



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**  
**Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Idoso**

### **Relatório de Estágio** **“Hospitalização da Pessoa Idosa com** **Doença Vascular Crítica”**

**Luis Filipe Lopes Vieira**

**2011**





# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização  
Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Idoso**

## **Relatório de Estágio**

**Luis Filipe Lopes Vieira**

**Orientado por: Professora Graça Melo  
Co-orientado por: Enfermeiro Esp. Enfermagem de  
Reabilitação Pedro Pires**

**2011**



## **RESUMO**

O envelhecimento da população conduz ao aumento da prevalência de doenças crónicas. Envelhecer é um processo inevitável que se traduz numa redução da capacidade orgânica e funcional não decorrente de acidente ou doença. O declínio funcional é geralmente associado a diversos factores como a evolução natural da doença, a falta de apoio social, factores comportamentais, a não adesão medicamentosa, dieta e estilo de vida. A doença vascular crítica surge como um episódio de agudização da doença vascular crónica, relaciona-se com os factores já descritos e o envelhecimento natural. É necessária a avaliação da capacidade funcional logo na admissão e direccionar os cuidados não só para a doença mas também para a prevenção do declínio funcional e estar desperto para depressão geriátrica, as alterações das actividades de vida, entre os quais os hábitos relacionados com a alimentação, cuidados de reabilitação física, envolvimento da família ou cuidador, e o planeamento atempado da alta. O Enfermeiro assume especial importância na promoção e implementação destes cuidados, sendo o profissional de saúde que mais tempo passa com a pessoa idosa, conhece as suas capacidades e a forma como as potenciar.

**PALAVRAS-CHAVE:** Pessoa idosa; hospitalização; capacidade funcional

## **ABSTRACT**

Aging is an inevitable process that leads to a reduction of organic and functional capacity is not due to accident or illness. The functional decline is often associated with various factors such as the natural evolution of the disease, lack of social support, behavioral factors, non-adherence with medication, diet and lifestyle. Vascular disease emerges as a critical episode of acute exacerbation of chronic vascular disease, is related to the factors already mentioned and natural aging. It is necessary to evaluate the functional capacity at baseline and immediately direct the care not only for disease but also for the prevention of functional decline and being awake for geriatric depression, changes in life activities, including those related to food habits care, physical rehabilitation, family involvement, or caregivers, and timely planning of discharge. The nurse is of particular importance in the promotion and implementation of care, with the health professional who spends more time with the elderly, their skills and know how to leverage.

**KEYWORDS:** Elder; hospitalization; functional capacity

## **AGRADECIMENTOS**

Para a elaboração deste trabalho, muito contribuiu a orientação da Sr<sup>a</sup> Professora Graça Melo e a co-orientação do Sr. Enfermeiro Pedro Pires, Especialista em Enfermagem de Reabilitação, sempre disponíveis quando necessário.

Agradeço à minha família pela compreensão das horas retiradas ao convívio familiar.

Ainda a colaboração dos meus colegas de serviço, muitos prestáveis e prontos a colaborar.

Por fim a receptividade do Sr. Professor Doutor Dinis da Gama, director do Serviço de Cirurgia Vascular e à Sr<sup>a</sup> Enfermeira Chefe Elisabete Patrício, Enfermeira Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular.

## SUMÁRIO

RESUMO.....	iii
ABSTRACT.....	iii
AGRADECIMENTOS.....	iv
SUMÁRIO.....	v
INTRODUÇÃO.....	7
1 - REVISÃO DE LITERATURA .....	10
1.1 - Envelhecimento .....	10
2 - O CUIDAR À PESSOA IDOSA EM INTERNAMENTO HOSPITALAR .....	12
2.1 - O internamento hospitalar da pessoa idosa.....	12
2.2 - Particularidades da doença vascular crítica no envelhecimento .....	16
2.3 - Capacidade funcional da Pessoa idosa hospitalizada .....	18
2.4 - Estratégias a adoptar na prestação de cuidados para a promoção da capacidade funcional .....	22
2.5 - O Modelo de Enfermagem de Roper-Logan-Tierney.....	31
3 - PLANO DE TRABALHO.....	33
3.1 - Actividades desenvolvidas.....	33
3.1.1 - Analisar a problemática do cuidar hospitalar à pessoa idosa, transpondo-o para o Serviço de Cirurgia Vascular .....	33
3.1.2 - Desenvolver orientações na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa internada com doença vascular aguda, no serviço de Cirurgia Vascular visando a prevenção da incapacidade funcional durante o internamento. ....	34
3.1.3 - Capacitar a equipa de enfermagem para a implementação de cuidados/estratégias de intervenção com vista à diminuição da incapacidade funcional .....	39
3.2. Questões éticas.....	41
3.3. Implicações e recomendações para a prática .....	42
3.4. Limitações do projecto .....	43
4 - CONCLUSÃO.....	44
5 - BIBLIOGRAFIA.....	45

ANEXOS.....51

Anexo I - Avaliação Breve do Estado Mental (mms)

Anexo II - Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (Versão reduzida - GDS-15)

Anexo III - Índice de Barthel (Actividades de vida diária)

Anexo IV - Mini Avaliação Nutricional (*mini nutritional assessment* – mna)

Anexo V - Teste Levante e Ande (*get up and go*)

Anexo VI - Escala de Lawton e Brody (Escala de Actividades Instrumentais de  
Vida Diária)

Anexo VII - Curso de formação "Prevenir a Síndrome da Imobilidade"

Anexo VIII - Autorização da direcção de enfermagem do para realização  
do projecto de estágio

Anexo IX - Aprovação da Comissão de Ética para realização do projecto de estágio

Anexo X - Autorização do Conselho de Administração CHLN para realização  
do Projecto de Estágio

Anexo XI - Avaliação do Estágio

APÊNDICES.....78

Apêndice I - Cronograma de estágio

Apêndice II - Questionário de avaliação da situação

Apêndice III - Sessão de apresentação do projecto de estágio à equipa de enfermagem

Apêndice IV - Folha de informação ao doente

Apêndice V - Questionário de avaliação inicial da pessoa idosa

Apêndice VI - Quadro resumo os estudos de caso

Apêndice VII - Sessão de apresentação de resultados do projecto de estágio à equipa de  
enfermagem

## INTRODUÇÃO

A enfermagem é a profissão na área da saúde que tem por missão prestar cuidados de saúde ao ser humano ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que se encontra inserido de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde ajudando-os a maximizar a sua capacidade funcional, o mais rapidamente possível (OE, 2009). A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos que se baseiam em valores, crenças e culturas, inter-relacionando-se com tudo o que a rodeia.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional da Enfermagem, (REPE) o enfermeiro especialista:

“É o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em Enfermagem ou com um curso estudos superiores especializados em Enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na sua área de especialidade.” (Decreto-lei nº 104/98, Artigo 4º, nº 3).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) formulou cinco domínios de competências do Enfermeiro Especialista, sendo quatro comuns a todas as especialidades nomeadamente: responsabilidade profissional, ética e legal; gestão da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens e um domínio específico de cada especialidade.

As competências comuns são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados. As competências específicas são as decorrentes das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e do campo de intervenção. As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica, na vertente Enfermagem do Idoso, são dirigidas a projectos de saúde do idoso a vivenciar processos de saúde/doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos idosos, promovendo a excelência na prática da enfermagem geriátrica (OE, 2009).

O presente relatório é referente ao estágio que se realizou entre Setembro de 2010 e Fevereiro de 2011, direccionado ao cliente idoso. Foi realizado no Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital de Santa Maria e surge no âmbito do 1º Curso Pós-Licenciatura de Especialização e

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem do Idoso, na sequência da Unidade Curricular Estágio com Relatório da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Encontra-se dividido em 7 capítulos. No capítulo introdutório é abordada a enfermagem como profissão, as competências do enfermeiro especialista, expõe-se o tema estudado no projecto, a sua justificação, a questão de partida e os objectivos propostos. O segundo capítulo, com o número 1, realiza-se a revisão da literatura contextualizando-se o envelhecimento. No capítulo seguinte faz-se referência ao cuidar à pessoa internamento em internamento hospitalar: aborda-se o internamento hospitalar da pessoa idosa; as particularidades da doença vascular crítica no envelhecimento; a capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada; as estratégias a adoptar na prestação de cuidados para a promoção da capacidade funcional e por fim o modelo conceptual de referência deste projecto - o Modelo de Enfermagem de Roper-Logan-Tierney. No capítulo seguinte expõem-se o plano de trabalho, as actividades desenvolvidas para atingir os objectivos propostos, a apresentação generalizada dos resultados dos estudos de caso, as questões éticas e as implicações e recomendações para a prática. As conclusões surgem no capítulo seguinte. No penúltimo capítulo encontra-se toda a bibliografia consultada para a realização deste relatório. Por fim, os anexos e apêndices.

Da minha prática diária no Serviço de Cirurgia Vascular, constato que existe um número elevado de idosos que sofrem uma diminuição da capacidade funcional durante o internamento. Esta evidência é também sustentada pela literatura (COVINSKY, K., [et al], 2003; FULMER, T., 2007; GRAF, C, 2008; COURTNEY, M., [et al], 2009).

Neste serviço, cerca de 80% dos utentes internados tem idade igual ou superior a 65 anos.

Surge então a seguinte convicção: **diminuição da capacidade funcional da pessoa idosa internada por doença vascular crítica.**

Os cuidados à pessoa idosa dirigidos apenas para a patologia que origina o internamento descora outros problemas que a pessoa idosa possa adquirir ou agravar durante a hospitalização, como por exemplo a dificuldade em adormecer, em controlar os esfíncteres, em alimentar-se, no aumento do risco de quedas, no surgimento de úlceras de pressão e até em alguma confusão mental, que por vezes são normais na idade já avançada mas que em ambiente hospitalar se agravam repercutindo-se numa diminuição da capacidade funcional (FULMER, T., 2007).

Esta diminuição da capacidade funcional trás consigo uma diminuição da autonomia da pessoa idosa para a realização das actividades de vida diária, tornando-as dependentes não só de familiares, que por vezes não tem condições sociais e ou económicas para assumirem o papel de

cuidadores, transferindo essa função, se possível, para os serviços da comunidade, repercutindo-se no aumento de gastos em saúde. Mesmo não existindo no serviço uma avaliação efectiva do estado funcional no momento da admissão e no momento da alta, é do nosso conhecimento que grande número de doentes idosos no momento da alta se encontram mais dependentes que no momento de pré-admissão. Torna-se então necessário orientar a prestação de cuidados de enfermagem para a promoção da autonomia da pessoa idosa. Estes cuidados devem ter início logo na admissão e se possível devem terminar apenas após a alta hospitalar, com a pessoa idosa inserida na sua comunidade.

Tendo como meta a excelência e a particularidade do cuidar, de Enfermagem, à Pessoa Idosa, e ciente da responsabilidade e validade de um trabalho de qualidade, delineei como objectivo geral: implementar o projecto de estágio no Serviço de Cirurgia Vasculor do Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria, sob o tema **“O internamento da Pessoa Idosa Com Doença Vasculor Crítica”**.

Deste modo a questão de partida para este projecto foi: **“De que modo os cuidados à pessoa idosa no hospital podem contribuir para a minimização da perda de capacidade funcional?”**

Convicto da pertinência deste tema e da sua abordagem multidisciplinar, tendo em conta as competências previstas no REPE e OE para o Enfermeiro Especialista defini como objectivo geral do estágio: **Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista de Enfermagem Médico-Cirúrgica no cuidar à Pessoa Idosa com doença vasculor crítica, com o principal intuito de prevenir a diminuição da capacidade funcional durante o internamento.**

Os objectivos específicos foram:

- **Analisar a problemática do cuidar hospitalar à pessoa idosa, transpondo-o para o Serviço de Cirurgia Vasculor;**
- **Desenvolver orientações na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa internada no serviço de Cirurgia Vasculor visando a prevenção da incapacidade funcional durante o internamento;**
- **Capacitar a equipa de enfermagem para a implementação de cuidados/estratégias de intervenção com vista à diminuição da incapacidade funcional.**

# 1 - REVISÃO DE LITERATURA

## 1.1 - Envelhecimento

O envelhecimento da população segundo Gro Harlem Brundtland, Director-Geral da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1999 é, antes de tudo, uma história de sucesso para as políticas de saúde pública, assim como para o desenvolvimento social e económico. (OMS, 2002).

“A adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa no cuidado da própria saúde são importantes em todos os estágios da vida. Um dos mitos do envelhecimento é que se torna tarde demais para se adotar tais estilos nos últimos anos de vida. Pelo contrário, o envolvimento em atividades físicas adequadas, alimentação saudável, a abstinência do fumo e do álcool e fazer uso de medicamentos sabiamente pode prevenir doenças e o declínio funcional, estender a longevidade e aumentar a qualidade de vida do indivíduo.” (OMS, 2002, p.26)

A OMS define envelhecimento activo, como um processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Os determinantes comportamentais de um envelhecimento activo ao longo da vida, a adopção de estilos de vida mais saudáveis e uma atitude mais participativa na promoção do auto-cuidado são fundamentais para se viver com mais e melhor saúde.

O envelhecimento demográfico, assim como as alterações na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, determinam novas necessidades em saúde, que necessitam de respostas mais adequadas. Envelhecer faz parte natural do ciclo de vida. O aumento da esperança de vida da população traz consigo algumas questões basilares para os cuidadores em geral e para os enfermeiros em particular, como a necessidade de ajudar pessoas a permanecerem independentes e activas ao longo da sua existência. A promoção de políticas de saúde, especialmente aquelas direccionadas às pessoas mais velhas é também importante.

O conceito de envelhecimento deve ser entendido como um fenómeno complexo e dinâmico, fruto de transformações profundas ao nível bio-psico-social e relacional.

Envelhecer é um processo inevitável com o passar do tempo, existe uma diminuição orgânica e funcional não decorrente de acidente ou doença.

“Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa no desenvolvimento

económico dos países.”, (Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, 2006, p. 4).

O crescimento da população idosa mundial aumenta a prevalência de doenças crónicas não transmissíveis e, com isto, o desenvolvimento de incapacidades associadas ao envelhecimento, implicando grande influência na saúde pública, sendo contexto de inúmeras discussões. A melhora ou, no mínimo, a manutenção da capacidade funcional de idosos, tem sido um dos objectivos mais importantes e desafiantes da gerontologia (ROSA, T., [et al], 2003). A evolução científica tem mostrado como as alterações do corpo humano com o envelhecimento conduzem à necessidade de mudar totalmente o modo de avaliar, planear, realizar e avaliar cuidados de enfermagem. Cuidar a pessoa idosa exige conhecimentos específicos, conhecimentos e habilidades que a maioria dos enfermeiros não aprende na sua formação inicial. Muitas das abordagens usadas para cuidar em gerontologia já não são adequadas. Existem práticas baseadas em evidências que todos os enfermeiros devem usar diariamente a fim, de proporcionar a melhor qualidade de cuidados possível (KRESEVIC, D., 2008). Embora exista alguma dificuldade em definir quem é a pessoa idosa universalmente aceite, admite-se a vantagem de se utilizar o critério “idade” para a sua definição. No entanto o envelhecimento tem sempre formas diferentes de se perceber e compreender, com particular atenção às variações culturais. Podem ser referidos os processos biológicos, aparência física, eventos de deterioração da vida social, como a reforma e o aparecimento de novos papéis sociais, como o de avô. Como a parte idosa compreende um intervalo etário de aproximadamente 30 anos, é habitual distinguir dois grupos: os idosos jovens e os mais idosos (SILVA, C.; PEREZ, P., 2010).

A pessoa idosa foi definida como pessoa da terceira idade com mais de 65 anos, nos países desenvolvidos e pessoa com mais de 60 anos nos países sub-desenvolvidos (OMS, 1995). Pode ainda classificar-se os idosos em três classes, dos 65 aos 74 anos como “idoso jovem”, dos 75 aos 84 “idoso médio” e mais de 85 como “idoso idoso” (IMGINÁRIO, C., 2002). A população com mais de 85 anos, quase duplicou nos últimos 20 anos. Portugal é o país da Europa com maior número de pessoas com mais de 65 anos. Apesar dos ganhos em anos de vida, a proporção de anos que se pode esperar viver sem nenhum tipo de incapacidade de longa duração vai diminuindo com a idade. Este facto decorre, entre outros factores, do aumento da prevalência da diabetes, da hipertensão e dos acidentes vasculares. As incapacidades de longa duração são determinadas pela interacção de factores como comportamentos desadequados ao longo da vida (SANTANA, P., [et al], 2008). Apesar de todos os aspectos e factores referidos a esperança de vida à nascença, em Portugal, é actualmente de 81,8 anos para as mulheres e de 75,8 anos para os homens e continua a aumentar (PORDATA, 2011).

## **2 - O CUIDAR À PESSOA IDOSA EM INTERNAMENTO HOSPITALAR**

### **2.1 - O internamento hospitalar da pessoa idosa**

O cuidado à pessoa idosa é, por definição, abrangente, envolvendo intervenções em diferentes níveis de atenção e espaços institucionais, incluindo unidades de internamento, hospital-de-dia e unidades de cuidados continuados.

O modelo actual de prestação de cuidados de saúde, responde bem em doença aguda, no entanto encontra-se desadequado, para dar resposta às necessidades de saúde de uma população em envelhecimento, pois gera internamentos evitáveis, com gasto de recursos, acaba por determinar o aparecimento de dependências e, até, o esgotamento das famílias, que não encontram apoio junto de serviços de proximidade (Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, 2006). A avaliação da pessoa idosa raramente inclui domínios funcionais essenciais para garantir a optimização dos resultados do tratamento em cuidados hospitalares.

Durante anos afirmou-se que os hospitais são lugares perigosos para a pessoa idosa (CASSEL, C., 2003). Esta tem mais tempo de hospitalização, com maior frequência e maior gravidade. As taxas de hospitalização são o dobro para a faixa etária de 85 e mais anos, em comparação com o grupo etário 65-74 anos (KOZAK, L., [et al], 2002). Os riscos de complicações hospitalares mais comuns na pessoa idosa são as quedas com possíveis fracturas, delírio, infecções nosocomiais, interacções medicamentosas, e complicações cirúrgicas. A pessoa idosa, particularmente uma pessoa idosa, frágil, acamada, mesmo por alguns dias sofre um grande risco de perda de mobilidade e perda de função (FILHO, J., 2000; COVINSKY, K., [et al], 2003; LANDEFELD, C., 2003). O internamento pode resultar em alterações da qualidade de vida, por vezes definitivas, (COVINSKY, K., [et al], 2003; KING, B., 2006).

A pessoa idosa quando hospitalizada tem um risco de 23,3% de ser incapaz de regressar a casa, simplesmente porque perdeu a capacidade de realização de algumas actividades da vida diária (AVD), mesmo durante um curto internamento (LANDEFELD, C., 2003). O termo actividade de vida diária usa-se no sentido amplo. São consideradas actividades de vida, por exemplo, manter o ambiente seguro, comunicar, respirar, comer e beber, eliminar, higiene pessoal e vestir-se, controlar a temperatura corporal, mobilizar-se, trabalhar e distrair-se, exprimir a sexualidade, dormir e morrer. Cada actividade tem determinadas características e em cada uma delas existem actividades especiais. Quanto mais se examinam estas actividades, mais se verifica a sua complexidade (ROPER, N., [et al], 2001). Todas as AVD's são importantes, no

entanto existem algumas, com maior impacto na hospitalização da pessoa idosa com doença aguda que outras, como por exemplo o dormir, a alimentação, a eliminação e a mobilidade (FULMER, T., 2007). Estas actividades de vidas, encontram-se relacionadas ente si num continuum de dependência/independência e são influenciadas por factores biológicos, psicológicos, sociológicos ambientais e político-económicos (ROPER, N., [et al], 2001).

O internamento hospitalar por doença aguda da pessoa idosa é acompanhado por uma perda no desempenho destas actividades básicas da vida diária (AVD), como tomar banho, vestir, transferência da cama para a cadeira de higiene, continência, e alimentação (TIMONEN, L., [et al], 2002; KAWASAKI, N., [et al], 2005). Algo tão simples como utilizar sozinho a casa de banho ou alimentar-se sem ajuda, pode fazer a diferença entre continuar a ter uma vida independente ou necessitar de ser institucionalizado (CASSEL, C., 2004). Esta diminuição da autonomia desenvolve-se logo na admissão, instalando-se nas primeiras 48 horas (HIRSCH, C., [et al], 1990; CREDITOR, M., 1993). No entanto, encontra-se também associada a um internamento prolongado, a perda da capacidade de auto-cuidado, por vezes atribuída aos efeitos combinados do envelhecimento, doença aguda, e doenças crónicas. As AVD importantes a avaliar são a higiene, a alimentação, a eliminação e a mobilização (PALMER, R., 2003).

É também importante, avaliar as actividades instrumentais de vida diária, como a preparação de refeições, a realização das compras, a gestão de terapêutica, os trabalhos domésticos, o transporte e a contabilidade. (KRESEVIC, D., 2008).

Também a doença iatrogénica, imobilidade forçada, alterações dos ciclos do sono, efeitos de desorientação do meio ambiente, privação sensorial e subnutrição estão igualmente relacionados A Doença iatrogénica é qualquer doença resultante de um procedimento diagnóstico ou intervenção terapêutica que não é uma consequência natural da doença. A iatrogenia é frequentemente classificada como resultante de medicamentos, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, infecções nosocomiais ou perigos ambientais (PALMER, R., 2003).

A constante pressão para reduzir tempo de internamento aumenta o risco de resultados nocivos. Esta observação gerou uma verdadeira indústria de pesquisa e programas inovadores para melhorar o atendimento de transição, isto é, cuidados hospitalares pós-alta. Assim, torna-se importante um melhor planeamento da alta, uma abordagem apelidada de cuidados de transição (COLEMAN, E., 2003). A intervenção da assistência global de transição para idosos hospitalizados, aumentou o intervalo de tempo entre a alta hospitalar e de readmissão ou de morte, demonstrando o grande empenho para melhorar os resultados clínicos e económicos, (NAYLOR, N., [et al], 2004).

No entanto a pessoa idosa permanece mais tempo hospitalizada que a restante população

e, assim, aumenta estatisticamente o risco de erro clínico. Cerca de 58% dos idosos sofreram algum tipo de complicação relacionada ao tratamento hospitalar (LEFEVRE, F., [et al], 1992).

Verifica-se que existem outros factores predisponentes ao declínio funcional na pessoa idosa durante o período de hospitalização, tais como um comprometimento funcional prévio à admissão como a presença de deficit cognitivo, incluindo estado confusional agudo; a gravidade da condição clínica (diagnóstico de acidente vascular cerebral, múltiplas co-morbilidades e admissão pelo serviço de urgência); idade avançada; mobilidade reduzida, incluindo repouso prolongado no leito e instabilidade postural e o histórico prévio de quedas foram os mais registados. Em menor frequência, também foram citados depressão, baixo índice de massa corporal de outros marcadores nutricionais, polimedicação, percepção de mau estado de saúde, incontinência urinária e institucionalização (CUNHA, F., [et al], 2009).

Na hospitalização da pessoa idosa a nutrição é um dos parâmetros a considerar, pois pode contribuir para a subnutrição/desidratação, contribuindo para isso uma avaliação deficiente do padrão alimentar. A falta de supervisão e a delegação são as causas apontadas. Para melhorar esta situação é necessário que o enfermeiro assuma o padrão alimentar da pessoa idosa como uma prioridade, envolvendo o cuidador nesta tarefa (BAIXINHO, C.; SOUSA, O., 2008).

Outro factor importante na hospitalização da pessoa idosa é a polimedicação, que constitui uma preocupação para a segurança do idoso, está associada ao aumento das reacções adversas a medicamentos, à hospitalização e à mortalidade. A falta de orientação na gestão medicamentosa aumenta o risco de hospitalização (KUZUYA, M., [et al], 2008). Também importante na prevenção do declínio funcional é a preparação para a alta. Os profissionais de saúde que prestam cuidados à população idosa devem incluir na sua prestação de cuidados um programa de transição do hospital para casa (COURTNEY, M., [et al], 2009).

A prescrição medicamentosa requer um conhecimento farmacológico em relação ao envelhecimento, preconiza-se o uso de doses mais baixas do que o normal quando a dose de geriatria é desconhecida. O risco de eventos adversos pode ser reduzido pela não prescrição de medicamentos com efeitos anticolinérgicos ou psicotrópicos. É necessária uma utilização adequada de opióides, anti-inflamatórios e antagonistas da histamina (PALMER, R., 2003).

Em relação à mobilidade há também que ter em conta a deambulação e os meios auxiliares de marcha. Os idosos devem avaliar a sua saúde em termos gerais e não em função unicamente da sua doença. As potencialidades devem ser enfatizadas, sem esquecer as suas necessidades (DEPP, C.; JESTE, D., 2006). Não é conhecida nenhuma evidência que mostre o valor terapêutico do repouso no leito, a pessoa idosa não deverá permanecer em repouso no leito excepto por alguma razão em particular (CREDITOR, M., 1993).

A autonomia surge também ligada à capacidade funcional. Promover a autonomia das pessoas idosas é um tema chave na saúde actual e da política de assistência social. A maior atenção dos serviços de reabilitação traduz-se numa promoção da capacidade funcional. A autonomia inclui ainda liberdade de escolha, de acção e autocontrolo sobre a vida. Autonomia está directamente relacionada à capacidade de se ser dependente ou independente na realização das actividades da vida diária. Para a pessoa idosa a presença de uma limitação física, seja ela causada por uma doença ou resultante de perda de autonomia, gera dependência ou limitação na realização das actividades da vida diária (DIOGO, M., 1997).

É importante a actuação em conjunto com a família visando o envelhecimento sadio e com qualidade de vida satisfatória. Durante a hospitalização presença do familiar e sua parceria nos cuidados, não devem ser encarados como uma regra. É necessário respeitar os aspectos estruturais e afectivos da família, bem como as suas competências e limites de actuação. Este familiar (cuidador), não deverá apenas fazer companhia ao seu familiar poderá também ser orientado no seu papel de cuidador, pelo enfermeiro, principalmente após a alta hospitalar. O acto de cuidar, realizado com a equipa de enfermagem no hospital, torna o familiar um parceiro. São conhecidas diversas acções relacionadas com as actividades de vida diária (higiene, alimentação e auxílio na marcha) desenvolvidas pelo cuidador ao idoso hospitalizado, com benefícios no seu bem-estar e qualidade de vida (PENA, S.; DIOGO, M., 2009). A assiduidade do cuidador durante o período de hospitalização é importante para a pessoa idosa. No entanto existem dificuldades, relacionadas com a falta de informação do cuidador e dos profissionais e sobre os direitos e os deveres desse mesmo cuidador (MARTINS, J., [et al], (2009).

Na atenção à saúde da pessoa idosa, a finalidade é conseguir alcançar um bom estado de saúde, para que essa pessoa possa atingir um máximo de vida activa, no ambiente em que está inserida, junto da sua família, com autonomia e independência física, psíquica e social. Participar activamente num contexto de preferência familiar, e manter-se com autonomia é essencial para a pessoa idosa, além de contribuir para a saúde e o bem-estar (SANTOS, S., [et al], 2008).

Os profissionais de saúde afirmam serem importantes as acções executadas entre a equipa de enfermagem e o cuidador familiar; para que seja mais fácil a continuidade dos cuidados realizados no domicílio, antes e após o período de internamento (PENA, S.; DIOGO, M., 2009).

Os enfermeiros devem estar atentos a qualquer alteração no estado funcional. Esta alteração deverá ser comunicada à equipa multidisciplinar e o plano de cuidados modificado com habilidades para melhoria da função (WALLACE, M.; SHELKEY, M., 2008). A avaliação geriátrica pode contribuir para a diminuição dos internamentos, uso de medicamentos e, por fim, para a redução dos gastos em saúde, constituindo-se assim, mais um importante instrumento de

planeamento das acções de saúde (KAWAMOTO, R., [et al], 2004). A actuação preventiva provou ser importância vital para melhorar os resultados na pessoa idosa com doença aguda ou necessidades cirúrgicas. Contudo, talvez a melhor prevenção seja manter a pessoa idosa fora do hospital, mas, dada a alta prevalência de doença aguda, tal, não é possível (CASSEL, C., 2004).

Torna-se assim importante que os enfermeiros e a restante equipa multidisciplinar, tenham formação no cuidar à pessoa idosa em contexto de cuidados agudos e que, reconhecendo a fragilidade de muitos dos seus clientes idosos, procurem soluções para melhorar os resultados. Esta é uma grande oportunidade para a medicina hospitalar melhorar o atendimento à pessoa idosa e sobre o potencial que a clínica hospitalar oferece para reduzir resultados adversos na pessoa idosa hospitalizada (CASSEL, C., 2004).

É também importante compreender os seus valores. Assegurar o conforto e respeitar os desejos pessoais. Promover calma à noite e o cuidado individualizado, incentivar as visitas e oportunidades de socialização, para ajudar a diminuir a ansiedade provocada pelo internamento (PALMER, R., 2003).

## **2.2 - Particularidades da doença vascular crítica no envelhecimento**

O aumento da idade da população traduz-se no aumento de incidência de doenças degenerativas, especialmente a aterosclerose obliterante, com consequências mais ou menos graves dependendo da artéria comprometida. O processo de envelhecimento está associado ao aumento da rigidez vascular e diminuição da complacência vascular. Este processo é originado pela acumulação de células musculares lisas e tecido conjuntivo nas paredes dos vasos, dando assim origem à doença vascular periférica (MIYAWAKI, N.; LESTER, P., 2009).

A doença vascular crítica pode definir-se como a obstrução súbita da perfusão sanguínea afectando determinado território anatómico. Neste sentido a isquémia crítica é designada como uma diminuição ou agravamento súbito da perfusão sanguínea, resultado da obstrução arterial que compromete a viabilidade do membro. A doença vascular crítica ou aguda é a mesma patologia no entanto, o termo “aguda” tornou-se pouco usual e actualmente surge como mais adequado “doença vascular crítica”. Esta situação traduz-se em alguma discrepância no cálculo da incidência da doença. No entanto considera que a etiologia mais comum na pessoa idosa é o embolismo. Factores já amplamente conhecidos como tensão arterial elevada, diabetes *mellitus*, hábitos tabágicos, sedentarismo, dislipidémia, sexo masculino e idade avançada estão na base desta patologia (MARTÍN-ÁLVAREZ, [et al], 2004). A doença vascular, arterial ou venosa, é

na maior parte das vezes uma doença inserida na patologia malformativa, inflamatória ou degenerativa. São escassas as neoplasias vasculares. A doença degenerativa é, de longe, a mais frequente e tanto pode afectar a circulação arterial como venosa. As patologias vasculares têm um começo insidioso. Os sintomas podem só aparecer decorridos alguns anos, logo é uma patologia que afecta com maior frequência a pessoa idosa. Os principais sintomas são o arrefecimento dos membros inferiores, dor persistente e ou soluções de continuidade que não cicatrizam. As patologias vasculares críticas mais presentes na pessoa idosa são a doença arterial periférica, (agudização da isquémia crónica), embolias arteriais e flebotromboses, (resultando frequentemente o pé diabético e o fleimão dos membros inferiores) (GALLO, R., 1998).

A doença arterial periférica é caracterizada pela obstrução das artérias periféricas dos membros, com maior incidência nos inferiores. A prevalência aumenta com a idade chegando a valores de 15% em idosos com idade superior a 70 anos (CARMO, W., 2007).

A definição da doença arterial periférica, (DAP), inclui todas as artérias, excepto as do coração e do cérebro. O sintoma inicial da DAP é claudicação intermitente. A isquémia resulta de insuficiência crónica grave do fluxo de sangue (CHUNG, N., 2010). Existem dados clínicos que podem auxiliar o diagnóstico diferencial entre oclusão arterial aguda e trombose venosa profunda. A oclusão arterial tem um início súbito, as veias superficiais ficam colapsadas, não existe edema, tem a temperatura diminuída, ausência de pulsos e piora com a elevação do membro. A trombose venosa profunda tem o seu início de forma gradual, as veias superficiais ficam ingurgitadas, existe edema, a temperatura encontra-se normal ou quase, o pulso está presente e melhora com a elevação do membro (GALLO, R., 1998). O tratamento clínico inclui os cuidados gerais, tratamentos medicamentosos com vasodilatadores, heparina e fibrinolíticos. O tratamento cirúrgico abrange a desobstrução com catéter de “Fogarty”, trombectomia venosa e fasciotomia. As complicações pós-operatórias mais frequentes são o edema (síndrome de compartimento), reoclusão arterial, insuficiência respiratória e síndrome de reperfusão. O pé diabético é um estado fisiopatológico multifacetado, que se caracteriza por lesões que surgem nos pés da pessoa com diabetes e ocorrem como consequência neuropática, de deformidades e de doença vascular periférica (OCHOA-VIGO, K.; PACE, A., 2005).

Dentre as maiores causas de internamento hospitalar em doentes diabéticos estão as complicações do pé diabético, principalmente pelas sequelas, muitas vezes incapacitantes, destacando-se as amputações de membros inferiores. A insuficiência vascular periférica ocorre mais prematuramente nesses doentes. A coexistência de neuropatia, isquémia e imunodeficiência favorece o desenvolvimento de infecções nos membros inferiores que, se não tratadas adequadamente, podem levar a amputações e até à morte (ASSUMPÇÃO, E., [et al], 2009).

A doença vascular crítica pode originar má qualidade do sono, pois como é uma patologia com dor muito exacerbada e a pessoa idosa apresenta menor tolerância à dor, esta perturba o sono nocturno. No entanto apenas um número reduzido de idosos com DAP toma regularmente analgésicos e ou indutores do sono (CORRÊA, K.; CEOLIM, M., 2008). Esta perturbação do sono causada pela dor, origina diminuição da capacidade funcional. A (DAP) sendo uma patologia inicialmente assintomática, constitui um problema comum na pessoa idosa. A gestão da PAD inclui a prevenção de eventos cardiovasculares e alívio dos sintomas como a claudicação intermitente (CI). É necessário o tratamento das causas e consequências da aterotrombose, mas algumas estratégias são mais eficazes para a prevenção de eventos cardiovasculares e outros são mais eficazes para o alívio dos sintomas. É prioritário a prevenção de eventos cardiovasculares como a cessação do tabagismo, exercício, terapia antiplaquetária, tratamento da dislipidémia, hipertensão e diabetes. O agravamento na patologia vascular periférica conduz necessariamente a uma redução da capacidade funcional. Não só pela diminuição da capacidade de marcha, no caso de isquémia grave, que conduzem a amputações a nível dos membros inferiores, como quadros de depressão por alteração da auto-imagem.

É importante estabelecer uma relação empática, e colocar-se ao dispor da pessoa idosa os recursos existentes no internamento, nomeadamente fisioterapia e ou apoio psicológico (FALCONER, T., [et al], 2008).

### **2.3 - Capacidade funcional da Pessoa idosa hospitalizada**

Avaliação da capacidade funcional pode definir-se como uma tentativa sistematizada de medir, de forma objectiva, os níveis nos quais uma pessoa é capaz de desempenhar determinadas actividades ou funções em diferentes áreas (WILKINS, S., [et al], 2001). Esta capacidade funcional, reporta-se à autonomia para a realização de tarefas que fazem parte do quotidiano de vida e lhe asseguram a possibilidade de viver sozinho em contexto domiciliário (REBELATTO, J.; MORELLI, J., 2007). O estado funcional é a dimensão-base para a avaliação da pessoa idosa. Resume-se na avaliação dos factores físicos, psicológicos e sociais que afectam a saúde dos doentes mais idosos e frágeis. Outras dimensões, como a avaliação social e cognitiva, são também necessárias na avaliação geriátrica (PAIXÃO, C.; REICHENHEIM, M., 2005).

O envelhecimento, o agravamento da doença crónica, a doença aguda e a hospitalização contribuem para um declínio na capacidade de realizar tarefas necessárias para viver de forma independente na comunidade. É importante uma observação precoce dos factores de risco na

pessoa idosa hospitalizada, pois, pode fornecer dados à equipa multidisciplinar quanto à adequação de protocolos de avaliação, o direccionamento das intervenções e à identificação de intervenções geriátricas específicas, medidas que contribuiriam para a eficiência e qualidade dos serviços prestados (BHARUCHA, A., [et al], 2004; CORNETTE, P., [et al], 2005). Podem ainda fornecer dados objectivos no auxílio às necessidades de reabilitação individualizada ou plano de serviços específicos no domicílio, como a preparação de refeições, cuidados de enfermagem, serviços de limpeza em casa, cuidados pessoais ou supervisão (GRAF, C., 2006).

Neste sentido a OMS apresentou em 1980 a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidade e Desvantagens (CIDID), tendo definido na altura incapacidade, ou declínio funcional, como a dificuldade na realização de actividades típicas e pessoalmente desejadas na sociedade, em consequência de uma deficiência orgânica (CUNHA, F., [et al], 2009).

Este declínio da capacidade funcional faz parte do processo de envelhecimento humano, é afectado por vários factores, como a evolução natural da doença e infecções, a não adesão medicamentosa, condições económicas e educacionais, costumes e crenças, e ainda valores que surgem das estruturas sócio-culturais onde estão inseridos (MARTINS, J., [et al], 2009). Além disso, factores que envolvem o planeamento da alta, por exemplo alta precoce do idoso e o insuficiente ensino à família, contribuem de forma importante em matéria de diminuição funcional. As repercussões da doença afectam simultaneamente a pessoa idosa e a família ou o cuidador, que por vezes também é idoso, podendo provocar uma situação de stress e de desorganização familiar, (CUNHA, F., [et al], 2009). O declínio funcional pode ser o primeiro sinal de alteração do estado de saúde. A pessoa idosa com doenças crónicas ou agudas geralmente queixa-se de fadiga, originando uma diminuição da capacidade para realizar uma ou mais actividades de vida diária. Este declínio é ainda mais comum em idosos com transtorno cognitivo. A depressão e outras doenças psiquiátricas também podem reduzir essas habilidades funcionais (MEHTA, K., [et al], 2002). A saúde mental possui duas sub dimensões importantes, a cognição e o humor que interagem com a avaliação do estado funcional (PAIXÃO, C.; REICHENHEIM, M., 2005). A avaliação do estado funcional é importante para ajudar a planear futuras necessidades de cuidados pós-hospitalização, tanto a curto como a longo prazo, assim como cuidados especializados e de apoio domiciliário. Para manter e melhorar o estado funcional é necessário ter atenção às necessidades especiais dos idosos como por exemplo, cadeiras com braços, assentos elevados, iluminação melhorada (GRAF, C., 2006).

Esta avaliação funcional inclui uma apreciação global da pessoa idosa envolvendo a independência na execução das actividades de vida diária básicas, actividades sociais, a assistência necessária para realizar essas tarefas, compreensão e capacidade de marcha

(FREEDMAN, V., [et al], 2002; MCCUSKER, J., [et al], 2002; CAMPBELL, S. [et al], 2004).

O enfermeiro, inserido numa equipa multidisciplinar, deve cuidar a pessoa idosa de maneira individualizada, considerando as suas limitações físicas, psíquicas e ambientais. O facto de não existir uma observação sistematizada da pessoa idosa por parte da equipa de enfermagem durante o internamento origina a não identificação de possíveis problemas, reflectindo-se na prestação de cuidados. Estes, focam-se na patologia que originou o internamento descorando situações que possam causar ou potenciar problemas inerentes à situação de internamento. É importante uma observação holista e individualizada, planear, executar e avaliar os cuidados de enfermagem em cada situação. Também o reinternamento pode resultar de uma nova situação patológica, exacerbação de repetição de condição crónica ou proveniente de complicações anteriores e ainda, a alta prematura em situações em que os cuidados pós-alta não estão assegurados (FORSTER, A., [et al], 2003; SILVERSTEIN, M., [et al], 2008).

A diminuição do estado funcional antes e durante o internamento relaciona-se com uma maior mortalidade, a curto e a longo prazo. No reinternamento por doença súbita, o idoso tem maior probabilidade de perda funcional e maior risco de morte (BAZTÁN, J., [et al], 2009).

Numa sociedade em que a população idosa tem vindo a aumentar de forma exponencial, a avaliação do grau de autonomia deste grupo etário é extremamente importante quer na avaliação do estado de saúde, quer na organização dos cuidados tendo em conta as suas necessidades específicas. O declínio funcional na pessoa idosa hospitalizada pode ter consequências devastadoras (BHARUCHA, A., [et al], 2004). Este declínio funcional pode ser prevenido ou minimizado com a intervenção de enfermagem rápida e intensiva. Os factores de risco associados ao declínio funcional incluem feridas, os efeitos colaterais da medicação, dor, depressão, desnutrição, imobilidade, permanência prolongada no leito, uso prolongado de sondas, mudanças de ambiente ou de rotinas e doença aguda (COUNSELL, [et al], 2000).

As complicações adicionais da perda funcional incluem a perda da independência, quedas, incontinência urinária, desnutrição, diminuição da socialização e aumento do risco de hospitalização de longa duração e depressão (COUNSELL, S., [et al], 2000). Um estudo realizado com mais de 1250 idosos de 70 ou mais anos, hospitalizados com doenças agudas, mostrou que 32% tinha diminuído na sua capacidade de executar uma ou mais actividades de vida diária após a alta. Depois de três meses, 19% dos participantes referem a perda de uma actividade de vida diária, e 40% descreveram a perda de uma actividade instrumental de vida diária. Este estudo não refere uma causa mas aponta para a necessidade de se avaliar as práticas que possam contribuir para a diminuição da capacidade funcional durante o internamento da pessoa idosa (SAGER, M., [et al], 1996-A). O declínio começa muitas vezes nas primeiras 48

horas de internamento e pode levar à incapacidade, institucionalização e morte, esta situação está relacionada com o facto dos idosos ao sofrerem uma perda da capacidade funcional durante o internamento, a recuperação dessa capacidade funcional é mais lenta que a recuperação da patologia que causou o internamento (HIRSCH, C., [et al], 1990; CAMPBELL, S., [et al], 2004).

A actuação do enfermeiro deve focar-se na educação para a saúde, no "cuidar" tendo como base o retorno da capacidade funcional para a realização das suas actividades de vida diária, com objectivo de e alcançar a independência possível (SMELTZER, S., [et al], 2009). Os cuidados enfermagem devem ter em atenção um processo de reabilitação que vise o auto-cuidado. Neste processo, o enfermeiro e restante equipa multidisciplinar, devem actuar em conjunto com o idoso e os familiares, apoiando as decisões, ajudando-os a aceitar as alterações, num processo educativo e congruente às necessidades individuais (DIOGO, M., 2000).

É necessário um olhar mais crítico e intervenções que respeitem as alterações do envelhecimento e das suas consequências, para proporcionar ao idoso um maior bem-estar e maior capacidade funcional. A actuação do enfermeiro deve ter como base, o conhecimento das capacidades reais e limites da pessoa idosa (SANTOS, M.; ANDRADE, M., 2005).

Muitos factores contribuem para a imobilidade ou incapacidade de cuidar de si mesmo durante e após hospitalização, nomeadamente aspectos fisiológicos, alterações cognitivas normais do envelhecimento, patologias como a diabetes, doença cardíaca, demência ou idade avançada (SAGER, M., [et al], 1996B). No entanto a idade avançada não é motivo suficiente para comprometer a capacidade funcional. Efectivamente, o que ocorre é o aumento da incidência de doenças crónico-degenerativas com o aumento da idade. Associada a estas doenças, surgem incapacidades físicas na pessoa idosa, resultando então no desenvolvimento da dependência e na perda da autonomia (DIOGO, M., 1997).

As alterações da capacidade funcional dos idosos são comuns, em muitos casos, a perda da função é tratável e reversível podendo alertar os clínicos para a necessidade de intervenção, evitando assim uma doença mais grave. O sucesso depende de uma cuidadosa monitorização e avaliação. Esta avaliação contínua da capacidade funcional é muito importante em ambientes de cuidados, devido à redução da capacidade funcional na pessoa idosa com "imunidade diminuída" e à maior incidência de doenças crónicas, como por exemplo doenças cardiovasculares e diabetes (WALLACE, M.; SHELKEY, M., 2008). Outro factor de importância relevante na pessoa idosa e relacionado com o declínio funcional, para além do risco de quedas, incapacidade, hospitalização é a fragilidade (FRIED, L., [et al], 2001). São consideradas pessoas idosas "frágeis", pessoas idosas com alto risco de descompensação com o aparecimento de uma nova patologia. Estes critérios de fragilidade são preditivos de hospitalização prolongada, de

mortalidade, de institucionalização e de perda de função após uma hospitalização. Compreendem idade de 65 e mais anos, acidente vascular cerebral, doença crónica ou incapacitante, confusão, depressão, demência, perturbação da mobilidade, dependência para a realização das actividades da vida diária, queda nos últimos três meses, estado acamado prolongado, úlceras de pressão, desnutrição, perda de peso ou de apetite, polimedicação, défices sensoriais de visão e audição, problemas sócio económicos e familiares, utilização de contenções, incontinência e hospitalização não programada nos últimos três meses (WINOGRAD, C., [et al], 1991).

O termo “idoso frágil” foi utilizado oficialmente por membros do *Federal Council on Aging* (FCA) dos Estados Unidos da América, na década de 70. Em 1978. O FCA estabeleceu dois critérios para a implementação de cuidados aos idosos “frágeis”: ter a 75 ou mais anos e necessitar de assistência para a realização de uma AVD (HOOI, W.; BERGMAN, H., 2005).

## **2.4 - Estratégias a adoptar na prestação de cuidados para a promoção da capacidade funcional**

O enfermeiro tem um papel indispensável na reabilitação da pessoa idosa, mas tem sido desvalorizado e permanece mal definido. O envelhecimento traduz-se num risco crescente de deficiência, o avançar da idade encontra-se associado à doença, incapacidade e fragilidade. Isto significa que as práticas devem concentrar-se no que a pessoa idosa pode fazer e realmente quer fazer, e não em estereótipos. Embora as mudanças na fisiologia façam parte do envelhecimento, a evidência acumulada mostra que muitos dos processos da doença podem ser modificadas e minimizados através de intervenções educativas e preventivas. A reabilitação tem de abraçar todas as actividades diárias da pessoa idosa e deve centrar-se em três aspectos principais: reforçar e manter a qualidade de vida, restabelecer a actividade física, psicológica e social, e reconhecer o seu potencial de saúde e prevenção da doença. A reabilitação deve procurar maximizar o cumprimento dos papéis e independência no seu ambiente, dentro das limitações impostas pela patologia (THOMAS, V., [et al], 2009).

O enfermeiro deve tentar melhorar a mobilidade, promovendo a actividade motora e sensitiva, (forças reais, potenciais e habilidades), compreender os sintomas e o que eles significam do ponto de vista da pessoa idosa. Ajudar a adaptar-se às alterações na função, incorporar as perspectivas dos cuidadores e familiares na adaptação às mudanças. Deve compreender e respeitar as estratégias já utilizadas pela pessoa idosa, sugerir maneiras de reduzir a tensão, stress e ansiedade, incluindo terapias complementares, se necessário e possível.

Fornecer apoio em todos os aspectos da tomada de decisão e quando necessário, facilitar o acesso aos sistemas de apoio para a pessoa idosa e todos os outros cuidadores e familiares. Estar desperto para as diferentes perspectivas culturais e necessidades. É importante registar a história de vida anterior e rotinas, realizar avaliações de saúde mental, necessárias para uma compreensão da capacidade da pessoa se adaptar e se necessário fornecer uma série de actividades para diminuir o estado confusional optimizando o funcionamento mental. Aumentar a autonomia é imprescindível para o estado cognitivo. Espiritualmente o enfermeiro deverá garantir que a pessoa é capaz de manter contacto com seu mundo social, facilitar a continuidade de todas as actividades religiosas e espirituais (THOMAS, V., [et al], (2009).

A reabilitação é um processo permanente em que se trabalha com a família, a equipa de reabilitação e a sociedade para atingir o seu nível óptimo de funcionamento, com o objectivo de prevenir complicações secundárias, promovendo a máxima independência, a manutenção da dignidade e promoção da qualidade de vida. Deve promover-se a continuidade dos cuidados, nomeadamente motivar o idoso para o auto-cuidado, englobar a pessoa idosa na tomada de decisões, ensinar as habilidades que podem melhorar a sua qualidade de vida, manter o funcionamento ideal evitando a deterioração, ouvir com vista a avaliar o sucesso dos cuidados e ser empático. O enfermeiro envolve-se em diferentes tipos de funções quando trabalha com idosos. Funções de apoio incluem, prestar apoio psicossocial e apoio emocional, ajudando no auxílio de transição da vida, realçando estilos de vida e relacionamentos, facilitando a auto-expressão e a garantir a sensibilidade cultural. Funções restaurativas, destinadas a potenciar a independência e a capacidade funcional, impedindo a sua deterioração e ou deficiência e melhorar a qualidade de vida. Isto é feito através de um foco na reabilitação, que maximiza o potencial do idoso para a independência, incluindo a avaliação de competências e realização de elementos essenciais do cuidado. As funções educativas envolvem o ensino do auto-cuidado. A reabilitação tem como objectivo maximizar a satisfação da pessoa idosa de forma equilibrada atendendo às limitações impostas pela patologia e deficiência (THOMAS, V., [et al], (2009).

O processo de adaptação é importante, pois geralmente a pessoa idosa que necessita de reabilitação encontra-se numa grande crise de identidade, ou estão em luto pela perda ou interrupção de habilidades físicas, emocionais e cognitivas. O papel do enfermeiro é ser parceiro, oferecer apoio pessoal e experiência prática, para que a pessoa idosa siga o seu próprio percurso de vida. O envelhecimento humano gera progressivas modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que, se associadas ao aparecimento de doenças crónicas e degenerativas, podem acelerar o declínio funcional do indivíduo idoso. Essas alterações comprometem a capacidade funcional do idoso a ponto de impedir o auto-cuidado, tornando-o,

muitas vezes, completamente dependente (CARVALHO, G., [et al], 2007).

As alterações do envelhecimento são parcialmente responsáveis pelo aumento do risco de desenvolvimento de problemas de saúde na população idosa estando na base da diminuição da capacidade funcional. A sinalização de condições para uma avaliação mais aprofundada permite ao enfermeiro implementar intervenções preventivas e terapêuticas (FULMER, T, 1991; 2007).

Nos EUA a *Nurses Improving Care for Health System Elders* (NICHE) desenvolveu em 1990 um de instrumento que designou “*SPICES*”.

O “*SPICES*” é um acrónimo para as síndromes mais comuns de intervenção de enfermagem à pessoa idosa. É um instrumento eficiente e eficaz de obtenção de informações necessárias para evitar alterações de saúde e consequentemente declínio funcional. São medidas pró-activas centradas em seis pontos comuns: *S Sleep disorders*, (problemas com o sono); *P Problems with eating and feeding*, (problemas com a alimentação e alimentar-se); *I Incontinence* (incontinência urinária e fecal); *C Confusion* (estado confusional); *E Evidence of fall* (perigo de quedas) e *S Skin breakdown* (integridade cutânea) (FULMER, T., 2007).

Problemas com o sono - A perturbação do sono é comum em clientes hospitalizados e mais comum ainda em idosos. O stress do internamento, o despertar para os cuidados de rotina, a dor, os efeitos dos medicamentos, as mudanças no ambiente e o ruído podem comprometer ainda mais o sono durante a hospitalização. Deve ser feito um esforço para criar um bom ambiente para o sono da pessoa idosa. As medidas podem incluir a minimização da conversa nos corredores e na sala de enfermagem durante as horas de sono e limitar as intervenções de enfermagem durante este tempo, por exemplo, adiar medição da tensão arterial, se a pessoa idosa está clinicamente estável (TRANMER, J., [et al], 2003).

Problemas com a alimentação e alimentar-se - O padrão nutricional é importante na avaliação do idoso. Num estudo realizado nos EUA, 20% dos idosos foram hospitalizados por desnutrição. O baixo índice de massa corporal e a desnutrição têm sido repetidamente associados a maiores taxas de mortalidade em idosos. Estes problemas podem ser mais evidentes em idosos emagrecidos ou incapazes de se alimentar (GUIGOZ, Y., [et al], 2002). Existe também uma associação estreita entre a dor mal controlada e a rejeição aos alimentos e, entre a fome e uma sensação física de bem-estar. A capacidade de se alimentar é uma actividade básica do dia a dia. Os idosos hospitalizados têm muitas vezes dificuldades de ordem prática quando se alimentam: a mesa de cabeceira está fora do alcance; os utensílios são difíceis de usar; a comida está fria ou são incapazes de se posicionar (ST-ARNAUD-MCKENZIE, D., [et al], 2004). É necessário fornecer proteínas e calorias suficientes para assegurar a ingestão adequada. Deve-se incluir as preferências pessoais do idoso na dieta e proporcionar à pessoa idosa aquando da alta o apoio

dos serviços da comunidade se necessário (EDINGTON, J., [et al], 2004; GRAF, C., 2006).

Incontinência urinária e fecal - A incontinência, quer vesical quer intestinal, em idosos hospitalizados pode variar em intensidade e resultar em delírio ou demência. Pode ter origem na redução da actividade funcional por motivo de doença, nos medicamentos que interferem com a capacidade de detectar a plenitude da bexiga ou nas perturbações da marcha que resultam em dificuldade para se deslocar à casa de banho. A incontinência urinária está associada à diminuição do bem estar físico e ao aumento do tempo de internamento (ANPALAHAN, M.; GIBSON, S., 2008).

Estado confusional - A confusão temporária ou mais prolongada, aflige muitos dos idosos hospitalizados. Um estudo realizado a nível hospitalar, mostrou que quase um terço dos idosos com idade superior a 70 anos apresenta *delirium* nas primeiras 24 horas após a admissão. Comer, dormir, dosagens dos medicamentos e horários, podem provocar desorientação da pessoa idosa num ambiente estranho. Deve-se avaliar o estado confusional da pessoa idosa numa tentativa de impedir a sua ocorrência, e intervir precocemente para reverter e atenuar o receio do que esta condição pode provocar (EDLUND, A., [et al], 2006).

Perigo de quedas – Identificam-se factores de risco por vezes associados a quedas do idoso hospitalizado: a confusão; a instabilidade da marcha; a incontinência ou frequência urinária; e a administração de sedativos e hipnóticos. É importante identificar os idosos com história anterior de quedas e se necessário tomar medidas que visem a prevenção ou a sua anulação. Se um idoso que não tem história de quedas cai no hospital, a avaliação e o tratamento devem-se centrar na identificação de possíveis causas iatrogénicas (FONDA, D., [et al], 2006).

Integridade cutânea - As úlceras de pele, nomeadamente as úlceras de pressão podem ser fatais na pessoa idosa. As úlceras em idosos imobilizados são provocadas por diminuição da pressão arterial que provoca necrose tecidual. Os principais factores de risco são: a idade avançada; a imobilidade; a neuropatia, (que pode interferir com a detecção da dor); má nutrição, deficiência cognitiva, (impedindo o auto-cuidado, ou o reconhecimento de problemas), a fricção na roupa da cama e a incontinência urinária (resultando no aumento da humidade nas áreas de proeminências ósseas). Estas condições fornecem quase de imediato necessidades de intervenção na pessoa idosa (FULMER, T., 2007).

A avaliação pelo SPICES quando feita regularmente pode sinalizar necessidades e contribuir para a prevenção e tratamento de doenças comuns (FULMER, T., 2007).

Para maximizar a capacidade funcional e prevenir o seu declínio devem ser mantidas as rotinas diárias do idoso, (ajuda a manter a actividade física, cognitiva e social), incentivar a marcha, alargar ou flexibilizar o horário das visitas, se possível incentivar a leitura do jornal. É

também importante esclarecer os idosos, familiares e cuidadores acerca da importância da promoção da independência e alertá-los para as consequências do declínio funcional, promovendo o ensino. O declínio funcional pode ser reversível se associado a doença aguda e, pode-se prevenir através de estratégias direccionadas para o exercício físico, (mantendo uma amplitude de movimentos, flexibilidade e funcionalidade) nutrição, controlo da dor e socialização (SIEGLER, E., [et al], 2002; TUCKER, D., [et al], 2004; VASS, M., [et al], 2005).

É também importante diminuir o tempo de repouso no leito, tendo em atenção as restrições físicas (sondas vesicais, nasogástricas, etc.), a medicação, especialmente medicamentos psico-activos, em doses geriátricas, avaliar e tratar a dor. Deve-se promover precocemente a recuperação da função inicial, (se possível), através de consulta precoce de medicina física e reabilitação, nutrição e ensinos (KRESEVIC, D., [et al], 1998).

O declínio funcional na pessoa idosa hospitalizada pode ter consequências devastadoras. É um resultado comum da cascata de dependência em que a pessoa idosa sofre as mudanças do envelhecimento, fazendo com que o repouso no leito ou imobilidade resulte em alterações fisiológicas irreversíveis, com maus resultados na alta. Horários de passeio de rotina, actividades de prevenção à privação sensorial e alta hospitalar oportuna estão entre as intervenções que podem ajudar a prevenir o declínio funcional (GRAF, C., 2006).

O cuidador ou familiar da pessoa idosa deverá ser orientado sobre as vantagens das estratégias de intervenção e ter conhecimento sobre as causas do declínio funcional relacionadas com as condições agudas e crónicas da patologia. Dever-se-á também, fomentar o ensino para abordar as necessidades de cuidados de prevenção de quedas, lesões e complicações mais comuns proporcionando a curto prazo cuidados especializados de fisioterapia e a longo prazo ajustar os cuidados necessários para prevenção de quedas. No regresso ao domicílio torna-se necessário realizar as adaptações necessárias para manter a segurança e independência, incluindo dispositivos de apoio e adaptações no domicílio. A pessoa idosa, como parte integrante deste processo, deverá ser estimulada a alcançar a maior independência, o nível funcional possível e a melhor qualidade de vida. Os enfermeiros devem estar atentos à avaliação e identificação da pessoa idosa susceptível de apresentar declínio funcional (KRESEVIC, D., [et al], 1998).

A avaliação da capacidade funcional deve ser integrada nos cuidados, devendo esta ser registada no processo de enfermagem, tal com as intervenções, metas e resultados esperados. Deve-se também promover estratégias de prevenção e reparação da capacidade funcional.

Atendendo a estes factos o enfermeiro tem um papel fundamental na qualidade de vida, pois forma um vínculo forte com a pessoa idosa hospitalizada, melhorando situação de saúde e promovendo um envelhecimento bem sucedido. Os cuidados de enfermagem à pessoa idosa

devem ter como finalidade manter e valorizar a autonomia. Para isso, é necessário avaliar o grau de dependência e instituir medidas direccionadas para atingir o maior nível possível de independência funcional e autonomia. É essencial uma avaliação multidimensional da pessoa idosa centrada problemas actuais ou potenciais e individualizados para cada idoso. É importante comunicar com a pessoa idosa, constituindo um papel de destaque e confiabilidade, pois deverá romper as barreiras impostas por limitações de fala, audição, confusão mental e diferenças culturais (ASTRO, M.; FIGUEIREDO, N., 2009).

É necessário registar-se o estado funcional recente ou o declínio progressivo devendo ser avaliado ao longo do tempo para validar a sua evolução. Nesse sentido, o plano de cuidados deverá ser actualizado e se necessário reajustado ao longo do internamento. A avaliação funcional inclui um processo sistemático de identificação de habilidades físicas na pessoa idosa a precisar de ajuda. Os instrumentos de avaliação padronizados funcionais são utilizados como uma linguagem comum para comunicar o estado funcional entre os prestadores de cuidados. A súbita mudança do estado funcional poderá indicar o início de uma doença aguda ou exacerbação de uma doença crónica. Esta avaliação funcional deve feita com base em escalas de avaliação da capacidade funcional (CASSEL, C., 2003; KRESEVIC, D., 2008).

Estas escalas devem ser eficientes, de fácil interpretação e aplicação, com a finalidade de proporcionar informações úteis que devem ser englobados na história da pessoa idosa e incorporadas nas rotinas diárias, tendo como base as avaliações (GRAF, C., 2006). A introdução de um sistema de avaliação funcional baixa a incidência e prevalência de declínio funcional, contribuindo para a diminuição da morbilidade e da mortalidade (KRESEVIC, D., 2008). Os métodos para a avaliação funcional estruturada, consiste na observação directa (testes de desempenho) e questionários, sistematizados por meio de escalas que aferem os principais componentes da dimensão (PAIXÃO, C.; REICHENHEIM, M., 2005).

É também importante a comunicação interdisciplinar sobre estado funcional, alterações e expectativas de evolução, promovendo reuniões de equipa multidisciplinar, incluindo a pessoa idosa e familiares, sempre que possível (KRESEVIC, D., [et al], 1998).

Recomenda-se uma abordagem de cuidados que vai além do registo da história clínica e os sinais vitais para observar as mudanças na pessoa idosa mas sim o estado mental, funcional, nutricional e suporte social (AMELLA, E., 2004). A avaliação geriátrica global é um sistema de diagnóstico que aborda a área médica, funcional e psico-social. Tem como objectivo detectar prematuramente potenciais deficiências, traçar tratamentos terapêuticos adaptados e monitorizar a progressão do declínio funcional a longo prazo. É importante que a avaliação abranja além da história e exame físico, a análise da marcha, do equilíbrio e da capacidade funcional, ou seja, a

capacidade para exercer as AVD's (FREITAS, E., [et al], 2002). A utilização de instrumentos de avaliação tem importantes implicações na qualidade de vida da pessoa idosa, uma vez que facilita acções preventivas, assistenciais e de reabilitação. Estas acções contribuem para um processo de envelhecimento com maior esperança de vida saudável e uma tentativa de recuperação ou manutenção da capacidade funcional (ROSA, T., [et al], 2003).

A escala da **Avaliação Breve do Estado Mental (MMS)** (Anexo I), elaborada por Folstein [et al] em 1975, é provavelmente dos testes mais utilizados mundialmente quando se pretende uma avaliação da função cognitiva ou rastreamento de quadros demenciais. Pode ser usado isoladamente ou incorporado a instrumentos mais amplos (LOURENÇO, R.; VERAS, R., 2006). Permite avaliar o estado cognitivo em função da escolaridade da pessoa, tendo a vantagem de ser relativamente simples de realizar. Está validado para Portugal pelo Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (MENDONÇA, A., [et al], 2008).

Este instrumento de avaliação fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas planeada com o objectivo de avaliar as funções cognitivas específicas, como a orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registo de três palavras (3 pontos), atenção e calculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). A soma pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva. A anamnese completa inclui um exame físico e avaliação do estado cognitivo e é essencial para a avaliação da depressão na pessoa idosa. Sabendo-se que o diagnóstico é essencialmente clínico, os exames laboratoriais servem para excluir outras patologias que podem alterar o diagnóstico (BOWKER, L., [et al], 2006).

Neste sentido é necessário a avaliação de presença de sintomatologia depressiva utilizando a **Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)** (anexo II). Os transtornos do humor são uma das patologias psiquiátricas mais comuns na pessoa idosa, são responsáveis pela perda de autonomia e agravamento de quadros patológicos pré-existentes. A depressão é a mais frequente e está associada ao maior risco de morbilidade e de mortalidade, ao aumento na utilização dos serviços de saúde, à negligência no autocuidado, à adesão reduzida aos regimes terapêuticos e ao aumento do risco de suicídio (KATONA, C., [et al], 1997). Em 1983, Yesavage e colaboradores desenvolveram e validaram um instrumento de triagem para a depressão designado de Escala de Depressão Geriátrica (GDS). A depressão é o problema de saúde mental mais comum na terceira idade, no entanto por vezes associa-se, de forma errada, que os sintomas depressivos fazem parte do envelhecimento (FERRARI, J.; DALACORTE, R., 2007). Surge assim associada ao declínio

funcional, ao aumento do risco de doenças e ao aumento do tempo de recuperação. A sobreposição entre sintomas depressivos e físicos complicam a identificação e o diagnóstico da patologia. Sabe-se que é sub diagnosticada e conseqüentemente sub-tratada. O não tratamento da depressão está associado a uma maior incapacidade, ao aumento do número de hospitalizações e de mortalidade (GIRON, M., [et al], 2005). A GDS possui uma versão curta e uma versão longa composta com 15 e 30 questões, respectivamente. Existem questões com pontuação 1, caso a resposta seja “sim” e outras também com 1, caso seja “não”. De 0 a 5 considera-se sem depressão com 5 ou mais pontos existe depressão. Ambas as versões são validadas internacionalmente e amplamente utilizadas na avaliação geriátrica global e de domínio público, auxiliando a determinar a necessidade de tratamento (ADELMAN, D., [et al], 2003).

Tendo em conta que ainda há um insuficiente reconhecimento da depressão como uma doença é passível de cura, o diagnóstico precoce é a melhor estratégia para diminuir possíveis conseqüências, como o suicídio e a alta taxa de recorrência e o tratamento pode resultar em melhoria funcional, cognitiva e social (FERRARI, J.; DALACORTE, R., 2007).

O **Índice de Barthel** (Anexo III) avalia o nível de independência da pessoa na realização de dez actividades básicas de vida: alimentação; banho; cuidados pessoais; vestir; transferências; deslocação; subir e descer escadas; uso dos sanitários; controlo da bexiga e controlo intestinal (MAHONEY, F.; BARTHEL, D., 1965). Foi validado para Portugal pela Sr<sup>a</sup> Enfermeira Graça Melo, a pontuação da escala varia de 0-100 (com intervalos de 5 pontos). A pontuação mínima de 0 corresponde a máxima dependência para todas as actividades de vida diárias avaliadas, e a máxima de 100 equivale a independência total. É um instrumento válido e fácil de aplicar. Neste contexto surge como mais significativo a avaliação dos itens, do que o resultado global, porque possibilita identificação de onde se encontram as incapacidades. De facto, o conhecimento do nível de autonomia em relação a cada item específico é relevante para a planificação dos cuidados de uma forma personalizada. A pessoa idosa pode obter um resultado final igual a outro, mas as suas necessidades serem efectivamente diferentes, por exemplo, um apresentar menor autonomia na eliminação e outro na mobilidade (ARAÚJO, F., [et al], 2007).

A **Mini Avaliação Nutricional (MAN)** (Anexo IV) é uma ferramenta de controlo e avaliação que pode ser utilizada para identificar pessoas idosas com risco de desnutrição. Consiste num questionário que pode ser realizado em 10 minutos. Está dividido, além da triagem inicial, em quatro partes: avaliação antropométrica (índice de massa corporal, circunferência do braço, circunferência da coxa e perda de peso); avaliação global (questões relacionadas com o modo de vida, medicação, mobilidade e problemas psicológicos); avaliação dietética (questões relacionadas com ao número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos e autonomia na

alimentação) e auto avaliação onde é avaliada a auto percepção da saúde e da condição nutricional (NAJAS, M.; YAMATTO, T., 2008). A prevalência da desnutrição é ainda maior na pessoa idosa com deficiência cognitiva e está associada com o declínio cognitivo (FALLON, C., 2002). A pessoa idosa desnutrida quando é hospitalizada tende a permanecer mais tempo internada, a apresentar mais complicações e correr maior risco de morbidade e mortalidade do que aqueles que se encontram num estado nutricional normal (KAGANSKY, N., [et al], 2005). Mediante a identificação dos idosos que estão desnutridos ou com risco de desnutrição, quer no hospital ou em ambiente comunitário, a mini avaliação nutricional permite que os profissionais intervenham mais precocemente para fornecer o suporte nutricional adequado, prevenir uma maior deterioração e melhorar os resultados da pessoa idosa (VELLAS, B., [et al], 2006). A Mini Avaliação Nutricional (MAN) fornece um método simples e rápido de identificação da pessoa idosa que apresenta risco de desnutrição ou que já está desnutrida. Identifica o risco de desnutrição antes da ocorrência de alterações de peso ou dos níveis proteicos séricos. O MAN pode ser preenchido periodicamente no ambiente comunitário e hospitalar, ou em locais de cuidados de longa duração. Foi desenvolvido pela Nestlé e por uma equipa de geriátras, sendo uma das poucas ferramentas de controlo validadas para a pessoa idosa. Tem sido bem validada em estudos internacionais nos mais diversos ambientes e está validado para Portugal.

A capacidade de marcha é um parâmetro a avaliar na capacidade funcional. Existem vários testes para a avaliação da marcha no entanto podem tornar-se complicados e a sua avaliação ser morosa. A observação directa de como um individuo sai da cama, se senta numa cadeira, fica de pé e caminha uma pequena distância de forma equilibrada, com ou sem ajuda é importante para obter uma avaliação segura. O **teste levanta e ande (*get up and go*)** (Anexo V) pode ser aplicado pelos enfermeiros para avaliar a forma de marcha durante as actividades de vida diária na pessoa idosa (MEZEY, M., [et al], 2006). Apresentado em 1986, tem como objectivo a avaliação do equilíbrio e marcha na pessoa idosa. Aproximadamente metade das quedas que envolvem a pessoa idosa têm factores extrínsecos, tais como pisos escorregadios. O resultado da outra metade dos acidentes envolve factores intrínsecos tais como a fraqueza dos membros inferiores, falta de equilíbrio, distúrbios da marcha, efeitos da medicação, baixa visão ou doença aguda. Usando ferramentas de avaliação simples, como o *Get Up and Go* pode-se ajudar a determinar quais os factores que ameaçam a vulnerabilidade da pessoa idosa e que medidas podemos tomar para a prevenção de quedas (MATHIAS, S., [et al], 1986; KIMBELL, S., 2001). Solicita-se à pessoa idosa que se levante (se possível sem uso dos braços da cadeira), permanecer quieto por um momento, caminhe em frente cerca de 3 m, volte-se e caminhe de volta à cadeira, vire-se e sente-se. Neste teste é observado o balanço ao sentar-se, o movimento

do estar sentado e ficar em pé, a calma e estabilidade na forma de andar, por fim a capacidade de se virar sem cambalear. É um teste de observação, com uma escala subjectiva. O teste tem uma pontuação de 1 (normal); 2 (anormalidade leve); 3 (anormalidade média); 4 (anormalidade moderada); 5 (anormalidade grave). A pessoa idosa que apresente uma pontuação maior ou igual a 3 tem um risco aumentado de cair. Posteriormente este teste passou a ser medido pelo tempo necessário para o indivíduo realizar todas as tarefas propostas, passando a se chamar *timed get up and go test*. Não encontrei validação para Portugal, no entanto é indicado para a pessoa idosa hospitalizada (MEZEY, M., [et al], 2006), podendo adaptar-se à população idosa portuguesa.

Na avaliação da capacidade funcional é também importante a avaliação das actividades Instrumentais de Vida Diária (KRESEVIC, D., 2008). A **Escala de Lawton e Brody** (Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária) (Anexo VI), foi desenvolvida por Lawton e Brody em 1969 para avaliar as AVD mais complexas, necessárias para viver na comunidade. Competência em habilidades, tais como compras, cozinhar e gestão de finanças é necessário para uma vida independente. É uma escala bastante utilizada e pode ser realizada em 10 a 15 minutos. A escala pode fornecer um sistema de alerta precoce de declínio funcional ou sinalizar a necessidade de uma avaliação mais aprofundada. A escala compreende oito actividades: uso de telefone; fazer compras; preparar refeições; lida da casa; lavar roupa; deslocações; gerir medicação e controlo financeiro. Os itens são classificados quanto à assistência, à qualidade da execução e à iniciativa. São pontuados de 1 até 5, dependendo das actividades, quando não se aplica é pontuado com 9 pontos. A avaliação da escala considera uma pontuação de 8 a total independência e uma pontuação de 31, totalmente dependente. A agudização da doença ou uma condição de deterioração crónica pode acelerar o declínio funcional na pessoa idosa. Hospitalização, mobilidade reduzida e outros factores podem diminuir rapidamente a capacidade de realizar actividades essenciais para uma vida independente e, os efeitos podem ser permanentes (GRAF, C., 2008). Esta escala foi também validada para Portugal pelo Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência, (MENDONÇA, A., [et al], 2008).

## **2.5 - O Modelo de Enfermagem de Roper-Logan-Tierney**

O quadro teórico de referência que orientou o projecto foi o Modelo de Enfermagem de Roper-Logan-Tierney. Um modelo de vida deve proporcionar uma forma de descrever o que significa «viver». A razão da sua escolha relaciona-se com o facto de ser utilizado na colheita de dados do Serviço e em grande parte dos serviços do Hospital de Santa Maria, constituindo não

um questionário acabado mas sim, um “instrumento” em evolução adaptável a cada situação. O objectivo deste Modelo de Enfermagem é oferecer uma estrutura para os enfermeiros planearem uma abordagem individualizada nas intervenções que são iniciadas pelos mesmos e relacionadas com as actividades de vida do doente. Este modelo enquadra-se bem no projecto pois é perfeitamente adequado à Pessoa Idosa hospitalizada por doença aguda. Apresenta cinco conceitos importantes e relacionados entre si, que são: as actividades de vida diária; a duração da vida; o *continuum* dependência/independência; os factores que influenciam as actividades de vida diária e a individualidade da vida. Contribuindo assim em conjuntos para uma avaliação da capacidade funcional e a sua promoção. As actividades de vida diária são: manter o ambiente seguro; comunicar; respirar; comer e beber; controlar a temperatura do corpo; mobilizar-se; trabalhar e distrair-se; exprimir a sexualidade; dormir e por fim morrer. Estas actividades de vida são influenciadas por factores biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos. As actividades de vida, apesar de serem abordadas em separado elas relacionam-se intimamente entre si. Todas as actividades contribuem no seu conjunto para o complexo processo de vida, encontrando-se dependentes e relacionadas entre si (ROPER, N., [et al], 2001). É essencial estar-se e atento para as alterações as actividades de vida susceptíveis de causar perda da capacidade funcional na pessoa idosa quando internada por doença aguda, foi razão pelo qual resolvi utilizar este Modelo como quadro de referência para orientação do projecto.

### **3 - PLANO DE TRABALHO**

O objectivo geral proposto foi de **desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica na abordagem à Pessoa Idosa com doença vascular aguda internada no Serviço de Cirurgia Vascular, visando a prevenção da incapacidade funcional durante o internamento.**

A metodologia principal utilizada para este estágio e implementação do projecto, visando a pertinência dos objectivos foi: a pesquisa e revisão da literatura da prática baseada na evidência; a realização de estágio de 500 horas no Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital de Santa Maria; apresentação do projecto de estágio aos enfermeiros do serviço e conversas informais com os colegas para esclarecimento de dúvidas; solicitação para a realização do projecto de estágio à Direcção de Enfermagem e Comissão de Ética do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE. Realização também de uma reunião de apresentação do projecto com o Director do Serviço, Professor Doutor, Dinis da Gama e Enfermeira Chefe, Enfermeira Especialista, Elisabete Patrício, realização de uma acção de formação sob o tema “Prevenir o Síndrome da Imobilidade”. Elaboração de um questionário de colheita de dados referente à avaliação inicial da capacidade funcional da pessoa idosa hospitalizada e elaboração de vários estudos de caso utilizando as escalas de avaliação funcional referidas pela literatura, o referencial teórico de ROPER, N., [et al] e os cuidados à pessoa idosa preconizados pela prática baseada na evidência. Por fim, procedi à apresentação dos resultados obtidos nos estudos de caso e apresentação do questionário de avaliação inicial da capacidade funcional à equipa de enfermagem.

#### **3.1. Actividades desenvolvidas**

##### **3.1.1. Analisar a problemática do cuidar hospitalar à pessoa idosa, transpondo-o para o Serviço de Cirurgia Vascular**

Este objectivo encontra-se inserido no domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais preconizado pela OE. Só após uma análise aprofundada do cuidar hospitalar à pessoa idosa se pode desenvolver estratégias no sentido de reduzir ou atenuar o declínio funcional. Para a concretização deste objectivo realizei uma pesquisa bibliográfica sobre o cuidar hospitalar à pessoa idosa. O método de pesquisa utilizado é a revisão da literatura científica da prática baseada na evidência, alicerçada em bases de dados e organismos internacionais tais

como: Hartford Institute for Geriatric Nursing; National Institute on Aging, Nurses Improving Care for Healthsystem Elders (NICHE); National Guideline Clearinghouse™ (NGC); National Institute for Health and clinical Excellence (NHS) e Ebscohost. Considero estas bases de dados o “estado da arte” no cuidar à pessoa idosa. Efectuei pesquisas bibliográficas nas várias bibliotecas de Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. A pesquisa começou antes do início do estágio e decorreu ao longo deste, com especial incidência no primeiro e segundo meses.

O estágio, englobado na Unidade Curricular Estágio com Relatório, realizou-se no serviço de Cirurgia Vasculardo Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), tendo decorrido entre os meses de Setembro de 2010 e Fevereiro de 2011 (Apêndice I).

O Serviço dispõe de 33 camas, distribuídas em 3 sectores: 14 camas na enfermaria de homens; 14 na enfermaria mista e 5 na unidade de cuidados diferenciados. Os clientes provem da Consulta externa ou do Serviço de Urgência Central. Também existe no Serviço uma sala para realização de exames complementares de diagnóstico, (angiografia e ecodoppler). Tem um bloco operatório, onde são realizadas cirurgias de baixo risco. A enfermaria de homens tem nas manhãs 2 enfermeiros na prestação de cuidados directos e, nas tardes e noites unicamente 1. A enfermaria mista dispõe de 3 ou 4 enfermeiros nas manhãs e 2 nas tardes e noites. Na unidade de cuidados diferenciados estão em todos os turnos 2 enfermeiros. Tudo é realizado com bastante celeridade o que torna os cuidados pouco individualizados, com predomínio do modelo biomédico. A taxa de ocupação nos últimos anos tem sido superior a 100%.

O estágio centrou-se nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa, como base nas actividades de vida, intervindo de forma individualizada na diminuição das desvantagens funcionais tendo como finalidade desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidar à pessoa idosa, prevenindo o declínio funcional ou atenuando esse mesmo declínio. Estas competências foram transmitidas aos colegas em acções de formação.

### **3.1.2. Desenvolver orientações na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa internada com doença vascular aguda, no serviço de Cirurgia Vasculardo visando a prevenção da incapacidade funcional durante o internamento.**

O objectivo está inserido no domínio da gestão da qualidade dos cuidados recomendados pela OE. Só com o desenvolvimento de orientações sustentadas na evidência científica é possível prestar cuidados de excelência à pessoa idosa. A integração no campo de estágio foi facilitada pelo facto de ser o local onde presto cuidados. Neste sentido os colegas consideraram importante a minha presença no serviço, pois foi um momento de partilha de conhecimentos e de

implementação de alguns cuidados, referenciados na literatura. Tive a preocupação de realizar o estágio de forma completamente separada da prestação de cuidados como enfermeiro do serviço. No entanto, as acções de enfermagem tinham continuidade quando estava a prestar cuidados directos à pessoa idosa, como enfermeiro do serviço, mesmo não estando em estágio. Esta situação tornou-se útil pois permitiu a continuidade dos cuidados.

Foi recentemente implantada uma folha de colheita de dados que considero incompleta, pois não abrange a avaliação do cliente de uma forma global, não faz referência à sua capacidade funcional nem engloba um plano de acções de enfermagem. Limita-se a ser o registo de algumas actividades abrangidas no modelo de enfermagem de Nancy Roper, [et al]. Senti necessidade de alterar este instrumento, pois após a pesquisa bibliográfica realizada constatei que não englobava uma avaliação eficaz da capacidade funcional nem uma avaliação inicial que pudesse constituir um questionário de avaliação direccionado para a pessoa idosa e que ao mesmo tempo pudesse constituir a base de um plano de intervenção de enfermagem na melhoria da capacidade funcional. Criei então um instrumento de recolha informações sócio demográficas e clínicas, com base no questionário existente no serviço, ao qual juntei para além da descrição dos antecedentes pessoais e a medicação habitual no domicílio, as actividades de vida diária, segundo o Modelo de Enfermagem de Nancy Roper, [et al], e a colheita de informações baseado no “SPICES” criado pelo NICHE, que se centra nas principais alterações que afectam a capacidade funcional da pessoa idosa (Apêndice II). Este questionário foi apresentado à equipa de enfermagem, integrado no processo de enfermagem da pessoa idosa.

Entreguei na primeira semana de estágio 15 “questionários”, para avaliar a percepção dos enfermeiros do serviço a cerca da alteração da capacidade funcional da pessoa idosa durante o internamento por doença vascular crítica (Apêndice III). Apresentei a seguinte questão:

“Considera que a pessoa idosa internada com doença aguda no Serviço de Cirurgia Vascular, quando tem alta apresenta menor capacidade funcional do que na sua admissão? (sim/não). Se sim, que cuidados de enfermagem poderão ser implementados para diminuir essa perda da capacidade funcional?”

A entrega deste questionário de avaliação inicial da percepção dos enfermeiros em relação à diminuição da capacidade funcional da pessoa idosa teve como único critério ser entregue apenas a enfermeiros com mais de 2 anos de exercício profissional no Serviço, pois teriam uma noção mais profunda da realidade do Serviço. Dos 15 questionários entregues, recebi 11, (73%), sendo que 2 (8%) responderam que não existia diminuição da capacidade funcional durante o internamento e 9 (82%) afirmaram que efectivamente existia um declínio dessa capacidade funcional no internamento da pessoa idosa. Entes as sugestões apresentadas para que

não haja diminuição dessa capacidade funcional surge com 4 referências “fisioterapia precoce”, também 4 referências “incentivo à realização de AVD”, 3 referências “não substituição do cliente em algumas actividades, como auto-cuidado, alimentação etc.”, 2 enfermeiros fazem referência a “poucos profissionais de saúde para prestação de cuidados adequados” surge uma referência à “falta de preparação para a alta”, “ausência de articulação com os recursos da comunidade”, “falta de ensinamentos ao doente e integração da família nos mesmos”, “ausência de ensino pré-operatório à pessoa idosa e família”. A sugestão mais referida foi “fisioterapia precoce” esta situação relaciona-se com o facto de a doença vascular crítica ser a evolução natural da doença vascular crónica e que origina um elevado número de amputações a nível dos membros inferiores, com implicações na capacidade funcional, pois não só dificulta a marcha, como as transferências do leito para a cadeira de rodas. Também provoca alterações da auto imagem da pessoa idosa, situação que é necessário estar desperto e actuar precocemente, não só a nível dos cuidados de reabilitação física como encaminhamento para outros técnicos como psicólogo ou terapeuta ocupacional, no sentido de evitar a depressão, também referenciada na literatura. Outra das referências, “incentivo à realizações das AVD” e “a substituição da pessoa idosa nessas mesmas actividades” relaciona-se com o facto de no serviço o rácio enfermeiro/doente ser reduzido o que leva a que os enfermeiros no intuito da realização mais célere dos cuidados substituam a pessoa idosa, contribuindo assim para a diminuição da capacidade funcional como já foi atrás descrito pela literatura. A ausência de articulação com os serviços da comunidade é também uma realidade no serviço referida pelos colegas e descrita na literatura como causa de diminuição da capacidade funcional.

Aproveitei os turnos da tarde para diálogo com a pessoa idosa e família ou cuidador tentando envolvê-los nos cuidados e aferir a capacidade de receber a pessoa idosa de regresso ao lar ou da necessidade de recorrer ao apoio existente na comunidade. Incentivar uma alimentação equilibrada e a adesão aos medicamentos não faz sentido se a pessoa idosa não tem dinheiro para comprar alimentos e ou medicamentos. É necessário procurar apoio na comunidade, no sentido de atenuar estas situações. Partilhei estas informações recolhidas com colegas e restante equipa multidisciplinar e penso ter sido bastante útil pois a equipa de enfermagem sentiu-se integrada no projecto. Fui avaliando e solicitando apoio ao enfermeiro co-orientador do estágio sobre os cuidados prestados à pessoa idosa e o que realizar para melhorar esses mesmos cuidados.

Na segunda semana de estágio realizei uma reunião com o do Director do Serviço Prof. Dr. Dinis da Gama, onde apresentei o projecto. Mostrou-se bastante receptivo, referindo apenas que deveria direccionar o projecto para “a pessoa idosa com doença vascular crítica”, recomendação que aceitei, pois o facto de direccionar o tema para a pessoa idosa com doença

vascular crítica reduziu ao campo de intervenção permitindo assim um estudo mais profundo da capacidade funcional na pessoa idosa com uma das patologias de maior incidência no Serviço. Efectuei também uma reunião com a Enfermeira Chefe do Serviço, Enf<sup>a</sup> Elisabete Patrício que mostrou ter gostado do projecto não colocando nenhum entrave à sua concretização.

Na terceira semana realizei duas sessões de apresentação do projecto, separadas por dois dias, para poder abranger um número maior de enfermeiros (Apêndice IV). Na primeira sessão estiveram presentes 7 enfermeiros e 2 médicos, na segunda sessão, marcaram presença 8 enfermeiros o que perfaz um total de 15 enfermeiros. Atendendo que o serviço dispõe de 17 médicos em permanência e 33 enfermeiros conclui-se que a participação da classe médica foi diminuta, enquanto a equipa de enfermagem foi cerca de 45%, o que considero bastante significativo. Durante as sessões de apresentação do projecto foi discutido como seria possível promover a capacidade funcional durante o internamento ou diminuir o seu declínio.

Para poder comprovar o referenciado na literatura sobre a capacidade funcional da pessoa idosa e a aquisição de competências clínicas de Enfermeiro Especialista no cuidar à pessoa idosa efectuei vários estudos de caso da pessoa idosa com doença vascular crítica, resumidos no Apêndice V. Na realização dos estudos de caso (EC) tive em atenção os critérios de inclusão já referidos, ou seja, a pessoa idosa considerada frágil pelos membros do *Federal Council on Aging* e referenciado por Hooi e Bergman em 2005, excluindo todos os que não apresentam estas características. Ainda dentro destes critérios de inclusão, considerei a pessoa idosa admitida no Serviço quando me encontrasse em estágio. Considerei ainda pessoas idosas que tivessem uma probabilidade de internamento superior a uma semana, para assim poder observar a evolução da sua capacidade funcional e escolhi como patologia de base a doença vascular crítica.

Utilizei o instrumento de colheita de dados já atrás referido e as escalas que a revisão da literatura considera serem as mais adequadas para a avaliação da capacidade funcional e já atrás referenciadas. Após esta avaliação inicial foram planeados cuidados de enfermagem com o objectivo de impedir o declínio funcional e se possível potenciar o existente. Aquando da alta foi realizada nova avaliação usando as escalas atrás mencionadas com excepção da escala de Lawton e Brody, pois as actividades instrumentais não foram desenvolvidas durante o internamento, no entanto os resultados obtidos poderão ser úteis aquando da alta para direccionamento dos serviços na comunidade.

Com a realização destes estudos de caso foi possível acompanhar a evolução da actividade funcional da pessoa idosa. Desenvolvi ensinamentos junto da pessoa idosa, familiares e principais cuidadores. Assegurei a continuidade dos cuidados terapêuticos no pós-alta imediato, através da realização de cartas de alta de enfermagem, do estabelecimento de contactos informais

com os recursos da comunidade, nomeadamente Centro de Saúde da área e Lar de Idosos quando a pessoa idosa estava institucionalizada, tendo em vista a melhor capacidade funcional possível.

Numa observação mais generalizada pode-se considerar que, ao contrário do que refere a literatura, existiu uma melhoria da capacidade funcional. Considera-se que esta melhoria se deve direccionamento dos cuidados de enfermagem para a promoção da capacidade funcional, o que comprova que uma intervenção adequada pode prevenir o declínio da capacidade funcional.

Em relação ao estado mental apenas uma pessoa idosa (EC4), apresentou defeito para os anos de escolaridade. Trata-se de uma pessoa analfabeta, não conseguiu localizar-se no tempo, apresentou dificuldade na retenção, atenção e cálculo e, evocação. Na escala de depressão geriátrica apresentou uma pontuação de 12, sendo a soma máxima de depressão 15. No Índice de Barthel era apenas independente no controlo intestinal, necessitando de ajuda total ou parcial em todas as outras actividades, encontrava-se desnutrida segundo o teste de mini avaliação nutricional. Utilizando o teste de *get up and go*, consegue pôr-se de pé com ajuda, mas não consegue deslocar-se, encontrando-se limitada a cadeira de rodas, com alguma ajuda consegue mobilizar-se do leito para a cadeira de rodas e vice-versa, tem um resultado de 4. Não foi possível realizar a avaliação final a esta pessoa idosa porque faleceu durante o internamento. Seria no entanto um caso de perda da capacidade funcional pois foi amputada durante o internamento. A pessoa idosa (EC5), agravou o seu estado mental durante o internamento, na avaliação inicial, realizada com o teste de Avaliação Breve do Estado Mental obteve pontuação máximo (30) e depois na avaliação final não conseguiu lembrar-se de um “nome” na evocação. Considero que poderá ter sido devido a uma distração no momento da avaliação, não sendo de valorizar. Conseguiu reduzir ligeiramente a depressão, afirmou na avaliação final que “já não se sente aborrecido com frequência”. Melhorou no teste *get up and go*, devido às soluções de continuidade que apresentava na admissão e, lhe causavam dor e alguma preocupação, quando teve alta, encontravam-se bastante reduzidas, sem provocar dor.

A escala de depressão geriátrica, de um modo generalizado, revelou o que afirma a literatura, ou seja existe uma percentagem elevada de pessoas idosas com depressão. Neste estudo, dos 10 EC em que foi realizada a avaliação inicial, 6 (60%) apresentavam depressão e 4 (40%) tinham uma soma de 5. A escala de depressão geriátrica considera depressão acima de 5, classifiquei de risco de depressão os casos que apresentavam 5, logo a totalidade dos casos estudados tinham presente depressão ou risco de depressão. A depressão durante o internamento não se agravou, mas a melhoria foi muito reduzida, (EC1, EC2, EC3, EC5), julgo se dever ao facto da equipa médica não valorizar muito esta situação e existindo pouca referenciação para apoio psicológico ou esse apoio demora algum tempo a ser efectuado. Também a medicação

anti-depressiva demora algum tempo a ter resultados, o facto de este parâmetro não apresentar agravamento do estado depressivo julgo estar relacionado com o facto de que todos os casos de alta clínica, nenhum ter sido alvo de amputação de membros. O Índice de Barthel é heterogéneo existindo casos de total independência até dependência moderada, não se registaram no entanto melhorias significativas, apenas um caso registou melhoria (EC2) e mais uma vez encontra-se relacionado com a dor persistente. A pessoa idosa em causa não conseguia subir as escadas devido à dor, quando teve alta, já sem dor a nível do membro, conseguia realizar essa tarefa.

Na Mini Avaliação Nutricional, também existem discrepâncias na sua avaliação. Surgem 2 casos de desnutrição, (EC1, EC4), (20%), 4 casos com risco de desnutrição, (EC2, EC6, EC8, EC9), (40%), o que se traduz em que mais de 50% se encontrava desnutrido ou em risco de subnutrição, apenas um caso que se encontrava em bom estado nutricional e se manteve.

Dos 5 casos que foi possível realizar a avaliação final, 2 (EC3, EC10), que se encontravam dentro dos parâmetros normais, agravaram o seu estado nutricional. Um dos casos, (EC1) que se encontrava desnutrido, avaliado pelo MNA e outro em risco de desnutrição (EC2), melhoraram a sua condição nutricional. Nos outros casos não foi possível uma avaliação final. Podemos concluir que em casos em que o parâmetro alimentar está normal há uma tendência para piorar o seu estado nutricional, por motivos vários, como dieta hiposalina, ambiente estranho à pessoa idosa, odores, dor, doença de base, hábitos alimentares e rituais, que mesmo com dieta personalizada e administração de analgesia adequada pouco podem ser atenuado. Os casos em que melhoraram o estado nutricional no hospital, devem-se ao facto das pessoas idosas quando internadas apresentarem um mau estado geral, desidratados e desnutridos, que por motivos financeiros, sociais ou outros, não conseguem ter um padrão alimentar adequado. Por vezes realizam apenas uma única refeição por dia, não ingerem água, etc.

O teste *get up and go* revelou em todos os casos em que foi possível a avaliação final uma melhoria do estado inicial, esta situação é devida à melhoria das soluções de continuidade, redução da dor persistente e estimulação da marcha pelo serviço. Não foi possível realizar nenhuma avaliação final a uma pessoa idosa submetida a amputação de pé ou perna, este facto teria levado naturalmente a uma diminuição da capacidade funcional que no entanto poderia ser atenuada com intervenção precoce de reabilitação física e outro apoio considerado adequado.

### **3.1.3. Capacitar a equipa de enfermagem para a implementação de cuidados/estratégias de intervenção com vista à diminuição da incapacidade funcional**

Este objectivo faz parte do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Para capacitar é necessário que esteja capacitado, que seja possuir de um conhecimento profundo

desta temática. É necessário estar atento às alterações fisiológicas que o envelhecimento provoca, assim como à história de vida da pessoa idosa, bem como as suas necessidades para o cabal desempenho das suas actividades de vida diária e comunicar isso à equipa de enfermagem.

As actividades desenvolvidas para a concretização deste objectivo foram a avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa, com recurso a instrumentos de avaliação e observação directa. Efectuei uma acção de formação designada “Prevenir o Síndrome da Imobilidade” com a duração de 30 horas (Anexo VII). Teve como objectivo adquirir conhecimentos para prevenir a imobilidade no leito, prevenir úlceras de pressão e estimular a mobilidade. Com este curso desenvolvi estratégias e cuidados para maximizar a actividade funcional existente ou minimizar as consequências do seu declínio.

Apresentei no final do estágio os resultados do projecto através de uma sessão final com a equipa de enfermagem (Apêndice VI). Foram incorporadas as sugestões consideradas pertinentes pela equipa de enfermagem com o intuito de envolver os enfermeiros no projecto e reforçada a necessidade do uso do instrumento de avaliação inicial da capacidade funcional. Nesta sessão estiveram presentes 11 enfermeiros, 3 dos quais estiveram presentes na primeira sessão. Foi também distribuído o questionário aos enfermeiros presentes, com mais de 2 anos no serviço, foram entregues 10. O questionário foi igual ao entregue na primeira semana de estágio para verificar se existiu evolução na abordagem da capacidade funcional à pessoa idosa. Dos 10 questionários entregues, recepcionei 10 o que perfaz 100%. Dois enfermeiros referiram que não existe perda da capacidade funcional. Responderam que existe perda da capacidade funcional 8, (80%). Houve 3 referências à “promoção da autonomia”, com 2 referências, “início precoce de fisioterapia”, depois sugeriram respostas diversificadas, “promoção da autonomia na toma da medicação”, “supervisão da alimentação”, “ensino na mobilização do leito”, “promoção de estratégias para ultrapassar as desvantagens”, “apoio psicológico e psiquiátrico”, “desenvolvimento de estratégias com base numa avaliação inicial”. Pode-se concluir que apesar de não ter existido uma adesão clara da equipa de enfermagem ao projecto, o tema “promoção da capacidade funcional da pessoa idosa” passou a ser um tema abordado na prestação de cuidados e existe uma tentativa clara de promoção da autonomia da pessoa idosa prevenindo o seu declínio funcional quando hospitalizada por doença aguda.

Ao longo do estágio coloquei num “*placard*” existente no serviço artigos que achei pertinentes relacionados com a capacidade funcional da pessoa idosa, substituindo-os semanalmente. Com esta acção sensibilizei os colegas e motivei o interesse pela temática. Criei uma pasta de arquivo onde foram colocadas as diversas escalas de avaliação funcional para que todos os enfermeiros tivessem um fácil acesso às mesmas. Reforcei o ensino sobre a aplicação

das várias escalas utilizadas nos estudos de caso.

### **3.2. Questões éticas**

Atendendo às questões éticas ligadas ao projecto, nem todos os intervenientes nos estudos de caso tem o mesmo nível cultural e social, como tal foi explicado pormenorizadamente, com uma linguagem que entendessem e individualmente a razão deste projecto, qual a finalidade e o porquê da sua participação, observando a sua compreensão.

O respeito pela pessoa incorpora considerações éticas fundamentais: o respeito pela autonomia e o consentimento. Respeito pela autonomia, requer que as pessoas capazes de deliberarem sobre suas escolhas pessoais devam ser tratadas com respeito pela sua capacidade de auto determinação e direito de decidir se quer ou não participar no projecto. A autonomia da pessoa idosa neste projecto está directamente relacionada com a protecção da pessoa idosa, com autonomia alterada ou diminuída e requer que as pessoas dependentes ou vulneráveis sejam protegidas contra danos ou abusos. Esta autonomia, compreendida como um princípio ético, é uma forma de liberdade pessoal baseada no respeito pelas pessoas, no qual os indivíduos têm o direito de determinar o seu curso de vida enquanto este direito não infringir a autonomia dos outros. Salienta-se que, para ser autónomo, a pessoa idosa deve ser capaz de pensar racionalmente e de tomar conta de si; caso contrário, a sua capacidade para a tomada de decisões estará comprometida e, portanto, deverá ser realizada por outra pessoa. Contudo, não há um ponto claro, tanto eticamente como legalmente sobre em que momento ou que situações levam à perda da autonomia e, portanto, a tomada de decisão poderia ser assumida por outra pessoa.

Esta situação não aconteceu nos EC, no entanto se tivesse acontecido seria excluída do projecto, pois colocaria em causa a autonomia da pessoa idosa. O consentimento é outro aspecto ético a ter em consideração, após a exposição de forma clara e adequada do projecto, foi solicitado o consentimento da sua participação, tendo sido obtido por escrito (Apêndice VII)

A pessoa idosa tem o direito de participar ou não no projecto, existiram 2 pessoas idosas que se recusaram a participar, essa recusa foi prontamente aceite e não questionada. A razão da recusa, penso dever-se ao facto de as pessoas em causa, se encontrarem muito debilitadas, com mau estado geral, que queriam apenas “ser cuidadas” e não responder a muitas perguntas, considerando que o estudo não teria nenhum benefício em concreto para elas. A beneficência refere-se à obrigação ética de maximizar benefícios e minimizar danos ou prejuízos. Esta situação foi tida em causa, à luz dos benefícios esperados. Nunca foi dito nem estimado um

aumento da capacidade funcional acima do previsível e adequado, para que depois não surja a desilusão. Os benefícios só são justificáveis se estiverem baseados em distinções moralmente relevantes entre indivíduos; uma destas distinções é a vulnerabilidade, que diz respeito a uma incapacidade substancial para proteger os seus próprios interesses, devido a impedimentos tais como a falta de capacidade para fornecer consentimento informado. A confidencialidade, o direito de proteger o cliente e não divulgar os dados, foi salvaguardada. A obrigação ética de tratar cada pessoa idosa de acordo com o que é moralmente certo e adequado, de dar o que lhe é devido foi tida em consideração. Na prestação de cuidados directos durante o estágio, os cuidados que prestei às pessoas idosas que participavam no projecto e a outras que não participavam foram as adequadas a cada situação, incluídos ou não no projecto. A recolha de dados foi obtida numa sala, reservada para consulta, foi realizado quase sempre no turno da tarde, altura em que se torna mais fácil a abordagem, pois encontravam-se mais disponíveis.

Aproveitei sempre os momentos em que a pessoa idosa se encontrava sozinha para a questionar da sua disponibilidade para conversarmos e se o queria fazer ou não na presença de familiares ou cuidador. Foi sempre tido em conta as providências para a protecção dos dados, direitos e bem-estar de pessoa idosa em causa, salvaguardando o anonimato.

Foi solicitado aprovação, à Direcção de Enfermagem e Comissão de Ética e autorização pelo conselho de Administração do CHLN, EPE, tendo sido aceite (Anexos VIII, IX e X).

### **3.3. Implicações e recomendações para a prática**

Em relação às implicações e recomendações para a prática, a realização deste ensino clínico e a implementação do projecto traduziu-se na melhoria da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa internada por doença vascular crítica, nomeadamente na promoção da capacidade funcional. Foi implementado no serviço um questionário de avaliação inicial direccionado para a pessoa idosa. O questionário é iniciado logo na admissão e completado assim que possível, normalmente nas primeiras 48 horas. É de grande utilidade a avaliação inicial da depressão geriátrica, a avaliação da dor persistente, e o início precoce dos cuidados de reabilitação física. Pretende-se que seja aumentada a supervisão das refeições e quando adequado, poderão ter a participação dos familiares ou cuidadores, pois para além da dieta poder ser personalizada (se possível) com alimentos que a pessoa idosa mais goste, reforçou-se a importância da pessoa idosa estar acompanhada pelo cuidador familiar na hora da refeição, contribuindo para um o ambiente mais familiar. O contacto com os centros de saúde foi bastante

positivo, os colegas sempre se mostraram muito receptivos e colaborantes, criando-se uma rede de contactos dos centros de saúde e enfermeiros de referência. Foi possível, por exemplo, em alguns casos ser o próprio centro de saúde a contactar o Serviço de Cirurgia Vascular e informar que vai enviar um cliente para o Serviço de Urgência para que seja observado pela especialidade de cirurgia vascular. Os contactos tornaram-se bilaterais com vantagem para todos. O preenchimento por parte dos enfermeiros da carta de alta começou a fazer parte integrante da alta da pessoa idosa, mesmo após o contacto telefónico com o centro de saúde. Foi fomentada uma relação mais estreita com a equipa de gestão de altas nomeadamente no fornecimento de contactos telefónicos e dos respectivos enfermeiros de referência.

### **3.4. Limitações do projecto**

As limitações do projecto foram entre outras, o excesso de rotatividade de clientes e o elevado rácio cliente enfermeiro dificultando em parte a implementação do projecto, pois embora os enfermeiros tivessem ficado despertados para a problemática da capacidade funcional na pessoa idosa, o número de escalas de avaliação levou a que a adesão ao projecto não fosse muito elevada. Existiu também por vezes alguma descoordenação entre a equipa de enfermagem e equipa médica, que se traduz em que a pessoa idosa tem alta médica, ou é transferido para o hospital da área e apenas é dado conhecimento à equipa de enfermagem no momento da alta ou transferência, dificultando assim a realização ou reforço de alguns ensinamentos e a coordenação com os serviços da comunidade. Também a falta de contactos dos Centros de Saúde da área de residência, por vezes não existiu um enfermeiro que possamos contactar é outro dos aspectos a melhorar. Penso terem sido estes os aspectos mais negativos.

Os aspectos positivos foi o “despertar” da equipa de enfermagem para promoção da capacidade funcional na pessoa idosa, o reforçar das relações com os serviços da comunidade, nomeadamente os centros de saúde e a equipa de gestão de altas e o desafio que constituiu para mim liderar este processo e a satisfação de ter cumprido os objectivos propostos (Anexo XI).

## 4 - CONCLUSÃO

O envelhecimento faz parte natural do ciclo da vida. É, pois, desejável que seja vivido de forma saudável. O estado funcional na pessoa idosa é um processo dinâmico, o que torna necessário ser avaliado em momentos diferentes para determinar a sua evolução. A realização deste trabalho evidenciou a relevância da avaliação inicial da pessoa idosa quando da admissão em ambiente hospitalar. Esta avaliação é de grande importância no planeamento e execução individualizada dos cuidados de enfermagem.

É importante uma avaliação geriátrica eficiente e completa, incidindo na capacidade funcional, o “SPICES” constitui um bom instrumento, pois permitiu detectar situações que, se corrigidas, contribuem para a sua manutenção ou pelo menos para a prevenção do seu declínio funcional. A solidão, a perda de papéis sociais, a sensação de inutilidade e a imobilidade são factores apontados neste trabalho para a instalação de quadros depressivos. Assim, torna-se prioritário a apreciação da depressão geriátrica. Este registo, em ambiente hospitalar, deverá ser realizado o mais precoce possível, permitindo a sua referenciação e encaminhamento e direccionamento dos cuidados de enfermagem logo na admissão. Também é importante o controlo da dor persistente. A dor afecta de um modo global todas as actividades de vida, com especial incidência a mobilidade, o sono e a alimentação. Pode-se concluir também que é de especial destaque a supervisão das refeições da pessoa idosa, se possível a personalização dos hábitos alimentares para manter um padrão alimentar adequado. É indispensável o início precoce de reabilitação física a fim de poder potenciar a capacidade de mobilização que a pessoa idosa ainda possui. A alta hospitalar deverá ser iniciada atempadamente e programada em equipa multidisciplinar, com o reforço dos ensinamentos e envolvendo a família/cuidador nos cuidados. Os cuidados de enfermagem geriátricos devem-se centrar na qualidade de vida da pessoa idosa, estimulando uma capacidade funcional real e espectável, sem falsas esperanças nem ilusões. O Enfermeiro como promotor dos cuidados de saúde e que mais tempo passa com a pessoa idosa, assume um papel importante na manutenção e maximização da actividade funcional. Neste sentido é primordial que esteja desperto para esta problemática, pois por vezes basta uma avaliação inicial mais profunda ou uma observação mais perspicaz para se intervir precocemente sobre a pessoa idosa, promovendo cuidados de saúde mais individualizados e com a finalidade de maximizar a capacidade funcional ou pelo menos diminuir a perda dessa capacidade.

Desenvolver orientações e capacitar a equipa de enfermagem para a sua inclusão nos cuidados à pessoa idosa, constituiu um desafio que julgo ter sido amplamente alcançado.

## 5 - BIBLIOGRAFIA

- ADELMAN, D. [et al] (2003) - Allergic & Immunologic Disorders. **In** TIERNEY, L. M. J. [et al] - **Current Medical Diagnosis & Treatment**. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill. 42ª Edição. 2002. ISBN: 0071395938. 759-782.
- AMELLA, E. (2004) - Presentation of illness in older adults. **American Journal of Nursing**. Vol.104, nº10. (October 2004). 40-51.
- ANPALAHAN, M.; GIBSON S. (2008) - Geriatric syndromes as predictors of adverse outcomes of hospitalization. **Internal Medicine Journal**. Vol.38, nº1. (January 2008). 16-23.
- ARAÚJO, F. [et al] (2007) - Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. **Revista Portuguesa De Saúde Pública**. Vol.25, nº2. (Jul/Dez 2007). 59-66.
- ASSUMPCÃO, Elvira C. [et al] (2009) - Comparação dos fatores de risco para amputações maiores e menores em pacientes diabéticos de um Programa de Saúde da Família. **Journal Vascular Brasileiro**. Vol.8, nº2. (Junho 2009). p.133-137.
- BAIXINHO, C.; SOUSA, O. (2008) - Comer/Beber no hospital...a necessidade que constitui um problema. **Servir**. Lisboa. ISSN: 0871/2379. Vol.56, nº3-4. (Mai-Ago 2008). 126-132.
- BAZTÁN, J. [et al] (2009) - Recovery of Functional Impairment after Acute Illness and Mortality: One-Year Follow-Up Study. **Gerontology**. Madrid. Vol.55. (2009). 269-274.
- BHARUCHA, A. [et al] (2004) - Predictors of nursing facility admission: a 12-year epidemiological study in the United States. **Journal American Geriatrics Society**. Vol.52, nº3. (March 2004). 434-439.
- BOWKER, L. [et al] (2006) - **Oxford handbook of geriatric medicine**. New York: Oxford University Press. ISBN 1-4051-2033-9
- CAMPBELL, S. [et al] (2004) - A systematic literature review of factors affecting outcomes in older medical patients admitted to hospital. **Age and Ageing**. Vol.33. nº2. (Mar. 2004). 110-115.
- CARMO, W. [et al] (2007) - Doença Arterial Obstrutiva de Membros Inferiores em Pacientes com Doença Renal Crônica Pré-Dialítica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. Minas Gerais: Vol.29, nº3. (Setembro 2007). 127-134.
- CARVALHO, G. [et al] (2007) - Análise comparativa da avaliação funcional do paciente geriátrico institucionalizado por meio dos protocolos de Katz e Tinetti. **Revista Digital - Buenos Aires**. Vol.12, nº114. (Nov. 2007). [em linha]. Acedido em 2010/12/09. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd114/avaliacao-funcional-do-paciente-geriatrico-institucionaliza-dohtm>.
- CASSEL, C. (2004) -. Caring for the hospitalized elderly: Current best practice and new horizons. **Geriatrics: A vital core of hospital medicine A special supplement to The Hospitalist**. (2004): 2-3.
- CASTRO, M.; FIGUEIREDO, N. (2009) - O estado da arte sobre cuidado ao idoso: diagnóstico da produção científica em enfermagem. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. ISSN 0103-7331. Vol.19, nº3.(2009). 743-759.
- CHUNG, N. (2010) - Factors Affecting the Validity of Ankle-Brachial Index in the Diagnosis of Peripheral Arterial Obstructive Disease. **Angiology**. Vol.61, nº4. (May 2010). 392-396.

- COLEMAN, E. (2003) - Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. **Journal American Geriatrics Society**. Vol.51, nº4. (April 2003). 549-555.
- CORNETTE, P. [et al] (2005) - Early evaluation of the risk of functional decline following hospitalization of older patients: development of predictive tool. **European Journal Public Health**. Vol.16, nº 2 (Sep. 2005). 203-208.
- CORRÊA, K.; CEOLIM, M. (2008) - Qualidade do sono em pacientes idosos com patologias vasculares periféricas. **Revista da Escola de Enfermagem USP**.vol.42, nº1. (Mar. 2008). 12-18.
- COUNSELL, S. [et al] (2000) - Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care of hospitalized older patients: A randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital. **Journal of the American Geriatric Society**. Vol.48, nº12. (Dec 2000). p.1572-1581.
- COURTNEY, M. [et al] (2009) - Fewer Emergency Readmissions and Better Quality of Life for Older Adults at Risk of Hospital Readmission: A Randomized Controlled Trial to Determine the Effectiveness of a 24-Week Exercise and Telephone Follow-Up Program. **Journal the American Geriatrics Society**. Vol.57. (March 2009). 395-402.
- COVINSKY, K. E. [et al] (2003) - Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: Increased vulnerability with age. **Journal of the American Geriatrics Society**. Vol.51. (April 2003). 451-458.
- CREDITOR, M. (1993) - Hazards of Hospitalization of the Elderly. **Annals of Internal Medicine**. Vol. 117. (February 1993). 219-223.
- CUNHA, F. [et al] (2009) - Fatores que predisõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro. ISSN 1809-9823. Vol.12, nº3. (2009). 475-487.
- DECRETO-LEI nº 104/98. D.R I Série. 93 (98-04-21) 1739-1757.
- DEPP, C.; JESTE, D. (2006) - Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. **American Journal of Geriatric Psychiatry**. Vol.14, nº1. (Winter 2006). 6-20.
- DIOGO, M. (1997) - A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. Vol.5, nº1. (Janeiro 1997). 59-64.
- DIOGO, M. (2000) - O papel do enfermeiro na Reabilitação do Idoso. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Vol.8, nº1 Ribeirão Preto, (Janeiro 2000). 75-81.
- EDINGTON, J. [et al] (2004) - A prospective randomized controlled trial of nutritional supplementation in malnourished elderly in the community: Clinical and health economic outcomes. **Clinical Nutrition**. Vol.23, nº2. (April 2004). 195-204.
- EDLUND, A. [et al] (2006) - Delirium in older patients admitted to general internal medicine. **Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology**. Vol.19, nº2. (June 2006). 83-90.
- FALCONER, T. [et al] (2008) - Management of peripheral arterial disease in the elderly: focus on cilostazol. **Clinical intervention Aging**. Vol 3, nº 1 (March 2008). 17-23.
- FALLON, C., (2002) - Nutritional status of community dwelling subjects attending a memory clinic. **Journal of Nutrition Health Aging**. Vol.6, Supp 21. (2002)

- FERRARI, J.; DALACORTE, R. (2007) - Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. **Scientia Medica**. Porto Alegre. Vol.17, nº1. (Jan./Mar. 2007). 3-8.
- FILHO, J. (2000) - Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. **Revista Brasileira de Saúde Pública**. Vol.34, nº6 (Dez. 2000). 666-671.
- FONDA, D. [et al] (2006) - Sustained reduction in serious fall-related injuries in older people in hospital. **The Medical Journal of Australia**. Vol.184, nº8. (April 2006). 379-382.
- FORSTER, A. [et al] (2003) - The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. **American College of Physicians**. Philadelphia; Vol.138, nº3. (February 2003). 161- 167.
- FREEDMAN, V. [et al] (2002) - Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States: A systematic review. **Journal of the American Medical Association**. Vol.288, nº24. (Dec 2002). 137-3146.
- FREITAS, E. [et al] (2002) - Parâmetros Clínicos do Envelhecimento e Avaliação Geriátrica Global. In: FREITA, Elizabete V. [et al] - **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan. ISBN 9788527707497. 609-617.
- FRIED, L. P., [et al] (2001) - Frailty in Older Adults - Evidence for a Phenotype. **The Journals of Gerontology: Series A**. Vol.56, nº3. (March 2001). 146-157.
- FULMER, T. (1991). The Geriatric Nurse Specialist Role: A New Model. **Nursing Management**. Vol.22,nº3. (March 1991). 91- 93.
- FULMER, T. (2007) - How to Try This: Fulmer SPICES **American Journal of Nursing**. Vol.107, nº10. (October 2007). 40-48.
- GALLO, R. (1998) - Lições de angiologia e cirurgia vascular - emergências vasculares - oclusões arteriais agudas: [...] embolia arterial aguda; trombose arterial aguda e complicação da isquemia aguda. **Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular**. Vol.7, nº4. (1998). p.163-166.
- GIRON, M. [et al] (2005) - Clinical trials of potential antidepressants: to what extent are the elderly represented: a review. **Journal Geriatric Psychiatry**. Vol.20. (Mach 2005). 201-207.
- GRAF, C. - The Lawton (2008) - Instrumental Activities of Daily Living Scale. **American Journal of Nursing**. Vol.108, nº4. (April 2008). 52-62.
- GRAF, C. (2006) - Functional decline in hospitalized older adults. **American Journal of Nursing**. Vol.106, nº1. (2006). 58-67.
- GUIGOZ, Y. [et al] (2002) - Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. **Clinics in Geriatric Medicine**. Vol.18, nº4. (Nov 2002). 737-757.
- HIRSCH, C. [et al] (1990) - The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. **The Journal of the American Geriatrics Society**. Vol.38,nº12.(Dec 1990). 1296-1303.
- HOOI, W.; BERGMAN, H. (2005) - A Review on Models and Perspectives on Frailty in Older Persons. **Geriatric Medicine Unit SGH**. [em linha]. Vol.14, nº2. (2005). Acedido em 2009/07/24. Disponível em: <http://www.pgmi.com.sg/14-2-a-review.aspx>.
- IMAGINÁRIO, C. M. (2008) - **O idoso dependente em contexto familiar**. 3ª ed. Coimbra: Formasau. ISBN: 9789728485948.
- KAGANSKY, N. [et al] (2005) - Poor nutritional habits are predictors of poor outcomes in very old hospitalized patients. **American Journal Clinic Nutrition**. Vol.82. (Oct. 2005). 784-791.

- KATONA, C. [et al] (1997) - The symptomatology of depression in the elderly. **Clinic Psychopharmacology**. Vol.12, Suppl 7. (December 1997). 19-23.
- KAWAMOTO, R. [et al] (2004) - Factors related to functional capacity in community-dwelling elderly. **Geriatrics & Gerontology International**. Vol.4. (June 2004). 105-110.
- KAWASAKI, K. [et al] (2005) - Impacto da Hospitalização na Independência Funcional do Idoso em Tratamento Clínico. **Acta de Fisiatria**. Campinas: Brasil. 2005.
- KIMBELL, S. (2001) - Before the fall. **Nursing**. Vol.31, nº8. (August 2001). 44-45.
- KING, B. (2006) - elders Functional decline in hospitalized. **Medsurg Nurs**. Vol.15, nº 5 (Oct 2006). 265-271.
- KOZAK, L. (2000) - National Hospital Discharge Survey: 2000 Annual summary [...] procedure data. **National Center for Health Statistics**. Vital Health Stat. Vol.13, nº153. (Nov2002). 100-194.
- KRESEVIC, D. (2008) - FUNCTION: Nursing Standard of Practice Protocol: Assessment of Function in Acute Care. **Hartford Institute for Geriatric**. [em linha]. (January 2008). Acedido em 2010/07/10. Disponível em [http://consultgerim.org/topics/function/want\\_to\\_know\\_more](http://consultgerim.org/topics/function/want_to_know_more).
- KRESEVIC, D. [et al] (1998) - A patient-centered model of acute care for elders. **Nursing Clinics of North America**. Vol.3. nº33. (Sep. 1998). 515-527.
- KUZUYA, M. [et al] (2008) - Association Between Unmet Needs for Medication Support and All-Cause Hospitalization in Community-Dwelling Disabled Elderly People. **Journal of the American Geriatrics Society**. ISSN:881-886. Vol.56, nº5. (May 2008). 881-886.
- LANDEFELD, C. (2003) - Improving Health Care for Older Persons. **Annals of Internal Medicine**. Vol.139, nº5 (part 2), (September 2003). 421-424.
- LEFEVRE, F. [et al] (1992) - Iatrogenic Complications in Highrisk, Elderly Patients. **Arch Intern Med**. Vol.152 nº10. (OCTOBER 1992). 2074-2080.
- LOURENÇO, R.; VERAS, R. (2006) - Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. ISSN 0034-8910. Vol.40 nº4. (Agosto 2006). 712-719.
- MAHONEY, F.; BARTHEL, D. (1965) - Functional evaluation :the Barthel. In **Maryland State Medical Journal**. Vol.14 (1965). 61-65.
- MARTÍN-ÁLVAREZ, A., [et al] (2004) - Angioplastia transluminal percutânea del sector femoropoplíteo distal en la isquemia crítica. **Angiología**. Vol.56, nº1. (2004). p 4-16.
- MARTINS, J. [et al] (2009) - Cuidado no contexto domiciliar: o discurso de idosos/familiares e profissionais. **Revista de Enfermagem**. UERJ, R Janeiro. Vol.17, nº4. (Out/Dez 2009). 556-562.
- MATHIAS, S. [et al] (1986) - Balance in the elderly patients: The "get-up and go" test. **Physical Medicine and Rehabilitation**. Vol.67, nº6. (1986). 387-389.
- MCCUSKER, J. [et al] (2002) - Predictors of functional hospitalized elderly patients: A systematic review. **Journal of Gerontology**. Vol.57, nº9. (Sep. 2002). 69-77.
- MEHTA, K. [et al] (2002) - Cognitive impairment, depressive symptoms, and functional decline in older people. **Journal American Geriatrics Society**. Vol. 50, nº6. (June 2002). 1045-1050.
- MENDONÇA, Al. [et al] (2008) - **Escalas e Testes na Demência – Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência**. 2ª Edição. Lisboa
- MEZEY, M. [et al] (2006) - **Protocolos em Enfermagem Geriátrica**. 2ª Ed.. São Paulo: Andrei, 2006. ISBN: 85-7476-333-0

- MIYAWAKI, N. B.; LESTER, P. (2009) - Chapter 13: Vascular Disease in the Elderly American Society of Nephrology - Geriatric Nephrology Curriculum (2009) [em linha]. Acedido em 2010/10/12. Disponível em [http://asn-online.org/education\\_and\\_meetings/geriatrics/OnlineGeriatricsCurriculum.pdf](http://asn-online.org/education_and_meetings/geriatrics/OnlineGeriatricsCurriculum.pdf)
- NAJAS, M.; YAMATTO, T. (2008) - Nutrição na Maturidade - Avaliação do Estado Nutricional de Idosos. [em linha]. Acedido em 2010/11/18. Disponível em [http://www.nestle-nutricaoodomiciliar.com.br/downloads/AVALIACAO %20EST%20NUT.pdf](http://www.nestle-nutricaoodomiciliar.com.br/downloads/AVALIACAO%20EST%20NUT.pdf)
- NAYLOR, M. [et al] (2004) - Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. **Journal of the American Geriatrics Society**. 2004. Vol.52, nº5. (May 2004). 675-684.
- OCHOA-VIGO, K.; PACE, A. (2005) - Pé diabético: estratégias para prevenção. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo. ISSN 0103-2100. Vol.18, nº1. (Março 2005). 100-109.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2002) - **Envelhecimento Activo: Um Projecto de Política de Saúde**. Madrid: OMS.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1995) - **Expert Committee on Physical Status. The use and interpretation of antropometry physical status: the use and interpretation of antropometry. Report of a Who Expert Committee**: Switzerland: OMS.
- PAIXÃO, C.; REICHENHEIM, M. (2005) - Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro. Vol.21,nº1.(Jan 2005). 7-19.
- PALMER, R. (2003) - Acute Hospital Care. Geriatric Medicine, 4th Edition, eds Cassel C, et al New York, 2003.
- PENA, S.; DIOGO, D'E. (2009) - Expectativas da equipe de enfermagem e atividades realizadas por cuidadores de idosos hospitalizados. **Revista escolar de enfermagem – USP**. São Paulo Vol.43, nº2. (Junho 2009). 351-357.
- PORDATA (2011) - **Base de Dados de Portugal Contemporâneo** [em linha]. Acedido em 2011/02/10. Disponível em [http://www.pordata.pt/azap\\_runtime/?](http://www.pordata.pt/azap_runtime/?).
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas (2006) - **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. - Lisboa: DGS. ISBN:972-675-155-1. (2006). 24.
- PORTUGAL. ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) (2009) – **Posposta de Desenvolvimento Profissional. Individualização das Especialidades em Enfermagem**. Cadernos Temáticos.
- REBELATTO, J.; MORELLI, J. (2007) - **Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso**. 2ª Edição. Brasil: Manole. ISBN: 9788520425626
- ROPER, N. [et al] (2001) - **O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney**. Lisboa: Climepsi Editores, 2001. ISBN 972-796-013-8
- ROSA, T. [et al] (2003) - Factores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Publica**. São Paulo. ISSN 0034-8910. Vol.37 nº1. (Fevereiro 2003). 40-48.
- SAGER, M. A. [et al] (1996) - Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. **Archives of Internal Medicine**. Vol.156, nº6. ( March 1996A). 645-652.
- SAGER, M. [et al] (1996) - Hospital admission risk profile (HARP): identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. **Journal of the American Geriatrics Society**. Vol.44, nº3. (March 1996B). 251-257.
- SANTANA, P. [et al] (2008) - Envelhecimento e Saúde em Portugal. Lisboa. Ministério da

Saúde, **Alto Comissariado da Saúde**. Boletim Informativo nº2 (Setembro 2008).

SANTOS, M. L. C dos, ANDRADE, M. C. (2005) - Incidência de quedas relacionadas aos Fatores de Risco em Idosos Institucionalizados. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Vol.29, nº1. (Janeiro - Junho 2005). 58-68.

SANTOS, S. [et al] (2008) - Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. **Acta Paulista de Enfermagem**. ISSN 0103-2100. Vol.21, nº4. 649-653.

SIEGLER, E. [et al] (2002) - Optimal staffing for acute care of the elderly (ACE) units. **Geriatric Nursing**. Vol.23, nº3. (May 2002). 152-155.

SILVA, C.; PEREZ, P. (2010) - **Cuidados de enfermagem frente ao idoso hospitalizado**. (2010). [em linha]. Acedido em 2010/12/13. Disponível em <http://www.webartigos.com/articles/49076/1/CUIDADOS-DE-ENFERMAGEM-FRENTE-AO-IDOSO-HOSPITALIZADO/pagina1.html#ixzz1EW9DzoCh>

SILVERSTEIN, M. [et al] (2008) - Risk factors for 30-day hospital readmission in patients  $\geq 65$  years of age. **Baylor University Medical Center Proceedings**. Dallas, Texas. Vol.21, nº4. (October 2008). 363-372.

SMELTZER, S. [et al] (2009) - **Brunner & Suddarth - Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN: 8527700441.

ST-ARNAUD-MCKENZIE, D. [et al] (2004) - Hunger and aversion: drives that influence food intake of hospitalized geriatric patients. **Journal of Gerontology; Medical Sciences**. Vol.59, nº12. (Dec. 2004). 1304-1309.

THOMAS, V. [et al] (2009) - Maximising independence - The role of the nurse in supporting the rehabilitation of the older people. **Royal College of Nursing**. London. ISBN978-1-904114-77-2

TIMONEN, L. [et al] (2002) - A randomized controlled trial of rehabilitation after hospitalization in frail older women: effects on strength, balance and mobility. **Scandinavian journal of medicine & science in sports**. ISSN 0905-7188. Vol.13, nº3. (Jun 2002). 186-192.

TRANMER, J. E. [et al] (2003) - The sleep experience of medical and surgical patients. **Clinical Nursing Research**. Vol.12, nº2. (May 2003). 159-173.

TUCKER, D. [et al] (2004) - Walking and wellness: A collaborative program to maintain mobility in hospitalized older adults. **Geriatric Nursing**. Vol.25, nº4. (Jul-Aug 2004). 242-245.

VASS, M. [et al] (2005) - Feasible model for prevention of functional decline in older people: Municipality-randomized controlled trial. **Journal of the American Geriatrics Society**. Vol.53, nº4. (April 2005). 63-66.

VELLAS, B, [et al] (2006) - Overview of the MNA - It's history and challenges. **Journal of Nutrition Health Aging**. Vol.10. (2006). 455-465.

WALLACE, M.; SHELKEY, M. (2008) - Monitoring Functional Status in Hospitalized Older Adults. **American Journal of Nursing**. Vol.108, nº4. (April 2008). 64-71.

WILKINS, S. [et al] (2001) - Assessment of functional performance. **Bonder BR, Wagner MB. Functional performance in older adults**. Philadelphia: F. A. Davis. cap.12. (2001). 236-251.

WINOGRAD, C. [et al] (1991) - Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes. **Journal of the American Geriatrics Society**. California. Vol.39, nº8. (August 1991). 778-841.

## **ANEXOS**

**Anexo I**  
**Avaliação Breve do Estado Mental (mms)**

## AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL (MMS)

### I - Orientação

“Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz”. (1 ponto por cada resposta correcta)

1. Em que ano estamos?
2. Em que mês estamos?
3. Em que dia do mês estamos? (Quantos são hoje?)
4. Em que estação do ano estamos?
5. Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?)
6. Em que país estamos? (Como se chama o nosso país?)
7. Em que Distrito estamos?
8. Em que terra vive?
9. Em que casa estamos? (Como se chama a casa onde estamos?)
10. Em que andar estamos?

### II - Retenção

"Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras".

As palavras são: **PERA; GATO; BOLA**

"Repita as três palavras". (Dar 1 ponto por cada resposta correcta).

PERA \_\_\_ GATO \_\_\_ BOLA \_\_\_

### III - Atenção e cálculo

Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar."

(1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro na subtracção, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro).

30 \_\_\_ 27 \_\_\_ 24 \_\_\_ 21 \_\_\_ 18 \_\_\_ 15 \_\_\_

### IV - Evocação

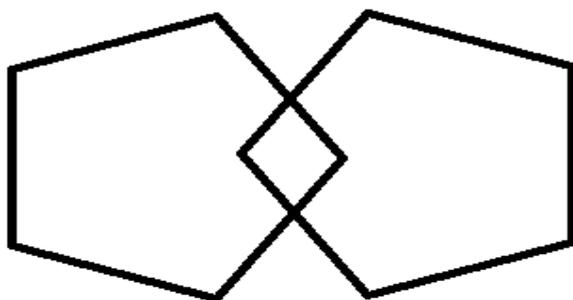
(Só se efectua no caso do sujeito ter apreendido as três palavras referidas na prova de retenção).

"Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir". (1 ponto por cada resposta correcta)

PERA \_\_\_ GATO \_\_\_ BOLA \_\_\_

## V - Linguagem

- a) Mostrar o relógio de pulso "Como se chama isto?"
- b) Mostrar um lápis "Como se chama isto?"
- c) Repetir a frase: "O rato rói a rolha"
- d) "Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão" (ou: "coloque-o aqui em cima da secretária/mesa" - indicar o local onde o papel deve ser colocado). (1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos).
- Pega no papel com a mão direita
  - Dobra o papel ao meio
  - Coloca o papel no chão (ou local indicado)
- e) Leia e cumpra o que diz neste cartão (Mostrar o cartão com a frase: "FECHE OS OLHOS" (Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase). (1 ponto por cada resposta correcta)
- f) "Escreva uma frase". (A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou trocas de letras não contam como erros).  
A frase deve ser escrita numa folha em branco (se o sujeito for analfabeto este ponto não é realizado)
- g) Copie o desenho que lhe vou mostrar" (Mostrar o desenho num cartão ou na folha).  
(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar intersectados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados)



**Idade superior a 40 anos:**

Analfabetos: defeito:	defeito $\leq$ 15
1 a 11 anos de escolaridade: defeito	$\leq$ 22
11 anos de escolaridade: defeito	$\leq$ 23

**Anexo II**  
**Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage**  
**(Versão reduzida - GDS-15)**

## ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE

(Versão reduzida - GDS-15)

1. Está satisfeito com a sua vida?
2. Deixou de lado muitas das suas actividades e interesses?
3. Sente que sua vida está vazia?
4. Sente-se aborrecido com frequência?
5. Está de bom humor na maioria das vezes?
6. Teme que algo de mal lhe aconteça?
7. Sente-se feliz na maioria das vezes?
8. Sente-se frequentemente desamparado?
9. Prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas?
10. Sente que tem mais problemas de memória que antes?
11. Pensa que é bom estar vivo?
12. Sente-se inútil?
13. Sente-se cheio de energia?
14. Sente que sua situação é sem esperança?
15. Pensa de que a maioria das pessoas estão melhores do que o Sr/Sr<sup>a</sup>?

### **Pontuação:**

1 Ponto para as respostas **Sim** nas questões: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15

1 Ponto para as respostas **Não** nas questões: 1, 5, 7, 11, 13

0-5 Sem depressão

> 5 Depressão

### **Anexo III**

### **Índice de Barthel (Actividades de vida diaria)**

## ÍNDICE DE BARTHEL (Actividades de vida diária)

### 1. ALIMENTAÇÃO

10 = Independente

5 = Precisa de ajuda para utilizar o talher, etc.

0 = Incapaz

### 2. BANHO

5 = Independente

0 = Dependente

### 3. TOILETTE PESSOAL

5 = Independente (lava a cara, penteia-se, lava os dentes e barbeia-se sem ajuda)

0 = Dependente

### 4. VESTIR

10 = Independente (incluindo botões, cintos e atacadores)

5 = Necessita de alguma ajuda

0 = Totalmente dependente

### 5. TRANSFERÊNCIAS

15 = Independente

10 = Ajuda ligeira (verbal ou física)

5 = Muita ajuda (de uma ou duas pessoas)

0 = Incapaz

### 6. DESLOCAÇÃO

15 = Independente

10 = Caminha com ajuda, verbal ou física, de outra pessoa

5 = Necessita de cadeira de rodas

0 = Imóvel

## **7. ESCADAS**

10 = Independente para subir e descer

5 = Necessita de ajuda (verbal, física)

0 = Incapaz

## **8. UTILIZAÇÃO DA CASA DE BANHO**

10 = Independente

5 = Precisa de ajuda para se equilibrar, no manuseamento do papel higiénico mas consegue fazer algumas coisas sozinho, das roupas

0 = Dependente

## **9. CONTROLO DA BEXIGA**

10 = Contigente

5 = Acidente Ocasional (uma vez por semana)

0 = Dependente

## **10. CONTROLO INTESTINAL**

10 = Contigente

5 = Acidente ocasional (uma vez por semana)

0 = Incontinente

### **CLASSIFICAÇÃO:**

0 - 20 - Muito Grave

25 -45 - Grave

50 - 70 - Moderado

75 - 95 - Ligeiro

100 - Independente

## **Anexo IV**

### **Mini Avaliação Nutricional (*mini nutritional assessment* – mna)**

# AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (*Mini Nutritional Assessment – MNA*)

Sobrenome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso, kg: \_\_\_\_\_ Altura, cm: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter o escore indicador de desnutrição.

<div style="background-color: #333; color: white; padding: 2px; font-weight: bold;">Triagem</div> <p><b>A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar</b> devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?          0 = diminuição severa da ingestão          1 = diminuição moderada da ingestão          2 = sem diminuição da ingestão <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p> <hr/> <p><b>B Perda de peso nos últimos 3 meses</b>          0 = superior a três quilos          1 = não sabe informar          2 = entre um e três quilos          3 = sem perda de peso <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p> <hr/> <p><b>C Mobilidade</b>          0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas          1 = deambula mas não é capaz de sair de casa          2 = normal <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p> <hr/> <p><b>D Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?</b>          0 = sim 2 = não <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p> <hr/> <p><b>E Problemas neuropsicológicos</b>          0 = demência ou depressão graves          1 = demência leve          2 = sem problemas psicológicos <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p> <hr/> <p><b>F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m<sup>2</sup>])</b>          0 = IMC &lt; 19          1 = 19 ≤ IMC &lt; 21          2 = 21 ≤ IMC &lt; 23          3 = IMC ≥ 23 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p> <hr/> <p>Escore de Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></span></p> <p>12-14 pontos: estado nutricional normal          8-11 pontos: sob risco de desnutrição          0-7 pontos: desnutrido</p> <p>Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R</p>	<p><b>J Quantas refeições faz por dia?</b>          0 = uma refeição          1 = duas refeições          2 = três refeições <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p> <hr/> <p><b>K O paciente consome:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? <span style="float: right;">sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/></span></li> <li>• duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? <span style="float: right;">sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/></span></li> <li>• carne, peixe ou aves todos os dias? <span style="float: right;">sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/></span></li> </ul> <p>0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»          0.5 = duas respostas «sim»          1.0 = três respostas «sim» <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></span></p> <hr/> <p><b>L O paciente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?</b>          0 = não 1 = sim <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p> <hr/> <p><b>M Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia?</b>          0.0 = menos de três copos          0.5 = três a cinco copos          1.0 = mais de cinco copos <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></span></p> <hr/> <p><b>N Modo de se alimentar</b>          0 = não é capaz de se alimentar sozinho          1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade          2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p> <hr/> <p><b>O O paciente acredita ter algum problema nutricional?</b>          0 = acredita estar desnutrido          1 = não sabe dizer          2 = acredita não ter um problema nutricional <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p> <hr/> <p><b>P Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde?</b>          0.0 = pior          0.5 = não sabe          1.0 = igual          2.0 = melhor <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></span></p> <hr/> <p><b>Q Perímetro braquial (PB) em cm</b>          0.0 = PB &lt; 21          0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22          1.0 = PB &gt; 22 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></span></p> <hr/> <p><b>R Perímetro da perna (PP) em cm</b>          0 = PP &lt; 31          1 = PP ≥ 31 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p> <hr/> <p>Avaliação global (máximo 16 pontos) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></span></p> <p>Escore da triagem <span style="float: right;"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></span></p> <p>Escore total (máximo 30 pontos) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></span></p> <p>Avaliação do Estado Nutricional</p> <p>de 24 a 30 pontos <input type="checkbox"/> estado nutricional normal          de 17 a 23,5 pontos <input type="checkbox"/> sob risco de desnutrição          menos de 17 pontos <input type="checkbox"/> desnutrido</p>
--	--

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges*. J Nut Health Aging 2006; 10: 456-465.  
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)*. J. Gerontol 2001; 56A: M366-377.  
 Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.  
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners  
 © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M  
 Para maiores informações: [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

**Anexo V**

**Teste Levante e Ande (*get up and go*)**

## **TESTE LEVANTE E ANDE (*GET UP AND GO*)**

**Coloque a pessoa idosa sentada numa cadeira de encosto alto e recto**

### **Instruções ao paciente:**

1. Levantar (se possível sem uso dos braços da cadeira).
2. Permanecer quieto por um momento
3. Caminhar em frente 3 m
4. Voltar-se e caminhar de volta à cadeira
5. Virar-se e sentar-se

### **Factores a serem observados:**

O balanço ao sentar

O movimento do estar sentado e ficar em pé

Calma e estabilidade na forma de andar

Capacidade de se virar sem cambaleiar

### **Pontuação:**

1 Ponto - Normal

2 Pontos – Anormalidade leve

3 Pontos – Anormalidade média (risco aumentado de queda)

4 Pontos – Anormalidade moderada

5 Pontos – Anormalidade grave

**Anexo VI**  
**Escala de Lawton e Brody**  
**(Escala de actividades instrumentais de vida diária)**

**ESCALA DE LAWTON E BRODY**  
(Escala de actividades instrumentais de vida diária)

ASPECTOS A AVALIAR	PONT.
<p><b>A. Capacidade para usar o telefone:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliza o telefone por sua iniciativa, marca os números, etc. 1</li> <li>- Marca alguns números mais conhecidos 2</li> <li>- Atende o telefone mas não consegue marcar 3</li> <li>- Não usa o telefone de todo 4</li> <li>- Não aplicável 9</li> </ul>	
<p><b>B. Compras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faz todas as compras independentemente 1</li> <li>- Só faz, independentemente, pequenas compras 2</li> <li>- Necessita de ser acompanhado para fazer compras 3</li> <li>- Totalmente incapaz de fazer pequenas comprar 4</li> <li>- Não aplicável 9</li> </ul>	
<p><b>C. Cozinhar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planeia, prepara e serve adequadamente as refeição, de modo independente 1</li> <li>- Prepara as refeições adequadamente, e a refeição se lhe forem dados os ingredientes 2</li> <li>- Aquece e serve refeições já preparadas ou prepara refeições, mas não mantém uma dieta adequada 3</li> <li>- Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições 4</li> <li>- Não aplicável 9</li> </ul>	
<p><b>D. Lida da casa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuida da casa sozinho ou com assistência ocasional (ex.: para trabalhos domésticos mais pesados) 1</li> <li>- Faz trabalhos leves, como lavar a loiça e fazer as camas 2</li> <li>- Faz tarefas diárias leves, mas não consegue manter um nível de limpeza aceitável 3</li> <li>- Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas 4</li> <li>- Não participa em qualquer actividade doméstica 5</li> <li>- Não aplicável 9</li> </ul>	
<p><b>E. Tratamento de roupa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuida completamente da lavagem da sua roupa 1</li> <li>- Lava pequenas peças, (meias cuecas, etc) 2</li> <li>- Toda a lavagem da roupa é feita por outros 3</li> <li>- Não aplicável 9</li> </ul>	

<p><b>F. Deslocações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Viaja independentemente em transportes públicos ou conduz o seu próprio carro</li> <li>- Desloca-se de táxi, mas não usa transportes públicos</li> <li>- Viaja em transportes públicos quando acompanhado por outras pessoas</li> <li>- Viaja limitado a táxi ou automóvel particular com assistências de outros</li> <li>- Não viaja de todo</li> <li>- Não aplicável</li> </ul>	<p>1 2 3 4 5 9</p>
<p><b>G. Responsabilidade pelos seus próprios medicamentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- É responsável por tomar os seus medicamentos na dose e tempos correctos</li> <li>- Assume a responsabilidade, se a medicação estiver separada previamente</li> <li>- Não tem capacidade para tomar conta dos medicamentos</li> <li>- Não aplicável</li> </ul>	<p>1 2 3 9</p>
<p><b>H. Capacidade para tratar das finanças:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lida com assuntos económicos independentemente (orçamentos, cheques, faz pagamentos, vai ao banco)</li> <li>- Maneja o dinheiro no dia-a-dia, mas precisa de ajuda para lidar com somas mais avultadas</li> <li>- Incapaz de lidar com dinheiro</li> <li>- Não aplicável</li> </ul>	<p>1 2 3 9</p>
<p><b>Pontuação total:</b></p>	

Pontua-se cada área conforme a descrição que melhor se corresponda à pessoa idosa. Por tanto, cada área pontua um máximo de 4 ou 5 pontos, conforme os casos e um mínimo de 1 pontos. A máxima dependência tem uma pontuação de 31 pontos, uma soma de 8 pontos expressa uma independência total.

## **Anexo VII**

### **Curso de formação “Prevenir a Síndrome da Imobilidade”**

## CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(Dec.Reg. n.º 35/2002, de 23 de Abril)

### CENTRO DE FORMAÇÃO

DO CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

Acreditado pela ACSS processo de renovação n.º 015/19-10-2000 e despacho ministerial de 26-01-2001

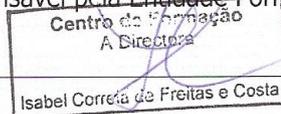
Certifica-se que, **Luís Filipe Lopes Vieira**, natural de Angola, nascido(a) a 27-02-1969, nacionalidade portuguesa, do sexo masculino, portador(a) do documento de identificação Cartão de Cidadão n.º 08396254, válido até 28-08-2014, concluiu, com aproveitamento, em 14-12-2010, o Curso de Formação Profissional

### *Prevenir a Síndrome da Imobilidade*

que decorreu de 23-11-2010 a 14-12-2010, com a duração total de 30 horas, tendo obtido a classificação de Muito Bom, numa escala de Insuficiente a Muito Bom

Lisboa, 29 de Dezembro de 2010

O Responsável pela Entidade Formadora

  
Centro de Formação  
A Directora  
Isabel Correia de Freitas e Costa

Certificado N.º 01341/10

**Modalidade de Formação:** Formação de Aperfeiçoamento

**Área de Formação:** 723. Enfermagem

**Competências Adquiridas:** descrever os efeitos da imobilidade na actividade motora e na pele; classificar as úlceras de pressão; diagnosticar os factores de risco no desenvolvimento das úlceras de pressão; descrever os princípios gerais de prevenção das UP; aplicar estratégias de prevenção das úlceras de pressão

<b>PLANO CURRICULAR – 30 HORAS</b>	
(Designação das unidades temáticas)	Horas
1. Apresentação	
2. Avaliação inicial	2h00m
3. Introdução de alguns conceitos	
4. Imobilidade – uma síndrome a prevenir	
5. Consequências ao nível do sistema músculo-esquelético: a) Sistema motor – função motora b) Principais complicações da deterioração músculo-esquelética: mecanismos e prevenção da osteoporose e contracturas	2h00m
6. Consequências ao nível da pele	
7. Fisiopatologia das úlceras de pressão	2h00m
8. Classificação da úlcera de pressão	
9. Prevenção das úlceras de pressão: a) Factores de risco b) Escala de risco: escala de Braden c) Protocolo de prevenção	2h00m
10. Técnicas para a prevenção da imobilidade em doente com: a) Patologia respiratória b) Patologia neurológica c) Patologia ortotraumatológica	4h00m 4h00m 2h00m
11. Cuidados posturais na mobilização do doente com limitação motora	3h00m
12. Posicionamentos: fundamentos e princípios	2h00m
13. Treino dos vários decúbitos	3h00m
14. Registo das intervenções de Enfermagem	
15. Reflexão sobre os cuidados e as práticas diárias	
16. Avaliação final	4h00m
17. Avaliação da acção	

OBSERVAÇÕES:

**Anexo VIII**

**Autorização da Direcção de Enfermagem do CHLN para realização  
do Projecto de Estágio**

CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE  
SANTAMARIA

Hospital  
PulidoValente

Exm. Sr  
Enf. Luis Filipe Lopes Vieira  
Serviço de Cirurgia Vascular

**ASSUNTO:** Autorização para a realização do Projecto investigação denominado “Hospitalização da Pessoa Idosa com Doença Vascular Crítica” a efectuar no âmbito do Mestrado do Curso de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Vimos por este meio informar que se encontra autorizado a realização do Projecto investigação denominado “Hospitalização da Pessoa Idosa com Doença Vascular Crítica” a efectuar no âmbito do Mestrado do Curso de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Com os melhores cumprimentos,

HSM, 03 de Março de 2011

A Enfermeira Directora

  
Enfermeira Directora

/AR

DIRECÇÃO DE  
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

**Anexo IX**  
**Aprovação da Comissão de Ética do CHLN para realização do**  
**Projecto de Estágio**



**Presidente**

Prof. Doutor João Lobo Antunes

**Vice-Presidente**

Profª. Doutora Maria Luísa Figueira

**Membros**

Prof. Doutor Carlos Calhaz Jorge

Dra. Elisa Pedro

Padre Fernando Sampaio

Dra. Gabriela Martins Mendes

Dra. Graça Nogueira

Mestre Enfª. Isabel Corte-Real

Dr. Mário Miguel Rosa

Exma. Senhora

Enfermeiro Luis Lopes Vieira

Serviço de Cirurgia Vasculuar I

Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.

Lisboa, 21 de Fevereiro de 2011

**Assunto:** Projecto de Investigação "Hospitalização da pessoa idosa com Doença Vasculuar crítica", no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Pela presente informamos que o projecto citado em epígrafe obteve, na reunião realizada em 19 de Janeiro de 2011, parecer favorável da Comissão de Ética, tendo ficado a aguardar anuência do Director do Serviço envolvido, e elaboração de Consentimento Informado e elaboração de Consentimento Informado, condições presentemente providas.

Mais se informa que o referido Estudo foi enviado ao Director Clínico, Prof. Dr. Correia da Cunha, a fim de obter a autorização final para a sua realização.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Prof. Doutor João Lobo Antunes

**COMISSÃO DE  
ÉTICA**

Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes

Tel. - 21 780 54 05; Fax - 21 780 56 90

Av. Professor Egas Moniz

1649-035 LISBOA

Alameda das Linhas de Torres, 117

1769-001 LISBOA

Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 215

www.chln.pt

**Anexo X**

**Autorização do Conselho de Administração CHLN para realização do  
Projecto de Estágio**



Exmo. Senhor  
Enfermeiro Luís Lopes Vieira  
Serviço de Cirurgia Vasculuar I  
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

Refª PCA – 10.MAR.2011 – 0177

**Assunto:** Projecto de Investigação “Hospitalização da pessoa idosa com Doença Vasculuar crítica”.

Tenho o prazer de informar V. Exa. que o projecto de investigação em epígrafe foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do CHLN, e autorizado pelo Conselho de Administração em 3 de Março de 2011.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

Prof. Dr. J. A. Correia da Cunha

/MC

CONSELHO DE  
ADMINISTRAÇÃO

Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

**Anexo XI**  
**Avaliação do Estágio**



O aluno **Luís Filipe Lopes Vieira** aluno nº 3112, do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica na vertente da Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, realizou o estágio de 500 horas no Serviço de Cirurgia Vasculuar I do CHLN no período de 27 de Setembro de 2010 a 25 de Fevereiro de 2011, sob a orientação do Enfermeiro Pedro Pires Especialista em enfermagem de Reabilitação. O aluno cumpriu os objectivos propostos para estágio.

em

28 / 02 / 2011

(Assinatura)

SERVIÇO DE  
RECURSOS HUMANOS

Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

## **APÊNDICES**

**Apêndice I**  
**Cronograma de estágio**



## **Apêndice II**

### **Questionário de avaliação inicial da pessoa idosa**

<b>Data de Admissão</b> ____ / ____ / ____	<b>Diagnóstico de entrada</b> _____ _____ _____	Vinheta de Identificação
Enfº de acolhimento: _____		
Equipa Médica: _____		

**Proveniência:**  
 Urgência  Consulta Ext  BO Urgência  Outros \_\_\_\_\_

Estado Civil:  
 Solteiro/a  Casado/a  Divorciado/a  Viuvo/a  Vive com \_\_\_\_\_

**Pessoa significativa:**  
 Nome \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Telm/Tlf \_\_\_\_\_

**Esólio/outros:**  
 Exames  Medicam  Roupa/calçado  Docum/€  TIm  Proteses/ortoses  \_\_\_\_\_  
 Outros \_\_\_\_\_

**Parâmetros vitais**  
 TA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg FC \_\_\_\_\_ bpm SatO2 \_\_\_\_\_ % Temp \_\_\_\_\_ °C Dor/VAS   
 Enfº: \_\_\_\_\_ NºMec: \_\_\_\_\_ Data / /

**Antecedentes Pessoais**  
 HTA  AVC  D A Periféria  Qual \_\_\_\_\_  
 DM  IRC em HD  EAM   
 Dislip  Cardiopa  DPOC

H Tabágicos  Outros Internamentos \_\_\_\_\_  
 H Etanólicos  Data - Motivo \_\_\_\_\_

Outros antecedentes/Alergias  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Medicação Habitual**

Medicamento	Jejum	P.Alm	Almo	Jant	Deitar

Medicamento	Jejum	P.Alm	Almo	Jant	Deitar

**Estado de consciência/emocional**

Consciente	<input type="checkbox"/>	Calm	<input type="checkbox"/>
Orientado	<input type="checkbox"/>	Comunicativo	<input type="checkbox"/>
Confuso	<input type="checkbox"/>	Ansioso	<input type="checkbox"/>
Desorientado	<input type="checkbox"/>	Deprimido	<input type="checkbox"/>
Agita Psicomotora	<input type="checkbox"/>	Apático	<input type="checkbox"/>
Sonolento	<input type="checkbox"/>	Lábil	<input type="checkbox"/>
Obnubilado	<input type="checkbox"/>	Agressivo	<input type="checkbox"/>
Coma	<input type="checkbox"/>		

**Mini Avaliação do Estado Mental** S  N   
 Score   
 Alterações: \_\_\_\_\_  
 Observações: \_\_\_\_\_

**Problemas com Comunicação**

Comunicativo	<input type="checkbox"/>	Diminuição da Acuidade Auditiva	<input type="checkbox"/>
Com estimulação	<input type="checkbox"/>	Protese auditiva	<input type="checkbox"/>
Recusa comunicar	<input type="checkbox"/>	Diminuição da Acuidade Visual	<input type="checkbox"/>
Verborreia	<input type="checkbox"/>	Protese Visual	<input type="checkbox"/>
Disartria	<input type="checkbox"/>		
Afasia	<input type="checkbox"/>		

**Escala de Depressão Geriátrica** S  N   
 Score   
 Alterações: \_\_\_\_\_  
 Observações: \_\_\_\_\_  
 Recebe visitas S  N  Quem \_\_\_\_\_

**Respiração/circulação**

Eupneia	<input type="checkbox"/>	S/Alt.Circulatórias	<input type="checkbox"/>	Observações: _____
Dispneia	<input type="checkbox"/>	Cianose	<input type="checkbox"/>	_____
Acessos de tosse	<input type="checkbox"/>	Palidez	<input type="checkbox"/>	_____
Secreções	<input type="checkbox"/>	Edema	<input type="checkbox"/>	_____
Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/>	Anasarca	<input type="checkbox"/>	_____
ON <input type="checkbox"/> MF <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> l/min	Eritrocianose	<input type="checkbox"/>	Onde? <input type="text"/>

**Problemas com Incontinência**

<b>Vesical</b>		<b>Intestinal</b>	Observações: _____
Independente	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>
Dependente	<input type="checkbox"/>	Fralda	<input type="checkbox"/>
Algáliação	<input type="checkbox"/>	Obstipação	<input type="checkbox"/>
Urostomia	<input type="checkbox"/>	Diarreia	<input type="checkbox"/>
Nefrostomia	<input type="checkbox"/>	Fecalomas	<input type="checkbox"/>
		Melenas	<input type="checkbox"/>

Fralda  Qt Tempo  N°   
 Tipo  Colocada  /  /   
 Mudar  /  /

<b>Higiene Pessoal</b>		<b>Soluções de Continuidade</b>	
Independente	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>
Aj Parcial	<input type="checkbox"/>	Z. Pressão	<input type="checkbox"/>
Al Total	<input type="checkbox"/>	Local	<input type="text"/>
Hab Higiene	<input type="text"/>	Ferida	<input type="checkbox"/>
		Produto	<input type="text"/>
		Ult Penso	<input type="text"/>

**Mobilidade / Evidência de quedas**

Independente	<input type="checkbox"/>	Mobiliz Leito	<input type="checkbox"/>	C.Rodas	<input type="checkbox"/>	Escala Stand up and go <input type="checkbox"/>
Aj Parcial	<input type="checkbox"/>	Transferência	<input type="checkbox"/>	Prótese	<input type="checkbox"/>	
Al Total	<input type="checkbox"/>	marcha	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>	

**Problemas com alimentação e alimentar-se**

S/alterações	<input type="checkbox"/>	Independente	<input type="checkbox"/>	<b>Mini Avaliação Nutricional</b>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Disfagia	<input type="checkbox"/>	Personalizada	<input type="checkbox"/>	Score	<input type="text"/>
Anorexia	<input type="checkbox"/>	Aj Parcial	<input type="checkbox"/>	Alterações:	<input type="text"/>
Náuseas	<input type="checkbox"/>	SNG	<input type="checkbox"/>	Observações:	<input type="text"/>
Vômitos	<input type="checkbox"/>	Colocada	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>

Peso  Altura   
 IMC

**Problemas com o sono**

S/alterações	<input type="checkbox"/>	Hábitos de sono		Observações: _____
Insónia	<input type="checkbox"/>	Adormece	<input type="text"/> h	_____
Dif Adormecer	<input type="checkbox"/>	Acorda	<input type="text"/> h	_____
Acorda Facilmente	<input type="checkbox"/>	Posição	<input type="text"/>	_____
Dorme por períodos	<input type="checkbox"/>			

<b>Índice de Barthel</b>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	<b>Esc. Lawton</b>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Score <input type="text"/>	Alterações: _____	Score <input type="text"/>	Alterações: _____
_____		_____	

**Plano de enfermagem**

---



---



---



---



---

**Preparação para a alta**

Centro de Saúde  Tif  E-Mail   
 Enº de referencia  Tif   
 Contactos realizados   
 Ensinos realizados: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Apêndice III**  
**Questionário de avaliação da situação**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**  
**CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM**  
**ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA - ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA**

Na sequenciada Unidade Curricular de Opção II – Ensino Clínico, inserida nas actividades pedagógicas do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do CURSO de pós-licenciatura de especialização em enfermagem Médico-Cirúrgica - enfermagem à Pessoa Idosa, a decorrer na Escola Superior De Enfermagem De Lisboa, no ano lectivo 2010/2011, encontro-me a realizar um estudo sobre a desenvolver no Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital de Santa Maria (CHLN-EPE), com o objectivo de desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica na abordagem à pessoa idosa com doença vascular crítica no Serviço de Cirurgia Vascular.

Atendendo que Avaliação Funcional é tentativa sistematizada de medir, os níveis nos quais a pessoa é capaz de desempenhar determinadas actividades, solicito a sua colaboração para responder de forma sucinta às seguintes questões:

Considera que a pessoa idosa internada com doença aguda no Serviço de Cirurgia Vascular, aquando da alta apresenta menor capacidade funcional do que no momento da sua admissão?

Sim

Não

Se respondeu sim, que cuidados de enfermagem poderão ser implementados para diminuir essa perda da capacidade funcional?

---

---

---

Obrigado pela sua colaboração

(Luis Vieira Aluno nº 3112)

## **Apêndice IV**

### **Sessão de apresentação do Projecto de Estágio**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
 1º CURSO PÓS-LICENCIATURA E Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em  
 Enfermagem Médico-Cirúrgica  
 (ENFERMAGEM DO IDOSO)

PROJECTO DE ESTÁGIO

**HOSPITALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA  
 COM DOENÇA VASCULAR CRÍTICA**

**Orientadora:**  
 Profª Enfª Graça Melo

**Co-Orientador:**  
 Enfº Especialista Pedro Pires

Luis Lopes Vieira

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
 1º CURSO PÓS-LICENCIATURA E Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em  
 Enfermagem Médico-Cirúrgica  
 (ENFERMAGEM DO IDOSO)

**OBJECTIVOS**

**OBJECTIVO GERAL:**

- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista de Enfermagem Médico-Cirúrgica no cuidar à Pessoa Idosa.

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
 1º CURSO PÓS-LICENCIATURA E Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em  
 Enfermagem Médico-Cirúrgica  
 (ENFERMAGEM DO IDOSO)

**OBJECTIVOS**

**OBJECTIVOS ESPECIFICOS DO PROJECTO DE ESTÁGIO:**

- Analisar a problemática do cuidar hospitalar à pessoa idosa, transpondo-o para o serviço de Cirurgia Vasculuar;
- Apresentar orientações na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa internada no serviço de Cirurgia Vasculuar tendo em vista a prevenção da incapacidade funcional durante o internamento;
- Capacitar a equipa de enfermagem para a implementação de cuidados/estratégias de intervenção com vista à diminuição da incapacidade funcional.

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
 1º CURSO PÓS-LICENCIATURA E Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em  
 Enfermagem Médico-Cirúrgica  
 (ENFERMAGEM DO IDOSO)

- Envelhecer é um processo inevitável existe uma diminuição orgânica e funcional.
- As incapacidades de longa duração são determinadas pela interacção de factores como os comportamentos desadequados ao longo da vida. (Santana, 2008)
- Assistência oferecida no ambiente hospitalar cria dependências que dificultam o regresso ao lar. (Walters, 1987)
- Durante um episódio de hospitalização, a pessoa idosa sofre um declínio funcional. (Covinsky, 2003; Kawasaki, 2005)

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
 1º CURSO PÓS-LICENCIATURA E Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em  
 Enfermagem Médico-Cirúrgica  
 (ENFERMAGEM DO IDOSO)

- A hospitalização pode contribuir para a subnutrição/ /desidratação. (Bairinho e Sousa, 2008)
- A polimedicação contribui para o aumento das reacções adversas, à hospitalização e à mortalidade. (Kuzuya, 2008; Soares 2009)
- A necessidade de um melhor planeamento da alta, cuidados de transição. Participar nos seus cuidados de transição tem sido mostrado para reduzir reinternamentos e custos associados. (Coleman, 2003)

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
 1º CURSO PÓS-LICENCIATURA E Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em  
 Enfermagem Médico-Cirúrgica  
 (ENFERMAGEM DO IDOSO)

- A identificação precoce dos idosos internados que têm um maior risco de readmissão é importante para a implementação dos cuidados de transição a fim de prevenir o risco de reinternamento futuro. (Silverstein, et al, 2008)
- As alterações do envelhecimento são responsáveis pelo risco aumentado do desenvolvimento de problemas de saúde estando na base da diminuição da capacidade funcional. (Fulmer, 2007)

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
 1º CURSO PÓS-LICENCIATURA E Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
 (ENFERMAGEM DO IDOSO)

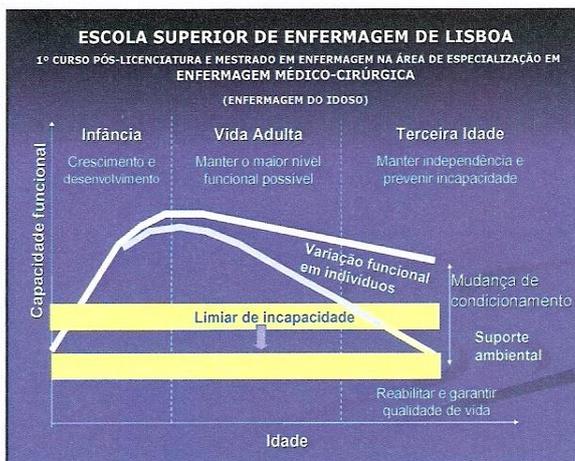
• Avaliação funcional é tentativa sistematizada de medir, os níveis nos quais a pessoa é capaz de desempenhar determinadas actividades. (Wilkins, 2001)

• O estado funcional descreve a capacidade e o desempenho das actividades de vida diária e assegura as actividades instrumentais de vida diária. É um indicador sensível da saúde ou da doença em idosos e, portanto, um critério de avaliação dos cuidados de enfermagem, podendo também ser uma medida de promoção para a saúde. (Kresovic, 1998)

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
 1º CURSO PÓS-LICENCIATURA E Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
 (ENFERMAGEM DO IDOSO)

**PROBLEMA:**  
 Diminuição da capacidade funcional da pessoa idosa a quando do internamento por doença aguda.

**QUESTÃO DE PARTIDA:**  
 De que modo os cuidados à pessoa idosa, no hospital, podem contribuir para a minimização da perda de capacidade funcional?



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
 1º CURSO PÓS-LICENCIATURA E Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
 (ENFERMAGEM DO IDOSO)

**O QUE LIMITA A PESSOA IDOSA?**

**PROCESSO NATURAL DE ENVELHECIMENTO**

**X**

**DOENÇAS CRÓNICAS**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
1º CURSO PÓS-LICENCIATURA E Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

*Hartford Institute* > **Fulmer SPICES: An Overall Assessment Tool for Older Adults**

Fulmer SPICES: An Overall Assessment Tool for Older Adults		
Patient Name	Date	
SPICES	EVIDENCE	
	Yes	No
Sleep Disorders		
Problems with Eating or Feeding		
Incontinence		
Confusion		
Evidence of Falls		
Skin Breakdown		

Mauro & Ivan Padua, T. (1991). The Geriatric Nurse Specialist Role: A New Model Nursing Management 20(3): 91-93.  
© Greenwich Learning: 01418241 & 01418242-1996.com

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
1º CURSO PÓS-LICENCIATURA E Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
(ENFERMAGEM DO IDOSO)

**AVALIAÇÃO DO ESTADO FUNCIONAL:**

- Problemas normalmente ignorados
- PROBLEMAS COM O SONO
- PROBLEMAS COM ALIMENTAÇÃO E ALIMENTAR-SE
- INCONTINÊNCIA (urinária e fecal)
- CONFUSÃO
- EVIDÊNCIA DE QUEDAS
- PRESENÇA DE SOLUÇÕES DE CONTINUIDADE

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
1º CURSO PÓS-LICENCIATURA E Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
(ENFERMAGEM DO IDOSO)

**O FOCO DA FUNÇÃO:**

- O que é importante para a pessoa idosa?
- Como maximizar a sua independência?
- Quando precisamos de serviços de apoio?
- Esta sua situação impede-o(a) de fazer coisas importantes?

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
1º CURSO PÓS-LICENCIATURA E Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
(ENFERMAGEM DO IDOSO)

**Incapacidade física**

Alterado se incapaz de:

- Andar rápido, tomar banho sozinho;
- Usar a casa de banho sozinho (evacuar, urinar);
- Vestir-se sozinho;
- Alimentação
- Fazer trabalho "domestico" como lavar janelas ou chão
- Fazer as compras
- Usar transportes públicos

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
1º CURSO PÓS-LICENCIATURA E Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
(ENFERMAGEM DO IDOSO)

**CAPACIDADE FUNCIONAL:**

- Função é o que é importante para a manutenção da qualidade de vida;
- O maior medo não é morrer, mas perder independência e tornar-se dependente de outros;
- Função resulta em mortalidade hospitalar, institucionalização, qualidade de vida e custo de saúde;
- Muito do que nunca reparamos pode ser avaliado em 10 minutos;
- Déficits funcionais muitas vezes podem ser melhorados facilmente;
- Agora podemos melhorar a nossa prestação de cuidados no aumento da qualidade de vida através da funcionalidade.

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
1º CURSO PÓS-LICENCIATURA E Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
(ENFERMAGEM DO IDOSO)

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

A pessoa idosa considerada frágil pelos membros do *Federal Council on Aging*, ter 75 ou mais anos e necessitar de auxílio para a realização de actividades de vida diária.  
(Hoeb e Bergman, 2005)



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
 1º CURSO PÓS-LICENCIATURA E MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
 (ENFERMAGEM DO IDOSO)

**Escala de Lawton e Brody**

ESCALA DE LAWTON E BRODY (Escala de Substituição Funcional de Vida Diária)		PONTUAÇÃO	
ATIVIDADE	ESCALA	ESCALA	PONTUAÇÃO
<b>A. Atividades Básicas de Vida Diária:</b>			
1. Alimentar-se sozinho	1-5	1-5	5
2. Vestir-se sozinho	1-5	1-5	5
3. Higiene pessoal	1-5	1-5	5
4. Transferir-se sozinho	1-5	1-5	5
5. Continência	1-5	1-5	5
6. Caminhar	1-5	1-5	5
7. Usar o telefone	1-5	1-5	5
8. Transportar-se sozinho	1-5	1-5	5
9. Fazer compras sozinho	1-5	1-5	5
10. Preparar refeições sozinho	1-5	1-5	5
11. Gerir as finanças	1-5	1-5	5
12. Usar o transporte público	1-5	1-5	5
13. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
14. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
15. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
16. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
17. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
18. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
19. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
20. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
21. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
22. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
23. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
24. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
25. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
26. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
27. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
28. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
29. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
30. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
31. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
32. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
33. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
34. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
35. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
36. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
37. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
38. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
39. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
40. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
41. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
42. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
43. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
44. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
45. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
46. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
47. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
48. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
49. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
50. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
51. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
52. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
53. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
54. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
55. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
56. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
57. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
58. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
59. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
60. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
61. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
62. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
63. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
64. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
65. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
66. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
67. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
68. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
69. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
70. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
71. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
72. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
73. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
74. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
75. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
76. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
77. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
78. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
79. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
80. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
81. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
82. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
83. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
84. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
85. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
86. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
87. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
88. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
89. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
90. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
91. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
92. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
93. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
94. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
95. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
96. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
97. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
98. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
99. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5
100. Usar o telefone sozinho	1-5	1-5	5

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
 1º CURSO PÓS-LICENCIATURA E MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
 (ENFERMAGEM DO IDOSO)

**AVALIAÇÃO FINAL**

**ESCALAS DE AVALIAÇÃO:**

- Avaliação breve do estado mental (MMS);
- Escala de depressão geriátrica de Yesavage (versão reduzida (GDS-15));
- Índice de Barthel (atividades de vida diária);
- Mini avaliação nutricional (mini nutritional assessment – MNA);
- Teste Levante e Ande (get up and go);



## **Apêndice V**

### **Quadro resumo dos estudos de caso**

## RESUMO DOS ESTUDOS DE CASO

		MMS	GDS-15	I Barthel	MNA	Get up and go	E Lawton
EC1	Av. Inicial	21 S/defeito Não se localiza no tempo	11 Presença de depressão	75 Ligeira dependência	16,5 Desnutrido	3 Caminha com ajuda de bengala algum desequilíbrio	29 Necessita de ligeira supervisão
	Av. Final	24 S/defeito <b>(melhoria)</b>	9 Depressão <b>(melhoria)</b>	75 Ligeira (S/alteração)	18 Risco desnutrição <b>(melhoria)</b>	2 Marcha melhor, menos dor <b>(melhoria)</b>	
EC2	Av. Inicial	28 S/defeito	5 Risco depressão	95 Ligeira dependência	23 Riscos de desnutrição	2 Dificuldade na marcha devido à dor	19 Necessita de pequena ajuda mas revela autonomia
	Av. Final	30 S/defeito <b>(melhoria)</b>	4 S/depressão <b>(melhoria)</b>	100 Independente <b>(melhoria)</b>	12 Triagem <b>(melhoria)</b>	1 Sem dor marcha melhor <b>(melhoria)</b>	
EC3	Av. Inicial	29 S/defeito	5 Risco de depressão	95 Ligeira	12 Triagem	4 Desloca-se em cadeira de rodas devido À dor	6 Autônomo nas AIVD
	Av. Final	30 S/defeito <b>(melhoria)</b>	4 S/depressão <b>(melhoria)</b>	95 Ligeira	15,5 Desnutrido <b>(agravamento)</b>	3 Menos dor quando marcha de cadeira de rodas <b>(melhoria)</b>	
EC4	Av. Inicial	10 C/defeito (analfabeto não se localiza no tempo dificuldade na retenção, evocação etc.	12 Depressão	50 Moderada	11 Desnutrida	4 Mobiliza-se do leito para a cadeira de rodas com dificuldade	30 Necessita de ajuda quase total em todas as AIVD
	Av. Final	Faleceu durante o internamento					
EC5	Av. Inicial	30 S/defeito	7 Depressão	100 Independente	12 Triagem	3 Marcha com ajuda de bengala, ligeiro desequilíbrio	12 Necessita de pequena ajuda mas revela autonomia nas AIVD
	Av. Final	29 S/defeito <b>(agravamento)</b>	6 Depressão <b>(melhoria)</b>	100 Independente	12 Triagem	2 Marcha com menos desequilíbrio <b>(melhoria)</b>	
EC6	Av. Inicial	19 S/defeito	9 Depressão	75 Ligeiro	18 Risco desnutrição	4 Desloca-se em cadeira de rodas	25 Alguma dependência que pode ser superada com supervisão do cuidador
	Av. Final	Alta sem realização da avaliação final					
EC7	Av. Inicial	27 S/defeito	5 Risco de depressão	85 Ligeiro	12 Triagem	3 Marcha com ajuda de canadianas algum desequilíbrio, dor na marcha	11 Necessita de pequenas ajudas
	Av. Final	Faleceu durante o internamento					
EC8	Av. Inicial	24 S/defeito	8 Depressão	70 Moderado	18 Risco de desnutrição	4 Não consegue ficar de pé devido à dor	19 Necessita de pequenas ajudas mas considera-se autônomo
	Av. Final	Alta sem realização de avaliação final					
EC9	Av. Inicial	23 S/defeito	8 Depressão	95 Ligeiro	21 Risco de desnutrição	4 Consegue mobilizar-se do leito para Cadeira de rodas	26 Necessita de alguma ajuda ou supervisão do cuidador
	Av. Final	Alta sem realização de avaliação final					
EC10	Av. Inicial	26 S/defeito	5 Risco de depressão	70 Moderado	12 Triagem	3 Não anda devido à dor, consegue pôr-se de pé e equilibrar-se	20 Necessita de supervisão ligeira do cuidador para as AIVD
	Av. Final	26 S/defeito	5 Risco de depressão	70 Moderado	21 Risco de desnutrição <b>(agravamento)</b>	1 Ausência de dor melhorou a marcha e equilíbrio <b>(melhoria)</b>	

## **Apêndice VI**

### **Sessão de apresentação de resultados do Projecto de Estágio**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
 1º CURSO PÓS-LICENCIATURA E Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em  
 ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
 (ENFERMAGEM DO IDOSO)

PROJECTO DE ESTÁGIO

**HOSPITALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA  
 COM DOENÇA VASCULAR CRÍTICA**

**Orientadora:**  
 Profª Enfª Graça Melo

**Co-Orientador:**  
 Enfª Especialista Pedro Pires

Luis Lopes Vieira

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
 1º CURSO PÓS-LICENCIATURA E Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em  
 ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
 (ENFERMAGEM DO IDOSO)

- As alterações do envelhecimento são responsáveis pelo risco aumentado do desenvolvimento de problemas de saúde estando na base da diminuição da capacidade funcional. (Fulmer, 1991)
- Avaliação funcional é tentativa sistematizada de medir, os níveis nos quais a pessoa é capaz de desempenhar determinadas actividades. (Wilkins, 2001)
- O estado funcional descreve a capacidade e o desempenho das actividades de vida diária e segura as actividades instrumentais de vida diária. É um indicador sensível da saúde ou da doença em idosos e, portanto, um critério de avaliação dos cuidados de enfermagem, podendo também ser uma medida de promoção para a saúde. (Kreševic, 1998)

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
 1º CURSO PÓS-LICENCIATURA E Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em  
 ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
 (ENFERMAGEM DO IDOSO)

**PROBLEMA:**  
 Diminuição da capacidade funcional da pessoa idosa a quando do internamento por doença aguda.

"De que modo os cuidados à pessoa idosa, no hospital, podem contribuir para a minimização da perda de capacidade funcional?"

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
 1º CURSO PÓS-LICENCIATURA E Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em  
 ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
 (ENFERMAGEM DO IDOSO)

**OBJECTIVOS**

**OBJECTIVO GERAL:**

- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista de Enfermagem Médico-Cirúrgica no cuidar à Pessoa Idosa.

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
 1º CURSO PÓS-LICENCIATURA E Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em  
 ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
 (ENFERMAGEM DO IDOSO)

**OBJECTIVOS**

**OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:**

- Analisar a problemática do cuidar hospitalar à pessoa idosa, transpondo-o para o serviço de Cirurgia Vascular;
- Apresentar orientações na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa internada no serviço de Cirurgia Vascular tendo em vista a prevenção da incapacidade funcional durante o internamento;
- Capacitar a equipa de enfermagem para a implementação de cuidados/estratégias de intervenção com vista à diminuição da incapacidade funcional;
- Apresentar os resultados do Projecto de Estágio.

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
 1º CURSO PÓS-LICENCIATURA E Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em  
 ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
 (ENFERMAGEM DO IDOSO)

- Envelhecer é um processo inevitável existe uma diminuição orgânica e funcional.
- As incapacidades de longa duração são determinadas pela interacção de factores como os comportamentos desadequados ao longo da vida. (Santana, 2008)
- Assistência oferecida no ambiente hospitalar cria dependências que dificultam o regresso ao lar. (Waters, 1987)
- Durante um episódio de hospitalização, a pessoa idosa sofre um declínio funcional. (Covinsky, 2003; Kawasaki, 2005)





**Apêndice VII**  
**Folha de informação ao cliente**

## FOLHA DE INFORMAÇÃO AO CLIENTE

Eu, \_\_\_\_\_, certifico que concordo em participar voluntariamente no estudo, que o investigador principal, Enfermeiro Luis Filipe Lopes Vieira, vai efectuar no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Médico- -Cirúrgica à Pessoa Idosa, da Escola de Enfermagem de Lisboa, cujo título é “Hospitalização da Pessoa Idosa com Doença Vascular Crítica”.

A minha participação consiste em responder ao instrumento de colheita de dados através do preenchimento de várias escalas descritas no documento anexo destinadas a identificar o meu modo de vida (actividades de vida diária, e instrumentais de vida diária, alimentação, capacidade mental, estado psicológico e modo de marcha) com o objectivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados e desenvolver estratégias para minimizar a incapacidade funcional da Pessoa Idosa durante o internamento por doença aguda.

Todas as minhas dúvidas sobre esta minha participação foram esclarecidas pelo Enfermeiro Luis Filipe Lopes Vieira.

Percebo que os procedimentos desta investigação não têm qualquer risco. Sei que posso cancelar a minha participação nesta investigação a qualquer momento, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na minha assistência que me é prestada e, que terei acesso aos resultados deste estudo, se o desejar.

É-me garantida a confidencialidade de tudo o que disser, perguntar.

\_\_\_ / \_\_\_ / 11

---

O participante na investigação

\_\_\_ / \_\_\_ / 11

---

O investigador