



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

Daniela da Conceição Martins Gomes

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL

Coimbra, 2022



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

Daniela da Conceição Martins Gomes

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL

Este documento foi elaborado no âmbito do Ensino Clínico de Cuidados Primários/Diferenciados, na área de Saúde do Idoso e Geriátrica, integrado no 4º ano, 7º semestre do Curso de Licenciatura em Enfermagem, a decorrer na Casa do Juiz, sob orientação da Professora Dina Costa e Tutoria da Enfermeira Maria João.

Coimbra, 2022

ABREVIATURAS E SIGLAS

6CIT – Six Item Cognitive Impairment Test

AGG – Avaliação Geriátrica Global

AIT – Acidente isquémico transitório

AVD's – Atividades de Vida Diárias

Bpm – Batimentos por minuto

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EC – Ensino Clínico

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

GDS – Geriatric Depression Scale

GERMI - Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

IMC – Índice de Massa Corporal

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

Kg – Quilogramas

MI – Membros inferiores

MoCA – Montreal Cognitive Assessment

NHF – Necessidades Humanas Fundamentais

°C – graus Celsius

OMS – Organização Mundial de Saúde

PC – Plano de Cuidados

PTA – Prótese Total da Anca

PTJ – Prótese Total do Joelho

TAS – Transtorno Afetivo Sazonal

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Plano de Cuidados da Sra. A.M.20

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1. COLHEITA DE DADOS.....	12
1.1. IDENTIFICAÇÃO PESSOAL.....	12
1.2. ANTECEDENTES DE SAÚDE PESSOAIS E FAMILIARES.....	12
1.3. MOTIVO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO.....	12
2. AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL.....	13
2.1. AVALIAÇÃO CLÍNICA.....	13
2.2. AVALIAÇÃO FÍSICA.....	14
2.2.1. Marcha e equilíbrio.....	14
2.2.2. Estado nutricional.....	15
2.3. AVALIAÇÃO MENTAL.....	16
2.3.1. Função cognitiva.....	16
2.3.2. Função afetiva.....	16
2.4. AVALIAÇÃO FUNCIONAL.....	17
2.5. AVALIAÇÃO SOCIAL.....	18
3. PLANO DE CUIDADOS.....	20
CONCLUSÃO.....	22

APÊNDICES

APÊNDICE I – Tabela terapêutica

ANEXOS

ANEXO I – Escala Numérica da Dor

ANEXO II – Índice de Tinetti

ANEXO III – Índice de Massa Corporal

ANEXO IV – *Mini Nutritional Assessment*

ANEXO V – 6CIT

ANEXO VI - MoCA

ANEXO VII – GDS-10 aplicada 01/10/2022

ANEXO VIII – GDS-10 aplicada a 07/10/2022

ANEXO IX – Índice de Barthel

ANEXO X - *Sunfrail*

ANEXO XI – APGAR Familiar

ANEXO XII – Escala de Satisfação com o Suporte Social

INTRODUÇÃO

A Avaliação Geriátrica Global (AGG) surge como elemento de avaliação no âmbito do Ensino Clínico de Cuidados Primários/Diferenciados na área de Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriatria, do 7º semestre do Curso de Licenciatura em Enfermagem, a decorrer na Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) Casa do Juiz, em Bencanta, sob orientação pedagógica da professora Dina Costa e tutoria da enfermeira Maria João Oliveira.

Segundo o Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI), o processo normal de envelhecimento determina em todo o indivíduo, embora com intensidade variável, um défice físico, mental e funcional. Desta forma, o objetivo da AGG é conhecer com precisão o estado do idoso e os seus problemas, de forma a dar a resposta mais completa e adequada à sua situação e obter uma melhor qualidade de vida.

A utente foi selecionada com base na relação de empatia que se desenvolveu e no facto de esta se apresentar consciente e orientada, permitindo assim a aquisição fidedigna de dados.

Para a realização deste estudo o consentimento foi presumido e a pessoa em estudo será designada por A.M. ao longo deste documento, respeitando o Artigo 106º - Do dever de sigilo: 1 – O enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de: a) Considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte; (...) d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados. (Lei nº 156/2015)

Com este trabalho pretendo analisar a pessoa idosa selecionada, com base na avaliação multidisciplinar da mesma nos planos em que é deficitária – físico, mental, funcional e social, de forma a evidenciar um plano de cuidados e de atividades de enfermagem, organizadas sob a forma de focos, diagnósticos e intervenções de enfermagem, de acordo com a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Assim, com a elaboração desta AGG, proponho-me a desenvolver competências comunicacionais, observacionais e relacionais, de forma a estabelecer relação de ajuda, bem como escuta ativa, e ainda ser capaz de analisar a situação clínica da pessoa selecionada, através da utilização de vários instrumentos cuidadosamente selecionados de forma a serem adequados à idosa em questão.

A elaboração deste trabalho teve como metodologias observação, entrevista, consulta do guia de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC), guia orientador do Ensino Clínico (EC), pesquisa, as cinco fases do processo de enfermagem, e a CIPE com a finalidade de identificar os focos prioritários, e a partir dos mesmos, propor e implementar intervenções de enfermagem com o fim de maximizar a independência da pessoa, atendendo sempre aos domínios de intervenção (conhecimento, capacidade e motivação). Efetuei também pesquisas bibliográficas com recurso a artigos científicos e de literatura.

O presente documento encontra-se estruturado começando pela introdução e está dividido em três partes, sendo a primeira a colheita de dados onde é apresentada a identificação pessoal, antecedentes de saúde pessoais e familiares, motivo da institucionalização. Na segunda parte será abordada a AGG, através da avaliação clínica, física, mental, funcional e social, com recurso a diversos instrumentos de avaliação geriátrica. Por último será apresentado uma sugestão do plano de cuidados, com um diagnóstico prioritário, respetivas intervenções de enfermagem e avaliação.

1. COLHEITA DE DADOS

Segundo Phaneuf (2001), a colheita de dados é: Um processo organizado e sistematizado de busca de informação feita a partir de diversas fontes a fim de descobrir o grau de satisfação das diferentes necessidades da pessoa, de identificar assim os seus problemas, de conhecer os seus recursos pessoais e de planificar intervenções suscetíveis de a ajudar. (p. 119)

1.1. IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

A Sra. A.M., do sexo feminino, raça caucasiana e nacionalidade portuguesa, nasceu na freguesia da Vacariça do município da Mealhada, a 25 de fevereiro de 1930, tendo atualmente 92 anos. Estudou até à 3ª classe e diz que gostaria de ter ido mais além, no entanto não foi possível porque teve de prestar apoio familiar em casa após o falecimento precoce de uma irmã mais velha [sic]. Trabalhou toda a vida na agricultura e na criação de animais para consumo próprio. É viúva, e o seu marido, que também estava na mesma instituição, faleceu há cerca de 6 meses. Do casamento resultou um filho, que é o seu maior apoio.

1.2. ANTECEDENTES DE SAÚDE PESSOAIS E FAMILIARES

A utente tem como antecedentes de saúde pessoais fibrilhação auricular permanente, insuficiência cardíaca e insuficiência venosa nos membros inferiores (MI). Em 2007 fez laqueação e *stripping* de veias varicosas nos MI e colocou uma prótese total da anca (PTA) esquerda, assim como uma prótese total do joelho (PTJ) direito. Em 2013 teve um acidente isquémico transitório (AIT) e em 2019 teve edema agudo do pulmão. Devido a estes antecedentes, cumpre a tabela terapêutica que se encontra no **APÊNDICE I**.

Refere que a sua mãe faleceu nova, por patologia cardíaca [sic]. Não se recorda dos problemas de saúde dos irmãos.

1.3. MOTIVO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO

A Sra. A.M. conta que inicialmente foi com o marido para casa do filho para ter apoio uma vez que já não conseguiam fazer todas as atividades de vida diárias (AVD's) sozinhos e ambos tinham passado por várias cirurgias recentemente. Sendo que o filho e a nora têm uma vida ativa, passado um ano decidiram que a melhor opção seria institucionalizar os idosos e por este motivo, a utente encontra-se na Casa do Juiz, desde junho de 2020.

2. AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL

Podemos definir a Avaliação Geriátrica Global como a “avaliação multidisciplinar do idoso nos planos em que é deficitário - físico, mental, funcional, social - com o objetivo de estabelecer e coordenar planos de cuidados, serviços e intervenções, que respondam aos seus problemas, às suas necessidades e às suas incapacidades.” (Epstein citado por GERMI, s.d.)

2.1. AVALIAÇÃO CLÍNICA

No momento da entrevista, dia 01 de outubro, foi realizada uma avaliação dos parâmetros vitais, em que a Sra. A.M. apresentava uma pressão arterial de 86/55 mmHg, hipotensa, uma frequência cardíaca de 63 batimentos por minuto (bpm) com pulso cheio e rítmico (normocárdica), frequência respiratória de 14 ciclos por minuto (eupneica), temperatura corporal de 36,2°C (apirética) e saturação periférica de oxigênio a 95%. Foi aplicada a Escala Numérica da Dor (**ANEXO I**), por queixas de cefaleia que a utente caracterizou com dor 4. Relativamente à hipotensão, poderá ser um efeito secundário da medicação, mais especificamente do rivaroxabano e por este motivo é necessária uma maior vigilância devido ao risco de queda.

A Sra. A.M. tem uma ferida traumática no terço inferior do membro inferior direito, desde agosto de 2022, com cerca de 0,5 cm, bordos definidos, maioritariamente tecido de epitelização (80%) e um pouco de tecido de granulação (20%). O tratamento à ferida é realizado dia sim dia não, é utilizado para limpeza soro fisiológico 0,9% e o penso é realizado com flaminial hydro, compressas e adesivo. A ferida tem tido uma boa evolução, com diminuição da área lesada, aumento do tecido de epitelização e sem quaisquer sinais inflamatórios.

No que diz respeito à perceção do seu estado de saúde tem consciência das suas limitações e refere que o mesmo seria razoável se não fosse a dificuldade em movimentar-se.

A sua tabela terapêutica pode ser consultada no **APÊNDICE I**. Ao analisar a mesma detetei possíveis interações medicamentosas, nomeadamente com a administração concomitante de digoxina e atorvastatina, que pode fazer com que os níveis séricos de digoxina fiquem mais elevados, aumentando o risco de toxicidade. Além disso, poderá existir interação entre a administração concomitante de digoxina e furosemida, uma vez que o aumento da excreção urinária de potássio e magnésio causado pelos diuréticos afeta a ação muscular cardíaca. O mesmo acontece com a administração de digoxina e metolazona. No entanto, para minimizar esta

interação pode ser utilizado um diurético poupador de potássio, que é o caso da espironalactona que faz parte da tabela terapêutica. Ainda, a administração concomitante de furosemida e metolazona pode resultar em diurese profunda e consequentemente graves desequilíbrio eletrolítico. Analisando a tabela segundo o critério de Beers da Sociedade Americana de Geriatria (2019), a digoxina não deve ser administrada em idosos como primeira linha do tratamento da fibrilhação arterial, uma vez que existem alternativas mais seguras e eficazes. Da mesma forma, a administração de rivaroxabano deve ser ponderada, uma vez que aumenta o risco de hemorragias, principalmente gastrointestinal, comparativamente com a varfarina que parece ser uma alternativa mais segura. Posto isto, considero que seria importante encaminhar a utente para fazer uma revisão do regime terapêutico.

Deste modo, as Necessidades Humanas Fundamentais (NHF) comprometidas são: NHF evitar perigos e NHF estar limpo e proteger os tegumentos.

2.2. AVALIAÇÃO FÍSICA

2.2.1. Marcha e equilíbrio

O risco e a prevalência de queda aumentam com a idade: no grupo etário dos 65 anos, um terço cai, pelo menos uma vez por ano; acima dos 85 anos esta percentagem aumenta para 50%. A identificação dos idosos que têm alto risco de queda é o primeiro passo para ajudar os profissionais a definir intervenções para prevenir as quedas e as lesões associadas a estas. (Baixinho, Bernardes & Henriques, 2020)

No que diz respeito às características da marcha, a Sra. A.M. dá passos curtos, sem levantar totalmente os pés do chão o que faz com que seja uma marcha instável. Embora a utente dependa do andarilho para se movimentar, pois sem ele perde o equilíbrio, consegue caminhar autonomamente e sem necessidade de supervisão, o que faz com que seja pertinente a avaliação do risco de queda. Além disso, a Sra. A.M. é polimedicada, o que constitui um fator de risco.

Ao aplicar o Índice de Tinetti (**ANEXO II**), a pontuação obtida no equilíbrio estático foi de sete pontos; no equilíbrio dinâmico foi de três pontos, perfazendo um total de dez pontos, o que indica um elevado risco de queda. Apesar deste resultado, a utente refere apenas ter tido uma queda há muitos anos quando ainda andava de bicicleta, o que antecedeu a colocação da PTA e PTJ.

Durante a realização do mesmo a utente utilizou o seu auxiliar de marcha habitual, o andarilho. Por este motivo, não foi considerada a utilização do teste “Timed Up

and Go” uma vez que exigia que não fosse utilizado qualquer meio auxiliar de marcha.

Desta forma, considero que a NHF evitar perigos se encontra comprometida, o que requer maior atenção por parte da equipa multidisciplinar de forma a prevenir a queda.

Apesar da Sra. A.M. ter capacidade de se deslocar até à casa de banho com o seu auxiliar de marcha, o que acontece muitas vezes é que acaba por pedir acompanhamento, por ter medo de cair. Assim, a NHF de mover-se e manter uma boa postura, encontra-se comprometida.

2.2.2. Estado nutricional

O envelhecimento traz consigo diversas modificações fisiológicas que constituem fatores capazes de interferir no estado nutricional de idosos, por isso a importância da nutrição adequada para os mesmos. (Schuler & Vieira, 2020)

De forma a avaliar a capacidade física, é igualmente importante analisar o estado nutricional. No dia da entrevista, os parâmetros peso e altura foram avaliados e a Sra. A.M. pesava 68 quilogramas (Kg) e tinha 1,45 m, o que corresponde a um Índice de Massa Corporal (IMC) de 32,3 kg/m² (**ANEXO III**) o que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) indica obesidade grau I. Tendo em conta que com o envelhecimento ocorrem mudanças na composição corporal bem como um declínio progressivo da estatura é essencial adequar os pontos de corte do IMC e ainda assim, segundo Lipschitz citado por Cervi (2005), a utente encontra-se com sobrepeso.

A Sra. A.M. faz 5 refeições diárias e ingere a totalidade das mesmas, não referindo nenhuma preferência alimentar específica nem nenhuma alergia. A utente consome cerca de 1 litro de água por dia e tem conhecimento que devia aumentar este consumo, no entanto, não o faz para não se deslocar com tanta frequência à casa de banho porque se cansa com facilidade. Não possui dificuldade na mastigação nem deglutição dos alimentos e utiliza prótese dentária que se encontra funcional.

De forma a obter uma análise mais completa, foi aplicado o instrumento *Mini Nutritional Assessment* (**ANEXO IV**), onde a Sra A.M. teve um total de 22 pontos, que indica que está sob risco de desnutrição (*Nestlé Nutritional Institute*). Este resultado indica que, apesar de se encontrar com sobrepeso, a utente não se

alimenta da forma correta e alguns hábitos devem ser alterados, principalmente a ingesta hídrica. Portanto, a NHF de comer e beber encontra-se comprometida.

2.3. AVALIAÇÃO MENTAL

2.3.1. Função cognitiva

A cognição intacta é vital para que haja uma comunicação eficaz, incluindo o processamento e a integração de informações sensoriais e a resposta adequada aos outros. As habilidades cognitivas geralmente diminuem com a idade, deste modo é imperativo entender que tipo de alterações na cognição são esperadas como parte do envelhecimento normal e que tipo de alterações podem sugerir o início de uma doença cerebral. (Murman, 2015)

A Sra. A.M. é consciente e orientada no espaço, mas desorientada no tempo, pois não sabe em que ano, mês ou dia estamos. Durante a entrevista foi perceptível uma alteração na memória a curto prazo, uma vez que não teve capacidade de memorizar uma frase e repeti-la após curto espaço de tempo.

Neste sentido, para a avaliação cognitiva da utente foi aplicada a escala *Six Item Cognitive Impairment Test* (6CIT) (**ANEXO V**), na qual foi obtida uma pontuação total de 17 pontos, o que indica deterioração cognitiva.

De forma a obter uma avaliação simultaneamente mais completa e exigente das funções cognitivas, foi aplicado também o teste *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) (**ANEXO VI**), sendo este um método que avalia oito domínios cognitivos. Uma vez que o declínio cognitivo ligeiro tem um elevado risco de evoluir para demência, este teste contribui para a identificação precoce da mesma (Freitas et al, 2010). A pontuação obtida neste teste foi de 7 pontos, o que confirma défice cognitivo ligeiro, tendo em conta o ponto de corte de 22 pontos, como referido por Freitas (2014). Neste sentido seria importante referenciar a utente para um diagnóstico diferencial, de forma a realizar uma avaliação neuropsicológica.

Assim, a NHF de aprender e NHF de evitar perigos encontram-se comprometidas.

2.3.2. Função afetiva

Segundo Ratuchnei et al (2021), o aumento da prevalência de sintomas depressivos com o avançar da idade pode ser decorrente da conscientização que se está a chegar ao final da vida, bem como das limitações físicas e incapacidade desencadeadas pelo surgimento de doenças. Desta forma, é essencial dar maior atenção à saúde mental aos indivíduos que residem em instituições de longa

permanência, além de promover ações para que haja diminuição do declínio cognitivo, melhoria da qualidade de vida e aumentar a autonomia desses idosos.

Assim, de forma a avaliar a existência ou não de um estado depressivo na Sra. A.M., foi aplicada a *Geriatric Depression Scale* com 10 itens (GDS-10). Aquando da entrevista a utente apresentou um score de 1 ponto (**ANEXO VII**), que indica a ausência de sintomatologia depressiva. Contudo, nos dias seguintes apercebi-me de que a senhora apresentava um fâcies triste, recusa na participação de atividades de grupo, queixas de insónia inicial e terminal, cefaleias intensas e verbalização de sentimentos de vontade de morrer, “devia ir para o céu” [sic]. O significado que atribuo a esta alteração de humor é o facto da primeira avaliação ter sido imediatamente após uma saída da instituição para estar com a família e à medida que este dia foi ficando para trás o estado de humor da Sra. A.M. piorou. Outro significado que poderá ter será relacionado com a alteração sazonal, por termos entrado no outono. Segundo Fonte & Coutinho (2021), o Transtorno Afetivo Sazonal (TAS) é um transtorno depressivo recorrente que geralmente começa no outono/inverno e entra em remissão na primavera/verão, caracterizado por humor depressivo, falta de energia e perda da capacidade de sentir prazer ou interesse. Devido a estas alterações, optei por aplicar novamente a GDS-10, o que resultou num score de 3 pontos (**ANEXO VIII**), que indica sintomatologia depressiva. A Sra. A.M. é católica e refere passar os seus tempos livres no quarto a rezar, sendo esta uma estratégia de coping.

Após esta análise é possível concluir estão comprometidas as seguintes NHF: a NHF de dormir e repousar em consequência da insónia inicial e terminal; a NHF de evitar perigos, a NHF de recrear-se e divertir-se e a NHF de comunicar em consequência do humor depressivo.

2.4. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Segundo Santos, Franco & Reis (2020), a capacidade funcional pode ser descrita como sendo o grau de preservação no desempenho de determinados gestos e atividades da vida diária, ou seja, o potencial que o idoso apresenta para decidir e atuar na sua vida de modo independente. Com o declínio desta capacidade, existe um aumento da dependência do indivíduo que por sua vez se traduz numa diminuição da qualidade de vida.

Para avaliação da capacidade funcional da Sra. A.M. foi aplicado o Índice de Barthel (**ANEXO IX**), que avalia o nível de independência do utente, tendo em conta dez

atividades de vida básicas de vida diária. Através da aplicação deste instrumento a utente obteve uma pontuação total de 65. De acordo com Azeredo & Matos (como citado por Apóstolo, 2012, p. 13) este valor indica uma moderada dependência.

Foi possível identificar que a utente é independente no que diz respeito à alimentação, atividades rotineiras como pentear o cabelo, eliminação intestinal e mobilidade embora se desloque com andador. Necessita de ajuda no banho, a vestir-se e a utilizar a casa de banho, sendo dependente na satisfação da NHF estar limpo e proteger os tegumentos. Relativamente à eliminação urinária tem acidentes ocasionais e por este motivo utiliza cueca fralda, tendo assim a NHF de eliminar alterada. Por fim, é incapaz de subir escadas.

No envelhecimento fisiológico, observa-se perda funcional gradual e progressiva, que não provoca incapacidade, mas resulta em limitações ao idoso, caracterizando a síndrome da fragilidade, que contribui para o aumento do risco de quedas, hospitalização, incapacidades, institucionalização, dependência e morte. (Ramos et al, 2022)

Deste modo, o reconhecimento precoce dos idosos frágeis permite que se adaptem os cuidados de saúde, potencializando a sua autonomia, reduzindo complicações, preservando reservas funcionais e cognitivas e consequentemente, prevenir incapacidades, hospitalização e óbitos. Para avaliar o risco de fragilidade da Sra. A.M. foi aplicado o instrumento para rastreio da fragilidade e multimorbilidade *Sunfrail* (**ANEXO X**), no qual se obteve um score de 4 em 9 pontos, o que indica fragilidade. (Cardoso et al, 2021)

2.5. AVALIAÇÃO SOCIAL

O envelhecimento ocorre num contexto sociocultural em que, para o indivíduo, viver a velhice satisfatoriamente não depende apenas da sua competência face às demandas externas e ambientais, mas também da sua inserção na sociedade. Então, os indivíduos do ambiente familiar e comunitário são pessoas significativas, portanto, provedoras de suporte social, formando uma rede de apoio informal, direcionada à ajuda cotidiana, que gera bem-estar das pessoas envolvidas. (Sant' Ana & D'Elboux, 2019)

A Sra. A.M. tem um discurso adequado e organizado e consegue exprimir necessidades, em alguns momentos tem dificuldade em encontrar as palavras corretas, mas consegue chegar à palavra com alguma ajuda. Ocupa os seus tempos livres a rezar, mas indica não ter nenhuma atividade de lazer, por falta de vontade.

Recusa frequentemente participar em atividades de grupo e tem uma fraca interação social com os outros utentes. Com a equipa multidisciplinar tem uma boa comunicação e solicita apoio quando necessário, no entanto, é bastante apelativa com os estudantes, revelando uma grande necessidade de conversar. No que diz respeito à família, a utente refere ter bastante apoio por parte do filho e da nora, embora não tenha visitas muito frequentes, recebe chamadas da família diariamente e aguarda ansiosa que lhe liguem. A Sra. A.M. como recursos económicos conta com a pensão de viuvez e maioritariamente com o apoio do filho, neste sentido garante que não lhe falta nada.

De forma a avaliar a funcionalidade familiar foi aplicada a escala de APGAR Familiar (**ANEXO XI**), que resultou numa pontuação de 7, que indica uma família altamente funcional.

No que concerne às condições ambientais, a Casa do Juiz é um espaço muito amplo, o que faz com que seja preciso percorrer longas distâncias, principalmente até ao refeitório, o que faz com que os utentes não se desloquem lá para fazer os lanches da manhã e da tarde, acabando por ficar mais isolados. O pavimento é maioritariamente plano e nos corredores a iluminação é automática. Nas zonas de declives possui piso antiderrapante em apenas alguns locais. Todas as zonas são amplas e possuem largura suficiente para a passagem de cadeiras de rodas. Possui elevadores em pontos estratégicos, tanto à entrada da instituição como no acesso aos quartos e à zona de refeições. A maioria das camas são elétricas e têm grades de proteção. Existem campainhas em várias zonas além dos quartos, para que o utente possa chamar caso necessário, como nas casas de banho de acesso geral e nas salas de estar. Existem barras de apoio nos acessos de forma a permitir uma maior estabilidade e apoio, assim como ao lado da sanita e chuveiros. Neste momento, o lado exterior da entrada encontra-se em obras, não se adequando à passagem de idosos. A instituição é dotada de um grande jardim, bem cuidado e adaptado, que infelizmente não é utilizado pelos idosos. Concluo assim que a instituição possui condições para garantir a qualidade de vida dos idosos.

Foi aplicada à Sra. A.M. a Escala de Satisfação com o Suporte Social (**ANEXO XII**) na qual se obtiveram 48 pontos, sendo que a variação é de 15 a 75 pontos. (Ribeiro, 1999)

Posta esta análise, considero que a NHF de ocupar-se com vista a realizar-se se encontra comprometida.

3. PLANO DE CUIDADOS

Após a análise e interpretação dos dados obtidos, com recurso à CIPE (2015) foi possível identificar como diagnóstico prioritário “humor depressivo”. O raciocínio clínico que me levou a optar por este diagnóstico deve-se ao facto do humor depressivo ser a base de vários problemas secundários que a Sra. A.M. demonstrou ter, tais como a insónia, cefaleias e desinteresse nas atividades. Assim, trabalhando esse diagnóstico é provável que, como consequência, os problemas secundários melhorem ou deixem de existir. Além disso, as intervenções autónomas de enfermagem que realizei com a utente ao longo de todo o EC foram no sentido de melhorar o seu humor depressivo. Posto isto, é importante elaborar um Plano de Cuidados (PC) completo e personalizado, capaz de suprimir ou diminuir o problema antes mencionado. O PC surge como um facilitador da sistematização das ações e intervenções de Enfermagem, contribuindo não só na avaliação dos benefícios, mas também, na adaptação da pessoa aos cuidados (Phaneuf, 2001).

Tabela 1 - Plano de Cuidados da Sra. A.M.

Data de início: 07/10/2022 Data de fim: até melhoria significativa	Focos/ Diagnósticos de Enfermagem	Objetivo	Intervenções autónomas	Avaliação
	<u>Humor depressivo</u>	Que a utente: • Apresente uma melhoria no estado do humor, o mais próximo possível do humor eutímico; • Que demonstre interesse por aspetos da sua vida; • Verbalize menos vezes sentimentos de tristeza e de desinteresse pela vida; • Participe mais facilmente nas atividades de grupo;	• Avaliar sintomatologia depressiva; (aplicar GDS-10) • Promover a comunicação efetiva de emoções. (todos os dias) • Executar técnica de apoio emocional e escuta ativa. (todos os dias) • Incentivar a participação em atividades de lazer e a comunicação com os pares. (todos os dias) • Executar técnica de distração. (SOS) • Explorar e promover estratégias de coping utilizadas. (SOS)	• 07/10: Aplicada a escala GDS-10 na qual se obteve um score de 3 pontos. Repetir avaliação dentro de um mês; • Observar ausência de sintomas depressivos (fácies, verbalização de sentimentos de auto-desvalorização) • Observar participação nas atividades de grupo.

CONCLUSÃO

A elaboração deste trabalho proporcionou-me diversos momentos de aprendizagem, como o desenvolvimento de competências observacionais e comunicacionais, assim como o desenvolvimento de escuta ativa, no decorrer colheita de dados da pessoa em estudo. Foi assim evidenciada a necessidade de saber ser, de saber-estar e de saber fazer; desenvolvendo em mim a consciência da importância das relações intra e interpessoais, sendo esta interligação um dos alicerces da relação terapêutica indispensável à prática do cuidar na saúde do idoso.

No que concerne aos objetivos propostos inicialmente, considero que foram atingidos com sucesso dado que desenvolvi várias competências, como a comunicação e direção do discurso, competências clínicas, psicossociais, ético deontológicas e de desenvolvimento pessoal, tal como o pensamento crítico quer na avaliação da pessoa em estudo, quer na aplicação do processo de enfermagem, a colheita de dados, a capacidade de identificação de diagnósticos e elaboração de intervenções de enfermagem, com recurso a diferentes instrumentos da avaliação. Todos estes objetivos consideram-se importantes tanto para o meu futuro enquanto enfermeira, como para o meu percurso académico.

As dificuldades sentidas na realização deste trabalho prenderam-se com a pontuação dos instrumentos de avaliação geriátrica, bem como a sua interpretação, no entanto foram colmatadas através da pesquisa bibliográfica. Também senti alguma dificuldade em direcionar o discurso no momento da entrevista, já que a utente tinha a necessidade de partilhar as suas histórias. Superei essa dificuldade a sugerir outros momentos oportunos para esse efeito, o que ajudou também a criar uma relação de confiança.

Em suma, considero que este trabalho contribuiu de forma significativa para o meu desenvolvimento, e para a consolidação prática de conhecimentos teóricos, tendo sido ainda vantajoso o contacto com esta área de enfermagem, na medida em que me permitiu compreender a importância e as especificidades da prestação de cuidados à pessoa idosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Geriatrics Society (2019). American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. DOI: 10.1111/jgs.15767
- Apóstolo, J. et al (2018). Capacidade de reastreio da Escala de Depressão Geriátrica com 10 e 5 itens. Revista de Enfermagem Referência série IV nº16 DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV17062>
- Apóstolo, J. L. A. (2012). Instrumentos para avaliação em geriatria: Documento de apoio. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Baixinho, C., Bernardes, R. & Henriques, M. (2020). Como avaliar o risco de queda em idosos institucionalizados? Rev baiana enferm. DOI 10.18471/rbe.v34.34861
- Cardoso, A., et al (2021). Validation and screening capacity of the European Portuguese version of the Sunfrail tool for community-dwelling older adults. International Journal of Environmental Research and Public Health. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18041394>
- Cervi, A., Franceschini, S. & Priore, S. (2005). Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. Rev. Nutr., Campinas, 18(6):765-775 DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732005000600007>
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2016). Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos. Recuperado de: <https://www.esenfc.pt> Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2022). Guia Orientador do Ensino Clínico – Cuidados Primários/Diferenciados: Área de Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriatria. Coimbra, Portugal. Recuperado de: www.esenfc.pt
- Fonte, A. & Coutinho, B. (2021). Seasonal sensitivity and psychiatric morbidity: study about seasonal affective disorder. BMC Psychiatry. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03313-z>
- Freitas, S., Simões, M., Martins, C., Vilar, M. & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. Avaliação Psicológica. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v9n3/v9n3a02.pdf>

- Freitas, S., Simões, M., Santana, I. (2014). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Pontos de corte no défice cognitivo ligeiro, doença de Alzheimer, demência frontotemporal e demência vascular. Revista Sinapse, Vol. 14 n.1. Recuperado de: <https://www.spneurologia.com/publicacoes/sinapse/ano/2014>
- Infarmed. (2022). Base de dados de medicamentos de uso humano [Online]. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>
- Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Diário da República nº 181, 1ª série. Assembleia da República. Lisboa. Portugal
- Murman, D. (2015). The impact of age on cognition. Seminars in hearing vol. 36, n.3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1555115>
- Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (s.d.) Avaliação Geriátrica.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Recuperado de: https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
- Panavate, A., Hauser, E., Gonçalves, A. & Mazo, G. (2018). Avaliação do equilíbrio corporal em idosos praticantes de atividade física segundo a idade. Revista Brasileira de Ciências do Esporte. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2018.03.023>
- Phaneuf, M. (2001). Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado. Coimbra, Portugal: Quarteto
- Ramos, G. et al (2022). Fragilidade e funcionalidade familiar de idosos da atenção domiciliar: estudo transversal analítico. Acta Paul Enferm. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO009234>
- Ratuchnei, E., et al (2021). Qualidade de vida e risco de depressão em idosos institucionalizados. Revista Cuidado é Fundamental. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9752
- Sant'Ana, L. & D'Elboux, M. (2019). Suporte social e expectativa de cuidado em idosos: associação com variáveis socioeconómicas, saúde e funcionalidade. Revista Saúde Debate. DOI: 10.1590/0103-1104201912117
- Santos, A., Franco, S., Reis, M. (2020). Fatores associados à perda da capacidade funcional em idosos em município no sul do país. Revista Geriatria e Gerontologia.

Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado de:
<https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v8n1a03.pdf>

Schuler, A. & Vieira, M. (2020). Alimentação saudável e educação nutricional na terceira idade. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. Recuperado de: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/1181>

Silva, L., Cardoso, J., Bernardes, E., Santana, J. (2018). Treinamento da memória de trabalho para idosos saudáveis ou com demências. Panamerican Journal of Neuropsychology Vol. 2 nr 3. DOI: 10.7714/CNPS/12.3.201

Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social. Análise Psicológica 3 (XVII): 547-558. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. Recuperado de:
https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=81718

APÊNDICES

APÊNDICE I

Tabela terapêutica da Sra. A.M.

Horário	Freq.	Fármaco	Dose	Via	Indicações	Efeitos adversos mais frequentes	Contraindicações	Interações medicamentosas
Jejum/ lanche	2id	Furosemida (diurético)	50mg/4 0mg	Oral	Tratamento de edemas de origem cardíaca, hepática ou renal. Hipertensão arterial.	Hemoconcentração; Desequilíbrio eletrolítico, desidratação e hipovolêmia especialmente nos idosos, creatinina sanguínea aumentada, triglicéridos sanguíneos aumentados, hiponatremia, hipocloremia, hipocaliemia, ácido úrico aumentado e crises de gota, volume de urina aumentado. Encefalopatia hepática em doentes com insuficiência, hepatocelular.	Hipersensibilidade à substância ativa; Alergia às sulfonamidas; Doentes em hipovolemia ou desidratação; Insuficiência renal com anúria que não responde à furosemida; hipocaliemia ou hiponatremia grave; Coma hepático e pré-coma associado a encefalopatia hepática.	Hidrato de cloral; Antibióticos aminoglicosídeos (canamicina, gentamicina e tobramicina); Precauções com: Cisplatina; sucralfato (intervalo >2h); risperidona; levotiroxina.
P.Alm.	1id	Espironalac tona (diurético)	25 mg	Oral	Insuficiência cardíaca congestiva, incluindo insuficiência cardíaca grave; cirrose hepática com ascite e edema; síndrome nefrótica; diagnóstico e tratamento pré-operatório de curta duração do aldosteronismo	Hipercaliêmia, estado confusional, tonturas, cefaleias, sonolência, náuseas, diarreia, prurido, erupção cutânea, espasmos musculares, lesão renal aguda, ginecomastia, amenorreia, hemorragia pós-menopausa, disfunção erétil,	Hipersensibilidade à substância ativa, insuficiência renal grave, doença de Addison, hipercaliemia, utilização concomitante com eplerenona.	Medicamentos com efeito conhecido de causar hipercaliemia; Efeito aditivo quando administrada com outros diuréticos ou agentes hipertensores; Anestesia local ou geral; AINE's podem atenuar a eficácia; carbenoxolona simultaneamente pode diminuir a eficácia de ambos; Abiratoerona.

					primário; hipertensão essencial			
P.Alm.	1id	Bisoprolol (beta bloqueador)	1,25 mg	Oral	Tratamento da hipertensão; tratamento da cardiopatia coronária (angina de peito)	Tonturas, cefaleias, sensação de frio ou adormecimento das extremidades, queixas gastrointestinais, tais como náuseas, vômitos, diarreia, obstipação, fadiga.	Hipersensibilidade à substância ativa, insuficiência cardíaca aguda, choque cardiogénico, bloqueio auriculoventricular de 2º ou 3º grau (sem pacemaker), doença nódulo sinusal, bloqueio sinoauricular, bradicardia sintomática, hipotensão sintomática, asma brônquica grave, formas graves da doença arterial oclusiva periférica ou do síndrome de Reynaud, feocromocitoma não tratado, acidose metabólica	Antagonistas dos canais de cálcio do tipo verapamilo e do tipo diltiazem; antihipertensores de ação central; Precaução com: Antagonistas dos canais de cálcio do tipo dihidropiridina ; antiarrítmicos de classe I, Medicamentos antiarrítmicos de classe III, Medicamentos parassimpaticomiméticos; Os bloqueadores dos recetores adrenérgicos beta de administração tópica; Insulina e medicamentos antidiabéticos orais; Agentes anestésicos; Glicosídeos digitálicos; AINE's; Medicamentos simpaticomiméticos.
P.Alm.	1id	Daflon (Diosmina+ bioflavonoi des)	1000m g	Oral	Tratamento dos sintomas e sinais relacionados com a insuficiência venosa. Tratamento sintomático da crise hemorroidária.	Diarreia, dispepsia, náuseas e vômitos.	Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes.	Não foram realizados estudos de interação. Da experiência de pós- comercialização do medicamento, nenhuma interação medicamentosa cl clinicamente relevante foi notificada até à data.

P.Alm.	1id (excet o domin go)	Digoxina (digitálico)	0,125m g	Oral	Insuficiência cardíaca, arritmias supraventriculares	Distúrbios do SNC, tonturas, arritmias, distúrbios de condução, bigeminismo, trigeminismo, prolongamento do segmento PR, bradicardia sinusal, náuseas, vômitos, diarreia, erupções cutâneas tipo urticária ou escarlatiniforme, podendo ser acompanhadas por eosinofilia pronunciada	Doentes com hipersensibilidade conhecida à digoxina, a outros glicosídeos digitálicos ou a qualquer dos excipientes de Lanoxin; estenose subaortica hipertrófica idiopática; no bloqueio cardíaco completo intermitente ou no bloqueio auriculoventricular de segundo grau, especialmente em doentes com história clínica de síndrome de Stokes-Adams; arritmias causadas por intoxicação com glicosídeos cardíacos; arritmias supraventriculares associadas a uma via acessória auriculoventricular, como é o caso do síndrome de Wolff-Parkinson-White,.	Fármacos bloqueadores do adrenoceptor beta; fármacos que causam hipocaliemia, suxametônio, cálcio. As concentrações sérias da digoxina podem aumentar ou ser reduzidas com o uso concomitante de diversos fármacos (consultar RCM). As concentrações sérias da digoxina podem aumentar com a administração concomitante de atorvastatina.
Alm.	1id	Ácido fólico + Complexo hidróxido férico- polimaltose	0.35 mg + 357 mg mg	Oral	Tratamento da deficiência em ferro sem anemia e da anemia por deficiência em ferro. Prevenção da deficiência em ferro e em ácido fólico antes, durante e após a	Fezes descoloradas, diarreia, náuseas, dispepsia.	Hipersensibilidade ao complexo de hidróxido férico polimaltose e ácido fólico. Perturbações da utilização do ferro incluindo anemia do saturnismo, anemia sideroacrética, talassémia.	A administração concomitante de ferro oral e de ferro parentérico deve ser evitada uma vez que a absorção de ferro seria drasticamente inibida. A administração de ácido fólico por doentes que tomem fenitoína ou outro anticonvulsivante só deve

					gravidez (durante a amamentação).		Anemia não causada por deficiência em ferro tal como anemia hemolítica ou anemia megaloblástica devida à deficiência em vitamina B12.	ser feita após consulta médica. Foi reportado que a administração concomitante de cloranfenicol e ácido fólico e pacientes com deficiência em folato pode resultar em antagonismo da resposta hematopoiética ao ácido fólico
Alm.	1id (dias pares)	Metolazona (diurético)	2,5 mg	Oral	Tratamento da hipertensão ligeira a moderada e edema causado por patologia cardíaca ou renal (incluindo síndrome nefrótica). Ascite devida a cirrose hepática.	Mal-estar epigástrico e náuseas, vômitos, diarreia, obstipação, icterícia colestática intrahepática e hepatit, síncope, tonturas, sonolência e cefaleias, leucopenia, urticária e exantemas cutâneos, hipotensão ortostática, excessiva diminuição da volémia, hemoconcentração, flebotrombose, palpitações e dor pré-cordial, secura da boca, fadiga, espasmos musculares e câibras, astenia, inquietação, arrepios, crises agudas de gota e visão enevoada transitória.	Anúria, coma ou pré-coma hepáticos e em casos de hipersensibilidade à metolazona e às sulfonamidas.	Excepcionalmente, podem resultar profundas ou prolongadas alterações na volémia e no equilíbrio eletrolítico, em virtude do uso concomitante com furosemida.. Pode causar hipocaliemia. Esta possibilidade é particularmente grave nos doentes digitalizados, pois aumenta o risco de toxicidade digitálica.
Jantar	1id	Atorvastatina (estatina)	10 mg	Oral	Hipercolesterolemia, prevenção da doença cardiovascular	Nasofaringite, reações alérgicas, hiperglicemia, cefaleias, dor faringolaríngea, epistaxis, obstipação, flatulência, dispepsia, náuseas, diarreia, mialgia, artralgia, dor nas extremidades, espasmos musculares, tumefação articular, dorsalgia.	Doença hepática ativa ou em caso de elevação persistente e inexplicável das transaminases séricas, agentes antivirais gileadprevir/pibrentasvir para a hepatite C, na gravidez, durante o aleitamento/amamentação e em mulheres com potencial para engravidar que não	Inibidores do CYP3A4 (por exemplo, ciclosporina, telitromicina, claritromicina, delavirdina, estiripentol, cetoconazol, voriconazol, itraconazol, posaconazol, alguns antivirais utilizados no tratamento da hepatite C (por exemplo, elbasvir/grazoprevir) e inibidores das proteases do VIH incluindo ritonavir,

							usam métodos contraceptivos adequados	lopinavir, atazanavir, indinavir, darunavir, etc.)
Jantar	1id	Rivaroxabano (anticoagulante)	15 mg	Oral	Prevenção do acidente vascular cerebral e do embolismo sistêmico em doentes adultos com fibrilhação auricular não-valvular com um ou mais fatores de risco, tais como insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão, idade ≥ 75 anos, diabetes mellitus, antecedentes de acidente vascular cerebral ou acidente isquêmico transitório. Tratamento da trombose venosa profunda (TVP) e embolismo pulmonar (EP) e prevenção da TVP recorrente e EP em adultos.	Anemia, tonturas, cefaleias, hemorragia ocular, hipotensão, hematoma, epistaxe, hemoptise, hemorragia gengival e do trato gastrointestinal, dores gastrointestinais e abdominais, dispepsia, náuseas, obstipação, diarreia, vômitos, aumento das transaminases, prurido, exantema cutâneo, equimose, hemorragia cutânea e subcutânea, dor nas extremidades, hemorragia do trato urogenital, compromisso renal.	Hemorragia ativa clinicamente significativa. Lesões ou condições, se consideradas como apresentando um risco significativo de grande hemorragia (úlceras gastrointestinais atuais ou recentes, presença de neoplasias malignas com elevado risco de hemorragia, lesão recente no cérebro ou na espinal medula, cirurgia cerebral, espinal ou oftálmica recente, hemorragia intracraniana recente, suspeita ou conhecimento de varizes esofágicas, malformações arteriovenosas, aneurismas vasculares ou grandes anomalias vasculares intraespinais ou intracerebrais). Doença hepática associada a coagulopatia e risco de hemorragia clinicamente relevante, incluindo doentes com cirrose com Child Pugh B e C. Gravidez e amamentação	Inibidores do CYP3A4 e da gp-P (eritromicina, fluconazol, dronedarona); anticoagulantes, AINE's/inibidores da agregação plaquetária, ISRS, varfarina, Indutores do CYP3A4. Não foram observadas interações farmacocinéticas ou farmacodinâmicas clinicamente relevantes quando o rivaroxabano foi coadministrado com midazolam (substrato do CYP3A4), digoxina (substrato da gp-P), atorvastatina (substrato do CYP3A4 e da gp-P) ou omeprazol (inibidor da bomba de prótons). O rivaroxabano não inibe nem induz nenhuma isoforma importante do CYP, como o CYP3A4.

Coloca às 22h e retira às 10h	Trinitrato de glicerilo (vasodilatador)	5 mg	Trans d.	Tratamento preventivo da angina de peito, isoladamente ou em associação com outra terapêutica anti- anginosa.	Náuseas, vômitos.	Hipersensibilidade à substância ativa, insuficiência circulatória aguda associada a hipotensão marcada, pressão intracraniana aumentada, insuficiência do miocárdio devida a obstrução, hipovolémia grave, anemia grave, edema pulmonar tóxico.	A administração concomitante de com outros vasodilatadores (ex. inibidores PDE5 como o sildenafil) potencia o efeito de abaixamento da pressão arterial; riociguat. Precauções: antagonistas do cálcio, inibidores da ECA, bloqueadores beta, diuréticos, anti- hipertensores, anti- depressivos tricíclicos, neurolépticos e tranquilizantes.
----------------------------------	--	------	-------------	--	-------------------	---	--

Fonte: Autor

ANEXOS

ANEXO I

Escala Numérica da Dor

Escala Numérica

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

Fonte: BARBOSA, António; NETO, Isabel G. – Manual de Cuidados Paliativos, 1ª edição, Núcleo de Cuidados Paliativos (Centro de Bioética), Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006

ANEXO II

TESTE DE TINETTI – Versão portuguesa

EQUILIBRIO ESTÁTICO CADEIRA:

1. EQUILÍBRIO SENTADO

0 – inclina – se ou desliza na cadeira

1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira

2 – estável, seguro

2. LEVANTAR –SE

0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio

1 – capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa

2 – capaz na 1ª tentativa sem usar os braços

3. EQUILIBRIO IMEDIATO (primeiros 5 segundos)

0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se)

1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se

2 – estável sem qualquer tipo de ajudas

4. EQUILIBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS

0 – instável

1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio

2 – pés próximos e sem ajudas

5. PEQUENOS DESIQUILÍBRIOS NA MESMA POSIÇÃO (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)

0 – começa a cair

1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza

2 – estável

6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO

0 – instável

1 – estável

7. VOLTA DE 360° (2 vezes)

0 – instável (agarra – se, vacila)

1 – estável, mas dá passos descontínuos

2 – estável e passos contínuos

8. APOIO UNIPODAL (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)

0 – não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objecto

1 – aguenta 5 segundos de forma estável

9. SENTAR-SE

0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância

1 – usa os braços ou movimento não harmonioso

2 – seguro, movimento harmonioso

Pontuação: 7 / 16

EQUILIBRIO DINÂMICO – MARCHA

Instruções: O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.

10. INÍCIO DA MARCHA (imediatamente após o sinal de partida)
0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar
1 – sem hesitação
11. LARGURA DO PASSO (pé direito)
0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
1 – ultrapassa o pé esquerdo em apoio
12. ALTURA DO PASSO (pé direito)
0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo
1 – o pé direito eleva-se completamente do solo
13. LARGURA DO PASSO (pé esquerdo)
0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
1 – ultrapassa o pé direito em apoio
14. ALTURA DO PASSO (pé esquerdo)
0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo
1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo
15. SIMETRIA DO PASSO
0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico
1 – comprimento do passo aparentemente simétrico
16. CONTINUIDADE DO PASSO
0 – pára ou dá passos descontínuos
1 – passos contínuos
17. PERCURSO DE 3m (previamente marcado)
0 – desvia-se da linha marcada
1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha
2 – sem desvios e sem ajudas
18. ESTABILIDADE DO TRONCO
0 – nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha
1 – sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha
2 – sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha
19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA
0 – calcanhares muito afastados
1 – calcanhares próximos, quase se tocam

Pontuação: 3/ 12

Pontuação total: 10/ 28

Fonte: Mary E. Tinetti – YALE UNIVERSITY, adaptado com permissão.

ANEXO III

Fórmula de Cálculo do IMC e Tabela de Classificação do IMC

“O IMC permite, duma forma rápida e simples, dizer se um indivíduo adulto tem baixo peso, peso normal ou excesso de peso” (Direção Geral de Saúde, 2005).

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$$

Sra. A.M. – Peso = 68 Kg; Altura = 1,45m => IMC=32,3 Kg/m²

IMC	Classificações
Menor do que 18,5	Abaixo do peso normal
18,5 - 24,9	Peso normal
25,0 - 29,9	Excesso de peso
30,0 - 34,9	Obesidade classe I
35,0 - 39,9	Obesidade classe II
Maior ou igual a 40,0	Obesidade classe III

Classificação segundo a OMS a partir do IMC

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:		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 a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

- 0 = diminuição grave da ingestão
1 = diminuição moderada da ingestão
2 = sem diminuição da ingestão

2

B Perda de peso nos últimos 3 meses

- 0 = superior a três quilos
1 = não sabe informar
2 = entre um e três quilos
3 = sem perda de peso

1

C Mobilidade

- 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
2 = normal

1

D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

- 0 = sim 2 = não

2

E Problemas neuropsicológicos

- 0 = demência ou depressão graves
1 = demência ligeira
2 = sem problemas psicológicos

2

F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m)²

- 0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

3

Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) 1 1

12-14 pontos: estado nutricional normal

8-11 pontos: sob risco de desnutrição

0-7 pontos: desnutrido

Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R

Avaliação global

G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)

- 1 = sim 0 = não

0

H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

- 0 = sim 1 = não

0

I Lesões de pele ou escaras?

- 0 = sim 1 = não

1

J Quantas refeições faz por dia?

- 0 = uma refeição
1 = duas refeições
2 = três refeições

2

K O doente consome:

- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim ☐ não ☒
 - duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim ☒ não ☐
 - carne, peixe ou aves todos os dias? sim ☒ não ☐
- 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»
0.5 = duas respostas «sim»
1.0 = três respostas «sim»

0.5

L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?

- 0 = não 1 = sim

1

M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?

- 0.0 = menos de três copos
0.5 = três a cinco copos
1.0 = mais de cinco copos

0.5

N Modo de se alimentar

- 0 = não é capaz de se alimentar sozinho
1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade
2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade

2

O O doente acredita ter algum problema nutricional?

- 0 = acredita estar desnutrido
1 = não sabe dizer
2 = acredita não ter um problema nutricional

1

P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?

- 0.0 = pior
0.5 = não sabe
1.0 = igual
2.0 = melhor

1.0

Q Perímetro braquial (PB) em cm

- 0.0 = PB < 21
0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22
1.0 = PB > 22

1.0

R Perímetro da perna (PP) em cm

- 0 = PP < 31
1 = PP ≥ 31

1

Avaliação global (máximo 16 pontos) 1 1.0

Pontuação da triagem 1 1.0

Pontuação total (máximo 30 pontos) 2 2.0

Avaliação do Estado Nutricional

de 24 a 30 pontos	☐	estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos	☒	sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos	☐	desnutrido

References

- Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr 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 SA, Trademark Owners.

© Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.

Para maiores informações: www.mna-elderly.com

SIX ITEM COGNITIVE IMPAIRMENT TEST (6CIT)

(6CIT; Brooke & Bullock, 1999)

TESTE DE DECLÍNIO COGNITIVO DE 6 ÍTEMS

Adaptação - João Apóstolo, Diana Paiva, Rosa Silva, Eduardo Santos & Timothy Schultz (2017)

1. Em que ano estamos?	Correcto: 0 pontos Incorrecto: 4 pontos	4
2. Em que mês estamos?	Correcto: 0 pontos Incorrecto: 3 pontos	3
Peça ao doente que memorize uma frase com um endereço/morada de 5 componentes, ex: Abel, Silva, nº 42, Rua da Sofia, Coimbra.		
3. Que horas são (aproximadamente)? (margem de erro de 1 hora)	Correcto: 0 pontos Incorrecto: 3 pontos	0
4. Conte na ordem inversa de 20 para 1.	Correcto: 0 pontos Um erro: 2 pontos Mais do que um erro: 4 pontos	4
5. Diga os meses do ano na ordem inversa.	Correcto: 0 pontos Um erro: 2 pontos Mais do que um erro: 4 pontos	2
6. Repita a frase com o endereço/morada	Correcto: 0 pontos 1 erro: 2 pontos 2 erros: 4 pontos 3 erros: 6 pontos 4 erros: 8 pontos Tudo errado: 10 pontos	4

17

Pontos de corte**Deterioração cognitiva** [atendendo ao nível de escolaridade] se:[≤ 2 anos de escolaridade] ≥ 12 ;[3 a 6 anos de escolaridade] ≥ 10 ;[≥ 7 anos de escolaridade] ≥ 4 .**Deterioração cognitiva** [não atendendo ao nível de escolaridade] se: ≥ 10 ;

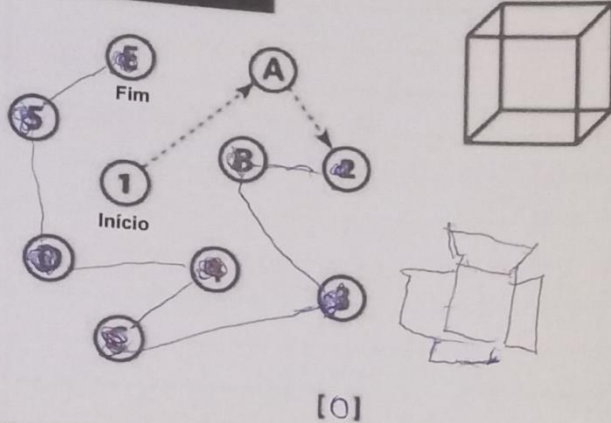
Bibliografia: João Luís Alves Apóstolo, Diana dos Santos Paiva, Rosa Carla Gomes da Silva, Eduardo José Ferreira dos Santos & Timothy John Schultz (2017): Adaptation and validation into Portuguese language of the six-item cognitive impairment test (6CIT), Aging & Mental Health, DOI: 10.1080/13607863.2017.1348473

ANEXO VI

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) VERSÃO PORTUGUESA – 7.1 VERSÃO ORIGINAL

CÓDIGO DO PARTICIPANTE: _____

VISUO-ESPACIAL / EXECUTIVA



[0]

[0]

[0]

[0]

[0]

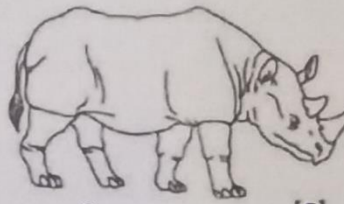
0/5

NOMEAÇÃO



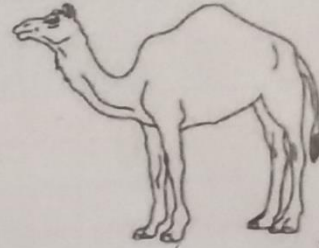
Leão

[1]



Burro

[0]



veado

[0]

1/3

MEMÓRIA

Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-la. Realize dois ensaios. Solicite a evocação da lista 5 minutos mais tarde.

Boca

Linho

Igreja

Cravo

Azul

Sem Pontuação

ATENÇÃO

Leia a sequência de números. (1 número/segundo)

O sujeito deve repetir a sequência.

2 1 8 5 4

O sujeito deve repetir a sequência na ordem inversa.

4 5 2 1 2

2/2

Leia a série de letras (1 letra/segundo). O sujeito deve bater com a mão cada vez que for dita a letra A. Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros.

FBACMNAAIKLBFAKDEAAAJAMOF AAB

0/1

Subtrair de 7 em 7 começando em 100.

4 ou 5 subtrações correctas: 3 pontos; 2 ou 3 correctas: 2 pontos; 1 correcta: 1 ponto; 0 correctas: 0 pontos

1/3

LINGUAGEM

Repetir: Eu só sei que hoje devo ajudar o João.

O gato esconde-se sempre que os cães entram na sala.

01

0/2

Fluência verbal: Dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra "P" (1 minuto).

3 (Nº "Palavras")

0/1

ABSTRACÇÃO

Semelhança p.ex. entre banana e laranja = fruta

combolo - bicicleta

relógio - régua

0/2

EVOCAÇÃO DIFERIDA

Deve recordar as palavras SEM PISTAS

Boca

Linho

Igreja

Cravo

Azul

Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS

0/5

Opcional

Pista de categoria

Pista de escolha múltipla

✓

ORIENTAÇÃO

Dia do mês

Mês

Ano

Dia da semana

Lugar

Localidade

3/6

© Z.Nasreddine MD

Examinador: _____

TOTAL

7/30

Versão Portuguesa: Freitas, S., Simões, M. R., Santana, I., Martins, C. & Nasreddine, Z. (2013). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão 1. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Escala Geriátrica de Depressão (GDS-10) Sheikh & Yesavage (1986) com adaptação de João Apóstolo (2014).

Escolha (sim ou não) relativamente a como se sentiu durante as últimas 2 semanas:

Aplicada a 01/10/2022

1 De uma forma geral, está satisfeito(a) com a sua vida	Sim(☒)	Não (☐)
2 Sente que sua vida está vazia?	Sim(☐)	Não (☒)
3 Anda muitas vezes aborrecido(a)?	Sim(☐)	Não (☒)
4 Está bem-disposto(a)/ bem humorado(a) a maior parte do tempo?	Sim(☒)	Não (☐)
5 Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim(☒)	Não (☐)
6 Sente-se desamparado(a)?	Sim(☐)	Não (☒)
7 Sente que é maravilhoso estar vivo(a)?	Sim(☒)	Não (☐)
8 Sente-se inútil nas condições atuais?	Sim(☐)	Não (☒)
9 Sente-se cheio de energia?	Sim(☐)	Não (☒)
10 Sente que a sua situação é desesperada?	Sim(☐)	Não (☒)

Bibliografia:

Apóstolo, J., Loureiro, L., Reis, I., Silva, I., Cardoso, D., & Sfectcu, R. (2014). Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale -15 para a língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência, SérieIV*(3), 65–73.

Apóstolo, J., Bobrowicz-Campos, E., Reis, I., Henriques, S., & Correia, C. (2018). Screening capacity of Geriatric Depression Scale with 10 and 5 items. *Revista de Enfermagem Referência*, 16, 29-38. doi: 10.12707/RIV17062

Escala Geriátrica de Depressão (GDS-10) Sheikh & Yesavage (1986) com adaptação de João Apóstolo (2014).

Escolha (sim ou não) relativamente a como se sentiu durante as últimas 2 semanas:

Aplicado a 07/10/2022

1 De uma forma geral, está satisfeito(a) com a sua vida	Sim()	Não (x)
2 Sente que sua vida está vazia?	Sim()	Não (x)
3 Anda muitas vezes aborrecido(a)?	Sim()	Não (x)
4 Está bem-disposto(a)/ bem humorado(a) a maior parte do tempo?	Sim()	Não (x)
5 Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim(x)	Não ()
6 Sente-se desamparado(a)?	Sim()	Não (x)
7 Sente que é maravilhoso estar vivo(a)?	Sim(x)	Não ()
8 Sente-se inútil nas condições atuais?	Sim()	Não (x)
9 Sente-se cheio de energia?	Sim()	Não (x)
10 Sente que a sua situação é desesperada?	Sim()	Não (x)

Bibliografia:

Apóstolo, J., Loureiro, L., Reis, I., Silva, I., Cardoso, D., & Sfectcu, R. (2014). Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale -15 para a língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência, SérieIV*(3), 65–73.

Apóstolo, J., Bobrowicz-Campos, E., Reis, I., Henriques, S., & Correia, C. (2018). Screening capacity of Geriatric Depression Scale with 10 and 5 items. *Revista de Enfermagem Referência*, 16, 29-38. doi: 10.12707/RIV17062

ANEXO IX

Escala de Barthel

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
ALIMENTAÇÃO 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc, ou dieta modificada 10 = independente	10
BANHO 0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)	0
ATIVIDADES ROTINEIRAS 0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear	5
VESTIR-SE 0 = dependente 5 = precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zipers, laços, etc.)	5
INTESTINO 0 = incontinente (necessidade de enemas) 5 = acidente ocasional 10 = continente	10
SISTEMA URINÁRIO 0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = continente	5

USO DO TOILET 0 = dependente 5 = precisa de alguma ajuda parcial 10 = independente (pentear-se, limpar-se)	5
TRANSFERÊNCIA (DA CAMA PARA A CADEIRA E VICE VERSA) 0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5 = muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar 10 = pouca ajuda (verbal ou física) 15 = independente	10
MOBILIDADE (EM SUPERFÍCIES PLANAS) 0 = imóvel ou < 50 metros 5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, > 50 metros 10 = caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) > 50 metros 15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda; como exemplo, bengala) > 50 metros	15
ESCADAS 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado) 10 = independente	0

PONTUAÇÃO

TOTAL (0–100): 65

Orientações:

1. A pontuação na Escala Barthel refere-se ao que os sujeitos fazem e não ao que eles recordam ter feito um dia.
2. Seu principal objetivo é saber sobre o grau de independência em relação a qualquer tipo de ajuda (física ou verbal).
3. Se o sujeito não consegue ler o questionário, alguém pode ler o mesmo para ele. É permitido que algum amigo ou parente responda pelo sujeito (caso este esteja impossibilitado de responder).
4. Preferencialmente procure obter respostas relativas às últimas 48 horas, dependendo do caso, pode ser por períodos maiores.

Observação: esta tradução encontra-se em processo de validação para a língua portuguesa. Data: 28 de agosto de 2006.

Traduzido por:

Dr. Guanís de Barros Vilela Junior
Grupo de Pesquisas em Qualidade de Vida e Atividade Física
UEPG / METROCAMP

CÓDIGO DO PARTICIPANTE _____

ANEXO X

SUNFRAIL

Instrumento para rastreio de fragilidade e multimorbilidade
(versão portuguesa)

De seguida, vai encontrar um conjunto de perguntas sobre a sua saúde.

Por favor responda "sim" ou "não" a cada uma delas.

	Questões	Sim	Não
1	Habitualmente, toma 5 ou mais medicamentos diferentes por dia?	X	
2	No último ano, perdeu peso de forma não intencional ao ponto de a roupa lhe ficar larga?		X
3	No último ano, a sua condição física fez com que tivesse mais dificuldade em andar?	X	
4	No último ano, teve alguma consulta com o seu médico de família ou médico de referência?	X	
5	No último ano, caiu uma ou mais vezes?		X
6	No último ano, teve problemas de memória?	X	
7	Sente-se só na maior parte do tempo?	X	
8	Em caso de necessidade, tem alguém com quem possa contar para o(a) ajudar?	X	
9	No último ano, teve dificuldades em pagar as despesas com a saúde (ex. medicamentos, dentista, etc.) que precisava de ter?		X

Muito obrigado pela sua colaboração!

Como citar

Cardoso, A. F., Bobrowicz-Campos, E., Teixeira-Santos, L., Cardoso, D., Couto, F., & Apóstolo, J. (2021). Validation and Screening Capacity of the European Portuguese Version of the SUNFRAIL Tool for Community-Dwelling Older Adults. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 1394. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041394>

GRUPO V

APGAR FAMILIAR (SMILKSTEIN)

A	Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
B	Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
C	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
D	Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
E	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
Pontuação de 7 a 10 – Família altamente funcional Pontuação de 4 a 6 – Família com moderada disfunção Pontuação de 0 a 3 – Família com disfunção acentuada			

- A sua família costuma visitá-lo(a)?:

- Diariamente ☐
- Semanalmente ☒
- Quinzenalmente ☐
- Mensalmente ☐
- Trimestralmente ☐
- Semestralmente ☐
- Anualmente ☐

ANEXO XII

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

(Ribeiro, 1999)

A SEGUIR IRÃO SER LIDAS VÁRIAS AFIRMAÇÕES, SEGUIDAS DE CINCO LETRAS. INDIQUE A LETRA QUE MELHOR QUALIFICA A SUA FORMA DE PENSAR. POR EXEMPLO, NA PRIMEIRA AFIRMAÇÃO, SE VOCÊ PENSA QUASE SEMPRE QUE POR VEZES SE SENTE SÓ NO MUNDO E SEM APOIO, DEVERÁ INDICAR A LETRA **A**, SE ACHA QUE NUNCA PENSA ISSO DEVERÁ INDICAR A LETRA **E**.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente	
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E	4
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E	3
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E	3
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E	2
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E	5
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E	2
7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E	4
8-Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E	5
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E	4
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E	2
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E	4
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E	2
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E	3
14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E	3
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E	3

49 pontos