

ESTUDO PRELIMINAR DE VALIDAÇÃO CLÍNICA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA” EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Maria Márcia Bachion, Lorena Aparecida de Oliveira Araújo, Ângela Alessandri
M. C. Almeida, Rosimere Ferreira Santana *

BACHION, M. M.; ARAÚJO, L. A. O.; ALMEIDA, Â. A. M. C.; SANTANA, R. F. - *Estudo preliminar de validação clínica do diagnóstico de enfermagem “mobilidade física prejudicada” em idosos institucionalizados*. Revista Eletrônica de Enfermagem (online), Goiânia, v.3, n.2, jul-dez. 2001. Disponível: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

RESUMO - Os Diagnósticos de Enfermagem da Taxonomia I da *North American Nursing Diagnosis Association* necessitam refinamento. Objetivamos realizar validação clínica de Mobilidade Física Prejudicada em idosos institucionalizados. Seguindo um protocolo, dois expertos realizaram simultaneamente avaliação clínica de dez idosos residentes em instituição asilar. Encontramos características definidoras maiores (redução da capacidade de movimentação, diminuição da amplitude de movimento, flexibilidade diminuída, dentre outras) e características definidoras menores (capacidade diminuída para usar o vaso sanitário enfraquecimento muscular, dentre outras). Esta pesquisa contribui para o refinamento deste diagnóstico e sua identificação mais segura junto aos idosos, o que pode favorecer intervenções precoces.

UNITERMOS: Validação clínica, diagnóstico de enfermagem, mobilidade física prejudicada, idosos.

ABSTRACT - The Nursing Diagnosis in the Taxonomy I of the North American Nursing Diagnosis Association need refinement. We have the objective to realize clinical validation of the Impaired Physical Mobility in elderly people who are in home institutions. Following a protocol, 2 experts realized simultaneously the clinical evaluation from 10 elderly people resident in home institution. We found majors defining characteristics (reduction of the movement ability, diminution of motion spaciousness, diminished flexibility, between others) and minors defining characteristics (diminution ability for use the sanitary, muscle weakness, between others). This research contributes for the refinement of this diagnosis and its identification more safe with elderly people, what can help for precodes interventions.

Key words: clinical validation, nursing diagnosis, elderly people, impaired physical mobility.

1 - INTRODUÇÃO

A questão de desenvolver e aprimorar um sistema de classificação específica para os problemas de competência de enfermagem tem sido alvo de pesquisas numerosas na atualidade (ABEN, 2000; NÓBREGA, 2000; ABEN, 1996; MARIN, 1996; GORDON, 1994). Assinala-se também os investimentos na área da validação de diagnósticos (CORREA; CRUZ, 2000; BACHION & cols., 1999, ROCHA; MARIA, 1996). Na tentativa de verificar a adequacidade de um destes sistemas, autores como LOPES; MACEDO; LOPES (1997), FREITAS; GUEDES; SILVA, (1997), MENEGUELLO & cols. (1996), BACHION & cols. (1995), ROBAZZI & cols. (1995), utilizaram a taxonomia I revisada do North American Nursing Diagnosis Association, (N.A.N.D.A.) para identificar problemas em populações específicas.

Para que os Diagnósticos de Enfermagem sejam incorporados na prática de enfermagem, segundo BREU, DRAUCUP, WALDEN (1987), é necessário que se pesquise no sentido de validar as características que indicam a presença de Diagnóstico de Enfermagem (características definidoras), bem como explorar diferenças populacionais.

No Estado de Goiás o número de idosos representa 6,34 % da população (GOIÁS, 1996). As projeções vislumbram que esta cifra chegará à casa dos 10% até 2025.

É necessário que a enfermagem se prepare devidamente para atender adequadamente esta população emergente.

Em se tratando de idosos, pode parecer “natural” que estas pessoas apresentem algumas perdas na área motora, e pouco acaba se investindo para reverter este quadro (ARAÚJO; BACHION, 1999).

A Mobilidade Física Prejudicada é um Diagnóstico de Enfermagem aceito na classificação da NANDA em 1973, cuja definição permaneceu até 1996 como: "estado no qual o indivíduo experimenta uma limitação na habilidade para movimentos físicos independentes (NANDA, 1994, p.60). Na revisão de 1998, passou a ser entendida como "Uma limitação no movimento físico independente voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades" (NANDA, 2000, p. 87).

A mobilidade é compreendida como a capacidade de controlar e relaxar grupos musculares que permitam ao indivíduo mover-se propositadamente no meio ambiente. Depende, pois, do funcionamento coordenado dos músculos, articulações e ossos, e está ligada muito fortemente ao conceito de saúde para a maioria dos indivíduos. É indispensável às pessoas sendo necessária não apenas para a interação com outros indivíduos como também para ganhar seu sustento e para manter o funcionamento interno do organismo (ATKINSON, 1989).

Dentre as possíveis causas para Mobilidade Física Prejudicada **em idosos**, incluem-se alguns fatores os quais também foram observados a partir da revisão da literatura, e que merecem destaque :

- redução da capacidade aeróbia máxima da força muscular (redução da força física)
- redução tanto da força estática e dinâmica máxima quanto da potência e velocidade máximas
- diminuição da tolerância ao esforço físico
- dores
- perdas do domínio cognitivo
- menor estimulação sobre o sistema cardiovascular
- alterações nas funções neuro musculares
- enfraquecimento muscular
- lesões que afetem músculos, ossos e ligamentos
- doenças crônicas degenerativas

Nosso estudo tem como objetivo realizar a validação clínica do Diagnóstico de Enfermagem mobilidade física prejudicada (NANDA, 1994) em populações de idosos. Optamos por esse estudo por acreditar que o Diagnóstico de Enfermagem "Mobilidade física prejudicada" é um dos diagnósticos que mais compromete à saúde do indivíduo já que no decorrer do processo de envelhecimento esta clientela sofre modificações importantes na área motora.

2 - METODOLOGIA

Desenvolvemos a validação clínica em uma instituição filantrópica, coordenada pela Organização das Voluntárias do Estado de Goiás, que recebe idosos que não conseguem realizar atividade física independentemente e necessitam de cuidados de saúde. A população se constituiu de idosos que lá estavam internos no período da coleta de dados, que transcorreu no período de novembro a dezembro de 1999.

Seguimos o processo de validação proposto por FEHRING (1987). Desta forma, após realização de validação de conteúdo para o referido Diagnóstico de Enfermagem, chegamos à outras características definidoras além daquelas já arroladas pela NANDA.

De posse destas características passamos então à construção do roteiro de avaliação para validação clínica, tomando o cuidado de estabelecer critérios de avaliação para cada uma das Características Definidoras (Anexo I). Paralelamente, selecionamos expertos para a avaliação clínica.

Segundo FEHRING (1987) para ser considerado experto, o indivíduo necessita alcançar um mínimo de 5 pontos, considerando os critérios do quadro abaixo:

	Pontuação
Mestrado em Enfermagem.	04
Tese defendida no Diagnóstico de Enfermagem em estudo.	01
Resumo publicado.	02
Artigo publicado.	02
Experiência clínica (prática) em pelo menos 01 ano na área do Diagnóstico.	01

Certificado de prática clínica na área do Diagnóstico de Enfermagem em estudo.	01
Doutorado com dissertação em Diagnóstico de Enfermagem.	02

Elegemos dois juizes, com domínio na área de avaliação motora e compreensão do uso da Taxonomia I da NANDA (1994), que obtiveram escore 5 e 15 respectivamente na sistemática de pontuação de expertos proposta por FEHRING (1997).

Atendimento às exigências ético legais

O projeto foi encaminhado à Instituição onde os idosos residem e à entidade mantenedora, para solicitação de consentimento da realização de pesquisa, obtendo autorização para a sua realização.

Os idosos foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos e procedimentos e consultados quanto ao aceite em participar do estudo, de acordo com as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, manifestando seu consentimento.

Foram convidados a participar como sujeitos 10 dos moradores da instituição, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

1. Ter mais de 60 anos de idade
2. Conseguir expressar-se verbalmente
3. Consentir em participar do estudo, após ser esclarecido

A avaliação dos 10 idosos foi realizada pelos juizes de forma simultânea. Assim, os expertos compareceram à instituição e realizaram a avaliação clínica dos sujeitos através da aplicação do protocolo, que incluiu entrevista e exame físico, além de alguns testes (de avaliação da área motora). Cada avaliação consumiu em média uma hora, tomando o cuidado de respeitar os horários de atividades programados pela Instituição. Para análise foi realizado cálculo da concordância entre os observadores através da fórmula:

$$R = \frac{A}{A + D} \times \frac{\frac{F1}{N} + \frac{F2}{N}}{2}$$

Onde: **A** = número de concordância; **D** = número de discordância; **F1** = frequência de características observadas pelo primeiro observador; **F2** = frequência de características observadas pelo segundo observador; **N** =

número de sujeitos observados e **R** = índice de concordância entre observadores.

3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A capacidade de movimentação significativamente no ambiente inclui andar sem ajuda, saltar, subir e descer degraus, subir e descer rampas, girar o corpo sobre seu eixo longitudinal, correr, abaixar-se, levantar-se de forma independente necessitando da integridade e funcionamento do sistema músculo esquelético e neurológico. O ambiente físico é compreendido como o domicílio, as ruas de um modo geral, o local de trabalho, a instituição de saúde.

No presente estudo a diminuição da capacidade de mover-se significativamente no ambiente atingiu escore de 1,0 (Tabela 1), o que pode ser explicado levando-se em conta as mudanças fisiológicas no aparelho músculo esquelético decorrentes do envelhecimento e que podem ser acentuadas na presença de patologias que tenham implicações na área motora ou do desuso, que pôr sua vez pode ser favorecido pela institucionalização.

O comprometimento do equilíbrio, encontrado com índice de 0,855 (Tabela 1) está associado à diminuição da força (0,70) e às alterações dos órgãos do sentido (responsáveis pela informação da posição e da orientação espacial). Todos estes fenômenos são decorrentes do processo de envelhecimento (MORAIS, 1995).

A diminuição da flexibilidade (0,855) e a diminuição do controle e rapidez dos movimentos (0,76) são apontadas como algumas das alterações da estrutura óssea, músculos e articulações, também conseqüentes ao envelhecimento (MORAIS, 1995).

A flexibilidade da articulação declina de 20 a 30 % dos 20 aos 70 anos, com aumento desse percentual depois dos 80 anos, podendo ser comum, na velhice, a dificuldade em deambular independente (OKUMA, 1998).

Tabela 1- Distribuição de características definidoras de Mobilidade física prejudicada nos sujeitos, segundo Validação Clínica dos expertos. Goiânia, 1999.

[illegible]

Equilíbrio/ estabilidade muscular comprometida	S	S	D	S	S	S	S	S	S	S	0,855
Diminuição da capacidade mover-se/ Diminuição amplitude/ Diminuição flexibilidade./ Diminuição elasticidade.	S	S	S	S	S	D	S	S	S	S	0,855
Amplitude da passada diminuída	S	A	A	S	A	D	A	A	S	S	0,76
Velocidade do andar diminuída	S	A	A	S	A	D	A	A	S	S	0,76
Presença de deformidades Músculo esqueléticas	S	N	N	S	N	S	S	S	S	S	0,70
Enfraquecimento Muscular/ Diminuição da força	N	S	S	S	S	S	N	S	S	N	0,70
Capacidade física diminuída para vaso sanitário	S	S	S	N	S	N	S	S	S	N	0,70
Capacidade física diminuída para sentar cadeira	N	S	S	S	S	S	N	S	S	N	0,70
Capacidade física diminuída para meios transportes	D	S	S	S	S	S	N	S	S	N	0,675
Comprometimento articular ou aumento da densidade e rigidez da articulação	S	S	N	S	S	D	N	S	S	S	0,675
Capacidade diminuída de mover significativamente no leito	N	S	S	N	S	D	S	S	S	N	0,58

Capacidade física diminuída para banhar-se	D	S	S	N	S	D	S	S	S	N	0,56
Portador deficiência neuro-psicomotora	S	S	S	N	S	S	N	S	N	N	0,50
Capacidade física diminuída para limpar casa	N	D	S	S	S	S	N	N	S	N	0,49
Capacidade física diminuída para lavar roupas	N	D	S	S	S	S	N	N	S	N	0,49
Capacidade física diminuída para autocuidado	N	D	S	S	S	D	N	S	S	N	0,48
Capacidade física diminuída para compras	D	S	S	S	N	D	S	S	S	N	0,48
Capacidade física diminuída para cozinhar	N	S	S	N	S	S	N	D	N	N	0,405
Presença de contraturas musculares	S	D	N	N	S	D	N	S	N	S	0,40
Controle muscular diminuído/ dificuldade coordenação	D	S	D	S	N	N	S	D	S	N	0,38
Instabilidade ou pouco controle muscular	N	D	D	S	N	N	S	S	N	N	0,32
Restrição de movimento devido dor	N	S	S	N	N	D	S	D	N	N	0,32
Massa muscular diminuída	S	N	N	N	N	D	N	S	S	N	0,315

Tônus muscular diminuído	N	N	N	N	S	S	N	N	S	N	0,30
Portador de paralisia	N	N	N	N	S	D	N	S	N	N	0,225
Capacidade física diminuída para vestir-se	N	N	S	N	N	N	N	N	S	N	0,20
Restrição de mov. razões mecânicas	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0,10
Capacidade física diminuída para levar alimento a boca	N	N	D	N	N	N	N	N	N	N	0,045

Legenda: S = os juizes concordam que a característica está presente
N = os juizes concordam que a característica está ausente
D = desacordo entre os juizes
A= não se aplica, sujeito em cadeira de rodas

Segundo Phillips e Haskell (apud OKUMA, 1995), a flexibilidade pode ser relacionada mais à “aptidão do tecido conjuntivo” do que ser considerada um componente da aptidão muscular, particularmente no idoso. Isto porque uma das principais limitações na amplitude do movimento articular com a idade resulta do aumento da proporção do tecido conectivo na massa muscular, da desidratação da articulação da mudança de sua composição em colágeno e elastina. Este conjunto de alterações leva ao aumento da densidade e da rigidez da articulação, levando à diminuição da amplitude de movimento (OKUMA, 1998), que obteve índice em nosso estudo de 0,855.

Por outro lado, segundo SMELTZER; BARE (1998) e Du GÁS (1989) a diminuição da capacidade de mover-se e o desuso podem, ao longo do tempo, levar a piora do enfraquecimento dos músculos e ao aparecimento de contraturas musculares (0,405) e articulares (0,675) além de deformidades (0,70).

Cada articulação do corpo tem uma amplitude normal de movimento. Se esta amplitude é limitada, as funções da articulação e dos músculos que movem a articulação estão comprometidas, podendo se desenvolver deformidades dolorosas (SMELTZER; BARE, 1998).

A diminuição da capacidade de mover-se também pode ser explicada pelo encurtamento dos músculos que acontece no desuso (ATKINSON, 1989).

A diminuição da capacidade de mover-se (0,855) bem como a diminuição da flexibilidade (0,855) podem levar à incapacidade para realizar as Atividades da Vida Diária (AVDs), que incluem atividades de cuidados pessoais básicos e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs), que referem-se a

tarefas mais complexas do cotidiano e incluem, necessariamente, aspectos de uma vida independente (OKUMA, 1998).

No presente estudo foi identificado a diminuição da capacidade física dos idosos institucionalizados para AVDs, tais como sentar-se numa cadeira (0,70), utilizar o banheiro (0,70), levantar-se da cama (0,58), banhar-se (0,56), vestir-se (0,20), comer (0,045). Foi identificado também o comprometimento da capacidade dos idosos para AVDs, ou seja, para utilizar meios de transporte (0,675), limpar a casa (0,49), lavar roupa (0,49), fazer compras (0,48), cozinhar (0,405).

A insuficiência de força muscular (0,70) pode tornar árduas ou impossíveis tarefas como levantar o próprio corpo de uma cadeira, sentar-se sobre o vaso sanitário, sair da cama, carregar compras e até mesmo destampar uma garrafa. Segundo (OKUMA,1998), as pessoas que se encontram em tais situações passam a ser dependentes de outras, perdem sua autonomia e sua qualidade de vida.

A maioria dos indivíduos restritos a cadeira de rodas por causa de uma deficiência física, enfrentam muitas vezes, uma série de obstáculos físicos e interpessoais, na realização das atividades da vida diária (DIOGO, 1997).

A redução da força aliada a instabilidade ou pouco controle postural (0,855), redução da amplitude da passada (0,76) e da velocidade do andar (0,76) têm sido investigadas por Phillips e Haskell (*apud* OKUMA, 1998) enquanto fatores associados à quedas em idosos. Assim faz-se necessário a adaptação das condições físicas do ambiente às capacidades e necessidades dos idosos.

4 – CONCLUSÃO

A Taxonomia I da NANDA (1994, 2000) ainda carece de refinamento que só poderá ser obtido através de muitas pesquisas de validação. Na classificação, as Características Definidoras apontadas para o Diagnóstico Mobilidade Física Prejudicada são genéricas, podendo este problema deixar de ser identificado e portanto, permanecer sem intervenções de Enfermagem até que as evidências sejam tão fortes que não seja mais possível ignorá-las.

No processo de validação clínica realizada em nosso estudo junto a 10 idosos institucionalizados, foram encontradas como características definidoras maiores (índice maior ou igual a 0,80) a diminuição da capacidade de mover significativamente no ambiente, equilíbrio/estabilidade muscular comprometida, redução da capacidade de movimentação, diminuição da amplitude de movimento, flexibilidade diminuída.

As características definidoras menores (índice maior ou igual a 0,5 e menor que 0,8) encontradas pelos validadores foram: amplitude da passada diminuída, velocidade do andar diminuída, presença de deformidades musculoesqueléticas; enfraquecimento muscular/diminuição da força capacidade diminuída para usar o vaso sanitário, capacidade diminuída para sentar na cadeira, capacidade física diminuída para usar meios de transportes,

comprometimento articular/rigidez articular, capacidade diminuída para mover-se significativamente no leito, capacidade física diminuída para banhar-se, portador de deficiência neuro psicomotora.

Dentre as características definidoras que precisam ser melhor estudadas (frequência menor que 0,5 e maior que 0,05) obtivemos: capacidade física diminuída para limpar a casa, lavar roupas, cozinhar, vestir-se, para levar o alimento até a boca, fazer compras e para o autocuidado, presença de contraturas musculares, controle muscular diminuído/ dificuldade de coordenação, instabilidade ou pouco controle postural, restrição dos movimentos devido à dor, massa muscular diminuída, tônus muscular diminuído, portador de paralisia, restrição dos movimentos devido à razões mecânicas.

Com este estudo foram identificadas Características Definidoras que não haviam sido arroladas pela NANDA (1994) e algumas que foram incluídas na versão de 1999-2000 (NANDA, 2000) o que contribui para referendar os esforços do Comitê de revisão de 1998, que culminou com a atual versão (NANDA, 2000).

Com esta pesquisa acreditamos ter contribuído para identificação segura da Mobilidade Física Prejudicada em idosos institucionalizados, o que pode favorecer intervenções precoces. Mediante utilização do protocolo oriundo da validação, as pesquisas na área motora também podem ser favorecidas, além de contribuir para o refinamento deste diagnóstico, visto que o protocolo desenvolvido pode ser usado na Assistência, na Docência e na Pesquisa abrangendo outras clientela além dos idosos.

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, L.A. de O.; BACHION, M.M.. **Protocolo de Validação de Conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem “Mobilidade Física Prejudicada” em idosos**. Apresentado no X S.E.N.P.E. (Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem) Gramado R.S., entre 24-27 de Maio de 1999. Resumo pág.110.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Sistemas de classificação da Prática de enfermagem**: um trabalho coletivo. Telma Ribeiro Garcia, Maria Mirian da L. Nóbrega (organizadoras) Série Didática: Enfermagem no SUS. João Pessoa: Associação Brasileira de Enfermagem; Idéia, 2000. 204p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Projeto de Classificação da Prática em Saúde Coletiva no Brasil**. Brasília: ABEn, 1996. 22p.

ATKINSON, L.D.; MURRAY, M.E. & Cols. **Fundamento de Enfermagem**. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan S.A. 1989.

BACHION, M.M.; ARAÚJO, L.A. de O.; SANTANA, R.F.; DAMACENO, A.P.. **Validação de conteúdo do Diagnóstico de Enfermagem “Mobilidade Física Prejudicada” em idosos**. Apresentado no 51º

Congresso Brasileiro de Enfermagem e 10º Congresso Panamericano de Enfermería. Florianópolis S.C., ENTRE OS DIAS 02 E 07 DE Outubro de 1999.

BACHION, M.N.; ROBAZZI, CARVALHO, E. C. ; VEIGA, E, V. Clientela com alteração cardíacas: perfil diagnóstico elaborado por alunos de Enfermagem. **Rev. Lat. Am. de Enf.** Ribeirão Preto, v.3, n. 2, p. 83-92, julho, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa- CONEP. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília, 1996, 24p.

BREU, C.; DRACUP, K.; WALDEN, J. Integration of nursing diagnosis in the critical care nursing literature. **HEART & LUNG**, v.16, n. 6, part I, p.605-616, 1987.

CORRÊA, C.G.; CRUZ, D. A .L.M. Pain: Clinical Validation with postoperative Heart Surgery Patients. **Nurs. Diag.**, Philadelphia, v.11, n.1, p. 5-14, Jan/Mar 2000.

DIOGO, M.J.D.E. A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n. 1 p.59-64. Jan. 1997.

DUGAS, B.W. **Enfermagem Prática** 4ª edição Rio de Janeiro, RJ.: Editora Guanabara, 1994.

FEHRING, R. Methods to validate nursing diagnosis. **Heart & Lung**, v. 16, n.6, p. 625- 629, 1987.

FREITAS, M.C. de.; GUEDES, M.V.C.; SILVA, L. de F DA. Diagnósticos de Enfermagem em Pós – Operatório de Cirurgias Traumato – Ortopédicas. **R. Enferm. UERJ**, v. 5, n. 2, p. 439 447 dez 1997.

GOIÁS. Secretaria do Planejamento e Desenvolvimento Regional. Superintendência de Estatística, Pesquisa e Informação. **Anuário Estatístico do Estado de Goiás.** Goiânia, 1996.

GORDON, M. **Nursing diagnosis: process and application.** 3 ed. St Louis: Mosby Co, 1994. 421 p.

LOPES, R. A. M.; MACEDO, D. .D; LOPES, M. H. B. de M.. **Diagnósticos de Enfermagem mais freqüentes em uma unidade de internação oncológica.** Rev. Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, 1997.

MARIN, H. de F. O vocabulário em Enfermagem: uma revisão. **Acta Paul Enf.**, São Paulo, v. 9,n.3, p. 68-75, 1996.

MENEGUELHO, A. S. ; DALRI, M. C. B; CARVALHO, E. C; BACHION, M. N. Comunicação prejudicada: fatores relacionados e características definidoras

em pacientes internados com queimaduras. **Rev. Lat. Am. de Enf.** v.4. n. especial, p. 153-172, abril, 1996.

MORAIS, I. B. de; BRAGA, T. G.; SILVA, V. T. S. da. **Princípios básicos de Enfermagem em geriatria: ações preventivas.** 2ª Edição Gráfica Valci Editora LTDA. Brasília – DF, 1995.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA..Definições e classificação 1999-2000. (Trad. Jeanne Liliane M. Michel). Porto Alegre: ARTMED, 2000.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Nursing diagnosis:** definitions & classification 1995-1996. Philadelphia, NANDA, 1994.

NÓBREGA, M. M. L. **Equivalência semântica e análise da utilização na prática dos fenômenos de enfermagem da CIPE-** Versão alfa. São Paulo, 2000. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

OKUMA, S.S. **O idoso e a atividade física:** fundamentos e pesquisa. Campinas, SP: Papyrus, 1998. Coleção Vivacidade

ROCHA, P.C.S. ; MARIA, V.L.R. Excesso de volume de líquidos pulmonares: diagnóstico de enfermagem. **R.Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.4, n. 2, p. 183 190, dez, 1996.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirurgia.** 8ª ed. Rio de Janeiro, RJ.: Guanabara Koogan. 1998

ANEXO I

Protocolo para Validação Clínica do Diagnóstico de Enfermagem “Mobilidade Física Prejudicada” em idosos.

Nome _____ idade _____

Data de Nascimento _____

Dados de interesse _____

Assinale **x** nas evidências que você julga presente na situação

Característica definidora e detalhamento para avaliação

Portador de deficiência neuropsicomotora. ()

Hemiplegia direita () Hemiplegia esquerda ()
Tetraplegia () Paraplegia ()
MSE () MSD ()
Mão ()
MID () MIE ()
Pé ()

Outros: _____

Portador de: deficiência auditiva severa () deficiência visual severa ()

Redução da capacidade de movimentação/Diminuição da amplitude de movimento ().

Flexibilidade diminuída. () Diminuição da elasticidade ()

Dificuldade para :

Movimentar o pescoço : Flexão () Extensão () inclinação lateral direita () inclinação lateral esquerda ()

lateralização direita () lateralização esquerda () rotação 180 ° () rotação 360 °

Movimentar o tronco : Flexão anterior() Flexão lateral direita() Flexão lateral esquerda()

Rotação do tronco ()

Braço D: extensão() hiperextensão() adução() abdução() rotação() circundação()

Braço E: extensão() hiperextensão() adução() abdução() rotação() circundação ()

Antebraço D flexão () extensão () pronação () supinação()

Antebraço E flexão () extensão () pronação () supinação()

Mão D flexão dorsal () flexão palmar () flexão de artelhos () extensão de artelhos ()

Mão D flexão dorsal () flexão palmar () flexão de artelhos () extensão de

artelhos ()

MID Flexão () Extensão () Abdução () Adução () rotação ()

MIE Flexão () Extensão () Abdução () Adução () rotação ()

Pé D Flexão plantar () flexão dorsal () inversão () eversão () rotação ()

Pé E Flexão plantar () flexão dorsal () inversão () eversão () rotação ()

Outros: _____

Comprometimento de articulações/Aumento da densidade e da rigidez da articulação ()

Coluna () cervical () torácica () lombar

MSD Ombro () cotovelo () punho () Mão ()

MSE Ombro () cotovelo () punho () Mão ()

MID* Articulação coxo femural () Joelhos () tornozelos () artelhos ()

MIE* Articulação coxo femural () Joelhos () tornozelos () artelhos ()

Enfraquecimento muscular/ Redução da força do:

Tronco () MSD () MSE ()

Mão D () E ()

MID* () MIE* ()

Pé D () E ()

Outros: _____

Massa muscular diminuída/Atrofia muscular ()

Hemitórax esquerdo () direito ()

MSD () MSE ()

Mão D () E ()

MID () MIE ()

Pé D () E ()

Outros: _____

Tônus muscular diminuído()

Tronco ()

MSD () MSE ()

MID () MIE ()

Presença de contraturas musculares ()

Hemitórax D () E ()

MSD () MSE ()

MID () MIE ()

Presença de deformidades músculo esqueléticas ()

Amputação de membros _____ ()

Anquilose ()

Artrose ()

Pé eqüino ()

Outras: _____()

Capacidade diminuída para mover-se significativamente no ambiente físico ()

- A) Deambula independente () Pequena distância (no quarto, banheiro) ()
- B) Deambula com apoio () Médias distâncias (pátio, pelo abrigo) ()
(de outras pessoas, parede, corrimão)
- C) Andador () Grandes distâncias (mais de uma quadra) ()
- D) Muletas () Outros _____
- E) Cadeiras de rodas ()
- F) Bengala ()
- G) Outros _____

Capacidade diminuída para:

- Subir escadas ()
- Descer escadas ()
- Subir rampas (Marcha ascendente) ()
- Desce rampas (Marcha descendente) ()
- Saltar obstáculo ()
- Abaixar-se fletindo e sustentando-se nos MMII ()
- Estender-se ()
- Outros _____ ()

Amplitude da passada diminuída () .

Velocidade do andar reduzida (marcha).() - caminha 3 metros numa velocidade maior que 10 segundos

Equilíbrio/Estabilidade muscular comprometida.()

Dificuldade de sustentar-se em uma perna D () E ()

Dificuldade para realizar :

Flexão anterior do tronco () Flexão lateral direita do tronco ()

Flexão lateral esquerda do tronco () Extensão do tronco ()

Rotação do tronco ()

Dificuldade para caminhar ao longo de linha reta olhos abertos () olhos fechados ()

Instabilidade ou pouco controle postural ()

Controle muscular diminuído/Dificuldade de coordenação ()

Coluna cervical () Tronco ()

MSD () MSE () Mão D () E ()

MID () MIE ()

Pé ()

Outros:_____

Capacidade diminuída para mover-se significativamente no leito ()

Senta-se no leito com ajuda ()

Deita-se com ajuda/ apoio ()

Levanta-se com ajuda ()

Muda de decúbito no leito com ajuda ()

Capacidade física diminuída para banhar-se ()

Necessita de ajuda parcial para banhar-se (corrimão, cadeira, apoio de pessoas) ()

Necessidade de ajuda total para banhar-se ()

Necessita de ajuda parcial para lavar os cabelos ()

Necessita de ajuda total para lavar os cabelos ()

Capacidade física diminuída para utilizar o vaso sanitário ()

Necessita de ajuda/ apoio parcial para ir ao banheiro ()

Necessita de ajuda total para ir ao banheiro ()

Necessita de ajuda/ apoio parcial para sentar-se no vaso sanitário ()

Necessita de ajuda total para sentar-se no vaso sanitário ()

Necessita de ajuda/ apoio parcial para levantar-se do vaso sanitário ()

Necessita de ajuda total para levantar-se do vaso sanitário ()

Necessita de ajuda parcial para limpar-se ()

Necessidade de ajuda total para limpar-se ()

Capacidade física diminuída para vestir-se ()

Necessita de ajuda parcial para vestir-se ()

Necessidade de ajuda total para vestir-se ()

Necessita de ajuda parcial para calçar-se ()

Necessidade de ajuda total para calçar-se ()

Capacidade diminuída para realizar o auto –cuidado ()

Escovar dentes () Pentear os cabelos ()

Cortar as unhas dos pés () Cortar as unhas das
mãos () Limpar os ouvidos ()

Outros: _____

Capacidade física diminuída para sentar-se em uma cadeira ().

Necessita de ajuda/ apoio parcial para sentar-se ()

Necessita de ajuda total para sentar-se	()
Sustenta-se sentado com apoio	()
Sustenta-se sentado com contenção	()

Capacidade física diminuída para levar o alimento à boca ()
Utiliza talheres mas deixa cair os alimentos ()
Utiliza talheres adaptados não deixa cair os alimentos ()
Utiliza talheres adaptados e deixa cair os alimentos ()
Necessita de ajuda parcial de outra pessoa para levar o alimento à boca ()
Necessita de ajuda total para levar o alimento à boca ()

Capacidade física diminuída para fazer compras ()
Tem dificuldade para carregar pequenos volumes ()
Tem dificuldade para desloca-se na rua ()
Tem dificuldade de usar meios de transporte coletivos ()

Capacidade física diminuída para para cozinhar ()
Dificuldade para picar alimentos ()
Dificuldade de separar/ seleccionar alimentos tipo arroz, feijão para cozinhar ()
Dificuldade para descascar alimentos ()
Dificuldade para mexer os alimentos enquanto cozinham ()
Dificuldade para segurar panelas ou travessas ()

Capacidade física diminuída para limpar a casa ()
Dificuldade para varrer ()
Dificuldade para passar pano úmido no chão ()
Dificuldade para tirar o pó dos móveis

<p>Dificuldade para lavar a louça ()</p> <p>Dificuldade para enxugar a louça ()</p> <p>Dificuldade para esfregar/ lavar o chão ()</p>
<p>Capacidade física diminuída para lavar roupas ()</p> <p>Dificuldade para enxaguar a roupa ()</p> <p>Dificuldade de usar a bucha/ esfregar a roupa ()</p> <p>Dificuldade de torcer a roupa – toalhas, vestidos, calças ()</p>
<p>Capacidade física diminuída para utilizar meios de transporte () .</p> <p>Ônibus () Carro () Perua ()</p>
<p>Restrição dos movimentos devido a dor ()</p>
<p>Restrição dos movimentos impostas por razões mecânicas () (<i>tala, gesso, etc</i>)</p>
<p>Portador de paralisia ()</p> <p>Tronco () MSD () MSE ()</p> <p>Mão ()</p> <p>MID () MIE () Pé ()</p> <p>Outros:_____</p>

AUTORAS

Maria Márcia Bachion - Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Lorena Aparecida de Oliveira Araújo - Aluna do Quinto ano de graduação do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás / Bolsista do PIBIC/ UFG

Ângela Alessandri M. C. Almeida - Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Rosimere Ferreira Santana - Aluna do Quinto ano de Graduação do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

[Topo da página](#)



A Revista Eletrônica de Enfermagem está licenciada sob uma Licença **Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional**.

