).

Quadro 4- Pontos de corte do Índice de Barthel

Nível de dependência	Pontuação
Independente	90 - 100
Ligeiramente dependente	60 – 85
Moderadamente dependente	40 – 55
Severamente dependente	20 – 35
Totalmente dependente	< 20

Índice de Lawton-Brody – Este instrumento, desenvolvido Lawton-Brody em 1969, permite avaliar o nível de independência da pessoa idosa para realizar as atividades instrumentais da vida diária que compreende oito tarefas: tarefas domésticas, lavagem da roupa, preparação das refeições, realização de compras, utilização do telefone, utilização de meios de transporte, uso do dinheiro e responsabilidade pelos medicamentos. No nosso estudo opta-se pela versão validada para a população portuguesa por Sequeira (11) na qual a pontuação global varia entre 8 e 30 pontos e onde à maior pontuação corresponde um maior grau de dependência como se pode comprovar no quadro 5.

Quadro 5- Pontos de corte para o Índice de Lawton-Brody

Nível de dependência	Pontuação
Independente	8
Moderadamente dependente, necessita de alguma ajuda	9 - 20
Severamente dependente, necessita de muita ajuda	21 – 30

Performance-Oriented Assessment of Mobility (POMA) – Este instrumento foi desenvolvido em 1986 por Tinetti sendo composto por duas escalas que avaliam separadamente o equilíbrio estático e dinâmico; através do seu somatório é possível realizar uma estimativa para o risco de queda. Foi validada para a população portuguesa por Petiz em 2002 (40) e a sua pontuação global varia entre 0 e 28 pontos, tal como mostra o quadro 6.

Quadro 6- Pontos de corte para POMA

Risco de Queda	Pontuação
Baixo risco de queda	25 - 28
Moderado risco de queda	19 - 24
Elevado risco de queda	< 19

Falls Efficacy Scale International (FES-I) – É um instrumento que permite avaliar o medo de cair em pessoas idosas residentes na comunidade. A escala original, a Falls Efficacy Scale, foi desenvolvida por Tinetti em 1990 sendo constituída por 10 itens de avaliação. Em 2005, Yardley apresenta uma versão modificada, a FES-I, com dezasseis itens, no sentido de representar uma relação direta entre o medo de cair e sua autoeficácia. A evolução para a FES-I também foi referente à própria avaliação, cujo termo evoluiu de “confiante” para “preocupado” (42). Neste sentido são atribuídos pontos mediante o grau de preocupação (nada preocupado(a) – 1 ponto, até muito preocupado(a) – 4 pontos), podendo a pontuação global variar entre 16 e 64 pontos. Esta escala foi validada para a população portuguesa por Marques-Vieira (43), apresentando-se os pontos de corte no quadro 7.

Quadro 7- Pontos de corte para FES-I

Nível de preocupação	Pontuação
Baixa preocupação	16 - 19
Moderada preocupação	20 - 27
Alta preocupação	28 - 64

Questionário de Baecke Modificado para idosos – Originado em 1982, por Baecke e colaboradores, o questionário de atividade física habitual foi modificado e validado para idosos por Voorrips em 1991 (44). Este permite mensurar a atividade física habitual no último ano, através de doze questões divididas em três domínios: atividade doméstica,

atividade desportiva e atividade de lazer, tendo sido validado para a população portuguesa por Azevedo em 2009. Neste estudo, optou-se por utilizar os pontos de corte propostos por Voorrips (5), expostos no quadro 8.

Quadro 8- Pontos de corte para o Questionário de Baecke modificados para idosos

Nível de atividade física	Pontuação
Reduzida (sedentarismo)	0 – 9,40
Moderada	9,41 – 16,14
Elevada	16,15 ou mais

Determinação da população/ amostra

Para a elaboração do diagnóstico de saúde foi necessário determinar a população e a amostra do nosso estudo:

- População: Utentes de um Centro de Dia da cidade do Porto
- População alvo: Utentes de um Centro de Dia da cidade do Porto com 65 ou mais anos de idade, inscritos na valência de centro de dia (existindo ainda as valências de apoio domiciliário e centro de convívio), com capacidade para interagir e decidir voluntariamente a sua participação no estudo.
- Amostra: Dos 19 utentes que constituem a população alvo, dois encontravam-se doentes na fase de recolha de dados e outros dois desistiram do centro, tendo ficado uma amostra final de **15 utentes**.

O facto de ser uma amostra pequena (n=15) condicionou a possibilidade de se estabelecer correlações entre variáveis e possíveis extrapolações dos resultados. Mesmo assim, considera-se que todo o percurso percorrido foi fundamental para a aquisição das competências inerentes a esta etapa.

Seleção e elaboração do instrumento de recolha de dados

Sabendo que a população em estudo é composta por pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e que frequentam um Centro de Dia, é grande a probabilidade de existirem défices sensoriais e cognitivos, associados a uma baixa escolaridade. Neste sentido, opta-se por utilizar como técnica de recolha de dados o formulário, pois permite-nos um esclarecimento acrescido e individualizado sobre cada uma das perguntas, potenciando a fiabilidade das respostas dos participantes.

Com a revisão da literatura realizada constatou-se a existência de alguns estudos nesta área, tendo sido utilizado como suporte para a construção do nosso IRD, um instrumento utilizado num estudo realizado recentemente por Almeida (5), intitulado Funcionalidade e vulnerabilidade em pessoas idosas - Implicações para os Cuidados de Enfermagem.

Neste sentido, de forma a dar resposta aos objetivos definidos, procedeu-se à construção do IRD composto por um conjunto de perguntas maioritariamente fechadas, e por oito testes/ escalas, validados para a realidade portuguesa e para a população idosa já descritos anteriormente (consultar apêndice I).

Pré-teste

Considerando que a construção do IRD teve como suporte principal um formulário já aplicado numa tese de doutoramento de uma área programática semelhante e atendendo à limitação do número de indivíduos para constituição da amostra, optou-se por não realizar o pré-teste.

Previsão da representação dos dados

Os dados recolhidos através do formulário, devidamente numerado e codificado, foram introduzidos numa base de dados concebida para o efeito utilizando o software Microsoft Excel 2010, tendo sido posteriormente transpostos para o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), local onde se realizou toda a análise estatística.

No sentido de facilitar a apresentação e compreensão dos resultados, optou-se por recorrer à elaboração de alguns gráficos e tabelas.

Treino do pessoal

A recolha de dados foi operacionalizada pela estudante com a colaboração do CEC. No sentido de garantir a uniformidade nos procedimentos a adotar na recolha de dados e consequente fiabilidade dos mesmos foi elaborado um manual de procedimentos (consultar apêndice II) que foi discutido entre todos e professor orientador e posteriormente testado.

2.1.2 Execução do Diagnóstico de Saúde

Depois de se abordar as distintas etapas que contribuíram para o planeamento do diagnóstico de saúde desta população, procede-se à descrição de como se operacionalizou todo o processo de recolha de dados, assim como, a exposição dos resultados obtidos.

Recolha de dados

Numa fase inicial foi pedida à instituição uma lista de todos os utentes que frequentavam o Centro de Dia para que gradualmente fosse possível conhecer e seleccionar os utentes que fariam parte da amostra. As primeiras duas semanas de estágio revelaram-se de extrema importância, não só para se conhecer a dinâmica de funcionamento da instituição, mas principalmente para se estabelecer um contacto mais próximo com os idosos, desenvolvendo uma relação de empatia que tanto ajudou na obtenção da colaboração destes para participar no estudo.

Dos 19 utentes que inicialmente constituíam a nossa amostra, 2 ficaram doentes durante a recolha de dados não frequentando o Centro nesse período e outros 2 desistiram durante o processo. Desta forma, a recolha de dados foi realizada a 15 utentes no período de 15 de outubro a 7 de novembro de 2018.

Tendo por base os princípios éticos da autonomia, da justiça, da beneficência e da não maleficência, reuniu-se individualmente com cada um dos indivíduos com o intuito de se explicar o estudo que seria realizado e obter o seu consentimento livre e esclarecido. Todos foram informados do seu direito de recusar ou desistir de participar em qualquer fase do estudo e que este facto, em nenhum momento teria qualquer tipo de consequência. A recolha de dados foi realizada respeitando a confidencialidade e o anonimato, salvaguardando que só os investigadores teriam acesso às respostas, não sendo possível detetar a origem dos dados. Foi também disponibilizado aos participantes um documento com todas as informações essenciais (apêndice III), tais como, objetivo do estudo, suas vantagens, ausência de riscos, benefícios e ausência de custos, que alguns deles optaram por mostrar a familiares antes de consentir. O modelo de consentimento livre e esclarecido utilizado poderá ser consultado no apêndice IV.

Todo o processo de recolha de dados efetuou-se numa sala disponibilizada pelo centro, previamente preparada com todo o material necessário para a aplicação do IRD. As entrevistas realizadas com cada um dos participantes decorreram de forma a não colidir com

o horário das atividades habitualmente desenvolvidas no centro. Por outro lado, sendo este um formulário extenso, e respeitando sempre as necessidades de tempo dos idosos, em alguns casos a sua aplicação foi dividida em dois ou três períodos.

Análise descritiva dos dados

Com a aplicação de IRD obteve-se um conjunto de dados que foram analisados e os quais serão sucintamente expostos de seguida.

Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 15 indivíduos, sendo todos do sexo feminino, apresentando uma idade média de 80 anos, sendo que a maioria (n=11) tem mais de 75 anos. No que se refere ao estado civil, a amostra é essencialmente constituída por viúvos (n= 9), salientando-se que dos restantes, 2 são solteiros, 2 divorciados e só 2 são casados.

Quanto ao nível de escolaridade, 10 indivíduos completaram o 1º ciclo e 5 não o fizeram (mas sabem ler e escrever), emergindo assim um baixo nível de instrução.

Apoio social

Relativamente à variável coabitação, 6 dos inquiridos vivem sozinhos e 2 vivem com o cônjuge (com aproximadamente a mesma idade) evidenciando uma maior vulnerabilidade. Os restantes (n=7) vivem com filhos e outros familiares.

No que diz respeito à pessoa que assume o papel de prestador de cuidados, verifica-se que um terço dos indivíduos (n=5) não tem ninguém que assuma esse papel. Nesta amostra, apenas um cônjuge desempenha o papel de prestador de cuidados e, nos restantes indivíduos este papel é assegurado por filhos/nora/genro/netos (n=4) e outros familiares (n=2). Habitualmente, como resposta a uma dependência, seja ela temporária ou permanente, surge a necessidade de apoio de outra pessoa. Porém, podem ocorrer situações onde se verifica uma substituição no autocuidado mesmo quando já não é necessário, contribuindo para uma gradual perda de autonomia e funcionalidade.

Quando analisada a capacidade para gerir o dinheiro da sua reforma e outros bens verificamos que a maioria (n=9) atribui essa responsabilidade a familiares, evidenciando já alguma dependência no uso do dinheiro.

Quando questionados sobre “há quanto tempo frequentam o centro de dia” constatou-se que grande parte dos indivíduos (n=11) utiliza este serviço de apoio social há menos de 5

anos, dos quais 5 referem estar lá há menos de 1 ano, sugerindo, em concordância com a evidência, que estes equipamentos sociais poderão funcionar como contexto provisório entre o início do declínio funcional e a institucionalização permanente.

Saúde mental

Relativamente à variável isolamento social, avaliada através da aplicação da escala ESTE II de Solidão social, percebemos que a maioria (n=9) apresenta níveis médios de solidão social e apenas 6 indivíduos atingem valores compatíveis com um nível satisfatório.

Quando avaliado o desempenho cognitivo, recorrendo ao Mini-mental State Examination, verificou-se a existência de 6 pessoas com suspeita de défice cognitivo, reforçando a evidência de que o declínio cognitivo, interferindo na satisfação autónoma das AVD, constitui uma das razões para a procura de suporte social (5). Assim, assume-se fundamental intervir no sentido da promoção da saúde cognitiva do idoso, de forma a prevenir, diagnosticar precocemente e intervir face aos défices cognitivos.

As condições emocionais foram também avaliadas utilizando a GDS-4, tendo-se verificado que a grande maioria dos idosos (n=12) apresenta sinais sugestivos de depressão.

Estado nutricional

Através do cálculo do IMC, constatou-se que um número considerável de indivíduos (n=12) apresenta excesso de peso, dos quais 8 já evidenciam valores compatíveis com obesidade. Com a avaliação do perímetro abdominal, foi possível constatar que em 11 casos já existe um risco muito aumentado de complicações metabólicas.

O estado nutricional dos idosos é considerado essencial para um envelhecimento saudável. Durante o envelhecimento, ocorrem alterações fisiológicas e metabólicas no organismo levando a repercussões na saúde e estado nutricional dos idosos (45). A evidência mostra que o excesso de peso assume uma tendência crescente nas pessoas idosas, potenciando o aparecimento de doenças cardiovasculares, osteoarticulares e neoplásicas, conduzindo ao aumento da morbilidade e mortalidade (12). Perante esta situação, a identificação de problemas nutricionais na população idosa assume-se fundamental no sentido de ser possível intervir atempadamente na melhoria da sua saúde e qualidade de vida.

Autopercepção sobre a saúde

Centrando-nos agora na autopercepção que os idosos têm da sua saúde, verifica-se que 6 participantes a considera má ou muito má e 11 consideram que estão piores do que há cinco anos atrás. Todavia, quando questionamos se precisam de mais cuidados ou tratamentos de saúde, a maioria (n=8) refere que não, evidenciando que as suas atuais necessidades não estão necessariamente associadas ao processo de doença, mas sim às alterações inerentes ao processo de envelhecimento, sendo estas aceites como inevitáveis.

Na pergunta 24 do formulário, onde os participantes eram questionados sobre a existência de problemas de saúde, destacam-se os problemas osteoarticulares (n=12), seguindo-se a dislipidemia (n=10); a hipertensão arterial, diabetes, problemas cardíacos e problemas visuais (glaucoma e cataratas) surgem em terceiro lugar, tendo sido referido por 8 indivíduos.

Relativamente ao local onde recorrem no caso de doença, a Unidade de Saúde Familiar (USF) é citada por 11 dos indivíduos, seguido do hospital (n=3).

Quando questionados sobre o número de dias que estiveram doentes nos últimos seis meses a maioria (n=9) refere não ter estado doente; 5 dos participantes necessitaram de recorrer a um serviço de urgência hospitalar e 1 deles necessitou de internamento.

Exame sensorial e dor

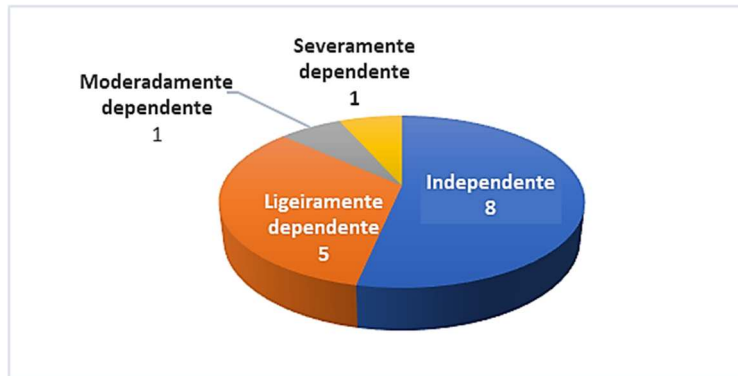
Outra das variáveis avaliadas foi a acuidade visual, onde 13 dos participantes (dos quais 10 usam óculos) referem sentir dificuldade na visão durante a realização das AVD. No sentido de uma melhor caracterização dos défices foram realizados testes de visão: no teste de visão ao perto (recorrendo ao cartão Jaeger), metade dos indivíduos (n=7) revelou défice visual; no caso do teste de visão ao longe utilizou-se a tabela de Snellen, tendo sido verificado défice em 13 participantes.

A dor foi também avaliada e referida como presente nas últimas semanas por quase todos os participantes (n=14).

Capacidade funcional

No que diz respeito à dependência nas ABVD, avaliada pelo Índice de Barthel, 8 participantes demonstram ser independentes e 5 ligeiramente dependentes, tal como mostra o gráfico seguinte.

Gráfico 1- Distribuição numérica da amostra por classificação no Índice de Barthel



Analisando separadamente cada item (consultar tabela 1), verifica-se que, sendo a maioria independente, o banho, o vestir e o subir escadas constituem os itens com maior nível de dependência.

Tabela 1- Distribuição da amostra pelas pontuações parciais do Índice de Barthel

Domínio	Itens	Classificação	n
Higiene	Higiene pessoal	Necessita de ajuda	3
		Independente	12
	Banho	Dependente	11
		Independente	4
Controlo de esfíncteres	Controlo intestinal	Episódios ocasionais de incontinência	1
		Continente	14
	Controlo vesical	Incontinente ou algaliado	3
		Episódios ocasionais de incontinência	1
		Continente	11
Mobilidade	Uso da casa de banho	Dependente	1
		Necessita de ajuda	1
		Independente	13
	Alimentação	Necessita de ajuda	2
		Independente	13
	Mobilidade	Transferência cadeira-cama	Grande ajuda
Pequena ajuda			2
Independente			10
Deambulação		Imobilizado	1
		Anda com ajuda de uma pessoa	2
		Independente	12
Vestir		Dependente	3
	Necessita de ajuda	3	
	Independente	9	
Subir escadas	Incapaz	1	
	Necessita de ajuda	6	
	Independente	8	

No item referente ao controlo vesical, salienta-se que 3 dos indivíduos são incontinentes e 1 já apresenta episódios ocasionais de perdas de urina.

A incontinência urinária pode ser definida como a condição na qual há uma perda involuntária de urina, sendo já considerada um importante problema de saúde pública. Esta influencia negativamente a qualidade de vida dos idosos, comprometendo a sua independência e autonomia, potenciando o isolamento social (46). Apesar das alterações decorrentes do processo de envelhecimento favorecerem o desenvolvimento deste distúrbio, é importante salientar que este não deverá ser considerado como parte natural desta fase do ciclo de vida. Pelo descrito, o problema da incontinência urinária constitui para o enfermeiro uma área de atuação essencial, na medida em que um adequado plano de cuidados permitirá a diminuição da ocorrência e consequências deste problema, conduzindo a ganhos na qualidade de vida desta população (47).

Quanto à dependência funcional para realizar as AIVD, analisada pelo Índice de Lawton-Brody, um pouco mais de metade dos indivíduos (n=8) classificam-se como moderadamente dependentes e os restantes (n=7) como severamente dependentes.

A tabela seguinte expõe os resultados nos diferentes itens do Índice de Lawton-Brody.

Tabela 2- Distribuição da amostra pelas pontuações parciais do Índice de Lawton-Brody

Itens	Classificação	n
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	4
	Faz tudo exceto trabalho pesado	1
	Só faz tarefas leves	4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	6
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	4
	Só lava pequenas peças	3
	Incapaz de lavar a roupa	8
Preparar comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	3
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré cozinhados	2
	Incapaz de preparar as refeições	8
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	3
	Faz as compras acompanhado	1
	É incapaz de ir às compras	10
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	10
	Necessita de ajuda para o usar	4
	Incapaz de usar o telefone	1
Uso do transporte	Viaja em transporte público ou conduz	2
	Necessita de acompanhamento	13
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco	4
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	9
	Incapaz de utilizar o dinheiro	2
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação	6
	Necessita que lhe preparem a medicação	6
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

Pela análise da tabela verifica-se que só 4 indivíduos são capazes de cuidar da casa e da roupa autonomamente, apenas 1 faz compras sem necessitar de ajuda, só 3 são capazes de planear e preparar as próprias refeições e unicamente 6 são responsáveis pela gestão da sua medicação. Destes dados se infere que a maioria não está capaz de assegurar as atividades necessárias para se manter em casa autonomamente, comprovando a necessidade de um suporte social, neste caso, o Centro de Dia.

A dificuldade em gerir o regime medicamentoso ocorre como resultado de um conjunto intrincado de fatores, tais como, elevado consumo de fármacos, esquemas terapêuticos complexos, alterações da capacidade cognitiva, baixa escolaridade e escassos recursos económicos. A polimedicação constitui um fenómeno de elevada prevalência nos idosos, sendo responsável por custos excessivos para o indivíduo e para o sistema de saúde, relacionados com a não adesão ao regime medicamentoso, interações medicamentosas, efeitos secundários e erros na toma da medicação (48).

Comparando os resultados das tabelas 1 e 2, é notório que a dependência nas AIVD é bastante superior à das ABVD reforçando as evidências de que, de uma forma global, o declínio funcional começa por se manifestar no desempenho das AIVD e só posteriormente nas ABVD.

Relativamente à higienização da cavidade oral, verifica-se um défice de cuidados, onde 7 indivíduos só realizam a higienização da cavidade oral 1 vez/dia e 1 assume não realizar qualquer tipo de higienização. Para além deste facto, a grande maioria dos participantes (n=13) refere não realizar a higienização da cavidade oral no Centro de Dia.

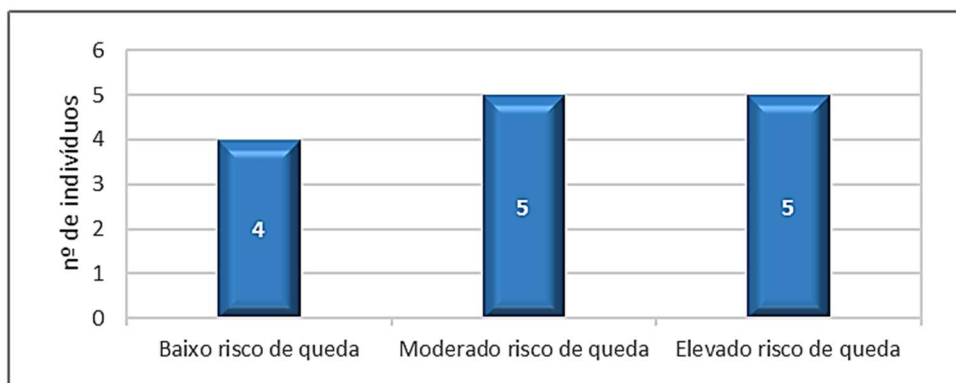
Queda e risco de queda

Na pergunta 37, foi avaliada a força muscular dos participantes, recorrendo ao Teste de flexão do antebraço (membros superiores) e ao Teste de levantar e sentar (membros inferiores) (49). Em ambos os testes, a grande maioria dos indivíduos (n=14) apresentam um score de “Muito fraco”.

Com o intuito de se conhecer a forma de locomoção dos participantes, verificamos que a maioria (n=10) não utiliza meios auxiliares de marcha com regularidade; dos restantes, 2 usam canadiana, 1 bengala e 1 andarilho.

Seguidamente, no sentido de avaliar o equilíbrio corporal (estático e dinâmico) dos participantes foi aplicado o POMA, o qual nos fornece uma estimativa do risco para a ocorrência de quedas. Pela análise dos resultados, verificou-se que 4 indivíduos apresentam baixo risco de queda, 5 apresentam moderado risco e 5 elevada probabilidade de cair, tal como mostra o gráfico seguinte.

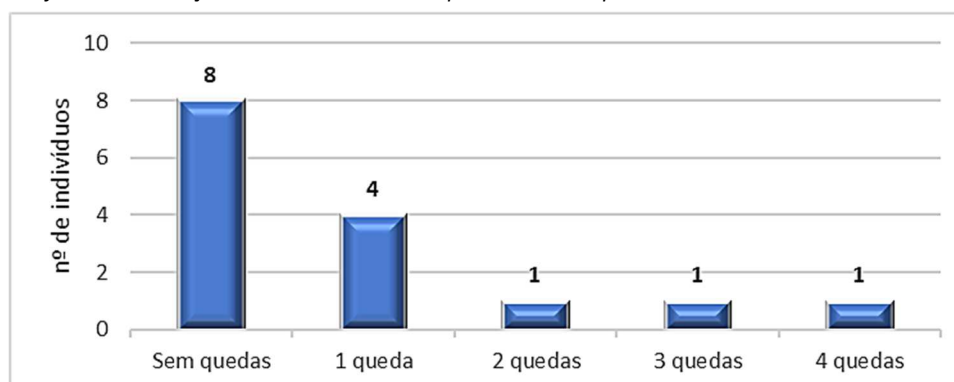
Gráfico 2- Distribuição numérica da amostra por classificação no POMA



Quando questionados sobre o medo de cair, 14 participantes referem ter uma preocupação acima da média, dados corroborados com a aplicação da escala FES-I, onde praticamente todos os indivíduos (n=14) demonstram alta preocupação em cair revelando uma baixa confiança para realizar as AVD. Este medo de cair é maioritariamente atribuído a problemas de equilíbrio (n=4), diminuição da força muscular (n=4) e história anterior de quedas (n=6). Pela análise destes dados, facilmente se depreende, indo de encontro à evidência (5), que o medo de cair, assumindo uma prevalência elevada nos Centros de Dia, constitui um potencial inibidor da atividade diária, acelerando o declínio funcional e conduzindo a um acrescido risco de queda.

Relativamente à história de quedas nos últimos 12 meses, 8 participantes negam ter caído e 7 assumem ter tido pelo menos uma queda, estando a distribuição da amostra relativamente ao número de quedas exposta no gráfico 2. O facto de 6 idosos já apresentarem suspeita de défice cognitivo, associado a uma certa banalização do fenómeno por parte dos participantes, faz-nos acreditar que o número de quedas ocorrido possa ter sido superior ao descrito.

Gráfico 3- Distribuição numérica da amostra por número de quedas



No sentido de se perceber um pouco melhor o fenómeno das quedas, realizou-se uma anamnese da totalidade das quedas ocorridas (n=13), utilizando-se como suporte o sistema ADELIA, tendo-se verificado que a maioria ocorreu dentro de casa (n=7), durante o dia (n=12) e durante a realização de atividades vitais (n=10).

Em 10 das ocorrências, os indivíduos não se conseguiram levantar sem auxílio, assumindo este dado grande relevância quando se correlaciona com o facto de 6 idosos viverem sozinhos e 2 viverem só com o cônjuge.

Relativamente às lesões resultantes da queda, 4 das ocorrências não provocaram qualquer tipo de lesão física, 5 provocaram contusões, 2 escoriações e em 2 casos fratura.

Considerando as 13 ocorrências de quedas, na grande maioria (n=11) os indivíduos não recorreram a nenhum serviço de saúde, tendo regressado a casa (n=6) ou ao centro de dia (n=5). Nas restantes 2 ocorrências, os indivíduos recorreram ao hospital, correspondendo aos 2 internamento descritos.

Atividade física e recreativa

Para se caracterizar a intensidade da atividade física realizada pelos participantes, foi aplicado o Questionário de Baecke modificado para idosos, tendo-se concluído que a totalidade da amostra (n=15) apresenta níveis reduzidos de atividade física (sedentarismo). Sendo evidente os benefícios da prática de atividade física pela população idosa, revela-se fundamental a estruturação e implementação de programas de exercício físico sob a forma de treino de força, coordenação, equilíbrio e marcha com o intuito de retardar o declínio funcional e conseqüentemente o risco de queda.

Na pergunta 49 do formulário tentou-se conhecer a opinião dos participantes quanto à importância atribuída às atividades de lazer, verificando-se que 6 idosos consideram que a realização deste tipo de atividades tem muita influência no seu bem-estar, 6 consideram que tem alguma influência e os restantes (n=3) atribuem-lhe pouca importância. Quando questionados sobre quais as suas atividades de lazer preferidas obtiveram-se os seguintes resultados: jogar dominó (referido por 4 pessoas), ver televisão (referido por 3) e ler (também referido por 3). Como última questão foram solicitadas sugestões de novas atividades que gostassem de realizar no centro, ao que a maioria (n=11) não responde.

Neste grupo de perguntas, ficou claro que apesar de considerarem importante a realização de atividades de lazer, existe um sentimento de aceitação e conformismo perante um estereótipo onde ao envelhecimento está associado o declínio, a perda e a passividade (17) (50).

O lazer pode ser definido como um conjunto de ocupações que a pessoa escolhe de livre vontade permitindo-lhe momentos de repouso, diversão, satisfação, relaxamento e melhoria do relacionamento social (51), contribuindo para amenizar os efeitos decorrentes do processo de envelhecimento. Neste sentido, é crucial que se elaborem novas estratégias para aumentar as atividades dos mais velhos, proporcionando-lhes bem-estar emocional e psicológico (50). É mais do que ocupar o tempo livre; é planejar atividades tendo em conta as preferências individuais e coletivas do grupo (11), de forma a aumentar a autoestima e o gosto pela vida. Sempre que possível, estas atividades de lazer deverão contemplar práticas relacionadas com a atividade física, sendo esta indispensável para uma boa saúde física e mental (11).

2.1.3 Problemas identificados

Pela análise dos resultados obtidos foi possível identificar problemas de saúde e necessidades nesta comunidade, os quais estão expostos no quadro 9.

Quadro 9- Problemas de saúde identificados

Problemas de Saúde	
P1	Solidão social
P2	Défice cognitivo
P3	Depressão
P4	Obesidade
P5	Utilização dos recursos de saúde
P6	Visão ao perto diminuída
P7	Visão ao longe diminuída
P8	Higienização da cavidade oral inadequada
P9	Dor
P10	Força muscular nos membros inferiores comprometida
P11	Força muscular nos membros superiores comprometida
P12	Equilíbrio comprometido
P13	Medo de cair
P14	Queda
P15	Atividade física reduzida
P16	Falta de vontade/ motivação para atividade de lazer
P17	Incontinência urinária
P18	Gestão do regime medicamentoso inadequada

2.2 DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Dada a extensa lista de problemas identificados e no sentido da utilização eficiente dos recursos existentes foi necessário a definição de prioridades. Esta consiste na segunda etapa do processo de planeamento em saúde implicando uma tomada de decisão, no sentido de se hierarquizar os vários problemas identificados e assim, definir qual o problema sobre o qual se vai intervir em primeiro lugar (38).

Neste sentido, realizou-se um consenso de peritos com a estudante e os professores do CEC, para se definirem os critérios de priorização e respetiva ponderação, tal como mostra o quadro 10.

Quadro 10- Critérios de priorização e sua ponderação

Critérios de Priorização		Pontos	
A	Sensibilidade aos cuidados de enfermagem	Não sensível	0
		Sensível	1
B	Disponibilidade de Recursos	Sem recursos	0
		Com recursos	1
C	Faz sentido para o utente	Para quase ninguém	1
		Para menos de metade	2
		Para mais de metade	3
		Para quase todos	4
D	Impacto na saúde do utente	Melhoria	1
		Algum impacto na saúde	2
		Grave	3
		Fundamental para a saúde	4
E	Exequibilidade no tempo	Médio/ longo prazo	1
		Curto/ médio/ longo prazo	2
		Curto/ médio prazo	3
		Curto prazo	4
F	Prevalência do problema	≤ 25%	1
		26 – 50%	2
		51 – 75%	3
		>75%	4

Cada um dos problemas foi analisado à luz dos critérios definidos e atribuída a ponderação correspondente. Seguidamente, foi aplicada a seguinte fórmula:

$$A \times B \times (C + D + E + F)$$

Deste modo, obteve-se uma pontuação final para cada um dos problemas, sendo possível ordená-los segundo o seu nível de prioridade de intervenção, demonstrado no quadro seguinte.

Quadro 11- Ordenação final dos problemas de saúde identificados

Problemas de Saúde	
P9	Dor
P12	Equilíbrio comprometido
P16	Falta de vontade/ motivação para atividade de lazer
P10	Força muscular nos membros inferiores diminuída
P14	Queda
P8	Higienização da cavidade oral inadequada
P11	Força muscular nos membros superiores diminuída
P13	Medo de cair
P15	Atividade física reduzida
P17	Incontinência urinária
P18	Gestão do regime medicamentoso inadequada
P2	Défice cognitivo
P4	Obesidade
P1	Solidão social
P3	Depressão
P5	Utilização dos recursos de saúde
P6	Visão ao perto comprometida
P7	Visão ao longe comprometida

Determinou-se que os estudantes do 4º ano de Licenciatura em Enfermagem sob a orientação e tutoria dos professores do CEC, iriam intervir sobre a *Dor* (problema 9) e a *Higienização da cavidade oral* (problema 8).

Pela análise do quadro 11 e com base na revisão da literatura efetuada, constatou-se que o défice de equilíbrio (problema 12), o défice de força nos membros inferiores (problema 10) e superiores (problema 11), a queda (problema 14), o medo de cair (problema 13) e os baixos níveis de atividade física (problema 15) constituíam um conjunto de fenómenos que, sendo distintos, culminavam num problema major: o **risco de queda**. Desta forma, optou-se por escolher o Risco de Queda para desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária.

2.3 INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Terminada a fase de diagnóstico de saúde, onde foram identificados os problemas mais relevantes para esta população, e definidas as prioridades de intervenção, é chegada a hora de intervir.

2.3.1 Justificação da problemática

Tendo como amostra, 15 utentes com 65 ou mais anos de idade de um Centro de Dia da cidade do Porto, identificou-se como problema prioritário o risco de queda.

Pela análise dos resultados obtidos no diagnóstico de saúde é evidente, não só a elevada prevalência de quedas (n=7), mas também a existência de um conjunto diversificado de fatores de risco que potenciam a ocorrência da mesma: sexo feminino, viver sozinho, défices cognitivos, baixo nível de instrução, alterações no equilíbrio corporal, diminuição da força muscular, medo de cair, dependência nas AVD e sedentarismo. Estes dados, indo de encontro à revisão da literatura efetuada, reforçam a necessidade de intervenção nesta área.

2.3.2 Projeto de intervenção comunitária “Prevenir ajuda a não cair!”

Tendo sido identificado o risco de queda como uma necessidade de intervenção nesta comunidade e mediante a inexistência na instituição de qualquer tipo de projetos nesta área, pretendeu-se desenvolver um projeto de intervenção comunitária visando reduzir o risco de queda no idoso, em Centros de Dia.

O limite temporal imposto pela duração do estágio, o facto de ser um contexto de atuação muito distinto da experiência profissional da estudante e a complexidade do fenómeno a estudar, indicou que a melhor estratégia seria estruturar uma intervenção que permitisse a sua implementação por outros enfermeiros, de forma sistemática, sob a forma de uma consulta de enfermagem.

Desta forma, constituiu-se como principal finalidade do projeto de intervenção comunitária: desenvolver um procedimento de consulta de enfermagem para avaliação multifatorial e intervenção face ao risco de queda direcionada aos utentes com 65 ou mais anos de idade que frequentam o Centro de Dia, o qual foi denominado “Prevenir ajuda a não cair!”. Esta consulta pretende dar resposta às necessidades definidas como prioritárias na fase de priorização, sendo elas: elevada prevalência de quedas, medo de cair, equilíbrio comprometido, força muscular nos membros superiores e inferiores diminuída e existência de baixos níveis de atividade física (sedentarismo).

No sentido de dar a conhecer os resultados do diagnóstico de saúde realizado, assim como, apresentar e negociar as propostas de intervenção face ao problema priorizado, foi realizada uma reunião onde esteve presente a estudante, um enfermeiro do CEC, os

estudantes da Licenciatura em enfermagem e a equipa multidisciplinar do Centro de Dia. A apresentação realizada poderá ser consultada no apêndice V.

Fixação de objetivos

Depois de definido o âmbito do projeto é essencial a definição de objetivos que, indicando-nos quais os resultados esperados, nos permitirão avaliar o grau de sucesso das intervenções realizadas (38). O objetivo geral e os objetivos específicos do projeto de intervenção comunitária “Prevenir ajuda a não cair!” são apresentados no quadro 12.

Quadro 12- Objetivos do projeto de intervenção “Prevenir ajuda a não cair!”

Objetivo geral
Reduzir o risco de queda nos utentes do Centro de Dia
Objetivos específicos
Melhorar o equilíbrio corporal
Melhorar a força muscular
Reduzir fatores de risco ambientais no domicílio dos indivíduos
Reduzir fatores de risco comportamentais
Melhorar a consciencialização sobre a vulnerabilidade individual face ao risco de queda
Aumentar a adesão face aos fatores protetores do risco de queda

Seleção de estratégias

Esta é uma etapa que assume especial relevância no processo de planeamento em saúde, na medida em que é realizada a seleção das melhores formas de atuação com o intuito de se atingir os objetivos definidos e contribuir para a redução do problema de saúde identificado (37).

De acordo com a finalidade e objetivos do projeto de intervenção comunitária, emergiu como estratégia principal a estruturação de uma consulta de enfermagem para prevenção de quedas nesta população. Tendo com suporte a evidência que nos diz que a intervenção mais eficaz na prevenção de quedas em idosos na comunidade é multifatorial (26), propusemo-nos a desenvolver as seguintes estratégias:

- ✓ Aumento da consciencialização da vulnerabilidade individual face ao risco de queda;
- ✓ Realização de intervenções educacionais sobre os distintos fatores de risco potenciadores de quedas na população idosa;
- ✓ Modificação ambiental;
- ✓ Modificação comportamental;
- ✓ Aumento da atividade física recorrendo à estruturação de um plano de exercício físico;
- ✓ Parceria com o CEC para garantir a futura operacionalização da consulta.

Fixação de objetivos operacionais

Definidas as estratégias, foi altura de estruturar a intervenção para dar resposta aos objetivos elencados no quadro 12, definindo metas para a sua execução e avaliação (consultar quadro 13). Desta forma, com a operacionalização sistemática da consulta de enfermagem será possível promover a saúde dos indivíduos relativamente ao risco de queda.

Quadro 13- Objetivos operacionais do projeto "Prevenir ajuda a não cair!"

Projeto - "Prevenir ajuda a não cair!"	
Estruturar um procedimento de consulta de enfermagem para avaliação multifatorial e intervenção face ao risco de queda, destinada aos utentes de Centros de Dia com 65 ou mais anos de idade.	
Objetivos operacionais	Meta
Efetuar revisão da literatura sobre o fenómeno da queda	Até 30/11
Negociar com a instituição de cariz social a elaboração do projeto	Até 5/12
Estruturar um diagrama de árvore de apoio à tomada de decisão face ao risco de queda para aplicação na consulta	Até 10/12
Estruturar um conjunto de distintas intervenções educacionais para aplicação na consulta mediante as necessidades detetadas	Até 19/12
Estruturar um programa de exercício físico para prevenção de quedas	Até 19/12
Estruturar um conjunto de indicadores para posterior monitorização da consulta	Até 10/12
Testar a operacionalização da consulta "Prevenir ajuda a não cair!"	Até 02/01
Estabelecer parceria com o CEC para a implementação futura da consulta	Até 14/12

Definição de indicadores

A correta e precisa definição de indicadores assume-se como fundamental no sentido de avaliar e mensurar os resultados da intervenção implementada. No âmbito do planeamento em saúde, os indicadores mais utilizados são os indicadores de processo e os de resultado (38). O quadro seguinte evidencia os principais indicadores associados ao desenvolvimento do projeto de intervenção, ou seja, relacionados com a estruturação da consulta de enfermagem.

Quadro 14- Indicadores associados ao projeto "Prevenir ajuda a não cair!"

Indicadores de estrutura	
Nº de horas utilizadas para estruturar e testar a consulta "Prevenir ajuda a não cair!"	
Sala disponibilizada para a estruturação e testagem da consulta	
Indicadores de processo	Meta
Existência de um procedimento de consulta de enfermagem para avaliação multifatorial e intervenção face ao risco de queda destinada aos utentes de Centros de Dia com 65 ou mais anos de idade	Até 02/01
Revisão de literatura sobre o fenómeno da queda	Até 30/11
Existência de uma reunião com a instituição de cariz social para negociação da elaboração do projeto	Até 05/12
Existência de um diagrama de árvore de apoio à tomada de decisão face ao risco de queda para aplicação na consulta	Até 10/12
Existência de um procedimento de intervenção educacional para melhoria da consciencialização face ao fenómeno da queda	Até 19/12
Existência de procedimentos de intervenção educacional face aos distintos fatores de risco identificados	Até 19/12
Existência de um programa de exercício físico para prevenção de quedas	Até 19/12
Existência de um conjunto de indicadores para posterior monitorização da consulta	Até 10/12
Testagem do plano de exercício físico para prevenção de quedas	Até 02/01
Testagem da consulta "Prevenir ajuda a não cair!"	Em 5 idosos
Parceria com o CEC para a implementação futura da consulta	Até 14/12
Indicador de resultado	Meta
Disponibilização de uma consulta de enfermagem para avaliação multifatorial e intervenção face ao risco de queda destinada aos utentes de centros de dia	Até 02/01

No entanto, e indo de encontro ao objetivo major, reduzir o risco de queda, considerou-se fundamental delinear um conjunto de indicadores passíveis de serem alcançados a médio e a longo prazo através da operacionalização da consulta de forma sistematizada pelos enfermeiros. O quadro 15 apresenta uma seleção de alguns dos indicadores possíveis, podendo os restantes ser consultados no *Manual para realização da Consulta de Enfermagem "Prevenir ajuda a não cair!"* (Apêndice VI). Através da monitorização destes indicadores será possível avaliar a obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem prestados no âmbito desta consulta.

Quadro 15- Indicadores associados à futura operacionalização da consulta "Prevenir ajuda a não cair!"

Indicadores de estrutura
Nº de horas de cuidados de enfermagem utilizadas por consulta
Indicadores de processo
Acesso à consulta de enfermagem “Prevenir ajuda a não cair!”
$\frac{\text{n}^\circ \text{ de idosos com 65 anos ou mais, sem déficit cognitivo ou déficit ligeiro e com capacidade para interagir física e verbalmente que tiveram acesso à consulta}}{\text{n}^\circ \text{ de idosos com 65 anos ou mais, sem déficit cognitivo ou déficit ligeiro e com capacidade para interagir física e verbalmente}} \times 100$
Adesão à consulta de enfermagem “Prevenir ajuda a não cair!”
$\frac{\text{n}^\circ \text{ de idosos que vieram à consulta de enfermagem}}{\text{n}^\circ \text{ de idosos convocados para a consulta}} \times 100$
Acesso à intervenção educacional sobre fatores de risco ambientais
$\frac{\text{n}^\circ \text{ de idosos com fatores de risco ambientais no domicílio, que recebeu intervenção educacional (apêndice G)}}{\text{n}^\circ \text{ de idosos com fatores de risco ambientais identificados no domicílio}} \times 100$
Adesão ao programa de exercício físico para prevenção de quedas
$\frac{\text{n}^\circ \text{ de idosos com alteração do equilíbrio que participaram nas sessões de exercício físico planeadas}}{\text{n}^\circ \text{ de idosos com alterações de equilíbrio convocados para as sessões de exercício físico planeadas}} \times 100$
Indicadores de resultado
Melhoria da consciencialização face ao fenómeno da queda
$\frac{\text{n}^\circ \text{ de idosos que apresentam melhoria da consciencialização face ao fenómeno da queda após intervenção educacional (demonstrada pelo envolvimento, participação, procura de informação)}}{\text{n}^\circ \text{ de idosos não consciencializados face ao fenómeno da queda}} \times 100$
Redução ou eliminação de fatores de risco comportamentais
$\frac{\text{n}^\circ \text{ de idosos que apresentam redução ou eliminação de comportamentos de risco potenciadores de queda após intervenção educacional}}{\text{n}^\circ \text{ de idosos com comportamentos de risco identificados}} \times 100$
Redução ou eliminação de fatores de risco ambientais no domicílio
$\frac{\text{n}^\circ \text{ de idosos que apresentam redução ou eliminação de fatores de risco ambientais após intervenção educacional}}{\text{n}^\circ \text{ de idosos com fatores de risco ambientais identificados}} \times 100$
Melhoria do equilíbrio corporal e marcha (POMA)
$\frac{\text{n}^\circ \text{ de idosos que apresentam aumento do score no POMA após intervenção de enfermagem documentada}}{\text{n}^\circ \text{ de idosos com déficit no equilíbrio corporal}} \times 100$
Melhoria da força muscular nos membros inferiores
$\frac{\text{n}^\circ \text{ de idosos que apresentam aumento da pontuação no teste de levantar e sentar após intervenção de enfermagem documentada}}{\text{n}^\circ \text{ de idosos com avaliação da força muscular nos membros inferiores}} \times 100$

Taxas de prevalência
<p>Idosos com quedas no último ano</p> $\frac{n^{\circ} \text{ de idosos com queda no último ano}}{n^{\circ} \text{ de idosos avaliados na consulta}} \times 100$
<p>Idosos com comportamentos de risco</p> $\frac{n^{\circ} \text{ de idosos com comportamentos de risco}}{n^{\circ} \text{ de idosos avaliados na consulta}} \times 100$
<p>Idosos com fatores de risco ambientais</p> $\frac{n^{\circ} \text{ de idosos com fatores de risco ambientais}}{n^{\circ} \text{ de idosos avaliados na consulta}} \times 100$
<p>Idosos com alterações do equilíbrio corporal (POMA \leq 24)</p> $\frac{n^{\circ} \text{ de idosos com alterações do equilíbrio}}{n^{\circ} \text{ de idosos avaliados na consulta}} \times 100$

Preparação e execução do projeto

Decidido o rumo a seguir, foi tempo de procurar a melhor evidência científica disponível sobre o tema, possibilitando à estudante trabalhar as suas competências de tomada de decisão, conduzindo desta forma, à estruturação do procedimento da consulta de enfermagem para avaliação multifatorial e intervenção face ao risco de queda.

Definida pela Portaria nº 306 – A/2011 (52), a consulta de enfermagem tem como objetivo avaliar a pessoa de modo a ser possível definir um plano de cuidados, no sentido de a ajudar a atingir a máxima capacidade de autocuidado. Desta forma, tornou-se fundamental elaborar um procedimento que servisse de guia orientador à tomada de decisão dos enfermeiros contribuindo para uma uniformização dos procedimentos necessários à sua realização.

Tendo como suporte a revisão da literatura efetuada, e seguindo a metodologia do processo de enfermagem (diagnosticar, planejar, prescrever, executar e avaliar os resultados), foi estruturado um diagrama de árvore de apoio à tomada de decisão a ser implementado pelo enfermeiro no âmbito da consulta, o qual pode ser consultado no *Manual para realização da Consulta de Enfermagem “Prevenir ajuda a não cair!”* (Apêndice VI). Este diagrama, dividido em quatro etapas distintas, pretende avaliar: antecedentes de queda, fatores de risco comportamentais, ambientais e intrínsecos (equilíbrio e força muscular). Em função dos problemas identificados, serão prescritas, de forma individualizada, intervenções educacionais, negociadas possíveis mudanças ambientais e/ou comportamentais e incentivada a participação no programa de exercício físico estruturado. A utilização desta árvore de apoio à tomada de decisão permite ao enfermeiro uma gestão mais eficiente de

recursos, pois as intervenções serão implementadas, mediante a real necessidade e motivação da pessoa idosa, potenciando os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A educação para a saúde assume um papel de destaque neste procedimento de consulta, onde se pretende que a mesma se caracterize, não pela mera transmissão de informação, mas que se estimule uma ação participativa da pessoa idosa no sentido de colaborativamente se identificarem fatores de risco potenciadores de queda, aumentando a consciencialização sobre os mesmos. Tomada a consciência da necessidade de mudanças comportamentais, ambientais ou de estilos de vida, segue-se a fase de negociação no sentido de se procederem a alterações que contribuam para a redução do risco de queda e conseqüente melhoria da qualidade de vida do idoso.

Outra das estratégias adotadas foi a elaboração de um programa de exercício físico (consultar *Manual para realização da Consulta* em apêndice VI) com o objetivo de melhorar a condição física da pessoa, mais concretamente a capacidade de equilíbrio e a força muscular, contribuindo não só para a prevenção de quedas, mas também para o seu bem-estar emocional.

Deparamo-nos com uma população extremamente sedentária e acomodada às suas rotinas desprovidas de atividade física, o que por si só potencia o declínio funcional e a ocorrência de quedas. Tendo como suporte diversos autores (17) (27) (53) (54), e verificada uma reduzida motivação para a mudança, optou-se por estruturar um plano com exercícios de fácil execução, muitos deles na posição sentada, o que se revelou um elemento facilitador à adesão por parte dos participantes.

No sentido de verificar a operacionalidade do plano de exercício físico estruturado, foi realizada a sua testagem em duas sessões distintas, tendo sido muito gratificante verificar que idosos que inicialmente se mostraram muito renitentes em participar, no final da primeira sessão estavam motivados e já perguntavam quando se voltaria a repetir. De salientar que, mediante a capacidade motora de cada idoso, o enfermeiro deverá adaptar a posição de realização do exercício (sentado ou em pé), assim como, proceder a ajustes necessários para a correta realização do mesmo.

A dimensão do espaço físico disponibilizado para estas sessões condiciona o número de participantes em cada uma delas, podendo ser necessário planear várias sessões por semana. Atendendo ao facto desta consulta poder ser operacionalizada noutra Centro de Dia, o enfermeiro por ela responsável necessitará de adaptar os exercícios e o seu grau de dificuldade consoante as características da população.

Com o intuito de organizar toda a informação essencial à realização desta consulta foi elaborado um *Manual para realização da consulta de Enfermagem “Prevenir ajuda a não cair!”* (consultar apêndice VI) onde, para além da descrição genérica da mesma, consta: o diagrama de árvore de apoio à tomada de decisão; testes utilizados na mesma e respetivas instruções para aplicação; conjunto de indicadores resultantes da futura operacionalização da consulta; intervenções educacionais direcionadas aos fatores de risco identificados; programa de exercício físico; impressos para registo da consulta.

Depois de estruturada, era necessário testar todos os procedimentos da consulta, tendo-se optado por fazê-lo aos idosos que na fase de recolha de dados apresentaram elevado risco de queda (n=5), comprovando-se desta forma a sua exequibilidade.

Avaliação

Esta corresponde à última fase da metodologia do planeamento em saúde servindo para refletir sobre o que foi desenvolvido no sentido de se compreender a necessidade de introduzir correções para se obter um projeto mais eficaz (37). Só através de uma avaliação precisa é possível estabelecer comparações entre o estado de saúde de uma população antes e após a implementação de um projeto (38), permitindo a tomada de consciência dos ganhos em saúde proporcionados.

De acordo com os indicadores de processo definidos previamente procedeu-se à avaliação do projeto de intervenção comunitária desenvolvido, evidenciada no quadro 16.

Quadro 16- Avaliação dos indicadores

Indicadores de processo	Meta	Avaliação
Existência de um procedimento de consulta de enfermagem para avaliação multifatorial e intervenção face ao risco de queda destinada aos utentes de Centros de Dia com 65 ou mais anos de idade;	Até 02/01	Atingido
Revisão de literatura sobre o fenómeno da queda;	Até 30/11	Atingido
Existência de uma reunião com a instituição de cariz social para negociação da elaboração do projeto;	Até 05/12	Reunião realizada a 04/12 Atingido
Existência de um diagrama de árvore de apoio à tomada de decisão face ao risco de queda para aplicação na consulta;	Até 10/12	Atingido
Existência de um procedimento de intervenção educacional para melhoria da consciencialização face ao fenómeno da queda;	Até 19/12	Atingido

Existência de procedimentos de intervenção educacional face aos distintos fatores de risco identificados;	Até 19/12	Atingido
Existência de um programa de exercício físico para prevenção de quedas	Até 19/12	Atingido
Existência de um conjunto de indicadores para posterior monitorização da consulta;	Até 10/12	Atingido
Testagem do plano de exercício físico para prevenção de quedas;	Até 02/01	Realizadas 2 sessões Atingido
Testagem da consulta “Prevenir ajuda a não cair!”	Em 5 idosos	Testada nos 5 idosos Atingido
Parceria com o CEC para a implementação futura da consulta.	Até 14/12	Atingido

Pela análise do quadro 16, poderemos concluir que os indicadores de execução inicialmente definidos foram todos atingidos, traduzindo-se numa avaliação muito positiva.

Através da disponibilização deste procedimento de consulta de avaliação multifatorial e intervenção face ao risco de queda, no qual consta um conjunto de indicadores para a sua posterior monitorização, assim como, da parceria estabelecida com o CEC consideramos ter reunido as condições necessárias para garantir a continuidade deste projeto.

CAPÍTULO 3

ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Neste capítulo será efetuada uma análise crítica e reflexiva de todo o percurso realizado ao longo do estágio, evidenciando a aquisição e desenvolvimento de competências profissionais e acadêmicas compatíveis com a obtenção do título de Especialista em Enfermagem Comunitária e do grau de mestre em Enfermagem. Para isso, utilizou-se como suporte o regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (55), o regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEC) (56) e os objetivos gerais e específicos definidos no plano de estudos do curso de mestrado 2017/2018 (57), os quais orientam as competências a desenvolver.

A reflexão permite à estudante tomar consciência do que faz (avaliada após a ação) e como o faz (avaliada antes da ação), sendo esta uma prática constante ao longo de todo o seu percurso e demonstrada neste relatório. Este exercício de reflexão, considerado imprescindível na sua prática diária, constitui por si só uma situação de aprendizagem, exigindo a mobilização de conhecimentos prévios e a procura de nova evidência para apoiar a tomada de decisão. A reflexão sobre a ação, permite avaliar as opções tomadas, identificando ganhos, mas também detetando situações que necessitem de correções, tendo sempre como objetivo a prestação de melhores cuidados de saúde.

No seu percurso profissional, a estudante sempre desenvolveu os seus cuidados na área hospitalar, tornando-se esta uma área totalmente nova, sobre a qual foi essencial ir à procura da evidência científica que suportasse a sua atuação. A pesquisa bibliográfica realizada, assim como, a experiência vivenciada neste estágio, permitiu à estudante desenvolver uma consciência crítica para vários problemas associados ao envelhecimento demográfico, exigindo uma mudança de paradigma assistencial a esta população.

Indo de encontro à primeira competência específica do enfermeiro EEC foi realizada a avaliação do estado de saúde desta comunidade, tendo por base a metodologia do Planeamento em Saúde. A evidência procurada demonstrou a necessidade de uma

abordagem multidimensional da pessoa idosa na construção do IRD, recorrendo a escalas e testes devidamente validados, evidenciando a aquisição de competências no domínio: avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada. Esta fase de recolha de dados, pelo contacto próximo com os idosos, permitiu o desenvolvimento de competências de comunicação e relacionais. Com diferentes crenças, culturas e hábitos foi necessário calma e perseverança para conseguir estabelecer uma relação terapêutica, pautada pela confiança de modo a garantir a confiabilidade nos dados recolhidos. Através desta relação empática, foi possível um conhecimento individualizado das necessidades destes idosos, permitindo adaptar a sua atuação a cada um deles, desenvolvendo competências no domínio: avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada.

Pela análise dos dados, foram identificados vários problemas/necessidades de saúde nesta população sobre os quais não se tinha conhecimento, podendo desde já, ser considerada uma mais valia da sua intervenção. Posteriormente, no sentido de uma utilização eficiente dos recursos existentes, foram definidos critérios objetivos que permitiram definir as prioridades de atuação face às necessidades detetadas, definindo-se como problema prioritário o risco de queda.

Neste sentido, foi desenvolvido o projeto de intervenção comunitária “Prevenir ajuda a não cair!”, onde foi estruturada uma consulta de enfermagem de avaliação multifatorial do risco de queda, permitindo ao enfermeiro uma prescrição personalizada em função das necessidades de cada idoso. Para isso, tendo como suporte a melhor evidência científica disponível, foi estruturado um diagrama de árvore de apoio à tomada de decisão, acompanhado por um manual, onde são uniformizados todos os procedimentos necessários à realização da consulta e definidos um conjunto de indicadores (de estrutura, processo e resultado) para a sua posterior monitorização. Deste modo, considera-se que foi possível o desenvolvimento de competências no domínio: abordar questões complexas de modo sistemático e criativo.

O desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária, estando ele direcionado para a prevenção, proteção e promoção da saúde, contribuiu para o desenvolvimento da segunda competência do enfermeiro EEC: Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades. Tendo como população alvo um grupo populacional evidentemente vulnerável (física e socialmente) é com agrado que se prevê que através da parceria estabelecida com o CEC, a operacionalização desta consulta será uma realidade, permitindo

a obtenção de ganhos em saúde mensuráveis. Cabe aqui, refletir sobre qual a melhor forma de demonstrar que o trabalho desenvolvido acrescenta qualidade à saúde: é necessário mudar o paradigma tão focado no modelo biomédico e passar a centrar o diagnóstico nas respostas humanas à doença e aos processos de vida visando a construção de indicadores que evidenciem a eficácia dos cuidados de enfermagem prestados, proporcionando efetivos ganhos em saúde. Para isso, foi essencial uma adequada operacionalização do processo de enfermagem para ser possível diagnosticar, prescrever, implementar e avaliar, de modo a ser possível ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Percorrendo todas as etapas do Planejamento em Saúde, a tomada de decisão surge como uma das competências desenvolvidas, tendo sido sustentada na melhor evidência científica disponível, nunca esquecendo as responsabilidades sociais e éticas inerentes à profissão. Mas nem sempre o percurso foi realizado de forma linear, surgindo imprevistos (por exemplo, desistência de participantes no estudo, dificuldade em conciliar horários das atividades do centro com a recolha de dados, escassos recursos humanos do centro) que determinaram a necessidade de reformulações de modo a criar condições para se avançar como projeto.

Contribuindo para aquisição de competências no domínio “Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas”, a estudante reuniu com a equipa multidisciplinar da instituição onde apresentou os resultados do diagnóstico de saúde elaborado e negociou com a mesma o desenvolvimento do projeto de intervenção. Ainda neste domínio, propôs-se a apresentar uma comunicação livre num Seminário Internacional de Investigação.

Outra das competências do Enfermeiro EEC é integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, a qual se considera ter sido atingida através do desenvolvimento do projeto “Prevenir ajuda a não cair!”. Tendo este como população alvo as pessoas idosas e abordando o risco de queda e sua prevenção contribuiu-se em simultâneo para a consecução do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2), para o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (30) e para a Estratégia Nacional do Envelhecimento Ativo e Saudável (7).

A quarta competência diz respeito à realização e cooperação na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (56), constituindo-se um precioso instrumento para análise, compreensão e explicação de fenómenos saúde-doença. A elaboração do IRD utilizado no diagnóstico de saúde contribuiu para o desenvolvimento desta competência, pois poderá ser aplicado noutro período temporal ou a outra população, permitindo monitorizar

distintos fenómenos de saúde-doença, assim como, o estabelecimento de uma evolução prognóstica. Na análise dos dados obtidos, foram utilizadas técnicas estatísticas para cálculo de taxas de incidência e prevalência dos problemas identificados.

A consolidação e mobilização de conhecimentos teóricos para a prática foi uma constante tendo contribuído para uma evolução na aprendizagem e desempenho visando a melhoria dos cuidados.

Pelo exposto, considera-se que todo o percurso se revelou muito rico em aprendizagens que permitiram adquirir e desenvolver competências, as quais irão possibilitar a prestação de cuidados especializados a utentes, famílias e comunidades.

CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório de estágio é o culminar de todo um percurso formativo pautado pelos incontáveis momentos de aprendizagem, partilha de saberes e reflexões que tanto contribuíram para o desenvolvimento pessoal e profissional da estudante.

O envelhecimento demográfico, relacionado com a maior longevidade humana e com os baixos níveis de natalidade e mortalidade, conduz a novos desafios no sentido da promoção de um Envelhecimento Ativo e Saudável. Com o avançar da idade aumenta a vulnerabilidade da pessoa à doença dando origem a uma maior dependência funcional e perda de autonomia exigindo que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, estejam capacitados para atender às especificidades desta etapa do ciclo de vida.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, dotado de profundo conhecimento sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, assume um papel preponderante no acompanhamento de todo o processo de envelhecimento, intervindo no sentido da manutenção da funcionalidade, autonomia e a qualidade de vida da pessoa idosa.

Com a realização deste estágio foi possível identificar, numa amostra de idosos de um Centro de Dia da cidade do Porto, um conjunto alargado de fenómenos potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem, emergindo como problema prioritário o risco de queda. Revestido de grande complexidade, o fenómeno da queda na população idosa é responsável, não só pelo aumento da dependência, mas também por custos económicos avultados, exigindo que se equacionem estratégias centradas na prevenção. Desta forma, surge o projeto de intervenção comunitária onde se procedeu à estruturação de uma consulta de enfermagem, que visa a avaliação multifatorial do risco de queda de forma individualizada, permitindo ao enfermeiro uma prescrição personalizada em função das necessidades de cada idoso.

A operacionalização da consulta ficará a cargo dos enfermeiros do CEC e poderá traduzir-se no aumento da consciencialização face ao fenómeno da queda, na redução ou

eliminação de fatores de risco ambientais e/ ou comportamentais e na melhoria do equilíbrio corporal, obtendo-se desta forma ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem.

De olhos postos no futuro, acredita-se que este procedimento poderá ser utilizado de forma sistemática noutros Centros de Dia, evidenciando a importância da presença de enfermeiros nestas instituições de cariz social.

Chegando ao fim desta etapa e olhando para trás, constata-se que o caminho percorrido foi árduo, mas extremamente enriquecedor, munindo a estudante de novas competências que indubitavelmente farão dela a melhor pessoa e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *Projeções de População Residente 2015-2080*. [Online]. 2017, pp. 1-19. [consult. 10 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.
2. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Divisão de Doenças Genéticas Crónicas e Geriátricas. *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2006.
3. CABRAL, Manuel, et al. *Processos de envelhecimento em Portugal*. Lisboa: Fundação Manuel dos Santos, 2013. ISBN: 978-989-8662-00-2.
4. ALMEIDA, Armando. *Mais Independência, Mais Autonomia*. Porto: Centro de Enfermagem da Católica.
5. ALMEIDA, Armando. *Funcionalidade e vulnerabilidade em pessoas idosas. Implicações para os cuidados de Enfermagem*. Porto: Universidade Católica - Instituto de Ciências da Saúde, 2017. Tese para obtenção do grau de doutor em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Avançada.
6. AMERICAN GERIATRICS SOCIETY/BRITISH GERIATRICS SOCIETY. 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*. Journal compilation, 2010, jgs 3234 - pp. 1-10.
7. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial. S.l.: Direção-Geral de Saúde, 2017.
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World report on Ageing and Health*. Geneva: World Health Organization, 2015. ISBN 978 92 4 069481.

9. RODRIGUES, Rogério. *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*. Porto: Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem.
10. PINTO, Anabela. *Envelhecer Vivendo*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN:972-8535-86-4.
11. SEQUEIRA, Carlos. *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda, 2010. ISBN: 978-972-757-717-0.
12. SIQUENIQUE, Sofia. *Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa: análise crítica da literatura e proposta de protocolo*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde, 2015. Dissertação de Mestrado em Fisioterapia.
13. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017.
14. SANTOS, Filipa. *Isolamento Social: Um Projeto de Intervenção de Enfermagem Comunitária nos(as) idosos(as) da USF Tejo*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2016. Dissertação de Mestrado.
15. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *Censos 2011 – Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P., 2012. ISSN 0872-6493.
16. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization, 2017.
17. ZIMERMAN, Guite. *Velhice - Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora S.A., 2000. ISBN:978-85-7307-750-6.
18. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Active Ageing: A Policy Framework*. Madrid: World Health Organization, 2002.
19. JEREZ-ROIG, Javier, et al. Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016, Vol. 11, nº 21, pp. 3367-3375.
20. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Geneva: World Health Organization, 2007. ISBN 978 92 4 156353 6.

21. INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE. *Relatório ADELIA, 2006-2008: Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, 2011.
22. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. *Prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2008.
23. ALMEIDA, Armando. *Mais Enfermagem na Comunidade*. Porto: Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, 2013. Relatório de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária.
24. LORD, Stephen, et al. *Falls in Older People*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007. ISBN-13 978-0-521-68099-8.
25. PALMA, Cidália. *Quedas nos idosos: do Risco à Prevenção*. Beja: Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, 2012. Trabalho de projeto para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem em Saúde Comunitária.
26. GILLESPIE, Lesley, et al. *Interventions for preventing falls in older people living in the community (Review)*. New Zealand: The Cochrane Collaboration, 2012. doi: 10.1002/14651858.CD007146.pub3.
27. STEVENS, Judy e BURNS, Elizabeth. *A CDC Compendium of Effective Fall Interventions: What Works for Community- Dwelling Older Adults*. 3ª edição. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention - National Center for Injury Prevention and Control, 2015.
28. YARDLEY, L., et al. Recommendations for promoting the engagement of older people in activities to prevent falls. *Qual Saf Health Care*. 2007, Vol. 16, pp. 230-234. doi:10.1136/qshc.2006.019802.
29. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Action Plan on Physical Activity 2018–2030: more active people for a healthier world*. Geneva: World Health Organization, 2018. ISBN 978-92-4-151418-7.
30. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Estratégia Nacional Para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar 2016-2025*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2016. ISBN: Impresso – 978-972-675-243-1.

31. OBSERVATÓRIO NACIONAL DA ATIVIDADE FÍSICA E DESPORTO. *Livro Verde da Aptidão Física*. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal, I.P, 2011. ISBN: 978-989-8330-03-1
32. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee - Scientific Report*. Washington: U.S. Department of Health and Human Services, 2018.
33. RIMLAND, Joseph, et al. Effectiveness of Non-Pharmacological Interventions to Prevent Falls in Older People: A Systematic Overview. The SENATOR Project ONTOP Series. *PLoS ONE*. 11 (8), 2016. doi:10.1371/journal.pone.0161579.
34. NATIONAL CENTER FOR INJURY PREVENTION AND CONTROL. *Preventing Falls: A Guide to Implementing Effective Community-Based Fall Prevention Programs*. 2ª edição. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2015.
35. CUNHA, Patricia e PINHEIRO, Luisa. O papel do exercício físico na prevenção das quedas nos idosos: uma revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2016, Vol. 32, pp. 96-100.
36. SEGURANÇA SOCIAL. Manual de processos-chave. Centro de Dia. 2ª edição, 2010.
37. IMPERATORI, Emilio e GIRALDES, Maria do Rosário. *Metodologia do Planeamento em Saúde - Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª edição. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.
38. TAVARES, António. *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. 2ª edição. Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde e Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional, 1992.
39. ZAFRA, Mercedes, RUBIO, Laura e HERRERA, Ramona. *Un Instrumento de Medicion de Soledad Social: Escala ESTE II*. Granada: Universidad de Granada, 2009.
40. APÓSTOLO, João. *Instrumentos para Avaliação em Geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012.
41. CASTELO, Milena, et al. Escala de Depressão Geriátrica com quatro itens: um instrumento válido para rastrear depressão em idosos em nível primário de saúde. *Geriatria & Gerontologia*. 2007, 1 (1), pp. 28-33.

42. YARDLEY, Lucy, et al. Development and initial validation of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I). *Age and Ageing*. 2005, Vol. 34, pp. 614-619. doi: 10.1093/ageing/afi196.
43. MARQUES-VIEIRA, Cristina, et al. Validação da Falls Efficacy Scale International numa amostra de idosos portugueses. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018, Vol. 71 (suppl 2), pp. 799-806.
44. UENO, Deisy. *Validação do questionário Baecke modificado para idosos e propostas de valores normativos*. Rio Claro: Universidade Estadual Paulista - Instituto de Biociências de Rio Claro, 2013. Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Ciências da Motricidade, área de concentração Atividade Física e Saúde.
45. ZUTIN, Terza e SERVA, Fernanda. *Gerontologia: Olhares diversos sobre o envelhecimento*. São Paulo: Editora Unimar, 2015. ISBN: 978-85-8280-043-0.
46. HONÓRIO, Melissa e SANTOS, Silvia. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2009, Vol. 62, núm. 1, pp. 51-56.
47. SILVA, Vanessa e D'ELBOUX, Maria. Atuação do enfermeiro no manejo da incontinência urinária no idoso: uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 2012, Vol. 46 (5), pp. 1221-1226.
48. HENRIQUES, Maria. *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade: Eficácia das intervenções de enfermagem*. Lisboa: Universidade de Lisboa - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2011. Tese de Doutorado em Enfermagem.
49. RIKLI, Roberta e JONES, Jessie. Measuring functional fitness of older adults. *The Journal on Active Aging*. Março-Abril, 2002, pp. 24-30.
50. ROMÃO, Raquel. *A importância do Lazer na promoção do Envelhecimento Bem-Sucedido*. Algarve: Universidade do Algarve - Escola Superior de Educação e Comunicação, 2013. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social.
51. OLIVEIRA, Cristina. *Práticas de lazer dos idosos fora do Centro de Dia - Um estudo de caso*. Braga: Universidade do Minho - Instituto de Ciências Sociais, 2013. Dissertação de Mestrado em Sociologia.

52. PORTARIA N.º 306-A/2011 de 20 de dezembro do Ministério das Finanças e da Saúde. *Diário da República n.º 242/2011, 1º Suplemento, Série I*. Aprova os valores das taxas moderadoras do Serviço Nacional de Saúde, bem como as respectivas regras de apuramento e cobrança, 2011. [consult. 2 de dezembro 2018]. Disponível em <<https://dre.pt/pesquisa/-/search/133091/details/maximized>>.
53. OTAGO MEDICAL SCHOOL. *Otago Exercise Programme to prevent falls in older adults. A home-based, individually tailored strength and balance retraining programme*. Otago: University of Otago, 2013.
54. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Biblioteca de Literacia em Saúde. *Tropeções, Quedas e Trambolhões*. [Online]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017. [consult. 5 de dezembro 2018]. Disponível em <<https://biblioteca.min-saude.pt/livro/sns1#page/36>>.
55. ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. pp. 8648-8653.
56. —. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. pp. 1-5.
57. UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. *Enfermagem: Competência e Responsabilidade no Cuidado Humano*. Mestrado em Enfermagem 2017/2018. Documento Orientador. Porto: Universidade Católica Portuguesa- Instituto de Ciências da Saúde - Escola de Enfermagem.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Instrumento de Recolha de Dados



Formulário nº _____

Data: _____

Informação pessoal

1. Idade: _____ anos
2. Sexo:
 - 1- Masculino
 - 2- Feminino
3. Estado civil:
 - 1- Solteiro
 - 2- Casado
 - 3- Viúvo
 - 4- Divorciado
 - 5- União de facto
 - 6- NS/NR
4. Nível de escolaridade:
 - 1- Analfabeto
 - 2- Não completou o 1º ciclo (sabe ler e escrever)
 - 3- 1º Ciclo (4ª classe)
 - 4- 2º Ciclo
 - 5- 3º Ciclo (Antigo 5º ano)
 - 6- Ensino secundário (Antigo 7º ano)
 - 7- Bacharel/Licenciado
 - 8- Mestre/Doutor
 - 9- Outro

Apoio Social

5. Pessoas com quem coabita:
 - 1- Vive sozinho
 - 2- Cônjuge/parceiro
 - 3- Filhos /Nora/Genro/ Netos
 - 4- Outros familiares
 - 5- Amigos/colegas
 - 6- Cuidador formal
 - 7- Outros _____
6. Pessoa que assume o papel de prestador de cuidados:
 - 1- Ninguém
 - 2- Cônjuge/parceiro
 - 3- Filhos /Nora/Genro/ Netos
 - 4- Outros familiares
 - 5- Amigos/colegas
 - 6- Cuidador formal
 - 7- Outros _____

7. Quem gere o dinheiro da reforma/ bens?
- 1- O próprio
 - 2- Familiares
 - 3- Cuidadores não familiares
 - 4- Outro: _____

8. Há quanto tempo frequenta o Centro de Dia?
- 1- menos de 1 ano
 - 2- 1 a 5 anos
 - 3- 5 a 10 anos
 - 4- mais de 10 anos

9. Qual o principal motivo que o (a) levou a vir para o Centro de dia?
- _____

10. Isolamento e solidão (Escala ESTE II de Solidão Social)

Pontuação Final: _____

Saúde Mental

11. Estado cognitivo (Mini Mental State Examination)

Pontuação Final: _____

12. Condições emocionais (Escala Geriátrica da Depressão: GDS – 4)

Pontuação Final: _____

Exame Físico

13. Altura: _____ m

14. Peso: _____ Kg

15. IMC: _____ Kg/m² (peso / altura²)

16. Perímetro abdominal _____ cm

17. Tensão arterial em repouso: _____ mmHg

18. Tensão arterial em pé: _____ mmHg

19. Frequência cardíaca em repouso: _____ bat/min

20. Ritmo cardíaco:

- 1- Regular
- 2- Irregular

Autopercepção sobre a saúde

21. De um modo geral, como avalia a sua saúde neste momento:

- 1- Muito boa
- 2- Boa
- 3- Regular
- 4- Má
- 5- Muito má

22. Comparando com há 5 anos, como descreve o seu estado de saúde atual:

- 1- Melhor
- 2- Igual
- 3- Pior

23. Considera que precisa de mais cuidados ou tratamentos de saúde do que os que recebe?

- 1- Não
- 2- Sim

24. Tem alguma dos seguintes problemas/doenças?

1- Hipertensão arterial	1 - Não	2 - Sim	11- Doença do fígado	1 - Não	2 - Sim
2- Diabetes	1 - Não	2 - Sim	12- Doença do sistema urinário	1 - Não	2 - Sim
3- Dislipidemia	1 - Não	2 - Sim	13- Antecedentes de AVC	1 - Não	2 - Sim
4- Problemas cardíacos	1 - Não	2 - Sim	14- Doença de Parkinson	1 - Não	2 - Sim
5- Problemas respiratórios	1 - Não	2 - Sim	15- Doenças da pele	1 - Não	2 - Sim
6- Problemas circulatórios	1 - Não	2 - Sim	16- Doença psiquiátrica	1 - Não	2 - Sim
7- Problemas gástricos	1 - Não	2 - Sim	17- Doença degenerativa	1 - Não	2 - Sim
8- Problemas osteo-articulares	1 - Não	2 - Sim	18- Outra: _____	1 - Não	2 - Sim
9- Glaucoma/Cataratas	1 - Não	2 - Sim	19- Outra _____	1 - Não	2 - Sim
10- Doença oncológica	1 - Não	2 - Sim			

25. Quando está doente a quem recorre normalmente?

- 1- USF
- 2- SASU
- 3- Hospital
- 4- Instituição privada
- 5- Outro: _____

26. Nos últimos 6 meses, quantos dias esteve doente? _____ dias

(Instruções: estar doente significa ficar acamado em casa, necessitar de ajuda médica, não ter forças...)

27. Nos últimos 6 meses, quantas vezes foi a um serviço de urgência hospitalar?

_____ vezes. Motivo: _____

28. Nos últimos 6 meses, esteve alguma vez internado (hospital, clínica, unidade de convalescença, etc)?

Nº de vezes	Local/locais	Motivo	Nº de dias

Exame Sensorial e Dor

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

- 1- Não
2- Sim

30. Usa óculos?

- 1- Não
2- Sim

31. Testes de visão

31.1. Avaliar visão ao perto (cartão Jaeger):

OD _____; OE _____; AO _____;

31.2. Avaliar visão ao longe (tabela de Snellen):

OD _____; OE _____; AO _____;

32. Sensação de dor (nas últimas semanas):

- 1- Não
2- Sim

33. Anamnese da dor

Local	Intensidade (Escala numérica da dor)	Duração 1- < 3 meses 2- ≥ 3 meses	Impede de realizar AVD 1- Não 2- Sim	Tratamento da dor 1- Terapêutica analgésica 2- Repouso/ descanso 3- Massagem 4- Aplicação calor/ frio 5- Outro

Escala Numérica da dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor					Dor máxima					

Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável).

Capacidade Funcional

34. Atividades Básicas de Vida Diárias (Índice de Barthel para as Atividades de Vida Diárias)

Pontuação Final: _____

35. Higieneização da cavidade oral:

35.1. Nº de vezes por dia: _____

35.2. Material habitualmente utilizado para higieneização da cavidade oral:

1- Só com água	1 - Não	2 - Sim
2- Escova de dentes	1 - Não	2 - Sim
3- Dentífrico com flúor	1 - Não	2 - Sim
4- Elixir	1 - Não	2 - Sim
5- Escovilhão	1 - Não	2 - Sim
6- Fio dentário	1 - Não	2 - Sim
7- Outro _____	1 - Não	2 - Sim

Usa prótese dentária removível?

1- Não

2- Sim

35.3. Se resposta afirmativa, qual o material utilizado para higieneização da sua prótese:

1- Só com água	1 - Não	2 - Sim
2- Escova utilizada na lavagem dos dentes	1 - Não	2 - Sim
3- Escova exclusiva para próteses	1 - Não	2 - Sim
3- Dentífrico não abrasivo	1 - Não	2 - Sim
4- Pastilhas de limpeza para próteses	1 - Não	2 - Sim
5- Produto de fixação	1 - Não	2 - Sim
6- Outro _____	1 - Não	2 - Sim

Costuma realizar a higieneização da cavidade oral no Centro de dia?

1- Não

2- Sim

36. Atividades Instrumentais de Vida Diária (Índice de Lawton-Brody)

Pontuação Final: _____

37. Força Muscular

Membros superiores → Teste de flexão do antebraço _____ repetições/ 30seg

Membros inferiores → Teste de levantar e sentar _____ repetições/ 30seg

38. Equipamentos auxiliares de marcha:

38.1. Utiliza habitualmente:

1- Nenhum

2- Bengala

3- Tripé

4- Canadiana

5- Andarilho

6- Outro: _____

38.2. Utilizava, mas deixou de utilizar:

- 1- Nenhum
- 2- Bengala
- 3- Tripé
- 4- Canadiana
- 5- Andarilho
- 6- Outro: _____

39. Identifica algum problema associado à utilização do equipamento auxiliar de marcha?

- 1- Não
- 2- Sim

40. Utiliza corretamente o equipamento auxiliar de marcha?

- 1- Não
- 2- Sim

Se resposta negativa, qual é o erro detetado? _____

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

- 1- Não
- 2- Sim

42. Equilíbrio estático (Performance-Oriented Assessment of Mobility I)

Pontuação Final: _____

43. Equilíbrio dinâmico (Performance-Oriented Assessment of Mobility I)

Pontuação Final: _____

44. Risco de queda (Índice de Tinetti): _____

45. Tem medo de cair?

- 1- Nenhum
- 2- Pouco
- 3- Algum
- 4- Muito

45.1. Porque tem medo de cair? _____

46. Confiança para realizar as atividades de vida diária (Falls Efficacy Scale International)

Pontuação Final: _____

47. Anamnese das quedas (último ano) – baseado no sistema ADELIA

		Nº de quedas					
		1	2	3	4	5	6
Local	1- Casa						
	2- Fora de casa						
	3- Centro de Dia						
Período do dia	1- Diurno						
	2- Noturno						

Atividade	1- Atividade doméstica						
	2- Atividade de lazer						
	3- Atividade vital						
Razão da queda	1- Sem motivo						
	2- Escorregou						
	3- Tropeçou						
	4- Ao subir ou descer escadas						
	5- Perda de consciência						
	6- Outro						
Levantou-se sozinho	1- Não						
	2- Sim						
Onde se dirigiu?	1- USF						
	2- Hospital						
	3- Casa						
	4 - Centro de dia						
	5- Outro						
Tipo de lesão	1- Sem lesão						
	2- Contusão/ hematoma						
	3- Esgolamento/ Escoriação						
	4- Lesão muscular						
	5- Ferida aberta com necessidade de sutura						
	6- Fratura						
	7- Outro						
Nº de dias de internamento	(identificar nº de dias)						

Atividade Física e Recreativa

48. Intensidade da Atividade física (Questionário de Baecke modificado para idosos)

Pontuação Final: _____

49. Das atividades de lazer realizadas no Centro de dia, quais são as que gosta mais de realizar?

50. Considera que a realização dessas atividades tem influência no seu bem-estar?

- 1- Nenhuma
- 2- Pouca
- 3- Alguma
- 4- Muita

51. Quais as atividades que realizava antes de entrar no Centro de dia e que deixou de fazer, mas que gostaria de retomar?

52. Dê sugestões de novas atividades que gostaria de realizar no Centro de dia.

APÊNDICE II

Manual de procedimentos para recolha de dados

Manual de procedimentos para recolha dos dados

O instrumento de recolha de dados, sob a forma de formulário, é constituído por um conjunto de perguntas fechadas e abertas de resposta simples e por alguns testes de aptidão.

A recolha de dados será realizada pela Enf^a Cátia Costa, com a colaboração do CEC. Neste sentido, de forma a garantir a uniformidade nos procedimentos a adotar na recolha de dados e preenchimento do formulário, surge este manual.

Todas as avaliações serão realizadas num gabinete destinado para o efeito, sem pressa, permitindo total privacidade aos participantes.

Informação Pessoal

1. Completar idade em anos completos.
2. Identificar o sexo (masculino ou feminino).
3. Assinalar o estado civil:
 - 6- NS/NR (assinalar esta opção no caso de “Não Sabe ou Não Responde”)
4. Assinalar o nível de escolaridade:
 - 1- Analfabeto (não sabe ler nem escrever)
 - 2- Não completou o 1º ciclo (sabe ler e escrever)
 - 3- 1º Ciclo (corresponde à antiga 4ª classe; atual 1º ao 4º ano)
 - 4- 2º Ciclo (corresponde ao antigo 1º e 2º ano; atual 5º e 6º ano)
 - 5- 3º Ciclo (corresponde ao antigo 5º ano; atual 7º, 8º e 9º ano)
 - 6- Ensino secundário (corresponde ao antigo 7º ano, atual 10º ao 12º ano)
 - 7- Bacharel/Licenciado
 - 8- Mestre/Doutor
 - 9- Outro (algum nível não identificado nas restantes opções; especificar qual)

Apoio Social

5. Assinalar pessoas com quem coabita:
 - 7- Outros (pessoa não identificada nas restantes opções; especificar qual)
6. Assinalar pessoa que assume o papel de prestador de cuidados:
 - 7- Outros (pessoa não identificada nas restantes opções; especificar qual)
7. Assinalar quem gere o dinheiro da reforma/ bens:
 - 4- Outro (pessoa não identificada nas restantes opções; especificar qual)

8. Assinalar há quanto tempo frequenta o Centro de Dia.
9. Identificar o principal motivo que o (a) levou a vir para o Centro de dia? (resposta aberta)
10. Isolamento e solidão (Escala ESTE II de Solidão Social)

Preencher a escala, assinalando com um círculo, o valor correspondente à resposta dada.

Exemplo:

Perceção de apoio social	Sempre	Às vezes	Nunca
Tem alguém com quem possa falar dos seus problemas quotidianos?	0	1	2
Acredita que existem pessoas que se preocupam consigo?	0	1	2
Pode recorrer a amigos ou familiares quando necessita?	0	1	2

Na 3ª parte do teste referente ao Índice de participação social subjetiva:

Índice de participação social subjetiva	Sempre	Às vezes	Nunca
Tem pessoas com quem pode sair à semana ou aos fins de semana? (refere-se ao período que não se encontra no centro de dia)	0	1	2
Faz amigos com facilidade?	0	1	2
Vai a algum sítio (associação, centro...) onde pode interagir com outros idosos? (é certo que por frequentarem o centro de dia esta resposta será “sempre”; abordar a pergunta no sentido de saber se frequentam outros sítios)	0	1	2
Gosta de participar nas atividades recreativas organizadas pela sua comunidade? (centro de dia: passeios???)	0	1	2


Para a pontuação final, somar os scores assinalados (resultado entre 0 e 30).

Saúde Mental

11. Estado cognitivo (Mini Mental State Examination)

Preencher a escala, seguindo as orientações dadas, assinalando na coluna à direita, 1 ponto por cada resposta correta e 0 por cada resposta errada ou não respondida.

Orientação (1 ponto por cada resposta correta)	Em que ano estamos?		
	Em que mês estamos?		
	Em que dia do mês estamos?		
	Em que dia da semana estamos?		
	Em que estação do ano estamos?		
	Em que país estamos?		
	Em que distrito vive?		
	Em que terra vive? (Em que cidade vive?)		
	Em que casa estamos? (Onde estamos? resposta: centro de dia)		
	Em que andar estamos? (resposta: piso térreo)		
Retenção (1 ponto por cada palavra corretamente repetida)	“Vou dizer-lhe 3 palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; Tente decorá-las, pois dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas 3 palavras.” (dizer as 3 palavras pausadamente e com dicção clara)	Pera	
		Gato	
		Bola	

Atenção e cálculo (1 ponto por cada resposta correta) Se fizer um erro de subtração, mas continuar a subtrair corretamente a partir do erro conta-se como um erro único.	“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete assim até eu dizer para parar”	30	
		27	
		24	
		21	
		18	
Evocação (1 ponto por cada resposta correta)	(Só se efetua no caso da pessoa ter aprendido as 3 palavras referidas) “Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi há pouco para decorar”	Pera	
		Gato	
		Bola	
Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)	“Como se chama isto” Mostrar os objetos: - Relógio de pulso (considerar correta a resposta relógio) - Lápis	Relógio	
		Lápis	
	“Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”		
	“Vou dar-lhe uma folha de papel; Quando eu lhe der esta folha, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão”	Pega com a mão direita	
		Dobra ao meio	
	Coloca no chão		
“Leia o que diz neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto lê-se a frase.			
“Escreva uma frase inteira aqui”. A frase deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais ou com erros de troca de letras não prejudicam a pontuação.			
Habilidade construtiva (1 ponto pela cópia correta)	“Vai copiar o desenho que lhe vou mostrar” – mostrar o desenho num cartão. Deve copiar o desenho. Dois hexágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 6 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.		
			

Pontuação Final: _____

Para a pontuação final, somar os scores assinalados (resultado entre 0 e 30).

12. Condições emocionais (Escala Geriátrica da Depressão: GDS – 4)

Preencher a escala, assinalando com um círculo, o valor correspondente à resposta dada. Para a pontuação final, somar os scores assinalados (resultado entre 0 e 4).

Exame Físico

Segundo o preconizado pela OMS, será respeitada a seguinte ordem na avaliação dos dados antropométricos:

- Altura, em primeiro lugar;
- Peso, em seguida;
- Perímetro abdominal, em último lugar.

Em cada um dos parâmetros a avaliar, serão efetuadas 2 medições no mesmo momento e de forma sequencial, sendo necessário que a pessoa saia da posição adotada na medição e cumpra novamente todo o procedimento para a segunda medição. O valor final é obtido através do cálculo da média aritmética.

13. Avaliar a altura:

Procedimento:

1. Pedir ao participante para retirar o calçado, assim como, outros acessórios que possam influenciar a avaliação, tais como, chapéu, boné ou lenço;
2. Manter a pessoa numa posição vertical e imóvel, com os braços estendidos ao longo do corpo e com as palmas das mãos voltadas para dentro;
3. Colocar os calcanhares ou joelhos da pessoa juntos e as pontas dos pés afastadas a 60°;
4. Os calcanhares, a região gemelar, a cintura pélvica, a cintura escapular e a região occipital devem estar em contacto com a parede, de forma a permitir o equilíbrio;
5. Colocar a cabeça da pessoa no plano horizontal de *Frankfort*, pedindo-lhe que olhe em frente e mantendo o olhar fixo.

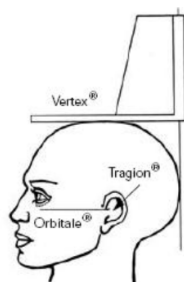


Fig. 1 – Plano de *Frankfort* – linha imaginária que passa pelo bordo inferior da órbita e pelo bordo superior do meato auditivo externo.

6. Solicitar à pessoa para inspirar e manter a posição ereta;
7. Realizar a medição tal como mostra a figura 1. Será essencial o avaliador subir ou descer o necessário para que a sua observação da escala se realize em posição rigorosamente perpendicular;
8. A medição será feita em metros estando estes separados dos centímetros por uma vírgula e serão consideradas 2 casas decimais (exemplo: 1,65m);

14. Avaliar o peso:

Para avaliação do peso será utilizada sempre a mesma balança digital que será colocada numa superfície plana e firme (nunca sobre tapetes).

Procedimento:

1. Pedir ao participante que retire o calçado, assim como, acessórios, tais como, relógio, cinto, colares, pulseiras, lenços. Deverá ficar unicamente com roupa leve, uma peça de roupa superior e outra inferior;
2. Solicitar à pessoa para subir para a plataforma da balança, devendo ficar parada no centro, com os pés em posição paralela, distribuindo o peso por ambos os pés;

3. Pedir à pessoa que adote uma posição vertical, imóvel, com a cabeça ereta, olhar fixo em frente e braços estendidos ao longo do corpo com as palmas das mãos voltadas para dentro e que mantenha essa posição;
4. A avaliação será realizada em quilogramas até à primeira casa decimal, devendo os quilogramas ser separados das gramas por uma vírgula (exemplo: 72,5 Kg);
5. Para cálculo do valor final, à média aritmética das 2 avaliações, deverá subtrair-se 0,5 Kg referente a correção do peso atribuído à roupa leve utilizada;

15. Calcular o IMC:

O IMC será calculado dividindo o peso em quilogramas, pela altura em metros elevada ao quadrado (peso / altura²).

16. Avaliar o perímetro abdominal em centímetros;

Procedimento:

1. Pedir à pessoa permissão para expor a pele abdominal sobre a qual será realizada a medição; não deverá existir qualquer roupa nessa zona, assim como, acessórios que possam exercer força sobre essa área (retirar cinto, desabotoar as calças);
2. Colocar a pessoa com o tronco na vertical, imóvel, com o abdómen relaxado, braços pendentes ao longo do corpo, com as palmas das mãos voltadas para dentro, cabeça ereta, pés unidos e o peso igualmente distribuído pelos dois pés;
3. A medição deverá ser efetuada:
 - o na zona mais estreita do abdómen (cintura natural), colocando-se a fita métrica num plano paralelo ao chão;
 - o no momento final da expiração normal;
 - o o avaliador deve segurar as 2 extremidades da fita com cada uma das mãos;

Nota: a fita deve ficar ajustada à pele, mas não deve exercer qualquer tipo de compressão.

4. Ter o cuidado de retirar totalmente a fita métrica após a primeira medição, para de seguida se repetir todo o procedimento para a segunda avaliação;
5. A avaliação será realizada em centímetros até à primeira casa decimal (exemplo: 94,5 cm);
6. No caso da diferença entre as 2 medições ser superior a 1 centímetro, realizar outras 2 medições, que serão consideradas válidas se a diferença entre elas for igual ou inferior a 1 centímetro;
7. Calcular a média aritmética e registar o valor.

17. Avaliar a Tensão arterial em repouso

18. Avaliar a Tensão arterial em pé

19. Avaliar a Frequência cardíaca em repouso

Para a avaliação da TA e da frequência cardíaca será utilizado o mesmo aparelho eletrónico.

Procedimento:

1. Os participantes devem estar sentados e calmos pelo menos 5 minutos antes;
2. Não devem ter realizado esforço físico, fumar ou ingerir estimulantes (exemplo: cafeína) na hora anterior;
3. Não devem estar com vontade de urinar;
4. Colocar o membro superior sem roupa que possa realizar compressão no braço; deverá avaliar-se no membro que habitualmente tem valores superiores; ter atenção a doentes

mastectomizadas, com próteses nos membros superiores ou com alguma situação clínica que impossibilite;

5. Colocar a braçadeira no centro do braço, cerca de 2 cm acima da fossa cubital (dobra do braço);
6. Apoiar o braço sobre a mesa, mantendo-o aproximadamente à altura do coração;
7. Pedir à pessoa para não falar nem se mexer durante a avaliação;
8. Realizam-se 2 medições, com um intervalo mínimo de 1-2 minutos, sendo registado o valor mais baixo;

Todo o procedimento será realizado com a pessoa em repouso e de seguida com a pessoa em pé. Será de considerar hipotensão ortostática, quando existe:

- ✓ Queda da pressão sistólica maior ou igual a 20 mmHg;
- ✓ Queda da pressão diastólica maior ou igual a mmHg;
- ✓ Ambas as situações acima descritas;

20. Identificar ritmo cardíaco (regular ou irregular):

No membro exposto para a medição da tensão arterial, palpar o pulso periférico (artéria radial) durante 60 segundos utilizando o dedo indicador e médio.

Autoperceção sobre a saúde

21. Assinalar uma opção: Como avalia a sua saúde neste momento.

22. Assinalar uma opção: Comparando com há 5 anos, como descreve o seu estado de saúde atual.

23. Assinalar uma opção: Considera que precisa de mais cuidados ou tratamentos de saúde do que os que recebe?

24. Assinalar “Sim” ou “Não” para cada um dos problemas/doenças:

- 1- Hipertensão arterial (diagnosticada, mesmo que controlada)
- 2- Diabetes (diagnosticada, mesmo que controlada)
- 3- Dislipidemia (colesterol alto)
- 4- Problemas cardíacos (do coração)
- 5- Problemas respiratórios (dos pulmões: asma, bronquite)
- 6- Problemas circulatórios (do sangue)
- 7- Problemas gástricos (do estômago)
- 8- Problemas osteo-articulares (artrite reumatóide, artroses; problemas de coluna; próteses de anca e joelhos)
- 9- Glaucoma/Cataratas
- 10- Doença oncológica (cancro, tumor)
- 11- Doença do fígado
- 12- Doença do sistema urinário (rins, bexiga, ureteres, uretra)
- 13- Antecedentes de AVC
- 14- Doença de Parkinson
- 15- Doenças da pele
- 16- Doença psiquiátrica
- 17- Doença degenerativa (Neurológicas: Alzheimer, Esclerose múltipla, ELA; Musculares)
- 18- Outra (não identificada nas restantes opções)
- 19- Outra (não identificada nas restantes opções)

25. Assinalar a opção referente a: Quando está doente a quem recorre normalmente?
26. Completar: quantos dias esteve doente nos últimos 6 meses.
Instruções: estar doente significa ficar acamado em casa, necessitar de ajuda médica, não ter forças...
27. Completar: Nos últimos 6 meses, quantas vezes foi a um serviço de urgência hospitalar?
e principal motivo atribuído.
28. Completar o quadro, onde se descreve (nos últimos 6 meses) quantas vezes a pessoa esteve internado, em que tipo de instituição (hospital, clínica, unidade de convalescença, etc), qual o motivo e por quanto tempo.

Exame Sensorial e Dor

29. Assinalar se: Sente dificuldade em ver televisão, ler, conduzir ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas de visão?
30. Assinalar se: Usa óculos?
Considerar SIM no caso de uso permanente ou quando utilizados ocasionalmente ao longo do dia (exemplo: ler, ver televisão).
31. Realizar testes de visão:
- No caso de a pessoa utilizar óculos, deve utilizá-los durante a realização dos testes.
 - Testar primeiro o olho direito (OD), depois o olho esquerdo (OE) e, por último os dois olhos (AO);
 - Os olhos devem ser vendados com as mãos em forma de concha ou com uma venda.
- 31.1. Avaliar visão ao perto utilizando o cartão de Jaeger:
- Colocar o cartão a uma distância de 40 a 50 cm da pessoa;
 - Anotar como resultado do teste, o valor correspondente à última linha em que não houve dificuldade;
 - É considerado um resultado normal se a pessoa conseguir ler até 20/40.
- 31.2. Avaliar visão ao longe utilizando a tabela de Snellen:
- Colocar a tabela de Snellen numa parede vazia, sem janelas a aproximadamente 1,5 metros do chão;
 - Sentar a pessoa confortavelmente a uma distância de aproximadamente 3 metros da parede;
 - Começar na linha superior, em seguida as imediatamente inferiores, indicando dois ou três sinais por linhas sem estabelecer rotina;
 - Anotar como resultado do teste, o valor correspondente à última linha em que não houve dificuldade;
 - Utilizar a escala de sinais se for analfabeto.
 - Se distinguir até à 8ª linha (20/20) a visão é considerada satisfatoriamente normal.
32. Identificar se teve sensação de dor nas últimas semanas (considerar aproximadamente 4 semanas).

33. Completar o quadro, identificando os locais do corpo onde a pessoa habitualmente sente dor e caracterizando cada uma delas quanto à intensidade, duração, se impede a pessoa de realizar as suas atividades de vida diária e qual o tratamento mais utilizado.

A intensidade da dor será avaliada utilizando a Escala Numérica da dor.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor						Dor máxima				

Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável). A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo.

Capacidade Funcional

34. Atividades Básicas de Vida Diárias (Índice de Barthel para as Atividades de Vida Diárias)

Identificar o score para cada Atividade Básica de Vida Diária da escala. Para a pontuação final, somar os scores assinalados (resultado entre 0 e 100).

Higiene pessoal	0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal (não consegue fazer sozinho pelo menos uma das atividades: barbear, lavar os dentes, cuidar do rosto e cabelo) 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	
Evacuar	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 = Contínente (não apresenta episódios de incontinência)	
Urinar	0 = Incontinente ou algaliado 5 = Episódios ocasionais de incontinência (perdas involuntárias de urina; máximo uma vez em 24 horas) 10 = Contínente (sem perdas involuntárias de urina por mais de 7 dias)	
Ir à casa de banho (uso de sanitário)	0 = Dependente (não faz nada sozinho) 5 = Necessita de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho (não consegue fazer sozinho uma das seguintes atividades: sentar-se, levantar-se, limpar-se ou vestir-se sem ajuda) 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	
Alimentar-se	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 = Independente (faz tudo sozinho; a comida é providenciada – não necessita de cozinhar)	
Transferências (cadeira /cama)	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se (só consegue realizar a transferência se tiver grande ajuda de uma ou duas pessoas) 10 = Pequena ajuda (verbal ou física) (incentivo ou supervisão; pequeno apoio no equilíbrio) 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	
Mobilidade (deambulação)	0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) (incentivo ou supervisão; pequeno apoio no equilíbrio em pé, dar a mão) 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)	

Vestir-se	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda (consegue vestir metade do corpo, mas necessita de ajuda pelo menos numa das seguintes atividades: apertar botões ou fechos, apertar atacadores) 10 = Independente (não necessita qualquer ajuda, incluindo botões, fechos e atacadores)	
Escadas	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, no transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)	
Banho	0 = Dependente (necessita de ajuda total ou parcial) 5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	

Pontuação Final: _____

35. Higienização da cavidade oral:

35.1. Completar nº de vezes por dia que é realizada a higienização da cavidade oral.

35.2. Identificar o material habitualmente utilizado para higienização da cavidade oral.

35.3. Identificar se usa prótese dentária removível.

35.3.1. Identificar o material utilizado para higienização da prótese:

35.4. Identificar se é habitual realizar a higienização da cavidade oral no Centro de dia.

36. Atividades Instrumentais de Vida Diária (Índice de Lawton-Brody)

Identificar o score para cada um dos itens relacionados com as Atividades Instrumentais de Vida Diária. Para a pontuação final, somar os scores assinalados (resultado entre 8 e 30).

Itens		Score
Cuidar da casa	1 = Cuida da casa sem ajuda 2 = Faz tudo exceto o trabalho pesado (lavar o chão ou janelas, aspirar a casa, lavar o carro) 3 = Só faz tarefas leves (fazer a cama, lavar a louça, limpar o pó, varrer o chão) 4 = Necessita de ajuda para todas as tarefas 5 = Incapaz de fazer qualquer tarefa	
Lavar a roupa	1 = Lava a sua roupa 2 = Só lava pequenas peças 3 = É incapaz de lavar a roupa (mesmo utilizando máquina de lavar)	
Preparar comida	1 = Planeia, prepara e serve sem ajuda 2 = Prepara se lhe derem os ingredientes 3 = Prepara pratos pré-cozinhados (aquece comida já confeccionada; termina pratos pré-cozinhados) 4 = Incapaz de preparar refeições	

Ir às compras	1 = Faz as compras sem ajuda 2 = Só faz pequenas compras 3 = Faz as compras acompanhado 4 = É incapaz de ir às compras	
Uso do telefone	1 = Usa-o sem dificuldade 2 = Só liga para lugares familiares 3 = Necessita de ajuda para o usar 4 = Incapaz de usar o telefone	
Uso de transporte	1 = Viaja em transporte público ou conduz 2 = Só anda de táxi 3 = Necessita de acompanhamento 4 = Incapaz de usar o transporte	
Uso do dinheiro	1 = Paga as contas, vai ao banco, etc. 2 = Só em pequenas quantidades de dinheiro 3 = Incapaz de utilizar o dinheiro	
Responsável pelos medicamentos	1 = Responsável pela medicação 2 = Necessita que lhe preparem a medicação 3 = Incapaz de se responsabilizar pela medicação	

Pontuação Final: _____

37. Avaliar a Força Muscular nos membros superiores e inferiores, realizando respetivamente o teste de flexão do antebraço e o teste de levantar e sentar.

37.1. Teste de flexão do antebraço

Material necessário: Cadeira com encosto, cronómetro, halteres com 2,27 kg para as mulheres e com 3,63 kg para os homens.

Procedimento:

- ✓ A pessoa está sentada numa cadeira, com as costas direitas, os pés bem assentes no chão e o tronco totalmente encostado;
- ✓ O teste começa com o braço dominante; com o antebraço em posição inferior, ao lado da cadeira, perpendicular ao solo.
- ✓ Ao sinal de «iniciar» a pessoa roda a palma da mão para cima, enquanto faz a flexão do antebraço no sentido completo do movimento; depois regressa à posição inicial de extensão do antebraço com um movimento controlado;
- ✓ O avaliador ajoelha-se junto da pessoa (ou senta-se numa cadeira), colocando os seus dedos no bicípite do avaliado, de forma a estabilizar a parte superior do braço, e assegurar que seja realizada uma flexão completa (o antebraço do participante deve apertar os dedos do avaliador). É importante que a parte superior do braço permaneça estática durante a execução do teste.
- ✓ O avaliador poderá necessitar de colocar a sua outra mão atrás do cotovelo de forma a que a pessoa perceba quando atingiu a extensão total, evitando movimentos de balanço do antebraço;
- ✓ Antes de iniciar o teste, o avaliador deverá realizar uma demonstração. A pessoa deverá realizar uma ou duas tentativas para confirmar uma realização correta. Só depois será iniciado o teste;



- ✓ O objetivo é realizar o maior número de flexões durante 30 segundos. O relógio deve estar totalmente visível;
- ✓ O avaliador contabiliza as flexões corretas (uma flexão correta significa que o participante flete e estende completamente o braço); Se a pessoa estiver a meio de uma flexão quando acaba o tempo, esta deve ser contabilizada.
- ✓ Chamadas de atenção verbais (ou gestuais) podem ser realizadas para corrigir um desempenho deficiente.

37.2. Teste de levantar e sentar

Material necessário: Cronómetro e cadeira com encosto (sem braços), com altura do assento aproximadamente 43 cm. Esta deverá ser colocada contra uma parede para evitar que esta se mova durante o teste.

Procedimento:

- ✓ O teste inicia-se com a pessoa sentada no meio da cadeira, com as costas direitas e os pés afastados à largura dos ombros e totalmente apoiados no solo. Um dos pés deve estar ligeiramente avançado em relação ao outro para ajudar a manter o equilíbrio. Os membros superiores estão cruzados ao nível dos pulsos e contra o peito;
- ✓ Antes de iniciar o teste, o avaliador deverá realizar uma demonstração. A pessoa deverá realizar uma ou duas tentativas para confirmar uma realização correta. Só depois será iniciado o teste;
- ✓ Ao sinal de “partida” o participante eleva-se até à extensão máxima (posição vertical) e regressa à posição inicial sentado;
- ✓ O participante é encorajado a completar o máximo de repetições num intervalo de tempo de 30 segundos;
- ✓ O avaliador contabiliza as elevações corretas (uma elevação correta significa que a pessoa se senta completamente e se eleva até à extensão máxima – posição vertical); Se a pessoa estiver a meio da elevação no final dos 30 segundos, esta deve contar como uma elevação;
- ✓ Chamadas de atenção verbais (ou gestuais) podem ser realizadas para corrigir um desempenho deficiente.



38. Equipamentos auxiliares de marcha:

38.1. Identificar o aparelho auxiliar de marcha que a pessoa habitualmente utiliza.

6- Outro (equipamento não identificado nas restantes opções; especificar qual)

38.2. Identificar o aparelho auxiliar de marcha que a pessoa utilizava, mas deixou de utilizar.

6- Outro (equipamento não identificado nas restantes opções; especificar qual)

39. Identificar se a pessoa acha que existe algum problema associado à utilização do seu equipamento auxiliar de marcha.

40. Verificar se a pessoa utiliza corretamente o equipamento auxiliar de marcha.

Critérios de análise para deteção de erros:

- Verificar se as ponteiros de borracha antiderrapante dos auxiliares de marcha estão bem fixas e/ou se estão gastas ou deterioradas;
- Verificar se os auxiliares de marcha estão à altura adequada ou, no caso de se utilizar dois, se estes estão à mesma altura (exemplo: 2 canadianas);
- Pedir à pessoa para andar normalmente e na sua velocidade normal, num percurso de cerca de 4 metros;

Bengala e Tripé

- O apoio da mão deve estar ao nível do grande trocânter.
- A bengala deve ser usada no membro superior oposto ao membro inferior afetado (mais fraco);
- Movimentar a bengala para a frente (cerca de um passo). A bengala deve ficar perto, para um melhor equilíbrio;
- Dar um passo em frente com o membro inferior afetado (mais fraco). Quando possível a bengala e o membro inferior afetado movem-se em simultâneo;
- Apoiar o peso do corpo na bengala e movimentar a perna boa (cerca de um passo) para o lado da outra;



Canadiana

- O apoio de antebraço deve encontrar-se logo abaixo do cotovelo. O apoio da mão deve estar ao nível do grande trocânter;
- O punho deve estar em ligeira extensão e o cotovelo entre 15° a 30° de flexão;
- A marcha com uma canadiana faz-se, respeitando os mesmos critérios da marcha com a bengala;



Marcha a 4 pontos (uso de 2 canadianas):

- a) Avançar, por exemplo, a canadiana esquerda → um passo
- b) Avançar o membro inferior contralateral (neste exemplo - o direito)
- c) Avançar a canadiana direita
- d) Avançar o outro membro inferior – o esquerdo.

Os passos devem ser curtos, com a base de sustentação alinhada com os ombros.

Andarilho (marcha)

- A pessoa deve olhar em frente, mantendo um bom alinhamento corporal;
- No caso do andarilho fixo, movimentar o andarilho para a frente (cerca de 1 braço de comprimento) colocando os quatro pontos de apoio no chão antes de dar o passo;
- Dar o primeiro passo com o membro mais fraco e só depois o outro membro;

41. Identificar se a pessoa sente dificuldade em caminhar ou tem problemas de equilíbrio.

42. Equilíbrio estático (Performance-Oriented Assessment of Mobility I)

Seguir as orientações dos testes, assinalando na coluna à direita o score obtido.

<p>Equilíbrio sentado - Instruções: Sujeito sentado 0- inclina-se ou desliza na cadeira 1- inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira 2- estável, seguro</p>	
<p>Levanta-se da cadeira 0- incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio 1- capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco <u>ou não consegue à 1ª tentativa</u> 2- capaz na 1ª tentativa sem usar os braços</p>	
<p>Equilíbrio de pé imediato (primeiros 5 segundos) 0- Instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo) 1- Estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se (<u>ou aumenta a base de apoio</u>) 2- Estável sem qualquer tipo de ajudas</p>	
<p>Equilíbrio de pé com os pés paralelos 0- Instável 1- Instável, mas aumenta a base de suporte (<u>calcanhares afastados > 10 cm</u>) ou usa dispositivo de auxílio (auxiliar de marcha para apoio) 2- pés próximos e sem ajudas</p>	
<p>Desequilíbrio no esterno (pessoa de pé com os pés próximos, empurrar levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno) 0- Começa a cair 1- Vacilante, agarra-se, mas estabiliza 2- Estável</p>	
<p>Olhos fechados na mesma posição (pés próximos; contar até 10) 0- Instável 1- Estável</p>	
<p>Girar 360º duas vezes (2 vezes) 0- Instável (agarra-se, vacila) 1- Estável, mas dá passos descontínuos 2- Estável e passos contínuos</p>	
<p>Apoio Unipodal (5 seg. de forma estável) 0 - Não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objeto 1 - Aguenta 5 segundos de forma estável</p>	
<p>Sentar-se 0- Pouco seguro <u>ou</u> cai na cadeira <u>ou</u> calcula mal a distância 1- Usa os braços <u>ou</u> movimento não harmonioso 2- Seguro, movimento harmonioso</p>	

Pontuação Final: _____ / 16

Para a pontuação final, somar os scores assinalados (resultado entre 0 e 16). Quanto mais alta é a pontuação, melhor será o equilíbrio estático.

43. Equilíbrio dinâmico (Performance-Oriented Assessment of Mobility I)

Neste teste a pessoa deverá utilizar os seus meios auxiliares de marcha habituais.

<p>Instruções: O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira.</p>	
<p>Início da marcha (imediatamente após o sinal de partida) 0- Hesitação ou várias tentativas de iniciar 1- Sem Hesitação</p>	

Comprimento e altura dos passos	Pé direito	Comprimento 0-Não ultrapassa o pé esquerdo em apoio 1-Ultrapassa o pé esquerdo em apoio	Altura 0-O pé direito não sai todo do chão 1-O pé direito sai todo do chão
	Pé esquerdo	0- Não ultrapassa pé direito em apoio 1- Ultrapassa o pé direito em apoio	0- O pé esquerdo não sai todo do chão 1- O pé esquerdo sai todo do chão
Simetria dos passos 0- Comprimento do passo aparentemente assimétrico 1- Comprimento do passo aparentemente simétrico			
Continuidade dos passos 0- Para <u>ou</u> dá passos descontínuos 1- Passos contínuos			
Desvio da linha reta (percurso de 3m previamente marcado) 0- Desvia-se da linha marcada 1- Desvia-se ligeiramente <u>ou</u> utiliza auxiliar de marcha 2- Sem desvios e sem ajudas			
Estabilidade do tronco 0- Nítida oscilação <u>ou</u> utiliza auxiliar de marcha 1- Sem oscilação, com flexão dos joelhos <u>ou</u> coluna <u>ou</u> afasta os braços do tronco 2- Sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha			
Base de sustentação durante a marcha 0- Calcanhares afastados 1- Calcanhares quase se tocando durante a marcha			

Pontuação Final: _____ / 12

Para a pontuação final, somar os scores assinalados (resultado entre 0 e 12). Quanto mais alta é a pontuação, melhor será o equilíbrio dinâmico.

44. Risco de queda – Índice de Tinetti

O somatório total das questões (pontuação final do equilíbrio estático + pontuação final do equilíbrio dinâmico) irá traduzir-se no Risco de queda da pessoa (Índice de Tinetti – resultado entre 0 e 28).

45. Assinalar a opção. (Tem medo de cair?)

45.1 Descrever os motivos que levam a pessoa a ter medo de cair.

46. Falls Efficacy Scale International

Assinalar no quadro a preocupação com a possibilidade de cair ao realizar algumas atividades de vida diária.

Nos casos em que a pessoa não faz determinada atividade (por não ser capaz ou por existir alguém que habitualmente a substitui) deve pedir-se à pessoa para responder, imaginando que teria a possibilidade de realizar a atividade.

	Nada preocupado(a)	Um pouco preocupado(a)	Moderadamente preocupado(a)	Muito preocupado(a)
1. Limpar a casa (e.g., varrer, aspirar ou limpar o pó)				
2. Vestir-se ou despir-se				
3. Preparar refeições simples				
4. Tomar um banho ou um duche				

5. Ir às compras				
6. Sentar ou levantar de uma cadeira				
7. Subir ou descer escadas				
8. Caminhar pelo bairro				
9. Alcançar algo acima da cabeça ou no chão				
10. Ir atender o telefone antes de deixar de tocar				
11. Andar sobre uma superfície escorregadia (e.g., molhada ou com gelo)				
12. Visitar um amigo ou um familiar				
13. Andar num local com muita gente				
14. Andar sobre uma superfície irregular (e.g., solo rochoso; pavimento em mau estado)				
15. Subir ou descer uma ladeira				
16. Sair para um evento social (e.g., ato religioso, encontro de família, ou encontro no clube)				

Pontuação Final: _____

Para cada atividade atribuir os seguintes scores:

- Nada preocupado(a) – 1 ponto
- Um pouco preocupado(a) – 2 pontos
- Moderadamente preocupado(a) – 3 pontos
- Muito preocupado(a) – 4 pontos

Para a pontuação final, somar os scores obtidos (resultado entre 16 e 64 pontos).

47. Completar o quadro para cada uma das quedas (ocorridas no último ano) – baseado no sistema ADELIA.

		Nº de quedas					
		1	2	3	4	5	6
Local	1- Casa						
	2- Fora de casa						
	3- Centro de Dia						
Período do dia	1- Diurno						
	2- Noturno						
Atividade	1- Atividade doméstica						
	2- Atividade de lazer						
	3- Atividade vital						
Razão da queda	1- Sem motivo						
	2- Escorregou						
	3- Tropeçou						
	4- Ao subir ou descer escadas						
	5- Perda de consciência						
	6- Outro (especificar)						
Levantou-se sozinho	1- Não						
	2- Sim						

Onde se dirigiu?	1- USF						
	2- Hospital						
	3- Casa						
	4 – Centro de dia						
	5- Outro (especificar)						
Tipo de lesão	1- Sem lesão						
	2- Contusão/ hematoma						
	3- Efolamento/ Escoriação						
	4- Lesão muscular						
	5- Ferida aberta com necessidade de sutura						
	6- Fratura						
	7- Outro (especificar)						
Nº de dias de internamento	Identificar o nº de dias que a pessoa esteve internada devido à queda						

Atividade Física e Recreativa

48- Intensidade da Atividade física (Questionário de Baecke modificado para idosos)

Seguir as orientações do teste, assinalando na coluna à direita o score obtido.

Tarefas domésticas	
a) Realiza tarefas domésticas ligeiras (fazer a cama, lavar a louça, limpar o pó, varrer...) 0- Nunca (menos 1 vez/mês) 1- Por vezes (quando não tem ajuda) 2- Frequentemente (algumas com ajuda) 3- Sempre (sozinho ou com ajuda)	
b) Realiza tarefas domésticas pesadas (lavar o chão ou as janelas, lavar o carro, aspirar...) 0- Nunca (menos 1 vez/mês) 1- Por vezes (quando não tem ajuda) 2- Frequentemente (algumas com ajuda) 3- Sempre (sozinho ou com ajuda)	
c) Para quantas pessoas faz a manutenção da casa? (incluindo o próprio – 0 se respondeu nunca nas alíneas a e b)	
d) Quantos compartimentos da casa costuma limpar? (engloba todos os compartimentos da casa, incluindo corredor, varandas, sótão) 0- Nenhum 1- 1 a 6 compartimentos 2- 7 a 9 compartimentos 3- 10 ou mais compartimentos	
e) Se limpa alguns, por quantos pisos se dividem? _____ (0 se respondeu nunca nas alíneas a e b)	
f) Cozinha ou ajuda alguém neste tipo de tarefa? 0- Nunca 1- Por vezes (1 a 2 vezes/semana) 2- Frequentemente (3 a 5 vezes/semana) 3- Sempre (+ de 5 vezes por semana)	
g) Quantos lanços de escada sobe habitualmente por dia? (um lanço inclui 10 escadas) 0- Nunca sobe escadas 1- 1 a 5 lanços 2- 6 a 10 lanços 3- Mais de 10 lanços	
h) Que tipo de transporte usa para se deslocar? 0- Nunca saio 1- Carro 2- Transporte público 3- Bicicleta 4- A pé	

i) Com que frequência costuma a sair de casa ou ir às compras? 0- Nunca ou menos de 1 vez/sem 1- 1 vez/sem 2- 2 a 4 vezes/sem 3- Todos os dias						
j) Quando sai para as compras que tipo de transporte utiliza? 0- Nunca vou às compras 1- Carro 2- Transporte público 3- Bicicleta 4- A pé						
Pontuação das atividades domésticas: _____ / 10						
Atividades desportivas (exemplo: caminhar, correr, nadar, aulas de grupo)						
Desporto	Local	Nome	Intensidade	Nº de horas/semana	Período do ano (nº de meses/ano)	
Desporto 1			(1a)	(1b)	(1c)	
Desporto 2			(2a)	(2b)	(2c)	
Desporto 3			(3a)	(3b)	(3c)	
Desporto 4			(4a)	(4b)	(4c)	
Pontuação das atividades desportivas: _____						
Atividades de tempos livres						
Atividade	Local	Nome	Intensidade	Nº de horas/semana	Período do ano	
Atividade 1			(1a)	(1b)	(1c)	
Atividade 2			(2a)	(2b)	(2c)	
Atividade 3			(3a)	(3b)	(3c)	
Atividade 4			(4a)	(4b)	(4c)	
Atividade 5			(5a)	(5b)	(5c)	
Pontuação das atividades de tempos livres: _____						
Pontuação Final: _____						

Deverá realizar-se o cálculo das pontuações para:

- Atividades domésticas – somatório dos scores desta categoria, dividido pelo nº de questões (10).

$$A_{Domestica} = \frac{a + b + c + d + e + f + g + h + i + j}{10}$$

- Atividades desportivas – somatório dos produtos dos códigos para intensidade, nº de horas por semana e período do ano

$$A_{Desportiva} = \sum(1a \times 1b \times 1c)$$

- Atividades de tempos livres - somatório dos produtos dos códigos para intensidade, nº de horas por semana e período do ano

$$A_{Tempos\ livres} = \sum(1a \times 1b \times 1c)$$

Para a pontuação final, somar as pontuações de cada um (pontuação das atividades domésticas + pontuação das atividades desportivas + pontuação das atividades de tempos livres).

Tabela de códigos para o Questionário de Baecke Modificado:

Intensidade (1a)	Códigos
Deitado, sem carga	0,028
Sentado, sem carga	0,146
Sentado, com movimentos dos membros superiores	0,297
Sentado, com movimento do corpo	0,703

De pé, sem carga	0,174
De pé, com movimentos dos membros superiores	0,307
De pé, com movimentos do corpo, andar	0,890
Andar, com movimentos dos membros superiores	1,368
Andar, com movimentos do corpo, andar de bicicleta, nadar	1,890

Nº de horas por semana (1b)	Códigos
Menos de 1 hora por semana	0,5
1 a 2 horas por semana	1,5
2 a 3 horas por semana	2,5
3 a 4 horas por semana	3,5
4 a 5 horas por semana	4,5
5 a 6 horas por semana	5,5
6 a 7 horas por semana	6,5
7 a 8 horas por semana	7,5
Mais de 8 horas por semana	8,5

Período do ano - Meses por ano (1c)	Códigos
Menos de 1 mês por ano	0,04
1 a 3 meses por ano	0,17
4 a 6 meses por ano	0,42
7 a 9 meses por ano	0,67
Mais de 9 meses por ano	0,92

- 49- Identificar as atividades de lazer realizadas no Centro de dia que mais gosta de realizar.
- 50- Assinalar uma opção: Considera que a realização dessas atividades tem influência no seu bem-estar?
- 51- Descrever atividades que realizava antes de entrar no Centro de dia e que deixou de fazer, mas que gostaria de retomar?
- 52- Descrever as sugestões de novas atividades que a pessoa gostaria de realizar no Centro de dia.

APÊNDICE III

Documento de informação para os participantes no estudo



Documento de informação para os participantes no estudo

Eu, Cátia Liliana Lopes Costa, enfermeira com o número da Ordem dos Enfermeiros 4-E-37787, estou a realizar um estudo no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Universidade Católica Portuguesa – Escola de Enfermagem do Porto, sob a orientação do Professor Doutor Armando Manuel Gonçalves de Almeida.

O estudo intitula-se: Necessidades sensíveis aos cuidados de enfermagem das pessoas que frequentam Centros de dia.

Participar neste estudo significa que autoriza que a informação recolhida sobre si seja analisada juntamente com a de outras pessoas para efeitos de identificação das necessidades de cuidados de saúde.

Asseguro-lhe que as observações e respostas individuais recolhidas serão confidenciais.

Qual o objetivo do estudo?

O estudo terá como objetivo identificar as necessidades de cuidados de saúde, potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem, nas pessoas que frequentam um Centro de dia.

Quais as vantagens futuras para as pessoas em geral com este estudo?

O estudo irá permitir conhecer quais são as principais necessidades de cuidados de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, para que seja possível alocar recursos de enfermagem com o intuito de os solucionar ou minimizar.

O que é que este estudo envolve?

Ao aceitar participar no estudo terá de responder a um conjunto de questões e realizar alguns testes de aptidão física, tais como:

- Avaliação do peso e altura;
- Avaliação do perímetro abdominal;
- Avaliação da frequência cardíaca;
- Avaliação da tensão arterial;
- Avaliação da acuidade visual;
- Avaliação da dor;

- Avaliação da força nos membros superiores e inferiores;
- Avaliação da realização de atividades de vida diária;
- Avaliação do equilíbrio corporal;
- Avaliação do risco de queda;
- Avaliação da intensidade de atividade física.

A quem é pedido para participar neste estudo?

Foi-lhe pedido para colaborar no estudo por ser utente do Centro de dia.

Existem riscos nesta participação?

Não existem riscos associados ao preenchimento do instrumento de recolha de dados, sendo este constituído por um conjunto de questões e alguns testes de aptidão. O estudo é observacional.

Existem benefícios por participar?

Não irá receber nenhum benefício direto por participar no estudo, com exceção de poder esclarecer com o enfermeiro avaliador as implicações para a saúde relativas aos diversos parâmetros avaliados. No entanto, o tratamento da informação recolhida irá permitir melhorar o conhecimento sobre as necessidades de saúde das pessoas que frequentam os centros de dia, podendo, mais tarde, vir a beneficiar de projetos de intervenção que sejam implementados no centro.

Quem terá acesso à minha informação?

Todos os dados pessoais e a informação recolhida são confidenciais e são apenas utilizados de acordo com os objetivos do estudo e não serão identificados em nenhuma publicação dos resultados. O seu nome não irá constar em nenhum dos instrumentos de recolha de dados. Estes terão um número de código, escolhido aleatoriamente, para evitar qualquer tipo de identificação.

Existem custos envolvidos?

Não existem quaisquer custos ou encargos da sua parte, excetuando o tempo que irá despender nas diversas avaliações.

Quais são os meus direitos?

A sua participação é voluntária e é livre de recusar ou abandonar o estudo, quando desejar. De realçar que a não participação no estudo não irá afetar a sua participação em futuros projetos de intervenção que se possam vir a constituir.

A quem posso contactar se tiver alguma questão ou preocupação?

Se tiver dúvidas sobre os seus direitos como participante pode contactar-me (Enf^a Cátia Costa) através do telefone [REDACTED] ou através do email [REDACTED].

APÊNDICE IV

Documento de consentimento livre e esclarecido



Documento de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro ter compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que abaixo assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Assinatura do(a) participante: _____

Data: _____

Nome da estagiária de enfermagem: _____

Data: _____

APÊNDICE V

Resultados do diagnóstico de saúde
e proposta de intervenção



Necessidades sensíveis aos cuidados de enfermagem das pessoas que frequentam Centros de dia

Estudante: Cátia Costa
Sob orientação de Prof. Armando Almeida

Necessidades sensíveis aos cuidados de enfermagem – Idosos em Centros de Dia

Programa “Mais Independência, Mais Autonomia” (MIMA)



Investigar fenómenos de Enfermagem que condicionam a autonomia, a independência e o bem estar das pessoas idosas



GANHOS EM SAÚDE

“Mais Independência, Mais Autonomia” (MIMA)

1. Elaboração do diagnóstico de saúde
2. Elaboração do projeto de intervenção comunitária
3. Implementação do projeto de intervenção comunitária
4. Avaliação de resultados a curto/ médio e longo prazo

Constituição da Amostra

Critérios de inclusão:

- ❖ Pessoas que frequentam o Centro de Dia na valência de centro de dia
- ❖ Com idade superior a 64 anos
- ❖ Com capacidade para interagir
- ❖ Com capacidade para decidir participar voluntariamente

15 Pessoas

Caracterização da Amostra



Problemas identificados

P1 – Solidão social

- 60% dos utentes apresenta um nível médio de solidão social

P2 – Défice cognitivo

- 40% dos utentes apresenta suspeita de défice cognitivo

P3 – Depressão

- 46,7% dos utentes apresenta valores sugestivos de depressão

P4 – Obesidade

- 80,1% dos utentes apresenta valores de IMC compatível com obesidade e pré-obesidade
- 78,6% dos utentes apresenta risco muito aumentado de complicações metabólicas relacionado com medida do perímetro abdominal

Problemas identificados (cont.)

P5 – Utilização de recursos de saúde

- 46,7% dos utentes considera que precisa de mais cuidados ou tratamento de saúde do que os que recebe
- 40% dos utentes considera a sua condição atual de saúde má ou muito má
- 73,3% dos utentes descreve o seu estado de saúde atual pior do que há 5 anos atrás

P6 – Visão ao perto

- 50% dos utentes apresenta défice de visão ao perto

P7 – Visão ao longe

- 92,9% dos utentes apresenta défice de visão ao longe

P8 – Higienização da cavidade oral

- 46,7% dos utentes só realiza a higienização da cavidade oral 1 vez/dia
- 86,7% dos utentes não realiza a higienização da cavidade oral no Centro de dia

Problemas identificados (cont.)

P9 – Dor

- 93,3% dos utentes refere ter sentido dor nas últimas semanas

P10 – Força muscular nos membros inferiores

- 93,3% dos utentes apresenta um score de "Muito fraco" no teste de força muscular dos membros inferiores, tendo os restantes 6,7% um score de "Fraco"

P11 – Força muscular nos membros superiores

- 93,3% dos utentes apresenta um score de "Muito fraco" no teste de força muscular dos membros superiores, tendo os restantes 6,7% um score de "Fraco"

P12 - Equilíbrio

- 71,4% dos utentes apresentam moderado ou elevado risco de queda (35,7% tem moderado risco e outros 35,7% elevado risco)

P13 – Medo de cair

- 93,3% tem alta preocupação de cair (baixa confiança para realizar as AVDs)

Problemas identificados (cont.)

P14 – Queda

- 46,8% dos utentes teve uma queda, ou mais, no último ano

P15 – Atividade física

- 100% dos utentes apresenta níveis reduzidos de atividade física (sedentarismo)

P16 – Atividade de lazer

- 40% dos utentes considera que a realização de atividades de lazer tem muita influência no seu bem-estar

P17 - Incontinência

- 26,7% dos utentes é incontinente ou apresenta episódios ocasionais de incontinência

P18 – Regime medicamentoso

- 60% dos utentes necessita de ajuda ou é incapaz de gerir o seu regime medicamentoso

Definição de Prioridades

Critérios de priorização:

1. Prevalência do problema
2. Sensível aos cuidados de Enfermagem
3. Recursos disponíveis
4. O que faz sentido para o utente
5. Impacto na saúde do utente
6. Exequível no tempo de permanência

Definição de Prioridades (cont.)

Priorização dos problemas:

1. P9 – Dor
2. P12 – Equilíbrio
3. P16 – Atividade de lazer
4. P10 – Força muscular nos membros inferiores
5. P14 – Queda
6. P8 – Higienização da cavidade oral
7. P11 – Força muscular nos membros superiores
8. P13 – Medo de cair
9. P15 – Atividade física



Definição de Prioridades (cont.)

Priorização dos problemas (cont.):

10. P17 – Incontinência
11. P18 – Regime medicamentoso
12. P2 – Défice cognitivo
13. P4 – Obesidade
14. P1 – Solidão social
15. P3 – Depressão
16. P5 – Utilização de recursos de saúde
17. P6 – Visão ao perto
18. P7 – Visão ao longe

Definição de Prioridades (cont.)

Priorização dos problemas:

1. P9 – Dor  Miriam
2. P12 – Equilíbrio
3. P16 – Atividade de lazer
4. P10 – Força muscular nos membros inferiores
5. P14 – Queda
6. P8 – Higiene da cavidade oral  Tiago
7. P11 – Força muscular nos membros superiores
8. P13 – Medo de cair
9. P15 – Atividade física

Problema major – Risco de Queda

Queda: ato de cair inadvertidamente no chão ou em qualquer espaço de nível inferior àquele em que nos encontramos ou deslocamos.

- 30% das pessoas com mais de 65 anos e 50% das pessoas com mais de 80 anos caem a cada ano.
- Os idosos que caem uma vez, têm 2 a 3 vezes mais possibilidades de cair novamente.
- As lesões decorrentes das quedas geram significativas limitações físicas e psicológicas aos idosos.

(OMS, 2007)

Risco de Queda

Com o envelhecimento:

- Perda de massa muscular
- Perda de força
- Perda de flexibilidade
- Diminuição da resistência muscular
- Diminuição da coordenação motora
- Alterações na visão
- Alterações na propriocepção
- Alterações no sistema vestibular



ALTERAÇÕES NO EQUILÍBRIO

MAIOR RISCO DE QUEDA



Risco de Queda (cont.)

O risco de queda não pode ser eliminado, mas pode ser reduzido através da implementação de programas para prevenção de quedas.

Na comunidade os programas mais eficazes englobam:

- ✓ exercício físico (força, flexibilidade e resistência)
- ✓ minimização da medicação
- ✓ intervenção ambiental
- ✓ correção de problemas visuais
- ✓ tratamento de patologias cardiovasculares
- ✓ suplementação com vitamina D

(Gomes, 2015)

Risco de Queda (cont.)

Projeto de intervenção comunitária para reduzir o risco de queda

- Consulta de enfermagem individualizada para avaliação de fatores de risco intrínsecos, extrínsecos e comportamentais aos idosos com maior risco de queda
- Conscientização da pessoa sobre o risco de queda e medidas possíveis de serem adotadas no sentido de a prevenir
- Plano de exercícios para aumentar o equilíbrio e força muscular

Grata pela atenção dispensada!



APÊNDICE VI

Manual para realização da Consulta de Enfermagem

“Prevenir ajuda a não cair!”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

MANUAL PARA REALIZAÇÃO
DA CONSULTA DE ENFERMAGEM
“PREVENIR AJUDA A NÃO CAIR!”

Por: Cátia Liliana Lopes Costa

Sob orientação: Prof. Doutor Armando Almeida

Porto, janeiro de 2019

ÍNDICE

1. CONSULTA “PREVENIR AJUDA A NÃO CAIR!”	2
2. DIAGRAMA DE ÁRVORE DE APOIO À TOMADA DE DECISÃO.....	5
3. TESTES UTILIZADOS NO DIAGRAMA DE ÁRVORE - INSTRUÇÕES PARA A SUA APLICAÇÃO	7
3.1. Teste Performance Oriented Mobility Assessment (POMA)	7
3.2. Teste de Levantar e Sentar	9
3.3. Teste de Flexão do Antebraço	10
4. INDICADORES RESULTANTES DA FUTURA OPERACIONALIZAÇÃO DA CONSULTA	13
APÊNDICES	17
Apêndice A - Impresso para registo da consulta “Prevenir ajuda a não cair!”	
Apêndice B - Impresso para registo de Follow-up – Anamnese das quedas	
Apêndice C - Impresso para registo de Visitação domiciliária	
Apêndice D - Intervenção educacional - Recomendações gerais e estratégias preventivas	
Apêndice E - Intervenção educacional - Idosos com antecedentes de queda	
Apêndice F - Intervenção educacional após identificação de fator de risco comportamental	
Apêndice G - Intervenção educacional após identificação de fator de risco ambiental	
Apêndice H - Intervenção educacional - Idosos com moderado ou elevado risco de queda ($POMA \leq 24$) e/ou pouca força muscular	
Apêndice I - Programa de exercício físico para prevenção de quedas	

1. CONSULTA “PREVENIR AJUDA A NÃO CAIR!”

O envelhecimento é um processo natural que conduz a um conjunto de alterações fisiológicas, psicológicas e sociais (1), as quais predisõem a ocorrência de quedas podendo gerar significativas limitações físicas e psicológicas na pessoa idosa. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2007), cerca de 30% das pessoas com mais de 65 anos e 50% das pessoas com mais de 80 anos caem a cada ano e aquelas que caem uma vez têm cerca de três vezes mais probabilidades de voltar a cair durante o ano seguinte (2). Ao efeito pós queda, para além do aumento da dependência, acrescenta-se o custo económico, associado à necessidade de um prestador de cuidados e ao consumo de recursos de saúde (internamentos, consultas de urgência, exames e consumo de fármacos) (5), fatores que obrigam a equacionar estratégias centradas na prevenção (33) (6) (32), passíveis de implementar nos Centros de Dia, no âmbito do Projeto de intervenção comunitária Mais Independência Mais Autonomia, do Centro de Enfermagem da Católica.

Neste sentido, e decorrente das necessidades de saúde identificadas nos idosos, em Centros de Dia, torna-se primordial a estruturação de uma consulta de enfermagem para prevenção de quedas a qual se designa “Prevenir ajuda a não cair!”. Esta consulta visa a avaliação multifatorial do risco de queda de forma individualizada permitindo ao enfermeiro uma prescrição personalizada em função das necessidades de cada idoso. Para isso, tendo como suporte a melhor evidência científica disponível, e no sentido de se conseguir uma uniformização de todos os procedimentos necessários à realização da consulta, foi desenvolvido este manual onde constam: diagrama de árvore de apoio à tomada de decisão; instruções de aplicação dos testes necessários na realização da consulta; impressos para registo da consulta; intervenções educacionais; programa de exercício físico para prevenção de quedas no idoso; conjunto de indicadores para a sua posterior monitorização.

A quem se destina a consulta?

Esta consulta tem como população alvo os utentes do Centro de Dia com 65 e mais anos de idade, sem défice cognitivo ou com défice ligeiro permitindo-lhes interação física e verbal.

Quais os objetivos da consulta?

1. Consciencializar acerca da vulnerabilidade individual face ao risco de queda;
2. Identificar os fatores de risco individuais que potenciam a queda;
3. Reduzir fatores de risco ambientais no domicílio dos indivíduos;
4. Reduzir fatores de risco comportamentais;
5. Aumentar a adesão às medidas de segurança prescritas;
6. Melhorar o equilíbrio corporal;
7. Melhorar a força muscular;
8. Aumentar a adesão face aos fatores protetores do risco de queda;
9. Incentivar comportamentos promotores de estilos de vida saudáveis.

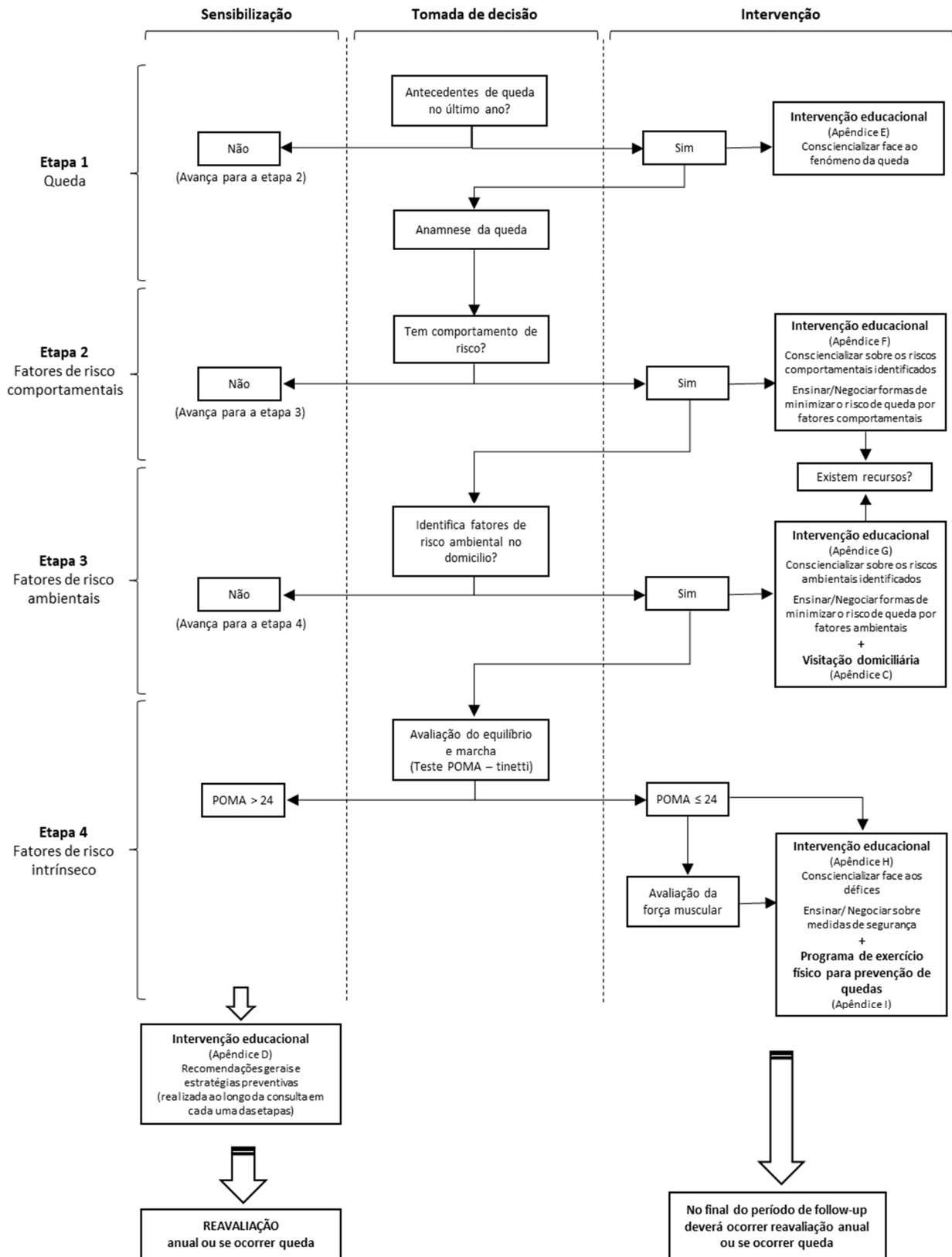
Quem operacionalizará a consulta?

Tendo em conta que, atualmente o Centro de Dia não possui recursos humanos suficientes que permita a realização desta consulta, a operacionalização da mesma ficará a cargo do Centro de Enfermagem da Católica, com a colaboração da enfermeira do Centro.

Quando se realizará a consulta?

Esta deverá ser realizada no momento de admissão do idoso no Centro de Dia, sendo seguida de consultas de reavaliação consoante as necessidades de intervenção identificadas.

2. DIAGRAMA DE ÁRVORE DE APOIO À TOMADA DE DECISÃO



3. TESTES UTILIZADOS NO DIAGRAMA DE ÁRVORE - INSTRUÇÕES PARA A SUA APLICAÇÃO

3.1. Teste Performance Oriented Mobility Assessment (POMA)

O POMA tem como objetivo avaliar o equilíbrio corporal e marcha sendo constituído por dois testes: teste de equilíbrio estático e teste de equilíbrio dinâmico (marcha).

Instruções para aplicação do teste

Material necessário: cadeira sem braços e marcação no chão de um percurso de 3 metros.

Procedimento: Seguir as orientações dos testes, assinalando na coluna à direita a pontuação obtida.

Equilíbrio Estático	Pontos
Equilíbrio sentado - Instruções: Sujeito sentado 0- inclina-se ou desliza na cadeira 1- inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira 2- estável, seguro	
Levanta-se da cadeira 0- incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio 1- capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco <u>ou</u> não consegue à 1ª tentativa 2- capaz na 1ª tentativa sem usar os braços	
Equilíbrio de pé imediato (primeiros 5 segundos) 0- Instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo) 1- Estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se (<u>ou aumenta a base de apoio</u>) 2- Estável sem qualquer tipo de ajudas	
Equilíbrio de pé com os pés paralelos 0- Instável 1- Instável, mas aumenta a base de suporte (<u>calcânhares afastados > 10 cm</u>) ou usa dispositivo de auxílio (<u>auxiliar de marcha para apoio</u>) 2- pés próximos e sem ajudas	
Desequilíbrio no esterno (pessoa de pé com os pés próximos, empurrar levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno) 0- Começa a cair 1- Vacilante, agarra-se, mas estabiliza 2- Estável	
Olhos fechados na mesma posição (pés próximos; contar até 10) 0- Instável 1- Estável	

Girar 360º duas vezes (2 vezes) 0- Instável (agarra-se, vacila) 1- Estável, mas dá passos descontínuos 2- Estável e passos contínuos	
Apoio Unipodal (5 seg. de forma estável) 0 - Não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objeto 1 - Aguenta 5 segundos de forma estável	
Sentar-se 0- Pouco seguro <u>ou</u> cai na cadeira <u>ou</u> calcula mal a distância 1- Usa os braços <u>ou</u> movimento não harmonioso 2- Seguro, movimento harmonioso	

Pontuação parcial: _____ / 16

Para a pontuação parcial, somar os scores assinalados (resultado entre 0 e 16). Quanto mais alta for a pontuação, melhor será o equilíbrio estático.

Equilíbrio Dinâmico				
Instruções: O sujeito faz um percurso de 3 m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. (A pessoa deverá utilizar os seus meios auxiliares de marcha habituais)				Pontos
Início da marcha (imediatamente após o sinal de partida) 0- Hesitação ou várias tentativas de iniciar 1- Sem Hesitação				
Comprimento e altura dos passos	Pé direito	Comprimento 0-Não ultrapassa o pé esquerdo em apoio 1-Ultrapassa o pé esquerdo em apoio	Altura 0-O pé direito não sai todo do chão 1-O pé direito sai todo do chão	
	Pé esquerdo	0- Não ultrapassa pé direito em apoio 1- Ultrapassa o pé direito em apoio	0- O pé esquerdo não sai todo do chão 1- O pé esquerdo sai todo do chão	
Simetria dos passos 0- Comprimento do passo aparentemente assimétrico 1- Comprimento do passo aparentemente simétrico				
Continuidade dos passos 0- Para <u>ou</u> dá passos descontínuos 1- Passos contínuos				
Desvio da linha reta (percurso de 3m previamente marcado) 0- Desvia-se da linha marcada 1- Desvia-se ligeiramente <u>ou</u> utiliza auxiliar de marcha 2- Sem desvios e sem ajudas				
Estabilidade do tronco 0- Nítida oscilação <u>ou</u> utiliza auxiliar de marcha 1- Sem oscilação, com flexão dos joelhos <u>ou</u> coluna <u>ou</u> afasta os braços do tronco 2- Sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha				
Base de sustentação durante a marcha 0- Calcanhares afastados 1- Calcanhares quase se tocando durante a marcha				

Pontuação parcial: _____ / 12

Para a pontuação parcial, somar os scores assinalados (resultado entre 0 e 12). Quanto mais alta for a pontuação, melhor será o equilíbrio dinâmico.

O somatório total das questões (pontuação do equilíbrio estático + pontuação do equilíbrio dinâmico) irá traduzir-se na estimativa para o Risco de queda da pessoa.

$$\text{POMA} = \text{Pontuação do equilíbrio estático} + \text{Pontuação do equilíbrio dinâmico}$$

$$= \underline{\hspace{2cm}} / 28$$

Pontuação final:

Pontuação	Risco de Queda
25 - 28	Baixo risco de queda
19 - 24	Moderado risco de queda
< 19	Elevado risco de queda

Quadro 1 - Pontos de corte para o POMA

3.2. Teste de Levantar e Sentar

O teste de levantar e sentar tem como objetivo avaliar a força muscular dos membros inferiores.

Instruções para aplicação do teste:

Material necessário: Cronómetro e cadeira com encosto (sem braços), com altura do assento aproximadamente 43 cm. Esta deverá ser colocada contra uma parede para evitar que esta se mova durante o teste.

Procedimento:

- ✓ O teste inicia-se com a pessoa sentada no meio da cadeira, com as costas direitas e os pés afastados à largura dos ombros e totalmente apoiados no solo. Um dos pés deve estar ligeiramente avançado em relação ao outro para ajudar a manter o equilíbrio. Os membros superiores estão cruzados ao nível dos pulsos e contra o peito;
- ✓ Antes de iniciar o teste, o avaliador deverá realizar uma demonstração. A pessoa deverá realizar uma ou duas tentativas para confirmar uma realização correta. Só depois será iniciado o teste;
- ✓ Ao sinal de “partida” o participante eleva-se até à extensão máxima (posição vertical) e regressa à posição inicial sentado;



- ✓ O participante é encorajado a completar o máximo de repetições num intervalo de tempo de 30 segundos;
- ✓ O avaliador contabiliza as elevações corretas (uma elevação correta significa que a pessoa se senta completamente e se eleva até à extensão máxima – posição vertical); Se a pessoa estiver a meio da elevação no final dos 30 segundos, esta deve contar como uma elevação;
- ✓ Chamadas de atenção verbais (ou gestuais) podem ser realizadas para corrigir um desempenho deficiente.

Pontuação:

A pontuação é obtida pelo número total de execuções corretas realizadas num intervalo de 30 segundos. Quanto mais alta for a pontuação, melhor será a força dos membros inferiores.

3.3. Teste de Flexão do Antebraço

O teste de flexão do antebraço tem como objetivo avaliar a força muscular dos membros superiores.

Instruções para aplicação do teste:

Material necessário: Cadeira com encosto e sem braços, cronómetro, halteres com 2 kg para as mulheres e 3 kg para os homens.

Procedimento:

- ✓ A pessoa deverá estar sentada numa cadeira, com as costas direitas, os pés bem assentes no chão e o tronco totalmente encostado;
- ✓ O teste começa com o braço dominante; com o antebraço em posição inferior, ao lado da cadeira, perpendicular ao solo.
- ✓ Ao sinal de «iniciar» a pessoa roda a palma da mão para cima, enquanto faz a flexão do antebraço no sentido completo do movimento; depois regressa à posição inicial de extensão do antebraço com um movimento controlado;
- ✓ O avaliador ajoelha-se junto da pessoa (ou senta-se numa cadeira), colocando os seus dedos no bicípite do avaliado, de forma a estabilizar a parte superior do braço, e assegurar que seja realizada uma flexão completa (o antebraço do participante deve apertar os dedos do avaliador). É importante que a parte superior do braço permaneça estática durante a execução do teste.



- ✓ O avaliador poderá necessitar de colocar a sua outra mão atrás do cotovelo de forma a que a pessoa perceba quando atingiu a extensão total, evitando movimentos de balanço do antebraço;
- ✓ Antes de iniciar o teste, o avaliador deverá realizar uma demonstração. A pessoa deverá realizar uma ou duas tentativas para confirmar uma realização correta. Só depois será iniciado o teste;
- ✓ O objetivo é realizar o maior número de flexões durante 30 segundos. O relógio deve estar totalmente visível;
- ✓ O avaliador contabiliza as flexões corretas (uma flexão correta significa que o participante flete e estende completamente o braço); Se a pessoa estiver a meio de uma flexão quando acaba o tempo, esta deve ser contabilizada.
- ✓ Chamadas de atenção verbais (ou gestuais) podem ser realizadas para corrigir um desempenho deficiente.

Pontuação:

A pontuação é obtida pelo número total de flexões corretas realizadas num intervalo de 30 segundos. Quanto mais alta for a pontuação, melhor será a força dos membros superiores

4. INDICADORES RESULTANTES DA FUTURA OPERACIONALIZAÇÃO DA CONSULTA

Indicadores de estrutura
Nº de horas de cuidados de enfermagem utilizadas por consulta
Indicadores de processo
Nº de consultas de enfermagem realizadas
<p>Acesso à consulta de enfermagem “Prevenir ajuda a não cair!”</p> $\frac{\text{n}^\circ \text{ de idosos com 65 anos ou mais, sem défice cognitivo ou défice ligeiro e com capacidade para interagir física e verbalmente que tiveram acesso à consulta}}{\text{n}^\circ \text{ de idosos com 65 anos ou mais, sem défice cognitivo ou défice ligeiro e com capacidade para interagir física e verbalmente}} \times 100$
<p>Adesão à consulta de enfermagem “Prevenir ajuda a não cair!”</p> $\frac{\text{n}^\circ \text{ de idosos que vieram à consulta de enfermagem}}{\text{n}^\circ \text{ de idosos convocados para a consulta}} \times 100$
<p>Acesso à intervenção educacional sobre fatores de risco comportamentais</p> $\frac{\text{n}^\circ \text{ de idosos com comportamentos de risco que recebeu intervenção educacional (apêndice F)}}{\text{n}^\circ \text{ de idosos com comportamentos de risco}} \times 100$
<p>Acesso à intervenção educacional sobre fatores de risco ambientais</p> $\frac{\text{n}^\circ \text{ de idosos com fatores de risco ambientais no domicílio, que recebeu intervenção educacional (apêndice G)}}{\text{n}^\circ \text{ de idosos com fatores de risco ambientais identificados no domicílio}} \times 100$
Nº de visitas domiciliárias realizadas
<p>Acesso à avaliação da força muscular</p> $\frac{\text{n}^\circ \text{ de idosos que tiveram acesso a avaliação da força muscular}}{\text{n}^\circ \text{ de idosos com POMA} \leq 24 \text{ (segundo fluxograma de decisão)}} \times 100$
<p>Acesso ao programa de exercício físico para prevenção de quedas</p> $\frac{\text{n}^\circ \text{ de idosos com alterações do equilíbrio que tiveram acesso ao programa de exercício físico (apêndice I)}}{\text{n}^\circ \text{ de idosos com alterações do equilíbrio}} \times 100$
<p>Adesão ao programa de exercício físico para prevenção de quedas</p> $\frac{\text{n}^\circ \text{ de idosos com alteração do equilíbrio que participaram nas sessões de exercício físico planeadas}}{\text{n}^\circ \text{ de idosos com alterações de equilíbrio convocados para as sessões de exercício físico planeadas}} \times 100$
<p><i>Critério de adesão ao programa de exercício físico para prevenção de quedas: participar pelo menos numa sessão por semana.</i></p>

Indicadores de resultado
<p>Melhoria da consciencialização face ao fenómeno da queda</p> $\frac{n^{\circ} \text{ de idosos que apresentam melhoria da consciencialização face ao fenómeno da queda após intervenção educacional (demonstrada pelo envolvimento, participação, procura de informação)}}{n^{\circ} \text{ de idosos não consciencializados face ao fenómeno da queda}} \times 100$
<p>Redução ou eliminação de fatores de risco comportamentais</p> $\frac{n^{\circ} \text{ de idosos que apresentam redução ou eliminação de comportamentos de risco potenciadores de queda após intervenção educacional}}{n^{\circ} \text{ de idosos com comportamentos de risco identificados}} \times 100$
<p>Redução ou eliminação de fatores de risco ambientais no domicílio</p> $\frac{n^{\circ} \text{ de idosos que apresentam redução ou eliminação de fatores de risco ambientais após intervenção educacional}}{n^{\circ} \text{ de idosos com fatores de risco ambientais identificados}} \times 100$
<p>Melhoria do equilíbrio corporal e marcha (POMA)</p> $\frac{n^{\circ} \text{ de idosos que apresentam aumento do score no POMA após intervenção de enfermagem documentada}}{n^{\circ} \text{ de idosos com défice no equilíbrio corporal}} \times 100$
<p>Melhoria da força muscular nos membros inferiores</p> $\frac{n^{\circ} \text{ de idosos que apresentam aumento da pontuação no teste de levantar e sentar após intervenção de enfermagem documentada}}{n^{\circ} \text{ de idosos com avaliação da força muscular nos membros inferiores}} \times 100$
<p>Melhoria da força muscular nos membros superiores</p> $\frac{n^{\circ} \text{ de idosos que apresentam aumento da pontuação no teste de flexão do antebraço após intervenção de enfermagem documentada}}{n^{\circ} \text{ de idosos com diminuição da força muscular nos membros superiores}} \times 100$
Taxas de prevalência
<p>Idosos com quedas no último ano</p> $\frac{n^{\circ} \text{ de idosos com queda no último ano}}{n^{\circ} \text{ de idosos avaliados na consulta}} \times 100$
<p>Idosos com comportamentos de risco</p> $\frac{n^{\circ} \text{ de idosos com comportamentos de risco}}{n^{\circ} \text{ de idosos avaliados na consulta}} \times 100$
<p>Idosos com fatores de risco ambientais</p> $\frac{n^{\circ} \text{ de idosos com fatores de risco ambientais}}{n^{\circ} \text{ de idosos avaliados na consulta}} \times 100$
<p>Idosos com alterações do equilíbrio corporal (POMA ≤ 24)</p> $\frac{n^{\circ} \text{ de idosos com alterações do equilíbrio}}{n^{\circ} \text{ de idosos avaliados na consulta}} \times 100$

APÊNDICES

Apêndice A

Impresso para registo da consulta

“Prevenir ajuda a não cair

Consulta de Enfermagem para prevenção de quedas no idoso

“Prevenir ajuda a não cair!”

Consulta realizada por	Data da consulta				
	1ª consulta	2ª consulta	3ª consulta	4ª consulta	5ª consulta

Dados sociodemográficos

1. Nome: _____

2. Data de nascimento: _____

3. Nível de escolaridade: _____

4. Vive sozinho?

	1ª consulta	2ª consulta	3ª consulta	4ª consulta	5ª consulta
Sim					
Não					

5. Tem prestador de cuidados?

	1ª consulta	2ª consulta	3ª consulta	4ª consulta	5ª consulta
Sim					
Não					

Etapa 1 - Queda

1ª CONSULTA

6. Quantas vezes caiu no último ano? _____ vezes

Se não teve quedas no último ano



Avança para a etapa 2

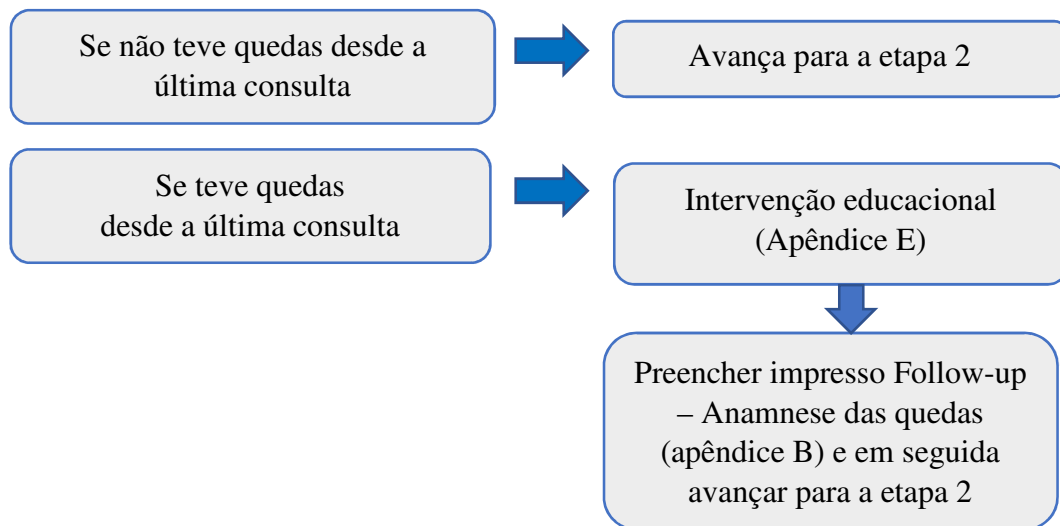
7. Anamnese das quedas (último ano) – baseado no sistema ADELIA

		Nº de quedas					
		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
Local	Casa						
	Fora de casa						
	Centro de Dia						
Período do dia	Diurno						
	Noturno						
Atividade	Atividade doméstica						
	Atividade de lazer						
	Atividade vital						
Razão da queda	Sem motivo						
	Escorregou						
	Tropeçou						
	Ao subir ou descer escadas						
	Perda de consciência						
Levantou-se sozinho	Não						
	Sim						
Onde se dirigiu?	USF						
	Hospital						
	Casa						
	Centro de dia						
	Outro						
Tipo de lesão	Sem lesão						
	Contusão/ hematoma						
	Esfolamento/ Escoriação						
	Lesão muscular						
	Ferida aberta com necessidade de sutura						
	Fratura						
	Outro						
Nº de dias de internamento							

CONSULTAS DE FOLLOW-UP

8. Quantas vezes caiu desde a última consulta?

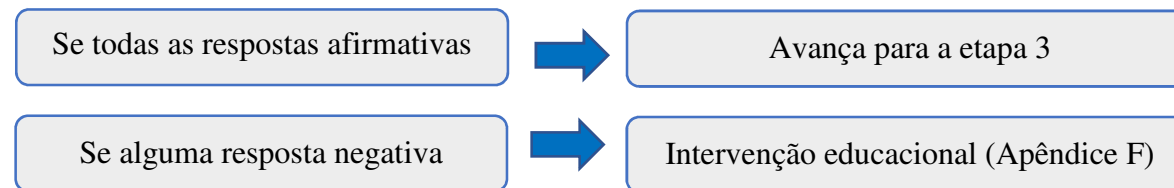
	Nº de quedas desde a última consulta?
2ª consulta	
3ª consulta	
4ª consulta	
5ª consulta	



Etapa 2 – Fatores de risco comportamentais

9. Identificação de fatores de risco comportamentais

AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL		1ª consulta			2ª consulta			3ª consulta			4ª consulta			5ª consulta		
		Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A
Uso de calçado e vestuário adequado	Calçado fechado e preso ao pé															
	Calçado com sola antiderrapante															
	Vestuário com altura adequada (ex: calças, roupões...)															
	Vestuário sem cintos															
Uso correto de equipamentos auxiliares de marcha	Seleção adequada do equipamento															
	Adaptado ao equipamento															
	Troca regular de borrachas em equipamentos como andarilho e canadianas															
Caminha sempre em locais de casa bem iluminados																
Abstém-se de subir a bancos e cadeiras																
Ausência de animais de estimação que se movimentem livremente pela casa																

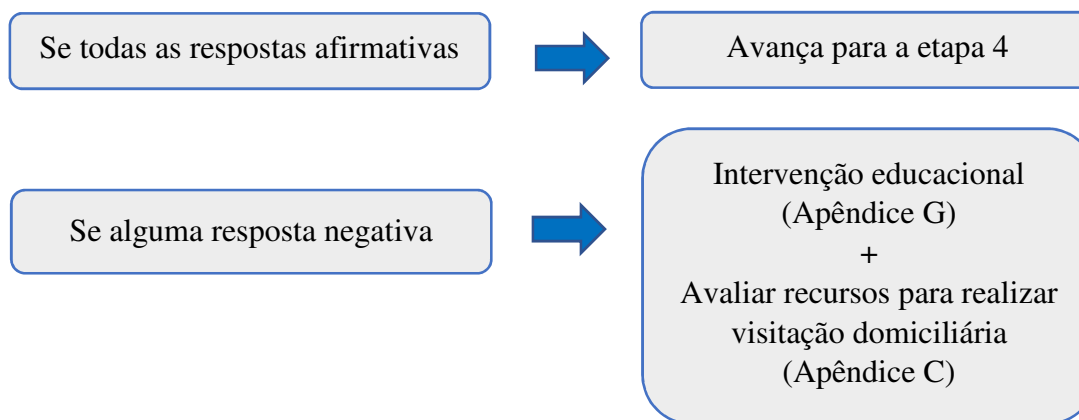


Etapa 3 – Fatores de risco ambientais

10. Identificação de fatores de risco ambientais no domicílio

AVALIAÇÃO AMBIENTAL		1ª consulta			2ª consulta			3ª consulta			4ª consulta			5ª consulta		
		Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A
Áreas de locomoção desimpedidas (livres de objetos, cabos elétricos, móveis...)																
Piso antiderrapante																
Tapetes fixos (ex: fita adesiva com dupla face ou rede antiderrapante na base dos tapetes)																
Barras de apoio																
Escadas seguras	existência de corrimão															
	bem iluminadas															
	degraus bem fixos e livres de objetos															
	beiras dos degraus marcadas para aumentar visibilidade															
Casa de banho adequadamente equipada	barras de apoio junto à sanita e chuveiro															
	tapete antiderrapante na banheira ou base de chuveiro															
	banco de apoio na base de chuveiro															
	alteador de sanita (quando necessário)															

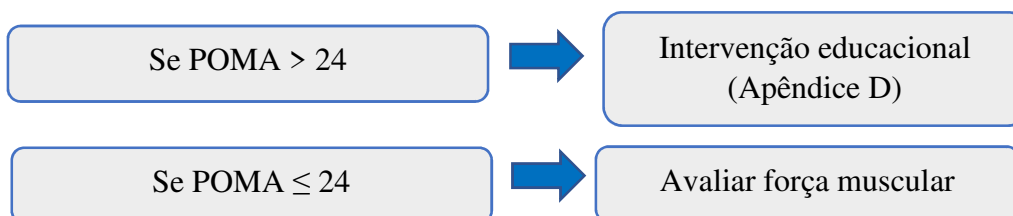
AVALIAÇÃO AMBIENTAL (cont.)		1ª consulta			2ª consulta			3ª consulta			4ª consulta			5ª consulta		
		Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A
Iluminação adequada	quantidade suficiente															
	interruptores acessíveis															
	luzes de presença noturna															
Altura dos móveis adequada (sofá, cadeiras e cama com altura adequada que permita uma transferência segura)																



Etapa 4 – Fatores de risco intrínseco

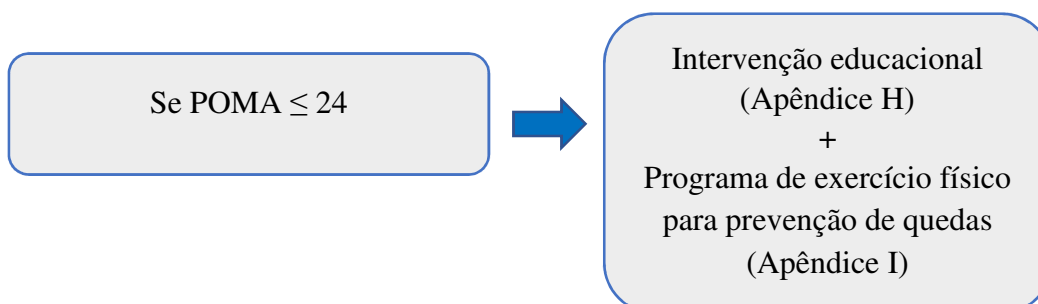
11. Avaliação do Equilíbrio e Marcha através do teste Performance Oriented Mobility Assessment (POMA)

EQUILÍBRIO E MARCHA	Pontuações		
	Equilíbrio estático	Equilíbrio dinâmico	POMA
1ª consulta			
2ª consulta			
3ª consulta			
4ª consulta			
5ª consulta			



12. Avaliação da Força muscular dos membros inferiores e superiores

FORÇA MUSCULAR	Nº de repetições em 30 segundos	
	Membros Inferiores	Membros Superiores
	Teste levantar e sentar	Teste de flexão antebraço
1ª consulta		
2ª consulta		
3ª consulta		
4ª consulta		
5ª consulta		



Apêndice B

**Impresso para registo de
Follow-up – Anamnese das quedas**

Consulta “Prevenir ajuda a não cair!”

Follow-up - Anamnese das quedas

2ª consulta	3ª consulta	4ª consulta	5ª consulta
___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___

Nome: _____

Etapa 1 - Queda

Anamnese das quedas (desde a última consulta) – baseado no sistema ADELIA

		Nº de quedas					
		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
Local	Casa						
	Fora de casa						
	Centro de Dia						
Período do dia	Diurno						
	Noturno						
Atividade	Atividade doméstica						
	Atividade de lazer						
	Atividade vital						
Razão da queda	Sem motivo						
	Escorregou						
	Tropeçou						
	Ao subir ou descer escadas						
	Perda de consciência						
Levantou-se sozinho	Não						
	Sim						
Onde se dirigiu?	USF						
	Hospital						
	Casa						
	Centro de dia						
	Outro						
Tipo de lesão	Sem lesão						
	Contusão/ hematoma						
	Esfolamento/ Escoriação						
	Lesão muscular						
	Ferida aberta com necessidade de sutura						
	Fratura						
Outro							
Nº de dias de internamento							

Apêndice C

Impresso para registo de

Visitação domiciliária

Consulta “Prevenir ajuda a não cair!”

Registo de Visitação domiciliária

Nome: _____

AVALIAÇÃO AMBIENTAL		Visitação domiciliária			Visitação domiciliária		
		Data:			Data:		
		Realizada por:			Realizada por:		
		Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A
Áreas de locomoção desimpedidas (livres de objetos, cabos elétricos, móveis...)							
Piso antiderrapante							
Tapetes fixos (ex: fita adesiva com dupla face ou rede antiderrapante na base dos tapetes)							
Barras de apoio							
Escadas seguras	existência de corrimão						
	bem iluminadas						
	degraus bem fixos e livres de objetos						
	beiras dos degraus marcadas para aumentar visibilidade						
Casa de banho adequadamente equipada	barras de apoio junto à sanita e chuveiro						
	tapete antiderrapante na banheira ou base de chuveiro						
	banco de apoio na base de chuveiro						
	alteador de sanita (quando necessário)						
Iluminação adequada	quantidade suficiente						
	interruptores acessíveis						
	luzes de presença noturna						
Altura dos móveis adequada (sofá, cadeiras e cama com altura adequada que permita uma transferência segura)							

Outros dados relevantes: _____

Apêndice D

Intervenção educacional

Recomendações gerais e estratégias preventivas

Intervenção educacional

Recomendações gerais e estratégias preventivas

Esta intervenção educacional será realizada a todos os idosos ao longo da consulta de enfermagem. À medida que se avalia cada um dos fatores potenciadores do risco de queda, será realizada a respetiva intervenção, seja ela de sensibilização ou de consciencialização.

Recomendações gerais e estratégias preventivas:

➤ **Mantenha-se ativo**

É importante manter-se ativo nas suas atividades do dia-a-dia, tais como, tarefas domésticas, ir às compras, passear animal de estimação e atividade recreativa. Ser ativo reduz o risco de queda e ajuda a manter-se independente.

➤ **Realize exercício físico moderado de forma regular**

A prática regular de atividade física ajuda a fortalecer os músculos, a melhorar o equilíbrio, a coordenação e flexibilidade. Deverá ser realizada, pelo menos durante 30 minutos por dia, 5 dias por semana.

Procure uma atividade que goste, tal como, caminhada, dança, natação, sessões de exercício físico em grupo ou mesmo individual.

No caso de não ser habitual a prática regular de exercício físico, comece devagar e vá integrando esta prática na sua rotina diária.

➤ **Faça uma alimentação equilibrada e beba água**

Uma alimentação variada e equilibrada é essencial para obter os nutrientes necessários para se manter saudável e com energia. Para combater a osteoporose, faça refeições ricas em cálcio e vitamina D (leite, iogurte, vegetais de folha verde, sardinha, salmão, ovos, frutos secos, etc).

Deve beber pelo menos cinco copos de água por dia e limitar a ingestão de álcool.

➤ **Apanhe sol regularmente**

A exposição moderada ao sol (cerca de 20 minutos por dia evitando as horas de maior calor) é a melhor forma de promover a produção de vitamina D pelo nosso organismo. As deficiências em vitamina D conduzem a fraqueza muscular, dor e enfraquecimento dos ossos, o que potencia o risco de queda e torna mais graves as suas consequências.

➤ **Mantenha a sua casa segura**

Grande parte das quedas acontece dentro de casa, sendo essencial a existência de um ambiente doméstico seguro para prevenir a queda. Para isso é essencial alguns cuidados, entre os quais, manter as áreas de locomoção livres de objetos, os tapetes fixos, as escadas seguras, iluminação adequada em toda a casa, pisos antiderrapantes e secos e colocação de barras de apoio na casa de banho. (para informação mais detalhada consulte apêndice G).

➤ **Evite comportamentos de risco**

Durante as suas atividades diárias deve evitar comportamentos em que se expõe ao risco de cair, tais como, subir a bancos e cadeiras, andar descalço ou só de meias, usar chinelos e/ou roupas largas ou compridas e caminhar pela casa com iluminação insuficiente (para informação mais detalhada consulte apêndice F).

➤ **Mantenha uma vigilância regular da sua saúde**

A probabilidade de cair está diretamente relacionada com o seu estado de saúde, por isso recomenda-se uma vigilância regular (pelo menos 1 vez/ano) de modo a detetar precocemente possíveis alterações.

Não esqueça os exames da visão – com o envelhecimento é normal surgirem alterações na visão que, sendo graduais, não são imediatamente percebidas pelo próprio, podendo aumentar o risco de queda. Neste sentido, deve consultar um oftalmologista, pelo menos de 2 em 2 anos; no caso de usar óculos, mantenha as suas lentes limpas e utilize óculos de sol para dias com muita luminosidade. No caso de apresentar cataratas, informe-se com o seu médico de família e o seu oftalmologista sobre a possibilidade de intervenção cirúrgica.

➤ **Tenha cuidados com a medicação**

Respeite os horários e posologia dos medicamentos prescritos pelo seu médico.

Tenha sempre consigo uma lista atualizada da medicação que faz diariamente e seus horários e sempre que lhe prescreverem um novo medicamento mostre essa lista ao médico. Os efeitos secundários e possíveis interações entre os diferentes medicamentos podem provocar alterações no seu organismo que aumentam o risco de queda.

Não tome medicamentos que não sejam prescritos pelo seu médico.

Sempre que possível, peça ao seu médico para rever a sua medicação, no sentido de a diminuir. A toma simultânea de mais de 3 medicamentos, pode aumentar a possibilidade de cair.

Apêndice E

Intervenção educacional

Idosos com antecedentes de queda

Intervenção educacional Idosos com antecedentes de queda

1. Conscientizar face ao fenómeno da queda:

- O risco de queda aumenta com a idade, e no caso de pessoas com mais de 65 anos as consequências tendem a ser mais graves afetando a sua mobilidade e independência;
- A maioria das quedas acontece dentro de casa;
- Quem cai uma vez, tem cerca de três vezes mais probabilidades de voltar a cair durante o ano seguinte;
- As quedas podem ser ocorrer devido a:
 - Fatores intrínsecos - relacionados com a pessoa, tais como, perda de equilíbrio e força muscular, visão diminuída, alterações cognitivas, doenças crónicas.
 - Fatores ambientais – relacionados com o ambiente onde a pessoa vive, tais como, má iluminação do domicílio, pisos escorregadios ou irregulares, inadequada fixação de tapetes, casa de banho sem barras de apoio, escadas sem corrimão.
 - Fatores comportamentais – relacionados com a exposição da pessoa ao risco, tais como, subir a bancos ou cadeiras, andar descalço ou de meias, usar chinelos e/ou roupas largas ou compridas e caminhar pela casa com iluminação insuficiente.
- É possível prevenir as quedas realizando pequenas alterações no domicílio e no seu estilo de vida.

Esta intervenção educacional assume uma importância preponderante para a continuidade da consulta e seu sucesso. É o momento ideal para o enfermeiro avaliar a motivação do idoso para a mudança, seja de comportamento, ambiental ou estilos de vida.

Apêndice F

Intervenção educacional

após identificação de fator de risco comportamental

Intervenção educacional após identificação de fator de risco comportamental

1. Conscientizar sobre os fatores de risco comportamentais identificados;
2. Ensinar sobre formas de minimizar o risco de queda por fatores comportamentais:
 - **Uso de calçado e vestuário adequado**
 - Deve usar calçado fechado e preso ao pé com sola antiderrapante
 - Deve usar calçado confortável e respirável
 - Evite andar descalço ou só de meias
 - Evite usar chinelos, mesmo dentro de casa
 - Trate das calosidades e mantenha as unhas cuidadas
 - Evite usar roupas muito largas e compridas;
 - Evite usar roupa com cintos;
 - **Uso correto de equipamentos auxiliares de marcha**
 - Verifique se está adaptado ao equipamento auxiliar de marcha que utiliza;
 - No caso de andarilhos e canadianas, troque as borrachas destes equipamentos com regularidade e sempre que estas evidenciem sinais de desgaste;
 - **Caminhe sempre em locais da casa bem iluminados**
 - **Depois da lavagem do chão, aguarde que este seque, até andar sobre o mesmo**
 - **Evite subir a bancos e cadeiras**
 - Guarde os objetos de uso frequente em locais de fácil acesso
 - **Evite que animais de estimação andem livremente pela casa**
3. Negociar possíveis mudanças de comportamento que permitam minimizar o risco de queda associada a estes fatores.

Apêndice G

Intervenção educacional

após identificação de fator de risco ambiental

Intervenção educacional após identificação de fator de risco ambiental

1. Conscientizar sobre os fatores de risco ambientais identificados no domicílio;
2. Ensinar sobre formas de minimizar o risco de queda por fatores ambientais:
 - **Áreas de locomoção desimpedidas**
 - Mantenha as áreas de locomoção livres de objetos, brinquedos, cabos elétricos, fios de telefone, móveis pequenos;
 - Se necessário, remova ou reorganize os móveis para tornar o espaço mais amplo;
 - **Piso antiderrapante e seco**
 - Coloque pisos antiderrapantes;
 - Mantenha os pisos secos;
 - **Tapetes fixos**
 - Evite usar tapetes, mas no caso de os usar, tenha-os bem fixos ao chão, utilizando fita adesiva de dupla face ou rede antiderrapante;
 - **Escadas seguras**
 - As escadas devem ter corrimão, se possível de ambos os lados, e os degraus devem estar bem fixos, ser baixos e com altura uniforme;
 - O piso das escadas deve ser antiderrapante e a beira dos degraus, principalmente o primeiro e último, deve estar marcada para aumentar a visibilidade;
 - **Iluminação adequada**
 - Toda a casa, incluindo a zona das escadas, deve ter uma boa iluminação, com interruptores acessíveis;
 - Tenha uma luz na mesa de cabeceira que possa ligar e desligar sem ter de sair da cama;
 - Durante a noite, mantenha uma luz de presença nos locais de circulação, tais como, quartos, corredor e casa de banho;
 - **Mobiliário adequado**
 - Sofá, cadeiras e cama devem ter uma altura adequada que permita uma transferência segura;
 - Opte por cadeiras com braços, pois será mais fácil o sentar e levantar;
 - Os móveis, principalmente no corredor, devem ser robustos, pois é frequente os idosos usarem-nos como apoio;

➤ **Casa de banho adequadamente equipada**

- Na casa de banho, deverão existir barras de apoio junto à sanita e chuveiro;
 - A banheira ou base de chuveiro deve ter tapete antiderrapante e, quando necessário, banco de apoio;
 - No caso de ter dificuldade em sentar e levantar da sanita, opte por utilizar um alteador de sanita.
4. Negociar possíveis alterações no domicílio que permitam minimizar o risco de queda por fatores ambientais.

Apêndice H

Intervenção educacional

Idosos com moderado ou elevado risco de queda (POMA \leq 24)
e/ou pouca força muscular

Intervenção educacional

Idosos com moderado ou elevado risco de queda (POMA \leq 24)
e/ou pouca força muscular

1. Consciencializar o idoso relativamente aos seus défices de equilíbrio e/ou força muscular;
2. Incentivar a prática regular de exercício físico;
3. Motivar para adesão ao programa de exercício físico para prevenção de quedas (apêndice F);
4. Ensinar sobre medidas de segurança, tais como:
 - Recomendar que tenha o telefone num local de fácil acesso (o ideal seria ter um telemóvel sempre consigo) para poder pedir ajuda no caso de queda;
 - Recomendar que tenha junto do telefone uma lista de contactos úteis, tais como, familiares, amigos, vizinhos e nº de emergência médica;
 - Ensinar o idoso a levantar-se do chão no caso de ocorrer uma queda e, se possível, treinar estes movimentos;
 - Informar/negociar sobre sistemas de segurança para idosos, tais como, telealarme e dispositivo móvel de emergência.

Apêndice I

**Programa de exercício físico
para prevenção de quedas**

Programa de exercício físico para prevenção de quedas

Este programa de exercícios tem como objetivo melhorar a condição física da pessoa, mais concretamente a capacidade de equilíbrio e o fortalecimento muscular dos membros inferiores e superiores, ajudando também a um maior bem-estar emocional.

É um programa composto por 21 exercícios de fácil execução recorrendo unicamente a materiais simples. Cada sessão de exercício tem a duração média de 30 minutos e deverá ser realizada 2 vezes por semana, durante um período mínimo de 3 meses.

Cada sessão de exercício está dividida em 3 fases distintas*:

- 1. Aquecimento (exercícios 1 a 5)** - fase inicial onde são apresentados exercícios para aquecer os músculos e preparar o corpo para o movimento, prevenindo o aparecimento de lesões articulares e musculares;
- 2. Exercícios de força (exercícios 6 a 13) e equilíbrio (exercícios 14 a 17)** – onde são apresentados exercícios de tonificação muscular e melhoria do equilíbrio;
- 3. Alongamentos (exercícios 18 a 21)** – onde são apresentados exercícios de flexibilidade que auxiliam a reduzir a tensão muscular e articular.

Material necessário:

- Cadeira robusta sem braços ou outro apoio, tal como bancada ou mesa;
- 1 toalha;
- 2 pesos de 1 Kg (pode ser realizado com 2 garrafas de água cheias de areia).

Tendo em conta a capacidade motora dos idosos, os diferentes exercícios são descritos para execução numa posição sentada (para os idosos que não têm capacidade para deambular ou não consigam ficar em pé o tempo necessário à realização do exercício) e descritos numa posição em pé (para os idosos que deambulam e conseguem ficar em pé o tempo necessário à realização do exercício).

À medida que o idoso vai melhorando a sua condição física, são sugeridas algumas alterações simples que aumentam o nível de dificuldade de cada exercício.

EXERCÍCIOS DE AQUECIMENTO – exercícios 1 a 5 *

1. Marcha

Sentado em cadeira:

- Sentar numa cadeira que permita o apoio adequado dos pés no chão;
- Apoiar as mãos nas laterais da cadeira;
- Marchar, elevando os pés e pernas alternadamente a um ritmo confortável;
- Manter a marcha por 1 minuto.



Posição de pé:

- Em pé, tendo como apoio as costas de uma cadeira robusta ou uma mesa, marchar (sem sair do lugar);

(restante exercício igual à posição sentado – seguir a partir da alínea c)

Para aumentar o nível de dificuldade:

- Acompanhar a marcha com o movimento dos braços;
- Aumentar tempo para 2 minutos.

2. Movimentos da cabeça

Sentado em cadeira:

- Sentar numa cadeira, tronco direito, com os braços descontraídos ao longo do corpo;
- Rodar lentamente a cabeça para o lado esquerdo e manter essa posição durante 5 segundos;
- Rodar para o lado oposto mantendo novamente a
- posição 5 segundos;
- Os ombros e tronco devem manter-se quietos mexendo unicamente a cabeça e pescoço;
- Repetir o exercício 5 vezes.



Posição de pé:

- Em pé, tendo como apoio as costas de uma cadeira robusta ou uma mesa, manter os pés afastados à largura dos ombros;

(restante exercício igual à posição sentado – seguir a partir da alínea b)

3. Círculos com os ombros

Sentado em cadeira:

- Sentar numa cadeira, com os braços descontraídos ao longo do corpo;
- Elevar ambos os ombros em direção às orelhas, rodando suavemente para trás;
- Repetir o exercício 5 vezes;
- Voltar a realizar o exercício, desta vez, rodando os ombros suavemente para a frente;
- Repetir o exercício 5 vezes.



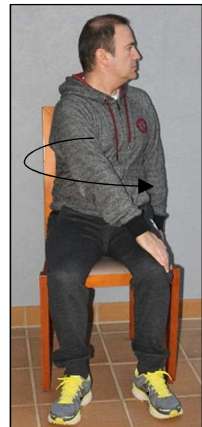
Posição de pé: (realizar unicamente se tiver bom equilíbrio)

- Em pé, manter os pés afastados à largura dos ombros; sugere-se ter um apoio por perto no caso de desequilíbrio (cadeira robusta ou mesa);
(restante exercício igual à posição sentado – seguir a partir da alínea b)

4. Rotação do tronco

Sentado em cadeira:

- Sentar numa cadeira, com os pés apoiados no chão à largura dos ombros;
- Colocar a mão direita na coxa ou joelho esquerdo e deixar a mão esquerda a segurar a cadeira;
- Rodar suavemente o tronco, ombros e cabeça para a esquerda, dirigindo o olhar para trás;
- Voltar à posição inicial e repetir todo o procedimento para o lado oposto;
- Repetir o exercício 5 vezes.



Posição de pé:

- Em pé, tendo como apoio as costas de uma cadeira robusta ou uma mesa, manter os pés afastados à largura dos ombros;
- Cruzar os braços em frente ao tronco;
(restante exercício igual à posição sentado – seguir a partir da alínea c)

Nota: Atenção para não rodar os quadris.

5. Movimentos do tornozelo

Sentado em cadeira:

- Sentar numa cadeira, com as costas bem apoiadas;
- Mãos apoiadas nas laterais da cadeira;
- Com um pé pousado no chão, elevar a perna oposta sem fletir o joelho;
- Esticar os dedos dos pés à frente e depois puxa-los na direção oposta, apontando-os para cima;
- Repetir 5 vezes para uma perna;
- Repetir todo o exercício com a perna contrária.



EXERCÍCIOS DE FORÇA – exercícios 6 a 13 *

6. Levantar e sentar da cadeira

- Apoiar as mãos nas laterais da cadeira e sentar a meio de uma cadeira robusta com os pés apoiados no chão à largura dos ombros, ligeiramente atrás;
- Com o tronco direito, incliná-lo suavemente para a frente;
- Levantar da cadeira, utilizando as mãos o menos possível;
- Dar um passo atrás, até tocar com as pernas na cadeira;
- Inspirar e voltar a sentar, suavemente, controlando o movimento da descida;
- Repetir este exercício 10 vezes.



Para aumentar o nível de dificuldade:

- Não utilizar as mãos, mantendo-as cruzadas sobre o peito;
- Aumentar nº de repetições para 15;
- Fazer 2 séries: 15 repetições, descansar 1 minuto e mais 15 repetições.

7. Elevação dos braços

Sentado em cadeira:

- Sentar numa cadeira com as costas bem apoiadas atrás e os pés pousados no chão à largura dos ombros;
- Pegar num peso de 1 Kg em cada mão (exemplo: garrafa com areia);
- Colocar os pesos à altura dos ombros com as palmas das mãos viradas para a frente;
- Levantar lentamente ambos os braços acima da cabeça e manter a posição durante 3 segundos;
- Voltar a descer lentamente até à posição inicial;
- Repetir este exercício 10 vezes.



Posição de pé:

- Em pé, com os pés afastados à largura dos ombros;
- (restante exercício igual à posição sentado – seguir a partir da alínea b)

Para aumentar o nível de dificuldade:

- Aumentar nº de repetições para 15;
- Fazer 2 séries: 15 repetições, descansar 1 minuto e mais 15 repetições;
- Aumentar o peso.

8. Elevação da perna atrás

Posição de pé:

- Em pé, tendo como apoio as costas de uma cadeira robusta ou uma mesa, manter os pés afastados à largura dos ombros;
- Elevar atrás uma das pernas (sem fletir o joelho), manter essa posição durante 3 segundos e regressar suavemente à posição inicial;
- A perna de apoio deve estar ligeiramente fletida; o tronco não deve inclinar em demasia;
- Repetir este exercício 10 vezes para essa perna;
- Repetir todo o exercício com a perna oposta.



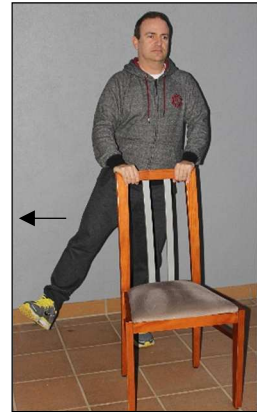
Para aumentar o nível de dificuldade:

- Realizar o exercício sem apoio;
- Aumentar nº de repetições para 15;
- Fazer 2 séries: 15 repetições, descansar 1 minuto e mais 15 repetições.

9. Elevação da perna ao lado

Posição de pé:

- Em pé, tendo como apoio as costas de uma cadeira robusta ou uma mesa, manter os pés afastados à largura dos ombros;
- Elevar lateralmente uma das pernas (sem fletir o joelho) com os dedos dos pés a apontar para cima, manter esta posição durante 3 segundos e regressar à posição inicial;
- Manter o tronco direito, evitando inclinar o corpo;
- Repetir 10 vezes para essa perna;
- Repetir todo o exercício com a perna oposta.



Para aumentar o nível de dificuldade:

- Realizar o exercício sem apoio;
- Aumentar nº de repetições para 15;
- Fazer 2 séries: 15 repetições, descansar 1 minuto e mais 15 repetições.

10. Flexão/ Extensão dos braços

Sentado em cadeira:

- Sentar numa cadeira com as costas bem apoiadas atrás e os pés pousados no chão à largura dos ombros;
- Pegar num peso de 1 Kg em cada mão (exemplo: garrafa com areia);
- Segure os pesos virados para baixo com as palmas voltadas para a frente;
- Fletir os cotovelos, elevando os pesos em direção ao ombro, mantendo os cotovelos fixos e paralelos ao corpo;
- Manter essa posição durante 3 segundos;
- Baixar lentamente os braços;
- Repetir este exercício 10 vezes.



Posição de pé:

- Em pé, com os pés afastados à largura dos ombros;

(restante exercício igual à posição sentado – seguir a partir da alínea b)

Para aumentar o nível de dificuldade:

- Aumentar nº de repetições para 15;
- Fazer 2 séries: 15 repetições, descansar 1 minuto e mais 15 repetições;
- Aumentar o peso.

11. Elevação dos braços à frente

Sentado em cadeira:

- Sentar numa cadeira com as costas bem apoiadas atrás e os pés pousados no chão à largura dos ombros;
- Pegar num peso de 1 Kg em cada mão (exemplo: garrafa com areia);
- Segure os pesos virados para baixo com as palmas voltadas para trás;
- Elevar os braços retos à frente até à altura dos ombros;
- Manter essa posição durante 3 segundos;
- Baixar lentamente os braços;
- Repetir este exercício 10 vezes.



Posição de pé:

- Em pé, com os pés afastados à largura dos ombros;
(restante exercício igual à posição sentado – seguir a partir da alínea b)

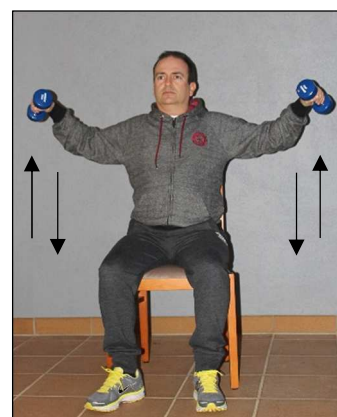
Para aumentar o nível de dificuldade:

- Aumentar nº de repetições para 15;
- Fazer 2 séries: 15 repetições, descansar 1 minuto e mais 15 repetições;
- Aumentar o peso.

12. Elevação dos braços ao lado

Sentado em cadeira:

- Sentar numa cadeira com as costas bem apoiadas atrás e os pés pousados no chão à largura dos ombros;
- Pegar num peso de 1 Kg em cada mão (exemplo: garrafa com areia);
- Colocar os braços de lado, segurando os pesos virados para baixo com as palmas da mão viradas para dentro;
- Elevar os braços lateralmente (ligeiramente fletidos) à altura dos ombros;
- Manter essa posição durante 3 segundos;
- Baixar lentamente os braços;
- Repetir este exercício 10 vezes.



Posição de pé:

- Em pé, com os pés afastados à largura dos ombros;
(restante exercício igual à posição sentado – seguir a partir da alínea b)

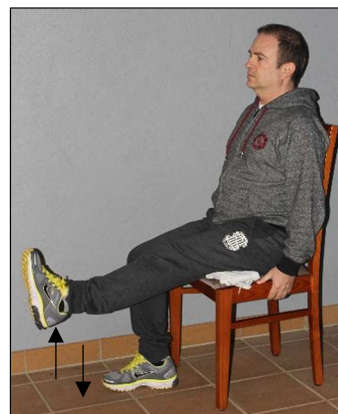
Para aumentar o nível de dificuldade:

- 1) Aumentar nº de repetições para 15;
- 2) Fazer 2 séries: 15 repetições, descansar 1 minuto e mais 15 repetições;
- 3) Aumentar o peso.

13. Elevação da perna à frente

Sentado em cadeira:

- a) Sentar numa cadeira com as costas bem apoiadas atrás e os pés pousados no chão à largura dos ombros;
- b) Colocar por baixo da coxa, na beira da cadeira, uma toalha enrolada;
- c) Elevar lentamente uma perna à frente (o mais reta possível) apontando os dedos do pé ao teto;
- d) Manter essa posição durante 3 segundos;
- e) Regressar à posição inicial pousando o pé no chão;
- f) Repetir este exercício 10 vezes;
- g) Repetir todo o exercício para a outra perna.



Para aumentar o nível de dificuldade:

- 1) Aumentar nº de repetições para 15;
- 2) Fazer 2 séries: 15 repetições, descansar 1 minuto e mais 15 repetições.

EXERCÍCIOS DE EQUILÍBRIO – exercícios 14 a 17 *

14. Passos laterais

Posição de pé:

- a) Em pé, apoiar as mãos nas costas de uma cadeira robusta ou uma mesa, mantendo os pés próximos;
- b) Dar um passo lateral e manter essa posição durante 2 segundos;
- c) Voltar à posição inicial;
- d) Repetir o movimento 10 vezes com essa perna;
- f) Repetir todo o exercício com a perna oposta.



Para aumentar o nível de dificuldade:

- 1) Realizar o exercício sem apoio;
- 2) Aumentar nº de repetições para 15;
- 3) Fazer 2 séries: 15 repetições, descansar 1 minuto e mais 15 repetições.

15. Apoio num pé

Posição de pé:

- a) Em pé, apoiar as mãos nas costas de uma cadeira robusta ou uma mesa mantendo os pés próximos;
- b) Elevar um pé atrás e segurar-se apenas no outro pé, manter essa posição 10 segundos;
- c) Manter os joelhos juntos;
- d) Voltar à posição inicial;
- e) Repetir o movimento 10 vezes para essa perna;
- f) Repetir todo o exercício com a perna oposta.



Para aumentar o nível de dificuldade:

- 1) Realizar o exercício sem apoio;
- 2) Aumentar nº de repetições para 15;
- 3) Realizar o exercício com os olhos fechados.

16. Pés em linha reta

Posição de pé:

- a) Em pé, colocar-se lateralmente a uma cadeira robusta ou uma mesa e apoiar uma das mãos nas costas da cadeira, mantendo os pés à largura dos ombros;
- b) Colocar um dos pés imediatamente à frente do outro de forma a que o calcanhar de um toque nos dedos do outro, formando uma linha reta;
- c) Olhar em frente e manter o equilíbrio por 10 segundos;
- d) Voltar à posição inicial;
- e) Repetir o exercício com o outro pé.



Para aumentar o nível de dificuldade:

- 1) Realizar o exercício sem apoio;
- 2) No momento de manter o equilíbrio por 10 segundos, fechar os olhos.

17. Ficar na ponta dos dedos

Posição de pé:

- Em pé, apoiar as mãos nas costas de uma cadeira robusta ou uma mesa e manter os pés afastados à largura dos ombros;
- Elevar lentamente o corpo o mais alto possível, colocando o peso do corpo nas pontas dos pés;
- Manter a posição durante 3 segundos;
- Descer lentamente os calcanhares até ao chão;
- Repetir este exercício 10 vezes;



Para aumentar o nível de dificuldade:

- Realizar o exercício sem apoio;
- Realizar o exercício com os olhos fechados.

EXERCÍCIOS DE ALONGAMENTO – exercícios 18 a 21 *

18. Alongamento dos gêmeos (músculos da barriga das pernas)

Sentado em cadeira:

- Sentar a meio de uma cadeira robusta com os pés apoiados no chão à largura dos ombros, formando um ângulo de 90 graus com as pernas;
- Esticar uma perna e manter o calcanhar no chão;
- Puxar os dedos do pé para trás até sentir alongar o músculo da barriga da perna;
- Manter a posição por 10 a 20 segundos;
- Voltar à posição inicial;
- Repetir o exercício com a outra perna.



19. Alongamentos da parte posterior da coxa

Sentado em cadeira:

- Sentar a meio de uma cadeira robusta com os pés apoiados no chão à largura dos ombros, formando um ângulo de 90 graus com as pernas;
- Esticar uma perna e manter o calcanhar no chão;
- Colocar as duas mãos na outra perna;
- Com o tronco direito, inclinar o corpo à frente até sentir o alongamento na parte posterior da coxa;
- Manter a posição por 10 a 20 segundos;
- Voltar à posição inicial;
- Repetir o exercício com a outra perna.



20. Alongamentos do peito

Sentado em cadeira:

- Sentar numa cadeira com as costas bem apoiadas atrás e os pés pousados no chão à largura dos ombros;
- Colocar os braços estendidos para os lados ao nível dos ombros com as palmas voltadas para a frente;
- Mover lentamente os braços para trás;
- Parar quando sentir alongamento ou desconforto;
- Manter essa posição durante 10 a 20 segundos.



21. Alongamento dos membros superiores

Sentado em cadeira:

- Sentar numa cadeira com as costas bem apoiadas atrás e os pés pousados no chão à largura dos ombros;
- Entrelaçar os dedos das mãos e rodar as mãos ficando com as palmas destas viradas para a frente;
- Esticar os braços e manter a posição por 10 a 20 segundos;
- Elevar os braços acima da cabeça e manter a posição por 10 a 20 segundos.

