



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**  
Relatório de Estágio

**Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa:**  
**Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem**  
**de Reabilitação**

**Júlio Alexandre Belo Andrade Fernandes**

**Lisboa**  
**2018**





**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**  
Relatório de Estágio

**Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa:**  
**Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem**  
**de Reabilitação**

**Júlio Alexandre Belo Andrade Fernandes**

Orientador: Professora Doutora Maria do Céu Sá

**Lisboa**  
**2018**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



## **AGRADECIMENTOS**

Este espaço é dedicado a todos aqueles que deram a sua contribuição para que este trabalho fosse realizado.

Em primeiro lugar agradeço à Professora Doutora Maria do Céu Sá pela forma como orientou este trabalho. As notas dominantes da sua orientação foram a utilidade das suas recomendações e a cordialidade com que sempre me recebeu.

Às Sras. Enfermeiras orientadoras, agradeço o apoio, a partilha do saber e as valiosas contribuições para este trabalho. Acima de tudo, obrigado por me acompanharem nesta jornada e, por estimularem o meu interesse pelo conhecimento na área da enfermagem de reabilitação.

O meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas com quem intervimos, sem eles este percurso não teria sido possível.

À Carolina, agradeço por fazer parte da minha vida e, por todo o tempo que não lhe foi dedicado.

À Ana, a minha alma gémea, obrigado pelo apoio, carinho, AMOR e, por ter tornado os meus dias mais felizes.

Agradeço a todos os amigos que me apoiaram nas horas difíceis, em especial à Diana e à Sara.

E por fim, mas não os menos importantes, agradeço à minha irmã, aos meus Pais e ao meu tio José pelo grande apoio que me deram.

**A todos vós os meus sinceros agradecimentos**

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AVC - Acidente Vascular Cerebral

ACS - Agrupamento de Centros de Saúde

AVD - Atividades de Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

CH - Centro Hospitalar

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

D. - Dona

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ECCL - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

OE - Ordem dos Enfermeiros

p. - Página

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

Sra. - Senhora

SMI - Serviço de Medicina Interna

WHO - World Health Organization

## RESUMO

O desenvolvimento de competências que permitem a obtenção do grau de Mestre e o título profissional de Enfermeiro Especialista é alcançado mediante um processo formativo que inclui um estágio profissional, no qual o estudante deve demonstrar que desenvolveu as capacidades e conhecimentos preconizados.

Neste sentido, iniciámos este percurso com a realização de um projeto de estágio no qual planeámos estratégias e atividades a desenvolver, tendo em conta a resolução de um problema previamente identificado. A área de interesse selecionada foi a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na prevenção de quedas na pessoa idosa.

O fenómeno da queda é um problema de saúde pública, com consequências graves a nível físico e psicológico, contribuindo para a diminuição da capacidade funcional da pessoa e, conseqüentemente da sua qualidade de vida. A nível institucional tem repercussões no aumento do tempo de internamento, dos encargos associados aos recursos humanos, materiais e exames complementares de diagnóstico.

Com a realização deste relatório pretendemos descrever e analisar a intervenção realizada durante o estágio, de modo a minimizar o efeito desta problemática e, desenvolver as competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino para a obtenção do grau de Mestre em articulação com as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros para a atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

O referencial teórico utilizado para fundamentar a nossa atuação foi a Teoria das Consequências Funcionais, desenvolvida por Carol Miller. Na base desta teoria está a intervenção do enfermeiro com o objetivo de maximizar a capacidade funcional da pessoa, promovendo o bem-estar e qualidade de vida da pessoa.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Quedas; Prevenção de acidentes; Pessoa Idosa.

## **ABSTRACT**

The development of competences that allow the achievement of the Master's degree and the professional title of Specialist Nurse is achieved through a training process that includes a professional internship in which the student must demonstrate that he has developed the recommended skills and knowledge.

To accomplish this goal, we started this path with the development of a Project based on a problema identifying and problema solving method. The selected area of interest was the intervention of the rehabilitation nurse specialist in the prevention of falls among the elderly.

Falls are a serious public health problem, with physical and psychological consequences to the person, leading to a decrease of functional capacity and, consequently, quality of life. On an institutional level, they have an impact on the length of hospital stay, in the costs associated with human resources, materials and complementary diagnostic tests.

With this report, we intend to describe and analyze the intervention carried out during the internship, in order to minimize the effect of this problem and to develop the recommended skills in the Dublin descriptors for the 2nd cycle of education aiming to obtain the Master's degree in articulation with the competencies defined by the Nursing Council for the attribution of the professional title of Rehabilitation Nurse Specialist.

The theoretical framework used to support our intervention was the Theory of Functional Consequences, developed by Carol Miller. This theory states that the nurse intervention has the objective of maximizing the person functional capacity, promoting their well-being and quality of life.

**Keywords:** Rehabilitation Nursing; Falls; Accident Prevention; Elderly.

# ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO .....	9
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO TEMA.....	13
1.1. Fatores de risco para a ocorrência de quedas .....	13
1.2. Consequências das quedas .....	13
1.3. Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na prevenção de quedas na pessoa idosa.....	14
2. TEORIA DAS CONSEQUÊNCIAS FUNCIONAIS.....	16
3. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	18
3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista .....	18
3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal .....	18
3.1.2. Domínio da melhoria da qualidade .....	22
3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados.....	25
3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....	31
3.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.....	33
3.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados .....	34
3.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania .....	41
3.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	47
4. AVALIAÇÃO .....	51
5. CONCLUSÃO .....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	59

## APÊNDICES

Apêndice 1 – Projeto de estágio

Apêndice 2 – Póster: Impacto da implementação de um projeto de prevenção de quedas no serviço de medicina interna

Apêndice 3 – Folheto: Pratique exercício físico

Apêndice 4 – Folheto: Prevenção de quedas

Apêndice 5 – Norma de procedimento: Identificação e prevenção do risco de quedas na pessoa em contexto domiciliário

Apêndice 6 – Comunicação: Autonomia e capacitação: Definição e operacionalização

Apêndice 7 – Póster: Autonomia e capacitação

Apêndice 8 – Póster: Consequências da imobilidade

Apêndice 9 – Póster: Andar com auxiliar de marcha

Apêndice 10 – Instrumento de colheita de dados

Apêndice 11 – Plano de cuidados

## ÍNDICE DE FIGURAS

	p.
Figura 1. Intervenção do EEER na Prevenção de Queda na Pessoa Idosa. ....	17



## INTRODUÇÃO

No âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi realizado o presente relatório intitulado *Prevenção de quedas na pessoa idosa: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER)*. Constitui-se como componente de avaliação da unidade curricular de Estágio com relatório, que tem como objetivo descrever e analisar as competências desenvolvidas durante o estágio, relacionando-as com os descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino para a obtenção do grau de mestre, em articulação com as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para a atribuição do título profissional de EEER.

Este relatório deve ser entendido como um instrumento de formação, no qual é descrita e analisada a intervenção do estudante com vista ao desenvolvimento das referidas competências (Alarcão & Tavares, 2007). É uma etapa que teve início com a elaboração do projeto de estágio (Apêndice 1), desenvolvido na unidade curricular Opção II.

Como ponto de partida, importa compreender o conceito de competência, sendo esta conceptualizada como “um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades” (OE, 2003, p.16).

Enquadrado no modelo de desenvolvimento de competências em enfermagem, Benner (2001) considera que os enfermeiros desenvolvem a sua aprendizagem em contextos de grande especificidade e complexidade. Esse desenvolvimento é gradual, progredindo em níveis de eficácia, sendo cada um destes níveis acompanhado de mudança nos aspetos de execução de uma competência. Existe o movimento de um paradigma em que o enfermeiro depende de princípios e regras abstratas para utilizar as experiências anteriores como guia para a sua ação. Ocorre o desenvolvimento da compreensão da situação, que deixa de ser uma compilação de factos, para uma capacidade de análise global da situação. Este processo implica desenvolver competências no tempo, partindo de uma base educacional que interage com uma vastidão de experiências profissionais. É com base nesta evolução que o enfermeiro se transforma num perito, alguém que detém o

conhecimento e o utiliza conjuntamente com a sua experiência e compreensão intuitiva da situação, como suporte à sua ação.

No centro desta teoria, está a noção de que nem todo o conhecimento que os enfermeiros necessitam de aprender, é desenvolvido numa sala de aula, num enquadramento unicamente teórico. Pretende-se que o ensino de Enfermagem como disciplina seja desenvolvido numa perspetiva teórico-prática, enquadrada num contexto reflexivo. É com base neste processo reflexivo que surge o presente relatório de estágio, que tem como área temática a prevenção de quedas na pessoa idosa.

O fenómeno da queda é um grave problema de saúde pública, sendo que em consequência de uma lesão provocada pela queda, anualmente 37.3 milhões de pessoas recorrem aos serviços de saúde e dessas ocorrências, 424.000 têm consequências fatais (World Health Organization [WHO], 2016).

A prevenção de quedas é encarada como um indicador de qualidade em saúde (Montalvo, 2007; WHO, 2008), estando contemplada no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, como um dos objetivos estratégicos (Despacho n.º 1400-A, 2015).

A queda é definida como uma descida rápida do corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical (OE, 2011a).

As quedas têm consequências graves a nível físico e psicológico, contribuindo para a diminuição da capacidade funcional da pessoa e consequentemente da sua qualidade de vida. A nível institucional têm repercussões no aumento do tempo de internamento, dos encargos associados aos recursos humanos, materiais e exames complementares de diagnóstico (Fernandes & Almeida, 2017; Saraiva, Louro, Ferreira, Batista, Pina & Ramalhinho, 2008).

A nível mundial, entre 28% a 42% da população com idade igual ou superior a 64 anos de idade sofre uma queda todos os anos (WHO, 2007). Em Portugal, um estudo realizado por Fernandes e Almeida (2017) identificou a nível hospitalar uma incidência de 5,2 quedas por cada 1.000 camas ocupadas por dia. Estes dados estão em consonância com estudos realizados por Costa-Dias (2014) que verificou em serviços de internamento, incidências de 5,6 e 6,15 quedas por cada 1.000 camas ocupadas por dia.

A escolha do tema do projeto de estágio recaiu sobre este fenómeno, porque a queda tem um impacto negativo para a pessoa, família, comunidade, profissionais de saúde e Serviço Nacional de Saúde.

Nesta área o EEER é perito e a sua intervenção é fundamental, pois a evidência demonstra que as estratégias de prevenção da queda, consistem em programas multidimensionais que eliminem ou minimizem o efeito dos fatores de risco identificados e englobem o treino de força muscular, do equilíbrio corporal e da marcha (Avin et al., 2015; Kwok & Tong, 2014; Kyrdalen, Moen, Røysland & Helbostad, 2014; Taylor et al., 2012).

Foi igualmente considerada, que a intervenção autónoma do EEER a nível da função motora é uma área de investigação muito prioritária para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2014), pelo que pretendemos contribuir para o desenvolvimento da profissão suportando a tomada de decisão relativamente às áreas consideradas mais prementes e necessárias para a Enfermagem de Reabilitação.

Assim, para a realização do estágio delineámos como objetivos gerais *Desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na área motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade e Desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na prevenção de quedas na pessoa idosa.*

Para fundamentar a nossa intervenção durante o estágio, recorreremos à Teoria das Consequências Funcionais, desenvolvida por Carol Miller. Analisando os pressupostos desta teoria e a sua relação com as competências específicas do EEER, consideramos que é uma base adequada para o desenvolvimento deste projeto. De acordo com esta teórica, a pessoa é um ser holístico, na qual devem ser consideradas as dimensões biopsicoespiritual e da funcionalidade. Existem alterações inevitáveis decorrentes do processo de envelhecimento que associadas a fatores de risco originam consequências funcionais negativas. Para intervir com a pessoa, o EEER deve realizar uma avaliação global e implementar intervenções que eliminem ou minimizem o efeito dos fatores de risco identificados, maximizando o potencial funcional, a sensação de bem-estar e a qualidade de vida (Miller, 2012).

O estágio foi realizado em duas fases: A primeira fase decorreu de 25 de setembro a 24 de novembro de 2017, num Centro Hospitalar (CH), Serviço de

Medicina Interna (SMI) e a segunda fase sucedeu-se de 27 de novembro a 9 de fevereiro de 2018, num Agrupamento de Centros de Saúde (ACS), Unidade Cuidados na Comunidade, Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

A nível da organização do relatório, após esta introdução apresentamos o enquadramento conceptual do tema, onde mostramos os resultados da revisão da literatura, de modo a contextualizar e fundamentar a problemática, enquadrando a intervenção do EEER e o modelo teórico que a sustenta. Posteriormente, partindo dos objetivos definidos descrevemos, analisamos e refletimos acerca de como as atividades realizadas em estágio possibilitaram o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER. Seguidamente efetuamos uma avaliação global do percurso realizado, salientando os principais contributos obtidos com a implementação do projeto. Por fim, apresentamos a conclusão, onde realizamos as considerações finais e projetamos o futuro, seguidas das referências bibliográficas consultadas para a realização deste relatório.

## **1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO TEMA**

De modo a desempenhar uma intervenção mais eficaz sentimos necessidade de aprofundar conhecimentos acerca do fenómeno da queda na pessoa idosa, pelo que neste capítulo pretendemos expor esse conhecimento.

### **1.1. Fatores de risco para a ocorrência de quedas**

Para prevenir a ocorrência de queda é fundamental identificar os fatores de risco existentes, pois somente através desse conhecimento é possível intervir, de modo a eliminar ou minimizar a sua influência (Fernandes & Almeida, 2017).

O fenómeno da queda é multifatorial e de grande complexidade, sendo descrito na literatura mais de 400 fatores de risco que usualmente surgem divididos em fatores extrínsecos e intrínsecos (Almeida, Soldera, Carli, Gomes & Resendes, 2012; Secoli, 2010).

A WHO (2007) categoriza os fatores de risco em comportamental, biológico, socioeconómico e ambiental, sendo que da interação destes resulta a queda. Os fatores de risco de ordem comportamental dizem respeito às ações humanas, às escolhas realizadas, constituindo fatores potencialmente modificáveis. Os fatores de risco biológico referem-se às características da pessoa como a idade, sexo, declínio cognitivo e físico, pelo que não são fatores modificáveis. A nível socioeconómico, os fatores relacionam-se com a influência das condições sociais da pessoa. Ainda, os fatores de risco ambiental são potencialmente modificáveis, pois referem-se à interação da pessoa com o ambiente que a rodeia.

### **1.2. Consequências das quedas**

A ocorrência de queda pode ser responsável por consequências físicas, psicológicas, económicas e sociais (WHO, 2007). Na pessoa idosa identifica-se perda de autonomia e de independência, associada a consequências físicas e psicológicas da queda, assim como o aumento do tempo de hospitalização, com consequente acréscimo de custos económicos e sociais (Almeida, Brites & Takizawa, 2011; Carvalho, Luckow, Peres, Garcias & Siqueira, 2011).

Nos sistemas de saúde a ocorrência da queda implica custos económicos devido ao aumento do tempo de hospitalização, com consequente acréscimo de intervenções adicionais e ceticismo relativamente à qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e à responsabilidade dos profissionais (Cintra, Pinto, Sousa, Rosa, Lima & Rodrigues, 2010; Oliver, Healey & Haines, 2010; Simpson, Rosenthal, Cumber & Likosky, 2013).

Nos profissionais de saúde a queda provoca ansiedade, interferindo na confiança e autoestima sempre que uma pessoa sofre lesões resultantes da mesma (Cintra et al., 2010; Johansson, Bachrach-Lindstrom, Struksnes & Hedelin, 2009; Oliver, Daly, Martin & McMurdo 2004; Oliver et al., 2010).

### **1.3. Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na prevenção de quedas na pessoa idosa**

No Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação é descrito que

cada vez mais pessoas sobrevivem a lesões potencialmente fatais (os acidentes de viação e de trabalho, entre outros) e as pessoas com doença crónica vivem mais anos. A necessidade de cuidados de Reabilitação nestas populações está em expansão e constitui um desafio para os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2011b, p.2).

Enquadramos neste desafio a intervenção do EEER com a pessoa idosa em risco de queda. Este profissional “compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” (OE, 2010a, p.1). Para aprofundar conhecimentos acerca da intervenção do EEER na prevenção de quedas na pessoa idosa realizámos uma revisão *scoping*, cujo protocolo pode ser consultado no Projeto de estágio (Apêndice 1).

Os resultados desta revisão indicam que para prevenir a queda o EEER deve realizar com a pessoa uma avaliação multifatorial do risco, que inclua a componente ambiental, força muscular, equilíbrio, marcha, capacidade para realizar as atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (Avin et al., 2015).

De acordo com os fatores de risco identificados devem ser implementados programas de reabilitação que eliminem ou diminuam a sua influência. Estes programas devem incluir o treino de força muscular, equilíbrio, marcha e modificação ambiental (Avin et al., 2015). Estes dados são corroborados por Kyrдалen et al. (2014) que verificaram que um programa de reabilitação desenvolvido para a pessoa idosa, englobando a componente de desenvolvimento do equilíbrio corporal, da força muscular e da marcha, teve impacto positivo a nível da prevenção de quedas, mantendo-se estes resultados numa avaliação realizada 3 meses após a conclusão do programa.

Também Kwok e Tong (2014) constataram que na pessoa idosa a participação num programa de reabilitação que incluía a realização de exercícios de desenvolvimento de força muscular, resistência, equilíbrio corporal e flexibilidade teve impacto a nível da capacidade física, qualidade de vida e redução de quedas.

Taylor et al. (2012) identificaram dados similares aos referidos anteriormente, tendo verificado que um programa de reabilitação que englobou exercícios de alongamento, desenvolvimento de força muscular e um componente de exercício cardiovascular teve impacto na redução de quedas na pessoa idosa.

Avin et al. (2015) concluíram que os profissionais de saúde devem focar a importância da prática de atividade física e capacitar a pessoa para gerir o risco de queda.

Quando avaliamos o risco de queda da pessoa não devemos restringir esse risco a um único agente causal, pois a queda frequentemente resulta de uma interação entre os diversos fatores (Centers for Disease Control and Prevention, 2017; Fernandes & Almeida, 2017; WHO, 2007). A intervenção do EEER na prevenção de quedas da pessoa idosa deve demonstrar a sua visão holística, englobando uma avaliação multifatorial do risco. De acordo com os fatores de risco identificados, devem ser implementadas intervenções que permitam eliminar ou minimizar o seu efeito (Centers for Disease Control and Prevention, 2017; Miller, 2012; National Institute for Health and Care Excellence, 2013).

## 2. TEORIA DAS CONSEQUÊNCIAS FUNCIONAIS

A Teoria das Consequências Funcionais desenvolvida por Carol Miller (2012) foi a escolhida para sustentar o desenvolvimento e implementação do projeto de estágio. Na base desta teoria está a intervenção do enfermeiro com o objetivo de maximizar a capacidade funcional da pessoa, promovendo o seu bem-estar e qualidade de vida. Estes pressupostos foram contemplados pela OE (2010a) como a essência da intervenção do EEER, pelo que a consideramos importante para fundamentar a nossa intervenção.

Esta autora considera que o cuidado de enfermagem deve ter um foco holístico, que abrange as dimensões biopsicoespíritual e da funcionalidade da pessoa, reconhecendo que o bem-estar engloba mais do que a capacidade física (Miller, 2012).

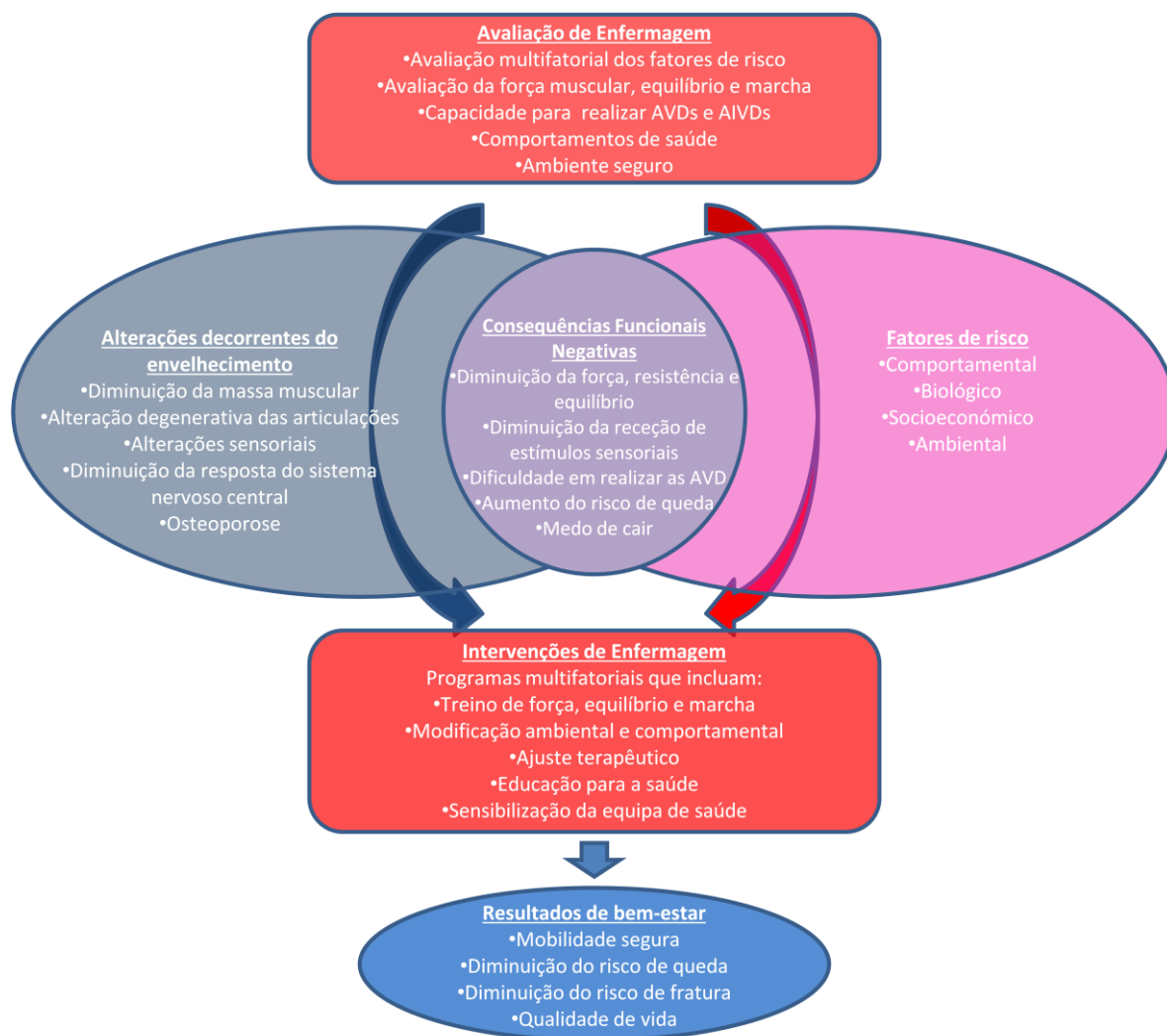
Salienta que o processo de envelhecimento conduz a alterações inevitáveis e que a pessoa experiencia consequências funcionais positivas ou negativas como resultado da interação entre essas alterações e os fatores de risco presentes (Miller, 2012).

Como a maioria das consequências funcionais negativas pode ser alterada, a intervenção do EEER deve focar a eliminação ou minimização dos efeitos dos fatores de risco, maximizando o potencial funcional da pessoa e a sua sensação de bem-estar. Esta intervenção resulta em consequências funcionais positivas, ou seja o resultado permite à pessoa funcionar ao seu melhor nível, apesar da presença das alterações decorrentes do envelhecimento (Miller, 2012).

Miller (2012) foca a prevenção de queda na pessoa idosa considerando-a como uma base fulcral para a manutenção da mobilidade e segurança. A mobilidade é encarada como um dos aspetos mais importantes da função fisiológica, pois é essencial para que a pessoa possa manter a sua independência. Segundo esta autora, as alterações decorrentes do processo de envelhecimento influenciam a mobilidade, mas a influência dos fatores de risco causam maior impacto. Por esta razão, o EEER tem o desafio de compreender este fenómeno, e intervir com o intuito de eliminar ou minimizar o efeito dos fatores de risco e maximizar as capacidades da pessoa de modo a evitar a ocorrência de quedas.

Para estruturar a intervenção com base nos pressupostos desta teoria, nos dados evidenciados com a realização da revisão *scoping* e nos domínios de competência do EEER, realizámos o seguinte esquema (figura 1), no qual está patente a atuação do enfermeiro perante esta problemática.

**Figura 1.** Intervenção do EEER na Prevenção de Queda na Pessoa Idosa.



Como podemos verificar, a queda na pessoa idosa é um fenómeno multifatorial de grande complexidade. Para intervir de modo a minimizar o seu impacto, o EEER tem que realizar uma avaliação multifatorial do risco e implementar intervenções específicas de modo a minimizar ou eliminar a sua ação. O fenómeno deve ser abordado de forma global, sendo a pessoa encarada como um ser em constante interação com os diversos fatores de risco.

### 3. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Com o intuito de possibilitar o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER delineámos como objetivos gerais:

- *Desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na área motora, sensorial, cognitiva, cardio-respiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;*
- *Desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na prevenção de quedas na pessoa idosa.*

Ao longo deste capítulo realizamos a descrição e análise das atividades que permitiram alcançar estes objetivos e conseqüentemente o desenvolvimento das referidas competências.

#### 3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

Para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista delineámos objetivos específicos. De seguida iremos focar as atividades que realizámos de modo à concretização destes objetivos e que permitiram o desenvolvimento das competências.

##### 3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Para desenvolver as competências neste domínio<sup>1</sup> delineámos como objetivo específico, *Desenvolver uma prática profissional mediante processos de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores, normas deontológicas e evidência científica.*

Tendo em conta que a tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores e normas deontológicas, são pressupostos transversais a todo o exercício profissional de enfermagem, é importante referir que foram aspetos aperfeiçoados

---

<sup>1</sup> Neste domínio englobam-se as seguintes competências: Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (A1); Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2).

ao longo do estágio. Na base está o comportamento demonstrado e as decisões tomadas perante as situações de cuidados, refletindo-se no respeito pela pessoa, com a sua dignidade, considerando-a como um ser único, detentor de autonomia, inserido num ambiente com o qual interage (OE, 2002).

Para desenvolver estas competências foi fundamental promover o respeito pelo direito da pessoa ao acesso à informação e à confidencialidade na equipa de enfermagem onde está inserido e promover o respeito à autodeterminação, considerando os seus valores, costumes e crenças.

Esta atuação ficou demonstrada ao longo do estágio através de diversas intervenções, tais como a construção do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação em conjunto com a pessoa e/ou família, facultando informações acerca das vantagens das diferentes intervenções, apoiando na escolha e respeitando a tomada de decisão.

Quando a pessoa não demonstrou capacidade para exercer a sua autonomia, foi fundamental o envolvimento da família, que possibilitou a aquisição de conhecimentos acerca dos valores, costumes e crenças de modo a que as intervenções que implementámos se conjugassem com as suas preferências.

Na base da realização destas atividades está a aplicação dos princípios implícitos no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamento das Competências Específicas do EEER.

A exigência da prática profissional nunca deverá separar-se da ética e do código deontológico da profissão, pois esta relação é uma arte do bem comum para todos (Kitson & Campbell, 1996). Toda a atuação do enfermeiro deve ser sustentada pelo REPE e CDE. Nestes documentos estão enunciados os termos de regulação e suporte da prática profissional (OE, 2015).

Durante o desempenho profissional, alicerçámos a intervenção nos princípios implícitos no REPE e CDE. O assumir a função de futuro perito numa área, implica valorizar ainda mais estes pilares fundamentais da profissão. Ao longo do estágio aperfeiçoámos a nossa intervenção, moldando-a perante as situações do quotidiano da prática de cuidados. Pautámos essa atuação no respeito pela pessoa, pela

dignidade humana e na defesa da sua autonomia e independência, zelando pela proteção dos seus direitos.

A título de exemplo, referimos a nossa intervenção com a Sra. D. M. A. que em consequência do processo de doença em estudo, apresentava diminuição da força muscular e da amplitude articular ao nível dos diferentes segmentos dos membros inferiores, com incapacidade para realizar marcha. Derivado desta limitação é diagnosticado depressão reativa, manifestando anedonia, períodos de labilidade emocional e recusa em realizar as atividades delineadas pelos profissionais de saúde.

Para intervir com a Sra. utilizámos a escuta ativa, a aceitação, a empatia e a clarificação para desenvolver uma relação de parceria, permitindo a reestruturação do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, sendo centrado nas suas necessidades e preferências, resultando na adesão ao tratamento. É esta a essência dos cuidados de enfermagem, “é a relação com o doente que se torna o eixo dos cuidados, no sentido em que é, simultaneamente, o meio de o conhecer e de compreender o que ele tem, mas ao mesmo tempo detém em si própria um valor terapêutico” (Collière, 1997, p.152).

De acordo com o Artigo 102º Dos valores humanos do CDE, o enfermeiro deve “Abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida” (OE, 2015, p.82). No âmago deste dever, está o respeito pela autonomia, a liberdade da pessoa decidir, livre de interferências controladas por outros e livre de limitações pessoais que impeçam escolhas significativas (Tubau & Alibés, 2011). Este princípio permite valorizar o respeito pela tomada de decisão, em que as escolhas são verdadeiramente livres. Encontra-se inteiramente relacionado com a doutrina da dignidade humana e dos direitos humanos fundamentais e como tal, os enfermeiros têm o dever de capacitar a pessoa para o exercer (Fernandes & Vareta, 2018).

Durante a nossa intervenção respeitámos e promovemos o direito à autonomia da pessoa, integrando na prestação de cuidados os seus valores e crenças. Consideramos que a pessoa, como ser detentor de autonomia, deve ser capacitada para definir o seu projeto de saúde e os objetivos a alcançar. Neste aspeto tivemos uma ação preponderante, pois a intervenção potenciou as capacidades da pessoa, permitindo a manifestação da sua autonomia, o desenvolvimento de habilidades que

possibilitaram a independência no autocuidado e a reintegração na comunidade (Martins & Mesquita, 2016). No fundamento desta ação esteve o estabelecer de uma parceria na relação de cuidados, onde a saúde da pessoa passou a ser da sua responsabilidade e não apenas dos profissionais de saúde. Esta concepção não visou desresponsabilizar os profissionais acerca da saúde da pessoa, mas sim, reforçar o seu envolvimento no processo de decisão (McWilliam, Ward-Griffin, Sweetland, Sutherland & O'Halloran, 2001).

Assumindo este princípio, a pessoa deverá ser encarada como parceira no processo de cuidar e ter a possibilidade de escolher os cuidados que pretende receber, ou seja, exercer a sua autonomia de modo a existir uma real adesão às intervenções implementadas. É através desta relação que se efetiva os cuidados centrados na pessoa (Fernandes & Vareta, 2018).

Falar de cuidado centrado na pessoa implica ver a pessoa como parceira no planeamento, implementação e avaliação de cuidados, de modo a certificar-se que o cuidado que recebe é o mais adequado às suas necessidades. Este processo envolve a pessoa e a sua família no centro de todas as decisões (Silva, 2014). Não se trata de dar à pessoa o que ela quer, nem simplesmente fornecer informações, mas sim de considerar as suas preferências, crenças e valores, situação familiar, circunstâncias sociais e estilos de vida. Em suma, ver a pessoa como um ser singular e trabalhar em conjunto com esta para desenvolver respostas adequadas às suas necessidades (Gill, 2013; Sepucha, Levin, Uzogarra, Barry, O'Connor & Mulley, 2008).

Para a sua execução, demonstrámos possuir competências profissionais e pessoais que favoreceram o estabelecimento de uma relação terapêutica, permitindo o desenvolvimento de um ambiente propício aos cuidados, com o estabelecimento de sistemas organizacionais de suporte e tomada de decisão partilhada. Na operacionalização dos cuidados demonstrámos capacidade de lidar com as crenças e valores da pessoa, envolvimento e compromisso com o sujeito de cuidados, empatia, colaboração na tomada de decisão e satisfação das necessidades através de uma abordagem de cuidados holística, emergindo assim o cuidado centrado na pessoa. Como resultado surgiu um maior envolvimento desta nos cuidados, a decisão partilhada foi concretizada, aumentando a satisfação com os cuidados prestados (McCormack & McCance, 2006; McComarck et al, 2015).

### 3.1.2. Domínio da melhoria da qualidade

Com vista ao desenvolvimento de competências neste domínio<sup>2</sup> delineámos como objetivo específico, *Dinamizar programas de melhoria contínua da qualidade desenvolvidos nos serviços*.

Para desenvolver competências ao nível da melhoria da qualidade revelou-se fundamental aprofundar conhecimentos, pelo que realizámos a consulta de normas, protocolos e projetos desenvolvidos nos serviços, assim como pesquisas bibliográficas na área da qualidade na prestação de cuidados, no âmbito da prevenção da queda na pessoa idosa e aplicação dos princípios de gestão de um ambiente seguro na prestação de cuidados.

Destacamos como atividades realizadas o contributo para os projetos de melhoria contínua da qualidade no âmbito da prevenção de queda na pessoa idosa, de sessões de formação em serviço e de educação para a saúde.

No SMI existem diversas iniciativas de melhoria contínua da qualidade, dos quais realçamos pela temática o projeto de *Prevenção de quedas na pessoa internada*. Os enfermeiros do SMI assumiram que as quedas podiam ser prevenidas, através de um processo de aprendizagem e capacitação para reestruturar as práticas clínicas. Desenvolveram este projeto, que permitiu estruturar e sistematizar os seus cuidados, baseando-se na evidência científica, o que contribuiu para a melhoria da prestação de cuidados de saúde, enfatizando a prevenção de quedas e a promoção da segurança da pessoa internada.

Colaborámos no desenvolvimento deste projeto, ao realizar a avaliação da presença de fatores de risco para a ocorrência de queda na pessoa idosa, planeámos e implementámos intervenções de enfermagem de reabilitação de modo a eliminar ou minimizar o efeito desses fatores e procedemos à avaliação da sua eficácia.

O CH, na sequência do processo de acreditação pelo Caspe Healthcare Knowledge Systems – Healthcare Accreditation and Quality Unit, implementou um sistema de avaliação da qualidade dos cuidados em saúde, que contempla a gestão

---

<sup>2</sup> Neste domínio incluem-se as seguintes competências: Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1); Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade (B2); Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro (B3).

de risco clínico e geral. Este método de trabalho permite avaliar a qualidade e o risco inerente aos cuidados em saúde (Fernandes, 2015).

Com o intuito de desenvolver competências no domínio da melhoria da qualidade e da gestão de cuidados, participámos nas auditorias de gestão de risco clínico e geral e do projeto *Prevenção de quedas na pessoa internada*. Para participar nestas auditorias, foi fulcral o conhecimento adquirido acerca da prevenção de queda na pessoa idosa, aquando da realização do projeto de estágio, permitindo demonstrar uma visão diferenciada perante os projetos implementados e ter uma atuação mais competente, com base na evidência.

Estas auditorias possibilitaram desenvolver aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados, competências na gestão e supervisão de processos de melhoria da qualidade, aquisição de conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade, definir e utilizar indicadores de resultado e divulgar a experiência avaliada, através da publicação de um artigo em formato póster na revista *Cuid´arte* (Apêndice 2).

Este póster foi realizado na sequência de uma solicitação do CH aos serviços nos quais estão implementados projetos de melhoria contínua da qualidade. Na sua elaboração descrevemos os resultados obtidos na auditoria, tendo por base os indicadores sugeridos pela OE para o resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde (OE, 2007). De salientar, que fomos premiados com o segundo lugar para melhor divulgação de projeto e selecionados para publicação pela referida revista.

Todos os profissionais de saúde devem encarar a segurança da pessoa como uma preocupação, um objetivo e uma obrigação prática. Para tal, é expectável que estes possuam competências para a promover em todos os momentos da prestação de cuidados (Fernandes & Vareta, 2018). Pelo seu nível de complexidade e pelas atividades que envolve, a prestação de cuidados de saúde engloba um grau de risco ponderável, que nunca será nulo, mas é fundamental assegurar à pessoa o maior nível de segurança possível (Fernandes & Almeida, 2017).

Na ECCI participámos no projeto *Há Saúde no Mercado*. Este projeto tem como finalidade promover a capacitação dos cidadãos, através da realização de sessões de educação para a saúde, bimensalmente num supermercado e no Mercado Municipal.

Tendo em conta que uma das temáticas a abordar foi a prática de exercício físico, participámos no desenvolvimento destas sessões, realizando a transposição para o nosso tema de estágio, avaliando o risco de queda da pessoa e sensibilizando-a para os fatores de risco identificados, assim como, a importância do exercício físico para a manutenção do bem-estar. Desenvolvemos dois folhetos informativos, com foco na prática de atividade física (Apêndice 3) e na avaliação do risco de queda e na sua prevenção (Apêndice 4), os quais foram disponibilizados durante a realização das sessões de educação para a saúde.

O planeamento destas sessões foi bastante enriquecedor, permitindo transferir um raciocínio do domínio teórico para o domínio operacional, que resultou numa intervenção multidimensional. Para a sua execução procedemos à articulação com parceiros na comunidade, nomeadamente a Câmara Municipal e o supermercado que disponibilizaram o espaço físico onde foram realizadas as sessões. Outro parceiro com o qual nos articulámos, foi o Centro Social Paroquial, que organizou o transporte de pessoas idosas, utentes da sua instituição. Estas pessoas cooperaram na sessão de educação para a saúde efetuada no Mercado Municipal, através da participação numa aula de exercício dirigido para a manutenção e desenvolvimento do equilíbrio.

A participação nesta atividade complementou de forma muito importante o objeto de estudo definido neste projeto, pois os cuidados de enfermagem dirigem-se não só à reabilitação da pessoa doente, mas também a todas as condições que favorecem o seu bem-estar e qualidade de vida (Miller, 2012).

Na ECCI desenvolvemos a norma de procedimento para identificação e prevenção do risco de quedas da pessoa em contexto domiciliário (Apêndice 5). Esta norma permitiu sistematizar e uniformizar a intervenção da equipa de enfermagem com a pessoa com risco de queda. Como complemento à elaboração desta norma, desenvolvemos um guia orientador para a avaliação dos fatores de risco de queda, considerando a visão implícita na teoria das consequências funcionais, desenvolvida por Miller (2012).

Consideramos que cabe ao enfermeiro especialista identificar as lacunas na atuação da equipa de enfermagem e intervir de modo a minimizá-las. A sua atuação deve envolver “as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e

levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem” (OE, 2010b, p.2). Assim, ao identificarmos uma lacuna na intervenção com a pessoa com risco de queda, elaborámos estes documentos que sistematizam o método de atuação da equipa de enfermagem, pois como futuros peritos temos esse dever.

No processo de melhoria da qualidade dos cuidados os enfermeiros especialistas têm uma intervenção fundamental, pois devem desenvolver sistemas de liderança com a intenção de sensibilizar, responsabilizar e capacitar os restantes profissionais em prol da segurança da pessoa (Fernandes & Almeida, 2017).

### 3.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

Para desenvolver as competências neste domínio<sup>3</sup> planeámos como objetivo específico, *Desenvolver competências de gestão de recursos humanos e coordenação de cuidados de enfermagem.*

Neste estágio demonstrámos a capacidade de realizar a avaliação global da pessoa, das suas habilidades e necessidades. Existiu uma visão holística, englobando a pessoa como um todo, em interação com o seu ambiente (Miller, 2012). Foi com base nessa avaliação que planeámos os cuidados de saúde e que realizámos as referenciações para os restantes elementos da equipa multiprofissional.

A gestão de recursos humanos e a coordenação de cuidados implicam uma adequada articulação com outros profissionais ao nível das equipas de saúde intra e inter-instituições. Para o desenvolvimento destas competências destacamos como atividades realizadas, a avaliação das necessidades da pessoa, a colaboração nas decisões da equipa multiprofissional e a referenciação para outros profissionais de saúde. Estas intervenções permitiram-nos gerir os cuidados de enfermagem em função dos recursos existentes e das necessidades da pessoa e família, orientando a decisão relativa às tarefas a delegar e envolvendo os elementos da equipa de enfermagem na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

---

<sup>3</sup> Neste domínio englobam-se as seguintes competências: Gere os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional (C1); Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (C2).

Como exemplo, destacamos a nossa intervenção com a Sra. D. M. M., internada no SMI, que reside sozinha no primeiro andar de um prédio sem elevador. Devido à diminuição da força muscular e da amplitude articular a nível do membro inferior direito era incapaz de subir e descer escadas, pelo que foi equacionada a referenciação para uma unidade de convalescença da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), de modo a continuar o programa de reeducação funcional motora após a alta hospitalar, tendo a Sra. recusado esta opção. Com o objetivo de respeitar a autonomia da pessoa e capacitá-la para a reinserção e exercício da cidadania, articulámos com a equipa médica para prolongar o internamento por um período de 5 dias, de modo a maximizar a capacidade funcional para subir e descer escadas. Discutimos o plano de reabilitação com a equipa de medicina física e reabilitação para que fosse otimizado, possibilitando a realização de treino de reeducação funcional motora em ginásio. Articulámos também com os EEER e a restante equipa de enfermagem para que fossem prestados cuidados de reabilitação no turno da manhã e da tarde. Por último, existiu a articulação com o EEER da ECCI da área de residência da pessoa, permitindo assegurar a continuidade de cuidados após o regresso a casa.

Com base nesta intervenção demonstrámos capacidade para elaborar um plano de reabilitação em parceria com a pessoa, respeitando a sua autonomia, pois esta tem direito a decidir acerca do seu projeto de vida. Nesta intervenção também ficou patente a capacidade para otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão e potenciar o trabalho da equipa multiprofissional adequando os recursos existentes às necessidades de cuidados.

Destacamos como ponto fulcral da nossa intervenção a avaliação do ambiente, sendo este considerado como as condições externas à pessoa que influenciam as dimensões biopsicoespiritual e da funcionalidade da pessoa (Miller, 2012). Neste caso, o ambiente era potencialmente limitador da funcionalidade da pessoa e a nossa intervenção permitiu a capacitação para lidar com este obstáculo e regressar a casa mantendo o seu bem-estar e qualidade de vida.

Outra atividade fundamental para o desenvolvimento desta competência foi a participação nas reuniões da equipa multiprofissional, onde assumimos a função de transmitir as necessidades de cuidados da pessoa, permitindo com estes dados estabelecer um plano de intervenção.

Em relação à dinâmica estabelecida com a equipa de enfermagem, salientamos que foi facilitada pelo facto de esta equipa ter na sua constituição EEER, que desempenham a sua intervenção exclusivamente na área de reabilitação e apoio à gestão do serviço. Estes enfermeiros são encarados pela equipa como peritos, alguém que detém conhecimento profundo acerca de um dado domínio e sabe quando, como, onde e porquê deve utilizar esse conhecimento (Nunes, 2010). Inerente a este facto, salientamos que com o decorrer do estágio ao assumir a intervenção de EEER, também recebemos solicitações de assessoria por parte dos enfermeiros de cuidados gerais, que encararam a nossa presença como uma mais valia e procuraram validar a sua intervenção. A título de exemplo referimos a validação para a avaliação da disfagia e posicionamento da pessoa com experiência de acidente vascular cerebral (AVC) e a otimização da ergonomia aquando da técnica de transferência.

Apesar de não ter sido uma atividade planeada no projeto de estágio, recebemos o convite da Sra. Enfermeira Chefe do SMI, para participar nas reuniões do Grupo de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação. O objetivo destas reuniões centra-se em discutir e dinamizar as atividades dos EEER no CH. Atualmente, devido ao crescente número de EEER que trabalham no CH, estes enfermeiros encontram-se a estruturar um projeto que possibilite integrar a sua presença nas dotações das diferentes equipas de enfermagem.

Inserido nesta atividade foi-nos solicitado, pela Sra. Enfermeira Chefe do SMI, a realização dos cálculos de dotações de enfermeiros generalistas e EEER para a sua equipa, de modo a assegurar os cuidados gerais de enfermagem e os cuidados de enfermagem de reabilitação nos turnos da manhã e tarde.

Em ambos os locais de estágio realizámos a gestão dos planos de cuidados das pessoas às quais prestámos cuidados de enfermagem de reabilitação. Também realizámos registos de enfermagem em SClínico<sup>4</sup> e na plataforma da RNCCI. A informação que transmitimos nos registos foi escrita de forma clara e objetiva, de modo a não suscitar dúvidas ou outras interpretações a quem os consulta.

Os registos de enfermagem devem permitir a avaliação dos cuidados prestados, sendo considerados um documento jurídico que assegura a proteção legal para a

---

<sup>4</sup> O SClínico é um sistema de informação evolutivo, desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, que nasce da vasta experiência com duas anteriores aplicações: o Sistema de Apoio ao Médico e o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem.

pessoa cuidada e para o profissional que os redigiu (Phaneuf, 2001). É através da sua realização que o enfermeiro assegura a sua autonomia (Silva, 2010).

Considerando que o planeamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação tem como objetivos melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa (OE, 2010a), inclui necessariamente a articulação com os restantes elementos da equipa multiprofissional, para assegurar a continuidade de cuidados e perspetivar a alta (Miller, 2012).

Nos deveres relativos à excelência do exercício, artigo 109.º do Estatuto da OE está contemplado que o enfermeiro tem que “Garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos” (OE, 2015, p.86). Neste domínio a Direção-Geral da Saúde (2017) considera que a continuidade de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados.

Ser enfermeiro implica saber interagir com outras pessoas. Este profissional tem como uma das bases do seu trabalho as relações humanas, sejam elas com a pessoa, os seus familiares ou com a própria equipa multiprofissional. Na prática de enfermagem a comunicação assume-se como um instrumento fundamental para a sua intervenção (Fernandes & Vareta, 2018).

Com o decorrer do estágio, identificámos que a comunicação foi um fator fulcral para o desenvolvimento da nossa prática de cuidados e também para assumir a sua liderança junto da equipa multiprofissional. Comunicar de forma eficaz é uma capacidade que o EEER deve dominar, pois irá influenciar diretamente a sua prática junto da pessoa e também a nível da liderança na equipa de enfermagem. É exigido para além dessa capacidade, o domínio de conhecimentos na sua área de intervenção, pois ao assumir a função de EEER estamos a avocar a função de perito.

A comunicação influencia a confiança estabelecida entre os profissionais, o nível de respeito, compreensão e cooperação, permitindo integrar as diferentes habilidades individuais, transformando-a numa capacidade coletiva para prestar cuidados de saúde de um modo mais eficiente e efetivo (Abreu, Munari, Queiroz & Fernandes, 2005).

Um dos aspetos que consideramos importante para o desenvolvimento desta competência foi o facto de demonstrarmos a capacidade de escolher e adaptar as metodologias de trabalho mais eficazes para intervir junto da pessoa, permitindo o envolvimento dos restantes elementos da equipa na prestação de cuidados de enfermagem. Através desta atuação cultivámos o espírito da reabilitação nos membros da equipa, motivando-os para a análise das situações (Hesbeen, 2003).

Na interação com os diversos elementos da equipa multiprofissional, procurámos estabelecer uma relação de parceria, tendo como fundamento o respeito pelo domínio de funções de cada técnico. Esta postura possibilitou assumir a organização e coordenação dos cuidados de reabilitação à pessoa.

Durante a prática de cuidados a nossa intervenção foi articulada com outros profissionais de saúde, nomeadamente os fisioterapeutas, onde se revelou o respeito pelo domínio de funções e a comunicação eficaz, permitindo ajustar os planos de cuidados no sentido de possibilitar a continuidade dos mesmos e a complementaridade da intervenção.

A eficácia de uma equipa manifesta-se pela capacidade que os diferentes profissionais que a compõem demonstram face aos recursos que dispõem, de modo a dar resposta às necessidades da pessoa, numa verdadeira combinação de competências (Hesbeen, 2003). Esta interação tem como objetivo promover a continuidade de cuidados, permitindo que haja suporte dos serviços de saúde às necessidades evidenciadas pela pessoa e família, após o regresso a casa (Turner, Gardner, Staples & Chapman, 2008).

Enquadrando a intervenção do EEER nos pressupostos da teoria das consequências funcionais, o enfermeiro tem uma perspetiva global das capacidades e necessidades de cuidados da pessoa, o que o coloca numa posição privilegiada para assumir o papel de gestor de cuidados. Este deve avaliar as necessidades imediatas e a longo prazo da pessoa e família, assumindo em conjunto, decisões acerca do planeamento e implementação dos cuidados (Miller, 2012).

Na gestão de cuidados fomentámos a comunicação e colaboração entre os membros da equipa multiprofissional (Hoeman, 2000), tendo em consideração a prestação de cuidados centrados na pessoa. Mobilizámos os recursos humanos e coordenámos os cuidados de enfermagem, englobando a família como membro da equipa de cuidados.

A rede de suporte da pessoa inclui um grupo de atores não profissionais que são abrangidos pelo processo de reabilitação (Hesbeen, 2003). Intervir com a família constitui um desafio para o EEER, que deve considerá-la como parceira na prestação de cuidados e simultaneamente alvo desses cuidados.

De referir que o facto de realizar o estágio em dois contextos de cuidados diferenciados, mas com a mesma área geográfica de abrangência, possibilitou identificar a continuidade de cuidados, no entanto constatámos dificuldades nessa continuidade, pois as pessoas que cuidámos a nível hospitalar foram referenciadas para a RNCCI com o intuito de ser integradas nas unidades de internamento. Após a alta hospitalar, devido a indisponibilidade de vaga nessas unidades, a pessoa retorna ao domicílio, sendo que neste interregno deveria ser realizada uma referenciação para a equipa da ECCI<sup>5</sup>.

A situação identificada constitui uma dificuldade com repercussões na continuidade do processo de reabilitação da pessoa. Existem recursos disponíveis que devem ser utilizados. Após a alta clínica, caso a pessoa regresse ao domicílio para aguardar a integração nas unidades de internamento da RNCCI, esta deve ser acompanhada por uma equipa multiprofissional, de modo a dar continuidade ao processo de reabilitação.

Consideramos que a referenciação deve ser encarada como uma continuidade e planeamento futuro dos cuidados proporcionados à pessoa, permitindo que o processo de reabilitação, que teve início no contexto hospitalar, tenha continuidade a nível comunitário. Para assegurar esta continuidade, deve ser efetuada a referenciação da pessoa para a unidade de internamento da RNCCI, com solicitação de acompanhamento pela ECCI até se verificar a resolução da situação.

---

<sup>5</sup> As equipas da ECCI prestam “serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença” (Decreto-Lei nº 101, 2006, p. 3862).

#### 3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Com vista o desenvolvimento de competências neste domínio<sup>6</sup> delineámos como objetivo específico, *Desenvolver uma prática profissional mediante processos de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores, normas deontológicas e evidência científica.*

Consideramos que os domínios de competências comuns do enfermeiro especialista se interligam, pois têm na sua essência uma base transversal que permite um desenvolvimento conjunto.

Segundo a OE (2010b, p.2) o enfermeiro especialista detém

um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

O processo de reflexão que realizámos acerca da tomada de decisão possibilitou-nos desenvolver competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A reflexão sobre a prática permitiu consciencializar acerca do porquê da nossa ação perante determinada situação. Possibilitou equacionar várias hipóteses, priorizar e deliberar sobre o que é mais adequado, indo ao encontro das necessidades da pessoa, respeitando os seus direitos e valores (Nunes, 2006).

Para aprofundar o nível de reflexão recorremos à supervisão das Sras. Enfermeiras orientadoras e da Sra. professora, o que nos permitiu refletir e fundamentar sobre as nossas ações e os motivos que nos levaram a agir de determinada forma.

Consideramos que associada à tomada de decisão, emerge inevitavelmente a responsabilidade profissional para com a pessoa e família. A tomada de decisão tem que ser refletida, responsável e orientada pelos valores e princípios delineados no CDE e do REPE, pois tem implicações na autonomia profissional do enfermeiro especialista.

É através da tomada de decisão que se desenvolvem as ações, logo é fulcral saber refletir acerca desse processo. A capacidade de refletir é uma condição *si ne*

---

<sup>6</sup> Neste domínio incluem-se as seguintes competências: Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade (D1); Baseia a sua *praxis* clínica especializada em sólidos e validos padrões de conhecimento (D2).

*qua non* para que o enfermeiro se torne perito. O valor atribuído à reflexão intencional acerca da ação possibilita construir conhecimento em enfermagem. No âmago deste processo está o aprender com base na consciência dos pressupostos inerentes à tomada de decisão. É nessa capacidade de pensar a ação, que surge o fundamento para a evolução da prática e para a melhoria contínua da qualidade do desempenho profissional (Fernandes & Vareta, 2018).

Consideramos que a aprendizagem realizada durante este estágio foi sustentada pelo questionar da prática. Esta reflexão permitiu desafiar a nossa intervenção, transformando a ação. Na essência deste processo esteve a tomada de consciência implícita no agir, no pensamento, nas crenças e nos valores.

No pensamento reflexivo existe a modificação de conceitos que vão servir de guia a novas experiências, transformando a aprendizagem num processo cíclico, com o intuito de recriar uma construção interna da situação. Esta atuação permite a aquisição de novos significados, visualizar outras formas de agir, num quadro de dinâmica formativa que possibilita a ativação de experiências anteriores e a integração de novos conhecimentos (Grazzola, Stefano, Thériault, & Audet, 2014).

Um outro aspeto que consideramos fundamental para a prestação de cuidados de qualidade à pessoa prende-se com o facto do enfermeiro especialista possuir um padrão de conhecimentos sólidos e válidos. Este enfermeiro para agir tem que “ser capaz de em cada situação de cuidados usar a evidência em função do bem do outro, protegendo a sua vulnerabilidade e respeitando os seus valores e expectativas” (Botelho, 2010, p.1). É através do reconhecimento dos direitos e valores universais e constitucionais, bem como o apreço pelos princípios éticos, morais e respetivo código deontológico, associado a um profundo conhecimento científico e experiência profissional que se assume o nível de perito (Fernandes & Vareta, 2018).

Avocar uma prática baseada na evidência é fundamental para o exercício profissional do enfermeiro especialista, pelo que durante o estágio procurámos desenvolver conhecimentos, quer pela realização de pesquisas de artigos em bases de dados científicas e leitura de obras de referência no domínio pretendido, quer por esclarecimentos com as Sras. Enfermeiras orientadoras e Sra. professora. Estas intervenções permitiram-nos aprofundar o nível de conhecimentos, fundamentar a prática de cuidados e suportar as atividades formativas que realizámos.

Para aplicar os conhecimentos provenientes dessa evidência, atuámos como dinamizadores e gestores da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática, através da participação nas XXIV Jornadas de Medicina Interna do CH, com a comunicação sobre o tema *Autonomia e Capacitação – Definição e Operacionalização* (Apêndice 6).

Elaborámos quatro pósteres, um dos quais teve como intuito divulgar os resultados da auditoria do projeto de melhoria contínua da qualidade implementado no SMI e para tal recorreremos aos indicadores de resultado sugeridos pela OE.

Outro póster abordou a temática da *Autonomia e capacitação*, sendo apresentado nas 3<sup>as</sup> Jornadas de Enfermagem do CH (Apêndice 7).

Os restantes pósteres foram realizados após a identificação de uma lacuna na intervenção da equipa de enfermagem. Focaram como temáticas as *Consequências da imobilidade* (Apêndice 8) e o *Andar com auxiliar de marcha* (Apêndice 9), sendo apresentados à equipa de enfermagem em momentos informais durante as passagens de turno, e ficado afixados nos corredores do SMI para consulta posterior.

Ainda no desenvolvimento deste domínio de competências, ao nível da ECCI estruturámos a norma de procedimento para identificação e prevenção do risco de queda e dois folhetos informativos, focando a prática de atividade física e a avaliação do risco de queda e a sua prevenção.

### **3.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação**

No contexto da definição de Padrões de qualidade em enfermagem de reabilitação, a OE (2011b, p.3) refere que a intervenção do EEER “traz ganhos em saúde em todos os contextos da prática, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia.” Este enfermeiro

concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa (OE, 2010a, p.1).

Tendo em conta a intervenção do EEER, compreendemos que as atividades que realizámos não são exclusivas de um domínio de competência. Existe uma transversalidade entre os diferentes domínios, pois ao intervir com a pessoa podemos cuidar, capacitar para a reinserção e exercício da cidadania e também maximizar a funcionalidade.

Em seguida iremos focar as atividades que realizámos, de modo à obtenção dos objetivos que permitiram o desenvolvimento das competências específicas do EEER.

### 3.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

Para desenvolver as competências neste domínio<sup>7</sup> delineámos como objetivo específico, *Cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida*.

Segundo a teoria das consequências funcionais a promoção do bem-estar deve incluir uma intervenção de enfermagem, que contemple as dimensões biopsicoespiritual e da funcionalidade da pessoa. Cada pessoa é encarada como um ser único, no qual as diferentes dimensões estão interligadas (Miller, 2012).

Para intervir de acordo com os pressupostos desta teoria, avaliámos a pessoa no seu contexto particular, tendo em atenção as interações que esta estabelece com o ambiente onde está inserida. A avaliação focou a pessoa de forma holística, enquadrando a sua situação atual com a história de vida. Com base nesta avaliação, identificámos em parceria com a pessoa os resultados esperados, planeámos e implementámos as intervenções de enfermagem de reabilitação com o intuito de aumentar a sensação de bem-estar e a qualidade de vida.

A avaliação inicial é de extrema importância, pois permite compreender, fundamentar e estabelecer as prioridades de implementação dos cuidados de enfermagem. Para a sua implementação o enfermeiro recorre não só à pessoa, mas também a todos os recursos ao seu dispor, incluindo a família. Esta avaliação deve

---

<sup>7</sup> Neste domínio englobam-se as seguintes competências: Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades (J1.1); Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto-controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade (J1.2); Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade (J1.3); Avalia os resultados das intervenções implementadas (J1.4).

ser realizada à luz de um modelo conceptual de enfermagem, para permitir a sua integração numa linha orientadora de prestação de cuidados (Simões & Simões, 2007). Para efetuar uma apreciação inicial o EEER deve utilizar instrumentos que permitam realizar uma avaliação sistematizada da pessoa. Estes instrumentos devem “medir a incapacidade, monitorizar os progressos, melhorar a comunicação, medir a eficácia do tratamento e documentar os benefícios das intervenções de reabilitação” (Kelly-Hayes, 2000, p.163).

Para realizar a avaliação inicial desenvolvemos um instrumento de colheita de dados, considerando os pressupostos da teoria das consequências funcionais (Apêndice 10). Este instrumento contempla diversos indicadores de avaliação como a identificação da pessoa, história de vida, história de doença atual, antecedentes pessoais e avaliação neurológica que inclui a avaliação do estado mental, dos pares cranianos, da motricidade, da sensibilidade, do equilíbrio e da marcha.

Para avaliar a motricidade recorreremos à aplicação de escalas. A força muscular foi avaliada em todos os movimentos dos vários segmentos corporais utilizando a Escala Medical Research Council, assim como o tónus muscular para o qual recorreremos à Escala Modificada de Ashworth. Para avaliar a amplitude articular adaptámos o instrumento Range of Joint Motion Evaluation e para avaliar a coordenação motora recorreremos à prova índex-nariz e à prova calcanhar-joelho.

O equilíbrio corporal foi avaliado através da aplicação da Escala de Equilíbrio de Berg.

Para avaliar a marcha, quando estruturámos o projeto de estágio não contemplámos a aplicação de uma escala. No entanto, durante a operacionalização sentimos necessidade de utilizar um instrumento que nos permitisse avaliar com objetividade, pelo que recorreremos à Escala de Tinetti.

De modo a avaliar a funcionalidade recorreremos à utilização da Escala de Medida de Independência Funcional. Para compreender o impacto da restrição da funcionalidade no quotidiano da pessoa, estruturámos a tabela de manifestação das limitações da funcionalidade a nível da realização das AVD e AIVD.

Para avaliar a promoção do bem-estar ao nível das diferentes funções definidas por Miller (2012), adaptámos o instrumento da teoria das consequências funcionais. Este descreve, por função, as alterações espectáveis decorrentes do

envelhecimento e as suas consequências funcionais negativas. Com base nestes indicadores realizámos a avaliação da pessoa.

Para efetivamente enquadrar a nossa intervenção de acordo com a teoria das consequências funcionais, foi fundamental a avaliação do ambiente. Miller (2012) considera que o ambiente são todas as condições externas à pessoa que influenciam as dimensões biopsicoespiritual e da funcionalidade. Tendo em conta esta visão e o tema do nosso projeto, estruturámos um guia de avaliação da segurança do ambiente. Este instrumento facilitou a avaliação dos aspetos relacionados com a habitação da pessoa, que podem constituir fatores de risco para a ocorrência de quedas.

A avaliação da nossa intervenção a nível da prevenção de queda, foi complementada recorrendo à aplicação da escala de Escala de Quedas de Morse, *Time Up and Go Test*, o *30-Second Chair Stand Test* e a *Falls Efficacy Scale International* - versão portuguesa.

A escolha recaiu sobre estes instrumentos de avaliação, pois permitem recolher dados pertinentes que possibilitam fundamentar a tomada de decisão do EEER, contribuindo também, para ter uma visão holística da pessoa, tendo em conta a sua singularidade, uma vez que nos levaram a compreender quais as dimensões afetadas, as consequências funcionais negativas e os aspetos que constituíam fatores de risco para a pessoa.

Para o preenchimento, consultámos previamente o processo clínico e colhemos dados através da entrevista à pessoa e cuidador. Estas intervenções possibilitaram aprofundar conhecimentos acerca da situação clínica e história pessoal, assim como, avaliar a funcionalidade e identificar as necessidades de intervenção.

O recurso a diferentes instrumentos de avaliação, possibilitou detetar com rigor, as alterações atuais e potenciais a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação e da eliminação. Com fundamento nesta avaliação também conseguimos identificar a capacidade funcional da pessoa para realizar as AVD.

A utilização destes instrumentos foi útil na avaliação inicial, mas também ao longo da nossa intervenção, como forma de comparar a evolução da pessoa, evidenciando os ganhos em saúde.

Após a avaliação inicial, discutimos com a pessoa e família as alterações da função que identificámos, bem como os fatores de risco. Definimos em parceria as estratégias a implementar de forma a promover o bem-estar e a qualidade de vida, e os resultados esperados. Concebemos e implementámos planos de cuidados, selecionando e prescrevendo as intervenções que permitiram otimizar ou reeducar a função alterada, assim como eliminar ou minimizar o efeito dos fatores de risco presentes.

Posteriormente, procedemos à monitorização da eficácia das intervenções implementadas, otimizando-as em função dos resultados evidenciados.

De referir que todas as intervenções que planeámos foram previamente discutidas com as Sras. Enfermeiras orientadoras. Também tivemos oportunidade de discutir com a Sra. professora os processos de enfermagem que desenvolvemos ao longo do estágio.

Como exemplo destacamos a nossa intervenção com a Sra. D. M. H. (Apêndice 10 e 11), internada no SMI, com diagnóstico de AVC isquémico à direita, com hemianópsia homónima à esquerda. Anteriormente à data de entrada no CH realizava as AVD de forma independente, residia com a filha e frequentava um centro de dia das 8h00 às 17h00, de segunda à sexta-feira. Devido à incapacidade para realizar as AVD de forma independente a família referiu que não conseguia prestar os cuidados necessários à Sra.

A nossa intervenção contemplou a avaliação da funcionalidade da pessoa, assim como dos fatores de risco presentes. Em parceria com a Sra. e a sua família, concebemos e implementámos intervenções, com o intuito de otimizar e reeducar a função motora e sensorial, possibilitando melhorar a sua autonomia e independência na realização das AVD. Como resultado final, a intervenção permitiu não só cuidar da pessoa, mas capacitá-la para adaptar-se à limitação que apresentava. Devido a estes ganhos em saúde a Sra. regressou para o domicílio, reintegrando-se na comunidade, mantendo o seu bem-estar e qualidade de vida.

Esta atuação cumpre os desígnios estabelecidos pela OE, para a intervenção do EEER. Este tem como objetivo

“assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a

independência nas actividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas” (OE, 2010a, p.1).

### Para que esta atuação seja eficaz o EEER

“utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida” (OE, 2010a, p.1).

Durante o estágio, também implementámos intervenções a nível da reeducação funcional respiratória. Para intervir com o objetivo de reduzir a tensão psíquica e a sobrecarga muscular, realizámos ensinamentos, instrução e treino das posições de descanso e relaxamento, assim como a consciencialização e controlo da respiração (Cordeiro & Menoita, 2014; Heitor, Canteiro, Ferreira, Olazabal & Maia, 1988).

Com o intuito de assegurar a permeabilidade das vias aéreas implementámos manobras de limpeza das mesmas. Neste domínio realizámos o ensino, instrução e treino das técnicas da tosse, do ciclo ativo das técnicas respiratórias e da drenagem postural modificada, associando as manobras acessórias de modo a maximizar o efeito das intervenções (Cordeiro & Menoita, 2014; Heitor et al., 1988).

Para prevenir e corrigir defeitos ventilatórios permitindo melhorar a distribuição e a ventilação alveolar realizámos o ensino, instrução e treino do controlo da respiração associando a expiração com os lábios semicerrados e a respiração diafragmática. Também aplicámos exercícios respiratórios recorrendo à reeducação respiratória do tipo abdomino-diafragmático e costal. Melhorámos a performance dos músculos respiratórios recorrendo à implementação de treino específico dos músculos respiratórios e à espirometria de incentivo (Cordeiro & Menoita, 2014; Heitor et al., 1988).

Tivemos oportunidade de implementar técnicas como a terapêutica de posição e abertura costal seletiva com o intuito de impedir a formação de aderências pleurais, manter e recuperar a mobilidade costal e diafragmática. Para corrigir defeitos respiratórios implementámos o treino de reeducação no esforço através do controlo da respiração no esforço desenvolvido pelo treino de marcha, subida e descida de escadas, treino de reeducação física global ou treino de AVD (Cordeiro & Menoita, 2014; Heitor et al., 1988).

De modo a prevenir e corrigir alterações músculo-esqueléticas, implementamos técnicas de correção postural e exercícios de mobilização osteoarticular (Cordeiro & Menoita, 2014; Heitor, Canteiro, Ferreira, Olazabal & Maia, 1988).

A nível da reeducação funcional motora e sensorial, tivemos oportunidade de ensinar, instruir e treinar diferentes técnicas, nomeadamente a facilitação cruzada, o posicionamento terapêutico, a estimulação sensorial e as mobilizações passivas, ativas assistidas, ativas e ativas resistidas ao nível dos diferentes segmentos corporais. Desenvolvemos as atividades terapêuticas rolar, ponte, rotação controlada da anca, carga no cotovelo e automobilização.

Destacamos pela interligação à temática do nosso projeto, as intervenções que realizámos a nível da técnica de levantar e transferência, o treino de equilíbrio, de marcha e das AVD. Esta atuação está em consonância com as verificações de Avin et al. (2015), que constataram que as intervenções para a identificação e gestão do risco de queda na pessoa idosa, incluem uma avaliação multifatorial do risco de queda, que englobe a força muscular, o equilíbrio corporal, a marcha e a capacidade para realizar as AVD.

Enquadrado no treino de marcha e equilíbrio, incluímos na nossa intervenção o treino de subida e descida de escadas. Esta atuação tem por base o estudo realizado por Kyr dalen et al. (2014), no qual foi desenvolvido um programa de reabilitação que incluía a realização de exercícios de alongamento, exercícios de força muscular, treino de equilíbrio e marcha com a realização de agachamentos e subida e descida de escadas. Estes autores verificaram que a realização do programa de reabilitação teve impacto ao nível do equilíbrio corporal, força muscular e marcha, com repercussões positivas a nível da prevenção de quedas. Estas constatações estão em concordância com os dados verificados por Kwok e Tong (2014), estes concluíram que a participação num programa de reabilitação com foco em exercícios de desenvolvimento de força muscular, resistência, equilíbrio e flexibilidade, teve repercussão na diminuição da ocorrência de quedas.

De referir que a nível das AVD, tivemos oportunidade de ensinar, instruir e treinar os cuidados pessoais e higiene, o vestir e despir, a alimentação e a eliminação vesical e intestinal. Estas intervenções atingem especial importância a nível da pessoa com alterações neurológicas, pois é a base para a sua capacitação no

sentido da reintegração e participação na sociedade, desígnio consagrado para o domínio desta competência do EEER que estamos a analisar.

Para o treino das AVD tivemos em atenção os hábitos da pessoa, os seus costumes, assim como, o ambiente a nível do domicílio. Focámos o estímulo à participação da pessoa, com o intuito de desenvolver a sua capacidade funcional, permitindo readquirir a sua rotina diária.

No âmbito das AVD, nomeadamente os cuidados pessoais e higiene, o vestir e o despir, a eliminação vesical e intestinal, a nossa intervenção foi importante, não só pelo cuidado que prestámos à pessoa e pela capacitação para a realização de forma independente, mas também porque associado a estas atividades existe uma elevada ocorrência de quedas (Fernandes & Almeida, 2017), sendo fundamental o ensino, instrução e treino para a sua realização de forma segura.

A nível do treino da AVD alimentação, além da capacitação da pessoa para realizar esta atividade de forma independente, com ou sem recurso a produtos de apoio<sup>8</sup>, também avaliámos alterações da deglutição, assim como o compromisso da alimentação associada à paresia facial pelo que implementámos planos de reeducação a este nível. Neste domínio de intervenção foi necessário proceder à articulação com a dietista e o serviço de alimentação, de modo a personalizar a dieta às necessidades da pessoa e a refletir a sua preferência.

De referir que indissociável de cada intervenção que realizámos com a pessoa, está o reforço positivo. O EEER deve personalizar a intervenção e motivar a pessoa para a sua realização. Esta atuação é de grande importância possibilitando obter uma maior participação da própria, assim como, uma maior satisfação com o cuidado (Epstein, Fiscella, Lesser & Stange, 2010; Lemmens, Nieboer & Huijsman, 2008; Suhonen, Valimaki & Leino-Kilpi 2008).

---

<sup>8</sup> “Produtos de apoio (anteriormente designados de ajudas técnicas) qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência, especialmente produzido ou disponível que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação” (Decreto-Lei nº93, 2009, p. 2276).

### 3.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

Com vista ao desenvolvimento de competências neste domínio<sup>9</sup> traçámos como objetivo específico, *Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.*

Durante o estágio intervimos com a pessoa de modo a prevenir a redução da capacidade funcional associada ao processo de envelhecimento, de doença e da própria hospitalização. Constatámos que na sequência destes processos a pessoa adquiriu restrições na sua capacidade funcional, o que se revelou extremamente limitativo aquando do regresso a casa (Asmus-Szepesi et al, 2011; Touhy & Jett, 2010). Esta limitação da atividade não está diretamente associada à doença que motivou a hospitalização, pois após a sua resolução, a pessoa não recupera de imediato a capacidade funcional prévia (Hoogerduijn, Schuurmans, Korevaar, Buurman & Rooij, 2010).

A limitação da capacidade funcional compromete a independência e o futuro da pessoa, estando diretamente ligada ao seu bem-estar e qualidade de vida. Para minimizar este risco, o EEER deve intervir com a pessoa, capacitando-a através da promoção da mobilização e prática de exercício físico, treino específico de AVD, realizando sessões de educação para a saúde e promovendo a prevenção de quedas (Miller, 2012).

Como exemplo da nossa intervenção ao nível da capacitação da pessoa com limitação da atividade e para a reinserção e exercício da cidadania, destacamos o caso da Sra. D. M. M., que mencionámos anteriormente. Esta Sra. por apresentar limitação da mobilidade devido à diminuição da força muscular e da amplitude articular a nível do membro inferior direito era incapaz de subir e descer escadas, atividade fundamental para si, pois reside sozinha no primeiro andar de um prédio sem elevador.

Para intervir, avaliámos a problemática da limitação da atividade para a pessoa e as implicações para a sua participação na sociedade. Com o objetivo de capacitá-la para o autocuidado e visar a reinserção e exercício da cidadania desenvolvemos

---

<sup>9</sup> Neste domínio inserem-se as seguintes competências: Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida (J2.1); Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social (J2.2).

intervenções autónomas do EEER, nomeadamente treinos específicos de AVD, seleccionámos, prescrevemos, ensinámos e supervisionámos a utilização de produtos de apoio, como a escova de cabo comprido para a realização dos cuidados de higiene pessoal, a calçadeira para sapatos e botas, o assento de sanita elevado, a barra de apoio de chuveiro, o banco de duche e a bengala com três pontos de apoio.

Esta atuação é preconizada pelo Regulamento das competências específicas do EEER e pelo Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (OE, 2015).

De referir que apesar de ser reconhecida a competência do EEER para a seleção, prescrição, ensino, instrução e treino com produtos de apoio, a participação económica para a aquisição da maioria dos produtos está limitada à prescrição por um médico (Despacho nº 7197, 2016). Como exemplo, referimos os produtos de apoio para a realização de cuidados pessoais e auxílio na mobilidade, entre outros.

Relacionado com os produtos de apoio, identificámos a necessidade, seleccionámos, prescrevemos, ensinámos, instruímos e treinámos a sua utilização a nível das AVD alimentação, higiene, vestuário, eliminação e locomoção.

Destacamos pela ligação à temática deste relatório, a utilização dos produtos de apoio no âmbito das AVD, pois permitem a capacitação da pessoa para a sua execução de forma segura, eliminando ou minimizando os fatores de risco para a ocorrência de quedas (Fernandes & Almeida, 2017).

Tal como referimos anteriormente, no SMI desenvolvemos um póster com o tema *Andar com auxiliar de marcha*. O nosso objetivo foi sensibilizar os elementos da equipa de enfermagem para a correta seleção e utilização destes produtos de apoio.

O recurso a auxiliares de marcha é um componente dos programas multidimensionais de prevenção de quedas e a incorreta utilização está associada ao aumento do risco de quedas (Liu, Eaves, Wang, Womack & Bullock, 2011; Luz, Bush & Shen, 2017). É fundamental capacitar a pessoa para a correta utilização dos auxiliares de marcha e garantir a manutenção dos mesmos. Para tal, é necessário conhecer os diversos equipamentos, saber selecionar o adequado para cada pessoa e a sua correta utilização (Carinhas, Eusébio, Carvalho, Lopes & Braga, 2013).

Tendo em conta a reinserção social da pessoa, durante o estágio a nossa intervenção teve como objetivo além de a capacitar, capacitar a família para a estimular a desenvolver as suas atividades ao invés de a substituir na execução. Encarámos a pessoa de forma holística, realizando a avaliação do seu contexto social e familiar. Neste domínio, um dos fatores de risco que leva a consequências funcionais negativas é o estereótipo que tende a desvalorizar a capacidade da pessoa idosa. Tendo em conta este aspeto, intervimos com a família demonstrando as capacidades da pessoa, pois esta atitude é extremamente importante e promotora da funcionalidade (Miller, 2012).

Fundamental para o sucesso desta intervenção, foi o conhecimento e compreensão da dinâmica familiar, permitindo envolver a pessoa e a sua família no planeamento e execução dos cuidados.

É essencial que a família seja encarada como o alvo de intervenção. Devem ser avaliadas as suas capacidades e dificuldades para cuidar da pessoa doente e planeadas intervenções, de modo a capacitá-la para prestar os cuidados necessários (Clay & Parsh, 2016; Reinhard, Given, Petlick & Bemis, 2008).

A título de exemplo, referimos a nossa intervenção com a Sra. D. M. J. de 87 anos, que tinha tido internamento hospitalar com alta clínica há 21 dias, com o diagnóstico médico de gonartrose e antecedente pessoal de doença de Alzheimer. Segundo a filha, que assume a função de cuidadora informal, anteriormente a este internamento a Sra. realizava marcha com apoio de andarilho, necessitando de supervisão ou auxílio para a realização das AVD. Durante o internamento iniciou um quadro de agitação com necessidade de contenção química e física, tendo permanecido acamada por diversos dias. Após a alta clínica manteve-se acamada devido a alterações do estado de consciência, alteração do equilíbrio corporal e da força muscular. Neste período a cuidadora manifestou limitações em cuidar da Sra., expressando dificuldade a nível da prestação dos cuidados de higiene, mobilização, posicionamento e transferência.

Após a nossa avaliação identificámos, para além das dificuldades expressas anteriormente, défice ao nível da capacidade para desenvolver estímulos cognitivos e sensoriais, uma vez que os cuidados centraram-se na prestação de cuidados físicos. Também verificámos que a necessidade de cuidar da sua mãe de forma diferente da anterior dificultou e impediu de continuar com os seus projetos de vida.

Apesar de anteriormente assumir a função de cuidadora, as necessidades de cuidados eram diferentes. Nesta fase centrava-se no cuidado à sua mãe, não se ausentava do domicílio, abandonou todas as suas ocupações de lazer, isolou-se socialmente, chegando a negligenciar os seus próprios cuidados relacionados com a alimentação e higiene.

A natureza súbita e inesperada da necessidade de iniciar a função de cuidador, sem preparação prévia é uma experiência que tem que ser reconhecida e compreendida. Ser inesperadamente cuidador implica uma gestão do tempo pessoal que permita responder às necessidades de outra pessoa (Pereira, 2011). Requer um esforço suplementar de adaptação, de modo a assumir a responsabilidade dos cuidados e a necessidade de mudança no seu projeto de vida (Fernandes, 2011), pelo que esta problemática deve ser alvo de atenção por parte do EEER.

A função do cuidador informal é uma realidade complexa que ultrapassa largamente o apoio a pessoas dependentes na realização das AVD (Hoffman & Rodrigues, 2010). Traduz-se num evento significativo com diversas repercussões, quer pela dimensão física que envolve, quer pela duração prolongada no tempo em que habitualmente decorre, tendo implicações na possibilidade de diminuição das interações sociais e alteração dos relacionamentos ou pela necessidade de reorganização da vida pessoal (Pereira, 2011).

Estas repercussões são identificadas como uma sobrecarga para o cuidador, traduzindo-se em duas dimensões distintas: a sobrecarga objetiva, que se relaciona com as atividades que tem de realizar e as suas implicações na vida familiar; a sobrecarga subjetiva, que está relacionada com a repercussão emocional implícita no ato de cuidar (Fernandes, 2011; Gil, 2010; Marques, 2007).

Na maioria das vezes a sobrecarga que o processo de cuidar acarreta é potencialmente promotora de uma tensão que pode culminar num processo disruptivo de toda a dinâmica familiar (Fernandes, 2011). Esta não pode ser ignorada pelos profissionais de saúde, pois tem que existir o reconhecimento do contributo do cuidador informal na prestação de cuidados.

No entanto, apesar de se verificar uma sobrecarga do cuidador perante a necessidade de cuidar de outra pessoa, emergem desta interação repercussões positivas (Pereira & Filgueiras, 2009). Muitos familiares, cuidadores informais percebem um novo sentido de vida decorrente do assumir dessa função,

atribuindo maior ênfase na influência positiva nas suas vidas e na relação com a pessoa dependente, do que na sobrecarga que sentem (Cangelosi, 2009; Donellan et al., 2002).

Os cuidadores informais são o maior recurso que os profissionais de saúde podem utilizar, tendo implicações diretas no processo de reabilitação, devendo as abordagens ser consistentes, possibilitando a aquisição de capacidades que permitam lidar com a situação da pessoa doente (Anthony, Cohen, Farkas & Gagne, 2002). Encarámos o cuidador informal como parceiro no cuidar, sendo esta atuação a base para a conceção de uma prática de cuidados centrados na pessoa. Ao trabalhar em parceria com a pessoa e família, conseguimos identificar as suas necessidades e estabelecer uma relação que permitiu resolver os problemas identificados (Laschinger, Gilbert, Smith & Leslie, 2010).

Para a execução do cuidado centrado na pessoa, espera-se que o enfermeiro possua um conjunto de atributos profissionais e pessoais que favoreçam o estabelecimento de uma relação terapêutica, que desenvolva um ambiente propício aos cuidados, com o estabelecimento de sistemas organizacionais de suporte e tomada de decisão partilhada (McCormack & McCance, 2006; McComarck et al, 2015).

Na operacionalização dos cuidados demonstrámos envolvimento e compromisso com a pessoa, empatia, capacidade para lidar com as suas crenças e valores, colaborámos na tomada de decisão e na satisfação das necessidades, através de uma abordagem de cuidados holística. Como resultado surgiu maior envolvimento da pessoa e família nos cuidados, a decisão partilhada foi concretizada, aumentando consequentemente a satisfação com os cuidados prestados

No caso da Sra. D. M. J. intervimos realizando o ensino, instrução e treino das técnicas de prestação de cuidados de higiene, mobilização, posicionamento e transferência, assim como de estimulação cognitiva e sensorial. Estas intervenções possibilitaram capacitar a cuidadora informal para otimizar a resposta às necessidades evidenciadas pela pessoa doente. Permitiram também, capacitá-la para reorganizar o seu projeto de vida, englobando o cuidado à pessoa como parte desse projeto, mantendo o foco também nas suas próprias necessidades.

De referir que para intervir com o objetivo de aumentar a capacidade funcional da pessoa, para maximizar o seu bem-estar e qualidade de vida foi necessária uma

avaliação do ambiente, pois a “capacidade reflecte a aptidão do indivíduo ajustada ao ambiente” (Organização Mundial da Saúde, 2004, p.17). A avaliação do ambiente permitiu determinar quais os fatores que limitam a funcionalidade da pessoa, otimizando a nossa intervenção de modo a eliminar ou minimizar a sua influência. Esta atuação também está em consonância com as indicações do Programa nacional para a saúde das pessoas idosas para a promoção de ambientes capacitadores (Direção-Geral da Saúde, 2006).

Considerando estes pressupostos e que o ambiente são todas as condições externas à pessoa que influenciam as dimensões biopsicoespiritual e a funcionalidade (Miller, 2012), ao longo do estágio avaliámos e aconselhámos estratégias para otimizar este domínio.

A nível da ECCI, tal como referido anteriormente, inserido no desenvolvimento da norma de procedimento para identificação e prevenção do risco de queda da pessoa em contexto domiciliário (Apêndice 5), englobámos o *Guia orientador para avaliação dos fatores de risco de queda*. Este guia permite identificar os aspetos relacionados com a habitação que podem constituir uma ameaça à segurança da pessoa, possibilitando realizar uma avaliação dos fatores de risco para a ocorrência de queda. De referir que utilizámos este instrumento em ambos os contextos de estágio para avaliar o ambiente no qual a pessoa se inseria.

Após esta avaliação, foi fundamental o ensino à pessoa acerca dos fatores de risco identificados, assim como, das ações a realizar de modo a eliminar ou minimizar a sua influência.

O EEER está numa posição ideal para ensinar a pessoa acerca do processo de saúde e envelhecimento, capacitando-a para implementar estratégias de resolução de problemas direcionadas para o bem-estar, melhorando a funcionalidade e a qualidade de vida (Miller, 2012).

Por vezes um degrau no chuveiro pode parecer uma barreira intransponível, mas a colocação de uma barra de apoio permite a transposição desse obstáculo em segurança. Esta foi uma constatação que identificámos ao longo do estágio e que alertou para a importância de ensinar e supervisionar a pessoa ou familiar a transformar o ambiente num ambiente capacitador.

As condições do ambiente influenciam a pessoa, principalmente se existirem alterações das capacidades sensoriais e motoras (Miller, 2012).

De referir que neste domínio, as avaliações que realizámos no âmbito do estágio na ECCI, comparativamente com as efetuadas no SMI, permitiram uma visão mais abrangente sobre as problemáticas associadas às diferentes condições de saúde da pessoa. Esta deixou de ser perspetivada tendo em conta apenas o relato da pessoa e passou a ser enquadrada no contexto onde habita.

A título de exemplo, referimos as avaliações onde constatámos condições habitacionais pouco favoráveis, com iluminação insuficiente, pavimentos escorregadios, com presença de desníveis sem ausência de contraste entre eles, tapetes e passadeiras soltas, escadas e chuveiros sem presença de barras de apoio, sendo estes, fatores de risco para a ocorrência de quedas (Fernandes & Almeida, 2017). Com o intuito de tornar o ambiente capacitador realizámos aconselhamento à pessoa e família acerca de como eliminar ou minimizar o efeito dessas barreiras.

### 3.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Para desenvolver as competências deste domínio<sup>10</sup> delineámos como objetivo específico, *Maximizar a capacidade funcional da pessoa*.

O EEER deve intervir com a pessoa promovendo a sua funcionalidade, o seu bem-estar e qualidade de vida (Miller, 2012). Seja “em relação a uma doença, a uma deficiência, ou em relação a uma dificuldade, é necessário precisar a natureza dos problemas encontrados em termos de funcionalidade” (Collière, 1997, p.301).

Neste âmbito, durante o estágio desenvolvemos intervenções com a pessoa no sentido de maximizar as suas capacidades funcionais, conduzindo a um melhor desempenho motor e cardio-respiratório. Realizámos ensino, instrução e treino de fortalecimento muscular, de desenvolvimento de equilíbrio corporal e da marcha com ou sem recurso a produtos de apoio. Tendo em conta o objetivo de maximizar a funcionalidade da pessoa, considerando que as alterações decorrentes do processo de envelhecimento podem interferir no desempenho motor e cardio-respiratório, foi fundamental a implementação do treino de tolerância ao esforço e de realização das AVD.

---

<sup>10</sup> Neste domínio englobam-se as seguintes competências: Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório (J3.1); Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados (J3.2).

A fundamentação para o desenvolvimento destas intervenções foi suportada por estudos realizados por Avin et al. (2015), Kyrdalen et al. (2014), Kwok e Tong (2014) e Taylor et al. (2012) que verificaram a influência do treino de desenvolvimento de força muscular, equilíbrio corporal, marcha e a capacidade para realizar as AVD na diminuição da ocorrência de quedas.

Também realizámos ensino, instrução e treino das posições de descanso e relaxamento, assim como a consciencialização e controlo da respiração, técnicas de correção postural e exercícios de mobilização osteoarticular, treino dos músculos envolvidos no processo respiratório e técnicas de conservação de energia. O objetivo destas intervenções foi otimizar a coordenação e eficácia dos músculos respiratórios, assim como melhorar a capacidade da pessoa controlar a sua respiração, possibilitando o relaxamento dos músculos acessórios da respiração (Cordeiro & Menoita, 2012; Heitor et al., 1988).

Como o sucesso do processo de reabilitação depende não só das sessões de reeducação funcional, mas também do desempenho da pessoa durante as restantes horas do dia é fundamental a aquisição de conhecimentos que lhe permitam lidar com as alterações de saúde (Hoeman, 2000; Menoita, 2014). Muitos dos desafios que se colocam à pessoa idosa envolvem a funcionalidade, logo estes necessitam de informação, não só acerca do processo de envelhecimento, mas também das intervenções que promovem o bem-estar (Miller, 2012). A realização do ensino à pessoa e família assume especial relevância, pois a informação deve conduzir ao desenvolvimento de capacidades que permitam gerir os seus próprios cuidados e controlar a sua vida (Fernandes & Vareta, 2018).

Neste sentido, ao planearmos as sessões de reeducação funcional, englobámos o ensino à pessoa e família acerca do programa de reabilitação, quais os exercícios a realizar, como, quando e a quantidade de vezes que deve executá-los. Abordámos também a fisiopatologia da doença em causa, assim como, as patologias associadas e as consequências funcionais implícitas, a importância da adesão ao tratamento e a manutenção de hábitos de vida saudáveis, como a prática de exercício físico, a alimentação equilibrada, a evicção tabágica e a vacinação sazonal.

Ao possibilitar o aumento do conhecimento pela partilha de informações, permitimos que a pessoa maximize a sua capacidade funcional (Miller, 2012). O nosso objetivo centrou-se em reforçar os ensinamentos e maximizar a capacidade da

pessoa e família para lidar com a doença e prevenir o desenvolvimento de complicações, de forma a torná-la o mais independente possível na gestão e controlo da sua doença (Direção-Geral da Saúde, 2009).

Importa mencionar que de modo a verificar ganhos em saúde realizámos a monitorização da implementação e dos resultados obtidos em função dos objetivos definidos com a pessoa. Para a sua execução, recorreremos aos instrumentos de avaliação mencionados anteriormente aquando da descrição e análise da competência *Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados*.

A monitorização dos resultados obtidos com recurso a escalas e indicadores de resultado é imprescindível para o desempenho profissional do EEER, pois permitem avaliar a necessidade de reestruturar o programa de intervenção e dão visibilidade à sua intervenção, ao produzirem indicadores de resultado em termos de ganhos para a saúde (OE, 2010a).

Como exemplo da intervenção que realizámos a nível da maximização da funcionalidade da pessoa, destacamos a participação no projeto *Há Saúde no Mercado*, referido anteriormente. Neste âmbito realizámos um folheto informativo com foco na prática de atividade física e uma sessão de exercício dirigido para a manutenção e desenvolvimento do equilíbrio, que efetuámos com a participação de um grupo de pessoas idosas que frequentam o Centro Social Paroquial.

Para o desenvolvimento destas competências salientamos a importância não só de toda a componente teórica e teórico-prática lecionada durante o primeiro ano do curso de mestrado, mas também a realização de pesquisas de artigos em bases de dados científicas e leitura de obras de referência neste domínio, assim como os momentos de partilha de conhecimentos com as Sras. Enfermeiras orientadoras e Sra. professora. Estas intervenções permitiram aprofundar o nível de conhecimentos, selecionar os mais pertinentes de modo a fundamentar a prática de cuidados e suportar as intervenções que realizámos.

Para finalizar este capítulo não podemos deixar de referir que a realização das atividades acima mencionadas, permitiram não só atingir o objetivo geral *Desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na área motora, sensorial, cognitiva, cardio-respiratória, da alimentação, da eliminação e da*

*sexualidade*, mas também o objetivo *Desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na prevenção de quedas na pessoa idosa*.

Delineámos este objetivo porque a prevenção de quedas é uma área de intervenção do EEER na qual pretendíamos atingir a perícia.

Como a queda é um fenómeno multidimensional, intervimos demonstrando uma visão holística da pessoa. Realizámos uma avaliação multifatorial do risco que incluiu a componente ambiental, da força muscular, do equilíbrio corporal, da marcha e da capacidade funcional para realizar as AVD. De acordo com os fatores de risco identificados implementámos programas de reabilitação que eliminaram ou diminuíram a sua influência.

## 4. AVALIAÇÃO

Com a realização deste capítulo pretendemos demonstrar os pontos fortes, as limitações e as dificuldades percebidas na implementação do projeto de estágio. Para tal, baseámo-nos na tipologia de análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*).

### *Strengths*

A elaboração do projeto de estágio surgiu como elemento facilitador para o desenvolvimento das competências preconizadas. A metodologia de projeto é permeável à reestruturação, tendo em conta o desenvolvimento do estudante e as necessidades identificadas. Assim, o projeto permitiu traçar um caminho a percorrer, de modo a desenvolver as competências necessárias para a obtenção do grau de Mestre e do título profissional de EEER, demonstrando ser uma ferramenta dinâmica e potencializadora de aprendizagens.

A redação deste relatório possibilitou refletir acerca do nosso processo formativo, identificando e expondo as atividades e aprendizagens que conduziram ao desenvolvimento das competências.

Os conhecimentos que adquirimos durante o primeiro ano do curso, assim como as pesquisas bibliográficas que serviram de suporte à realização do projeto de estágio, permitiram que a nossa intervenção fosse fundamentada com base na evidência científica.

A escolha dos locais de estágio revelou ser potenciadora do desenvolvimento de competências, devido à diversidade de pessoas que usufruem destes serviços, o que possibilitou implementar diferentes intervenções de enfermagem de reabilitação.

### *Weaknesses*

Consideramos que no SMI a nível da preparação para o regresso ao domicílio, as oportunidades de articulação e envolvimento com a família não corresponderam às nossas expectativas. Atribuímos esta limitação ao horário de estágio (8h00 às 16h00), ao horário de visitas praticado no hospital e a falta de disponibilidade da família, devido aos seus compromissos laborais.

Outro aspeto que pretendemos realçar é o facto de a ECCI abranger uma área geográfica de 460 km<sup>2</sup>. Esta particularidade traduz-se num grande dispêndio de tempo a nível das deslocações para a realização das visitas domiciliárias.

### *Opportunities*

O estágio na ECCI possibilitou-nos desenvolver conhecimentos acerca da intervenção do EEER na comunidade, aspeto pouco divulgado a nível nacional.

No SMI está implementado o projeto *Prevenção de quedas na pessoa internada*, pelo que tivemos oportunidade de desenvolver intervenções relacionadas com este projeto, das quais destacamos a participação na auditoria. Como resultado desta intervenção, avaliámos a taxa de efetividade na prevenção de quedas, a taxa de prevalência e a incidência de quedas. Os resultados demonstrados por estes indicadores evidenciam a importância da identificação de áreas problemáticas na prática de enfermagem e o impacto causado pela mudança no cuidar.

O desenvolvimento de conhecimentos acerca da teoria das consequências funcionais possibilitou diversificar a intervenção enquanto futuro EEER, com foco muito particular na pessoa idosa e na alteração da funcionalidade, potenciando a capacidade de perceber a pessoa de forma holística.

O recurso a escalas de avaliação para monitorizar a situação de cada pessoa permitiu identificar os ganhos da nossa intervenção.

### *Threats*

Na ECCI está implementado um projeto de *Prevenção de quedas*, direcionado para a pessoa idosa e para os profissionais das instituições na comunidade que tenham foco na área do idoso. No espaço temporal em que desenvolvemos o estágio as atividades programadas para este projeto já tinham sido executadas, contudo participámos no projeto *Há Saúde no Mercado*, realizando a transposição para o nosso tema de estágio. Esta participação permitiu-nos diversificar a nossa intervenção e planejar atividades de grupo direcionadas para a população, área na qual ainda não tínhamos tido oportunidade de intervir.

Globalmente consideramos que o percurso realizado contribuiu para o desenvolvimento das competências definidas pela OE para a atribuição do título profissional de EEER, assim como das competências estabelecidas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino. Neste domínio evidenciámos possuir os conhecimentos e as capacidades de compreensão necessárias. Aplicámos estas competências em contextos multidisciplinares com o intuito de resolver os problemas identificados, demonstrando capacidade de tomada de decisão perante questões complexas, comunicando à pessoa e à equipa multiprofissional os pressupostos inerentes a esse processo de decisão.

Salientamos que os momentos de heteroavaliação que realizámos em ambos os contextos de estágio serviram de validação da nossa intervenção. O facto de termos sido avaliados com menção de Excelente em ambos os locais de estágio é indicador de que estamos no caminho certo para demonstrar que desenvolvemos as competências preconizadas para a obtenção do grau de Mestre e do título profissional de EEER.

Ao longo desta aprendizagem desenvolvemos competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER, na medida em que no *Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal* ao intervirmos com a pessoa em risco de queda, promovemos a proteção pelos direitos humanos. Encarámos a pessoa como parceira na construção do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, facultando informações acerca das vantagens das diferentes intervenções e apoiando na escolha, respeitando a sua tomada de decisão.

No *Domínio da melhoria da qualidade* participámos em projetos institucionais na área da qualidade, com foco na prevenção de quedas na pessoa idosa, incorporando as diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade da prática. No SMI, com a realização da auditoria utilizámos indicadores válidos para a medição da qualidade dos cuidados de enfermagem. Desenvolvemos aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados, competências na gestão e supervisão de processos de melhoria da qualidade e adquirimos conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da prevenção de quedas.

A nível do *Domínio da gestão dos cuidados* para prevenir o risco de queda na pessoa idosa, assumimos a função de gestor de cuidados na interação com os elementos da equipa multiprofissional. Estabelecemos uma relação de parceria,

tendo como fundamento o respeito pelo domínio de funções de cada técnico. Esta atuação permitiu otimizar o processo de cuidados a nível da tomada de decisão e delegar tarefas possibilitando a continuidade e complementaridade da intervenção.

No *Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais* responsabilizámo-nos por ser facilitadores da aprendizagem nos contextos de estágio. No SMI desenvolvemos dois pósteres com as temáticas *Consequências da imobilidade* e o *Andar com auxiliar de marcha*. A nível da ECCEI estruturámos a norma de procedimento para identificação e prevenção do risco de quedas da pessoa e dois folhetos informativos, focando a prática de atividade física e a avaliação do risco de queda e a sua prevenção.

No domínio das Competências Específicas do EEER, cuidámos de pessoas idosas com risco de queda, capacitando-as para eliminar ou minimizar o efeito dos fatores de risco presentes, maximizando a sua funcionalidade.

De salientar que nos estudos que identificámos com a realização da revisão *scoping*, foram implementados programas de reabilitação abrangendo apenas a componente física da pessoa, pois a intervenção dos profissionais focou o desenvolvimento do equilíbrio corporal, da força muscular e da marcha (Kyrdaalen et al., 2014; Kwok & Tong, 2014; Taylor et al., 2012).

Para prevenir a ocorrência de quedas o EEER deve demonstrar uma visão global e compreensiva do fenómeno, considerando que os fatores de risco envolvidos abrangem mais do que a área motora e sensorial (Miller, 2012). Deste modo para intervirmos com a pessoa idosa com risco de queda, realizámos uma abordagem holística que abrangeu a avaliação multifatorial do risco. Após esta avaliação, em parceria com a pessoa definimos as estratégias a implementar de forma a prevenir a ocorrência de queda. Concebemos e implementámos planos de reeducação funcional a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da eliminação e da realização das AVD, que permitiram otimizar a função alterada e eliminar ou minimizar o efeito dos fatores de risco identificados. De modo a reduzir o risco de queda, também recorreremos a produtos de apoio, capacitando a pessoa para a sua utilização e identificámos e orientámos para a eliminação de barreiras arquitetónicas.

De referir que consideramos que os instrumentos de avaliação do risco de queda predizem o risco, mas os profissionais que os utilizam devem encará-los de forma crítica e compreender as suas limitações, pois a pontuação numa escala, por si só,

não pode definir as intervenções de enfermagem. Importa realçar que pessoas com a mesma pontuação podem requerer intervenções diferentes, pois o risco de queda pode advir de diferentes fatores. A avaliação do risco de queda deve ser entendida não como o objetivo final, mas sim como uma oportunidade para identificar os fatores de risco presentes e delinear possíveis intervenções que levem à sua eliminação ou minimização.

Tendo em conta todas as experiências vivenciadas durante este estágio, constatámos que apesar de existir uma preocupação em capacitar a pessoa e família através da preparação para a alta, existem dificuldades no encaminhamento para os recursos disponíveis na comunidade, dos quais o EEER faz parte. Esta situação faz com que, por um lado existam pessoas com um elevado nível de dependência que são recorrentemente hospitalizadas, alguns dias após o retorno a domicílio, devido à incapacidade da família em prestar os cuidados necessários à pessoa e por outro lado, pessoas com limitação da capacidade funcional retornam para a sua residência a aguardar a integração nas unidades da RNCCI, sem receberem o apoio do EEER durante esse período, com conseqüente interregno no plano de reabilitação.

## 5. CONCLUSÃO

A elaboração do projeto de estágio que perspectivava a intervenção do EEER na prevenção de quedas na pessoa idosa demonstrou ser de extrema importância para o desenvolvimento do estágio. Partindo de uma situação problemática, definimos um processo metodológico que possibilitou o planeamento das estratégias e atividades que implementámos durante o estágio.

Após verificar o percurso efetuado ao longo deste relatório, consideramos que atingimos os objetivos que definimos para a sua elaboração, pois descrevemos e analisámos as atividades realizadas durante o estágio que permitiram o desenvolvimento das competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino para a obtenção do grau de mestre e as competências definidas pela OE para o EEER.

Na pessoa com a qual intervimos, identificámos alterações inevitáveis decorrentes do processo de envelhecimento e doença, que associadas a fatores de risco originavam consequências funcionais negativas. Realizámos uma avaliação da pessoa de forma holística e, em parceria planeámos e implementámos intervenções que eliminaram ou minimizaram o efeito dos fatores de risco identificados, permitindo maximizar o potencial funcional da pessoa, assim como, a sensação de bem-estar e qualidade de vida.

Este relatório possibilitou destacar esse processo, evidenciando as atividades e as estratégias que utilizámos para prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação nas áreas de reeducação funcional motora, sensorial, cognitiva, cardio-respiratória, da alimentação e da eliminação, permitindo desenvolver as competências específicas do EEER.

Relativamente às competências comuns do enfermeiro especialista, destacamos como aspeto fundamental para o desenvolvimento do *Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal*, o respeito demonstrado pelos princípios éticos e normas deontológicas que foi a base para a efetivação do cuidado centrado na pessoa e família.

No *Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade* salientamos a participação nas auditorias de gestão de risco clínico e geral, assim como do projeto *Prevenção de quedas na pessoa internada*, a realização da norma de procedimento, os folhetos

informativos e as sessões de educação para a saúde. Na base destas intervenções está o aprofundar do conhecimento tendo em consideração a evidência científica, o que permitiu fundamentar as intervenções e melhorar a qualidade dos cuidados.

No *Domínio da Gestão dos Cuidados* destacamos a promoção de um ambiente capacitador para a pessoa e família, e o trabalho desenvolvido com a equipa multiprofissional de ambos os contextos. Estes aspetos foram cruciais e evidenciam a importância da intervenção do EEER na gestão de cuidados.

Relativamente ao *Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais* salientamos a importância do pensamento reflexivo acerca das experiências vivenciadas, permitindo-nos tomar consciência dos pressupostos que guiam a nossa ação. Neste domínio, a realização dos planos de cuidados, os momentos de reflexão e as reuniões com as Sras. Enfermeiras orientadoras e da Sra. professora tiveram importância fulcral para o desenvolvimento das competências.

Ao longo deste relatório procurámos demonstrar o caminho percorrido e documentar os resultados obtidos através da nossa intervenção com a pessoa. Esses resultados demonstram que conseguimos atingir as metas estabelecidas na fase de desenho do projeto de estágio.

Demonstrámos que perseguimos a efetivação do cuidado centrado na pessoa de modo a obter níveis de satisfação elevados. Cuidámos de pessoas com necessidades especiais, capacitámo-las para a reinserção e exercício da cidadania e maximizámos a sua funcionalidade, de modo a aumentar a sua sensação de bem-estar e qualidade de vida.

Destacamos a realização da revisão *scoping* que permitiu mapear e descrever as intervenções de reabilitação que promovem a prevenção de quedas na pessoa idosa. Nos estudos identificados nesta revisão, foram implementados programas de reabilitação abrangendo apenas a dimensão física da pessoa.

Para prevenir a ocorrência de quedas demonstrámos uma intervenção mais diferenciada e compreensiva do fenómeno. Avaliámos a pessoa de forma holística, considerando que os fatores de risco para a ocorrência de queda abrangem mais do que a área motora e sensorial, permitindo esta intervenção dar visibilidade à abordagem diferenciada que o EEER tem com a pessoa.

Demonstrámos que atuámos como peritos, através de uma abordagem multifatorial, que focou a implementação de estratégias que eliminaram ou

minimizaram o impacto dos fatores de risco identificados e através do desenvolvimento de programas de treino de força muscular, equilíbrio corporal, marcha e realização das AVD.

Participámos no desenvolvimento de intervenções que possibilitaram a adaptação ambiental e comportamental da pessoa, assim como no desenvolvimento de programas de reeducação funcional, ou na sensibilização da comunidade e equipas multiprofissionais de saúde para o impacto que esta problemática tem na pessoa idosa.

Outro aspeto a salientar é o facto de considerarmos que é necessária uma mudança de perspetiva face à pessoa idosa, afastando-nos da conceção de o envelhecimento corresponder a dependência. A nossa intervenção focou a maximização das capacidades funcionais da pessoa idosa. Esta atuação foi suportada pela teoria da consequência funcionais de Carol Miller (2012), que permitiu desenvolver uma compreensão abrangente da pessoa como um todo e intervir de forma diferenciada perante o fenómeno da queda.

Considerando-se a temática aqui discutida, perspetivamos num futuro próximo publicar os dados da revisão *scoping* que realizámos e implementar o projeto de prevenção de quedas em todas as unidades do CH.

Para finalizar este capítulo importa referir que o percurso realizado foi sem dúvida gratificante, proporcionou crescimento e desenvolvimento tanto ao nível pessoal, como profissional. As competências desenvolvidas constituem-se como um acréscimo indubitável de conhecimentos e capacidades, que tiveram reflexo a nível da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, L. M., Munari, D. B., Queiroz, A., L. & Fernandes, C. N. (2005). O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(2), 203-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a15.pdf>
- Alarcão, I. & Tavares, J. (2007). *Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. (2ª ed.) Coimbra: Edições Almedina.
- Almeida, L. P., Brites, M. F., & Takizawa, M. G. (2011). Quedas em idosos: fatores de risco. *RBCEH Passo Fundo*, 8(3), 384-91. DOI:10.5335/rbceh.2011.037
- Almeida, S. T., Soldera, C. L. C., Carli, G. A., Gomes, I., & Resendes, T. L. (2012). *Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predisõem a quedas em idosos*. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58(4), 427-433. DOI:10.1590/S0104-42302012000400012
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., Farkas, M., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation* (2nd ed.) Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Asmus-Szepesi, K. J., Vreede, L., Nieboer, A. P., Wijngaarden, J. V., Bakker, T., Steyerberg, E., ... Mackenbach, J. (2011). Evaluation design of a reactivation care program to prevent functional loss in hospitalised elderly: A cohort study including a randomised controlled trial. *BMC Geriatr.*, 11(36), 1-17. DOI: 10.1186/1471-2318-11-36
- Avin, K. C., Hanke, T. A., Kirk-sanchez, N., Mcdonough, C. M., Shubert, T. E., Hardage, J., & Hartley, G. (2015). Management of Falls in Community-Dwelling Older Adults: Clinical Guidance Statement. *Physical Therapy*, 95(6), 815–834. DOI: 10.2522/ptj.20140415
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Botelho, M. A. R. (2010). Evidência e Ética. *Pensar Enfermagem*, 2(14), 1. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/pe/index.asp?acao=showartigo&id\\_revistaartigo=60&id\\_revista=21](http://pensarenfermagem.esel.pt/pe/index.asp?acao=showartigo&id_revistaartigo=60&id_revista=21)
- Cangelosi, P. (2009). Caregiver Burden or caregiver gain? Respite for family caregivers. *Journal of Psychosocial Nursing*, 47(9), 19-22. DOI: 10.3928/02793695-20090730-04

- Carinhas, M., Eusébio, A., Carvalho, L., Lopes, T. & Braga, R. (2013) *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Carvalho, M. P., Luckow, E. L. T., Peres, W., Garcias, G. L., & Siqueira, F. C. (2011). O envelhecimento e seus fatores associados. *RBCEH. Passo Fundo*, 8(2), 265-271. DOI:10.5335/rbceh.2011.026
- Centers for Disease Control and Prevention <https://www.cdc.gov/homeandcommunityhealth/safety/falls/adultfalls.html>. Acedido em 2017/06/04.
- Cintra, E. A., Pinto, A. C., Sousa, E. O., Rosa, E. V., Lima, I. A., & Rodrigues, S. O. (2010). Utilização de indicadores de qualidade para avaliação da assistência de enfermagem: opinião dos enfermeiros. *Journal of the Health Sciences Institute*. 28(1), 29-34. Disponível em: [http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/01\\_jan-mar/V28\\_n1\\_2010\\_p29-34.pdf](http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/01_jan-mar/V28_n1_2010_p29-34.pdf)
- Clay, A. & Parsh, B. (2016). Patient- and Family-Centered Care: It's Not Just for Pediatrics Anymore. *AMA Journal of Ethics*, 18(1), 40-44. DOI: 10.1001/journalofethics.2016.18.01.medu3-1601
- Collière, M. (1997). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel.
- Cordeiro, M. C. O. & Menoita, E. C. P. C. (2014). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória*. (2ª Ed.). Loures: Lusociência.
- Costa-Dias, M. J. (2014). *Quedas em contexto hospitalar: factores de risco*. Tese de Doutoramento. Disponível no RCAAP: <http://hdl.handle.net/10400.14/17112>
- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 Junho (2006). Rede nacional de cuidados integrados. *Diário da República 1ª Série*, N.º 109 (06-06-2006). 3856-3865.
- Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República 2ª Série*, N.º 28 (10-02-2015). 3882-3882. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Despacho n.º 7197/2016 de 01 de junho (2016). Lista de produtos de apoio. *Diário da República 2ª série*, N.º 105 (01-06-2016). 17168-17185
- Direção-Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2009). *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Norma nº 001/2017. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Donelan, K., Hill, C., Hoffman, C., Scoles, K., Feldman, P., Levine, C., ... Gould, D. (2002). Challenged to care: informal caregivers in a changing health system. Social policy must respond to what caregivers are telling us about their experiences. *Health Affairs*, 21(4), 222-231. **DOI:** 10.1377/hlthaff.21.4.222
- Epstein, R. M., Fiscella, K., Lesser, C. S. & Stange, K. C. (2010). Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Affairs*, 29(8), 1489-1495. **DOI:** 10.1377/hlthaff.2009.0888
- Fernandes, J. A. B. A. (2011). *Resiliencia y vulnerabilidad en familias de personas con esquizofrenia*. (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade da Extremadura, Espanha.
- Fernandes, J. A. B. A. (2015). *Relatório de Avaliação do Projeto*. Prevenção de Quedas do Cliente Internado. Acessível no Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E., Setúbal, Portugal.
- Fernandes, J. B. & Almeida, A. S. (2017). *Prevenção de Quedas no Hospital. A aplicação da teoria das consequências funcionais*. Berlin: NEA.
- Fernandes, J. B. & Vareta, D. A. (2018). *Enfermagem de Prática Avançada*. Lisboa: Bubok Publishing.
- Gil, A. (2010). *Heróis do quotidiano. Dinâmicas familiares na dependência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Gill, P. S. (2013). Patient Engagement: An investigation at a primary care clinic. *International Journal of General Medicine*, 6, 85-98. **DOI:** 10.2147/IJGM.S42226
- Grazzola, N., Stefano, J. Thériault, A. & Audet, C. (2014). Positive experiences of doctoral-level supervisors-in-training conducting group-format supervision: a qualitative investigation. *British Journal of Guidance and Counselling*, 42(1), 26-42. **DOI:** 10.1080/03069885.2013.799263
- Heitor, M. C., Canteiro, M. C., Ferreira, J. M. R., Olazabal, M. & Maia, M. O. (1988). *Reeducação funcional respiratória* (2.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Boehringer Ingelheim.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação - Aplicação e processo*. (2<sup>a</sup> edição). Loures: Lusociência.

- Hoffmann F., & Rodrigues, R. (2010). *Informal carers: who takes care of them? Policy Brief*. Viena, European Centre for Social Welfare Policy and Research. Disponível em [http://www.euro.centre.org/detail.php?xml\\_id=1714](http://www.euro.centre.org/detail.php?xml_id=1714)
- Hoogerduijn, J., Schuurmans, M., Korevaar, J., Buurman, B. & Rooij, S. (2010). Identification of older hospitalised patients at risk for functional decline, a study to compare the predictive values of three screening instruments. *J Clin Nurs*, 19(9-10), 1219-25. **DOI:** 10.1111/j.1365-2702.2009.03035.x.
- Johansson, I., Bachrach-Lindstrom, M., Struksnes, S., & Hedelin, B. (2009). Balancing integrity vs. risk of falling - nurses' experiences of caring for elderly people with dementia in nursing homes. *Journal of Research in Nursing*, 14 (1), 61-73. **DOI:** 10.1177/1744987107086423
- Kelly-Hayes, M. (2000). Avaliação Funcional. In Hoeman, S. P. (Coords). *Enfermagem de Reabilitação - Aplicação e processo* (p. 162-172). Loures: Lusociência.
- Kitson, A. & Campbell, R. (1996), *The Ethical Organisation*, London: MacMillan Press Ltd.
- Kwok, T. M. K., & Tong, C. Y. (2014). Effects on centre-based training and home-based training on physical function, quality of life and fall incidence in community dwelling older adults. *Physiotherapy Theory and Practice*, 30(4), 243–248. **DOI:** 10.3109/09593985.2013.867387
- Kyrdalen, I. L., Moen, K., Røysland, A. S., & Helbostad, J. L. (2014). The Otago exercise program performed as group training versus home training in fall-prone older people: A randomized controlled trial. *Physiotherapy Research International*, 19(2), 108–116. **DOI:** org/10.1002/pri.1571
- Laschinger, H. K. S., Gilbert, S., Smith, L.M., & Leslie K. (2010). Towards a comprehensive Theory of nurse/patient empowerment: applying Kante's empowerment theory to patient care. *Journal of Nursing Management*, 18(1), 4-13. **DOI:** 10.1111/j.1365-2834.2009.01046.x
- Lemmens, K.M.M., Nieboer, A.P. & Huijsman, R. (2008). Designing patient-related interventions in COPD care: empirical test of a theoretical model. *Patient Education and Counseling*, 72(2), 223–231. **DOI:** 10.1016/j.pec.2008.04.003
- Liu, H., Eaves, J., Wang, W., Womack, J. & Bullock, P. (2011). Assessment of canes used by older adults in senior living communities. *Arch Gerontol Geriatr.*, 52(3), 299-303. **DOI:** 10.1016/j.archger.2010.04.003

- Luz, C., Bush, T. & Shen, X. (2017). Do Canes or Walkers Make Any Difference? Non Use and Fall Injuries. *Gerontologist*, 57(2), 211-218. DOI: 10.1093/geront/gnv096
- Marques, S. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martins, R., & Mesquita, M. F. P. (2016). Fraturas da Extremidade Superior do Fémur em Idosos. *Millenium*, 50 (21), 239-252. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium50/14.pdf>
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., ... Wilson, V. (2015). Person-centredness – the “state” of the art. *International Practice Development Journal*, 5(1), 1–16. Disponível em: [http://www.fons.org/Resources/Documents/Journal/Vol5Suppl/IPDJ\\_05\(suppl\)\\_01.pdf](http://www.fons.org/Resources/Documents/Journal/Vol5Suppl/IPDJ_05(suppl)_01.pdf)
- McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
- McWilliam, C. L., Ward-Griffin, C., Sweetland, D., Sutherland, C., & O’Halloran L. (2001). The experience of empowerment in inhome services delivery. *Home Health Care Services Quarterly*, 20(4), 49–71. DOI: 10.1300/J027v20n04\_03
- Menoita, E. C. (Coord.) (2014). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Miller, C. A. (2012). *Nursing for wellness in older adults*. (6ª Ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Montalvo, I. (2007). The National Database of Nursing Quality Indicators. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 12(3), Manuscript 2. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/NursingQualityIndicators.html>
- National institute for health and care excellence. (2013). *Falls in older people: assessing risk and prevention (CG 161)*. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/resources/falls-in-older-people-assessing-risk-and-prevention-35109686728645>
- Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. Comunicação apresentada no II Congresso Ordem dos Enfermeiros, Lisboa. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong\\_ComLN.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLN.pdf)

- Nunes, L. (2010). Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem. *Revista Percursos*, 17, 3-9. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17\\_Do%20perito%20e%20do%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17_Do%20perito%20e%20do%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf)
- Oliver, D., Daly, F., Martin, F. C., & McMurdo, M. E. (2004). Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital inpatients: a systematic review. *Age and Aging*, 33(2), 122-130. **DOI:** 10.1093/ageing/afh017
- Oliver, D., Healey, F., & Haines, T. P. (2010). Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. *Clinics in geriatric medicine*, 26(4), 645-692. **DOI:** 10.1016/j.cger.2010.06.005
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Grafinter.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) - Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Browser CIPE Versão 2*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceereabilitacao.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Áreas Investigação Prioritárias Para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/Areas\\_Investigacao\\_Prioritarias\\_para\\_ER.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_ER.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *CIF: Classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Pereira, H. J. A. R. (2011). *Subitamente cuidadores informais! A experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado*. Tese de doutoramento. Disponível no RCAAP [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3916/1/ulsd61020\\_td\\_Helder\\_Pereira.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3916/1/ulsd61020_td_Helder_Pereira.pdf)
- Pereira, M. & Filgueiras, M. (2009). A dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. *Revista de Atenção Primária a Saúde*, 12(1),72-82. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=6799a1a7-a836-4c25-8224-8fab1da0cf78%40sessionmgr4010>
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Lisboa: Quarteto.
- Reinhard, S. C., Given, B., Petlick, N. H. & Bemis, A. (2008). Supporting Family Caregivers in Providing Care. In Hughes, R. (Coords). *An Evidence-Based Handbook for Nurses* (pp. 1-64). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Saraiva, D., Louro, I., Ferreira, L., Batista, P., Pina, S., & Ramalhinho, J. (2008). Quedas: indicador da qualidade assistencial. *Nursing*, 18(235), 28-35.
- Secoli, S. R. (2010). Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev. Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 136-140. DOI: 10.1590/S0034-71672010000100023
- Sepucha, K. R., Levin, C. A., Uzogara, E. E., Barry, M. J., O'Connor, A. M. & Mulley, A. G. (2008). Developing instruments to measure the quality of decisions: early results for a set of symptom-driven decisions. *Patient Education Counseling*, 73(3), 504-510. DOI: 10.1016/j.pec.2008.07.009

- Silva, D. (2014). *Helping measure person-centred care- A review of evidence about commonly used approaches and tools used to help measure person-centred care*. (Evidence review, March 2014). London: the Health Foundation. Disponível em: <http://www.health.org.uk/sites/health/files/HelpingMeasurePersonCentredCare.pdf>
- Silva, M. S. (2010). *O acesso aos cuidados de enfermagem após a alta hospitalar: uma análise do impacte da partilha de informação*. Dissertação de Mestrado. Disponível no RCAAP: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26619/2/Tese%2026Ago2010pdf.pdf>
- Simões, C. & Simões, J. (2007). Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE® segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. *Referência*, 2(4), 9-23. Disponível em: [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=13&id\\_revista=4&id\\_edicao=4](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=13&id_revista=4&id_edicao=4)
- Simpson, J. R., Rosenthal, L. D., Cumbler, E. U., & Likosky, D. J. (2013). Inpatient Falls: Defining the Problem and Identifying Possible Solutions. Part II- Application of Quality Improvement Principles to Hospital Falls. *The Neurohospitalist.*, 3(4), 203-208. DOI: 10.1177/1941874412470666
- Suhonen, R., Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7), 843-860. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2007.01979.x
- Taylor, D., Hale, L., Schluter, P., Waters, D. L., Binns, E.E., McCracken, H. ... Wolf, S.L. (2012). Effectiveness of tai chi as a community-based falls prevention intervention: A randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(5), 841-848. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2012.03928.x
- Touhy, T. & Jett, K. (2014). *Ebersole and Hess' Gerontological Nursing and Healthy Aging*. (4ª Ed). Missouri: Elsevier Mosby.
- Tubau, J. M., & Alibés, E. B. (2011). Princípios de Ética Biomédica, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress. *Bioética & Debat*, 17(64), 1-7. Disponível em: [file:///C:/Users/aa/Downloads/257098-346256-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/aa/Downloads/257098-346256-1-PB%20(1).pdf)
- Turner, J., Gardner, B., Staples, T. & Chapman, J. (2008). Medicines with Respect (part two): Implementation and evaluation of a medication management initiative in acute in-patient settings. *Mental Health Nursing*, 28(1), 12-15. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=3&sid=9491>

db7d-a28a-4ace-8db0-960713e7fe76%40sessionmgr4009&bdata=JnNpdGU  
9ZWhvc3QtbGI2ZQ%3d%3d#AN=105581272&db=rzh

World Health Organization. (2007). *Background Paper: Falls Prevention: Policy, Research and Practice* - World Health Organization Report: Prevention of Falls in Older Age. World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/projects/5.Intervention,%20policies%20and%20sustainability%20of%20falls%20prevention.pdf>

World Health Organization. (2008). *Summary of the evidence on patient safety: implications for research*. Geneva, Suíça: World Health Organization- World Alliance For Patient Safety. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/20080523\\_Summary\\_of\\_the\\_evidence\\_on\\_patient\\_safety.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/20080523_Summary_of_the_evidence_on_patient_safety.pdf)

World Health Organization. (2016). *Fact sheet N°344: Falls*. World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>



**APÊNDICES**









**8º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**


Projeto de Estágio

**Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa:  
Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de  
Reabilitação**

---

**Júlio Alexandre Belo Andrade Fernandes**

**Lisboa**  
**Julho, 2017**







**8º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**


**Projeto de Estágio**

**Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa:**  
**Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de**  
**Reabilitação**

Discente: Júlio Alexandre Belo Andrade Fernandes, nº 7370

Docente: Professora Doutora Maria do Céu Sá

**Lisboa**  
**Julho, 2017**





## **LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS**

ACS - Agrupamento de Centros de Saúde

AVD - Atividades de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CH - Centro Hospitalar

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EUNESE - European Network for Safety among Elderly

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

NPSA - National Patient Safety Agency

OE - Ordem dos Enfermeiros

SMI - Serviço de Medicina Interna

UCC - Unidade Cuidados na Comunidade

WHO - World Health Organization



# ÍNDICE

	Página
1- IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO .....	29
1.1- Título.....	29
1.2- Palavras-chave .....	29
1.3- Data de Início.....	29
1.4- Duração .....	29
2- INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS .....	30
3- COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA .....	31
3.1- Sumário .....	31
3.2- Enquadramento Conceptual do Tema .....	13
3.2.1- Fatores de Risco para a Ocorrência de Quedas .....	13
3.2.2- Consequências das Quedas.....	13
3.2.3- Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa.....	14
3.2.4- Teoria das Consequências Funcionais.....	16
3.3. Plano de Trabalho e Métodos .....	44
3.3.1- Problema Geral e Problemas Parcelares .....	46
3.3.2- Objetivos Gerais e Objetivos Específicos .....	46
3.3.3- Fundamentação da Escolha dos Locais de Estágio .....	47
3.3.4- Descrição das Tarefas e Resultados Esperados .....	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	59

## Apêndices

Apêndice 1 – Descrição das Instituições Envolvidas

Apêndice 2 – Revisão da Bibliografia

Apêndice 3 - Protocolo da Revisão *Scoping*

Apêndice 4 – Cronograma de Atividades

Apêndice 5 – Guião das Entrevistas

Apêndice 6 - Descrição das Atividades e Resultados Esperados



## ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1- Teoria das Consequências Funcionais: Modelo de Atuação de Enfermagem .....	17
Figura 2- Intervenção do EEER na Prevenção da Queda na Pessoa Idosa .....	20



# **1- IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO**

## **1.1- Título**

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

## **1.2- Palavras-chave**

Quedas; Prevenção de Quedas; Enfermagem de Reabilitação; Idoso.

## **1.3- Data de Início**

O Estágio terá início a 25 de setembro de 2017.

## **1.4- Duração**

O estágio terá a duração de 500 horas repartidas ao longo de 18 semanas (9 semanas em contexto hospitalar e 9 semanas em contexto comunitário).

## **2- INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS**

Para a execução deste projeto, será realizado um estágio, efetuado em duas fases. A primeira fase decorrerá de 25 de setembro a 24 de novembro de 2017, no Centro Hospitalar (CH), Serviço de Medicina Interna (SMI).

O SMI presta cuidados de saúde a pessoas com patologia do foro da medicina interna e é constituído por um Hospital de Dia e por 3 unidades de internamento.

Existem três enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER) alocados às unidades de internamento, que desempenham exclusivamente funções de enfermeiro especialista das 8h00 às 22h30.

A segunda fase decorrerá de 27 de novembro a 9 de fevereiro de 2018, no Agrupamento de Centros de Saúde (ACS), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

A UCC presta cuidados de saúde no domicílio e na comunidade, sendo a sua população alvo as famílias residentes, os grupos vulneráveis e a comunidade da sua área de abrangência.

A equipa multiprofissional tem na sua constituição um EEER, que desempenha funções de gestor de caso, com horários das 9h00 às 16h00, apresentando a maioria dos clientes, diagnósticos que englobam patologias do foro respiratório e neurológico.

Em ambos os locais de estágio estão implementados projetos de melhoria contínua da qualidade na área da prevenção de quedas na pessoa idosa.

De modo a aprofundar conhecimentos acerca do trabalho desenvolvido nestas unidades, realizámos uma descrição das unidades, que pode ser consultada em apêndice (Apêndice 1).

### **3- COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA**

#### **3.1- Sumário**

O presente trabalho intitulado Prevenção de quedas na pessoa idosa: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, foi elaborado no âmbito da unidade curricular de Opção II, inserida no 8º Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Constitui-se como um projeto de estágio, elemento de avaliação da unidade curricular, que tem como objetivo descrever, analisar e problematizar a área de estudo que pretendemos desenvolver em estágio, bem como, identificar as competências a desenvolver de acordo com os descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino para a obtenção do grau de mestre em articulação com as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o EEER.

O projeto é um processo metodológico que possibilita o planeamento das estratégias e atividades a desenvolver, tendo em conta a resolução de um problema, previamente definido (Fernandes, 2011). A noção de projeto tem por base o princípio de que a vida é feita de ações e é da interação entre a ação e o pensamento que resulta a aprendizagem. Assim, o projeto pode ser entendido como um instrumento de formação, que implica a aquisição, mobilização e desenvolvimento de conhecimentos e competências (Alarcão & Tavares, 2007).

Como primeiro passo para o desenvolvimento deste projeto, realizámos uma pesquisa e reflexão acerca da importância do tema. A escolha recaiu sobre a prevenção de quedas na pessoa idosa, pois consideramos que é um direito fundamental de todo o cidadão, o acesso a cuidados de saúde com qualidade em todas as dimensões da sua prestação, sendo uma dessas dimensões, a segurança do cliente.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, tem como objetivo estratégico a prevenção de quedas, sendo esta, um dos principais acontecimentos indesejáveis, considerado um dos grandes desafios no contexto da segurança do cliente (Ministério da Saúde, 2015).

A nível pessoal existe a motivação para desenvolver competências do EEER na prevenção de quedas, de modo a tornar-me perito nesta área de atuação. Estou

envolvido na coordenação de um projeto profissional que tem o intuito de diminuir a ocorrência de quedas de pessoas internadas. A sua implementação teve um impacto bastante positivo para os clientes e para a instituição, traduzindo-se numa melhoria do desempenho dos profissionais e conseqüentemente da situação problemática em questão (Fernandes, 2015).

As quedas são um grave problema de saúde pública (Ministério da Saúde, 2015; World Health Organization [WHO], 2007). São encaradas como um indicador de qualidade em saúde (Montalvo, 2007; WHO, 2008), e como indicador, é sensível aos cuidados de enfermagem, constituindo um diagnóstico de enfermagem na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (OE, 2011).

A CIPE versão 2.0 (OE, 2011) define queda como uma descida rápida do corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical.

As quedas implicam conseqüências físicas e psicológicas graves, custos económicos e sociais importantes, conduzindo ao aumento do risco de dependência da pessoa, contribuindo a nível institucional para o aumento do tempo de internamento, dos encargos associados aos recursos humanos, materiais e exames complementares de diagnóstico. Na comunidade contribui para uma diminuição significativa da qualidade de vida do cliente e família (Saraiva, Louro, Ferreira, Batista, Pina & Ramalinho, 2008).

De acordo com a WHO (2016), 37.3 milhões de pessoas recorrem anualmente aos serviços de saúde devido a uma lesão provocada pela queda, sendo que 424.000 dessas ocorrências tem conseqüências fatais. Segundo a European Network for Safety Among Elderly ([EUNESE], 2006), pessoas com mais de 80 anos têm uma taxa de mortalidade associada à ocorrência de queda 6 vezes superior aos idosos entre os 65 anos e os 79 anos.

Entre 28% a 42% da população com idade igual ou superior a 64 anos de idade sofre uma queda todos os anos (WHO, 2007). Em indivíduos que estão institucionalizados as taxas indicadoras de quedas variam de estudo para estudo, não sendo consensual se são superiores ou inferiores comparativamente com a taxa de quedas em indivíduos que vivem na comunidade. No entanto de acordo com Cameron et al. (2010), WHO (2007), Rebelatto, Castro e Chan (2007), as taxas de quedas em indivíduos institucionalizados são superiores comparativamente com os que residem na comunidade.

Em Portugal, estudos realizados por Costa-Dias (2014) identificaram que a nível hospitalar existem serviços de internamento com incidências de queda de 5,6 e 6,15 quedas por cada 1.000 camas ocupadas por dia.

Nesta área o EEER é um perito e a sua intervenção é fulcral, pois a evidência que identificámos com a realização da revisão *scoping* demonstra que as estratégias de prevenção da queda, são baseadas em programas multifatoriais que minimizem o efeito dos fatores de risco identificados e foquem o treino força muscular, equilíbrio e marcha (Avin, et al., 2015; Kwok & Tong, 2014; Kyr dalen, Moen, Røysland & Helbostad, 2014; Taylor, et al., 2012).

Outro fator que tive em conta para a escolha do tema deste projeto deriva do facto da intervenção autónoma do EEER na função motora ser considerada uma área de investigação muito prioritária para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2014), pelo que pretendo desta forma contribuir para o desenvolvimento da profissão suportando a tomada de decisão relativamente às áreas consideradas mais prementes e necessárias para a Enfermagem de Reabilitação.

Com a realização deste projeto pretendo desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na prevenção de quedas na pessoa idosa, continuando o trabalho que tenho vindo a realizar nesta área, contribuindo para a diminuição da ocorrência e consequências deste fenómeno.

De acordo com a OE (2012), os enfermeiros têm a responsabilidade de criar e manter um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão de risco. Nesta área problemática o EEER tem um papel fundamental, pois a sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visem melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (OE, 2010).

De modo a sustentar a nossa atuação durante o desenvolvimento deste projeto, escolhemos a Teoria das Consequências Funcionais, desenvolvida por Carol Miller.

Segundo Miller (2012), existem alterações inevitáveis decorrentes do processo de envelhecimento que associadas a fatores de risco causam consequências funcionais negativas. O enfermeiro deve avaliar a pessoa de forma holística e

implementar intervenções de modo a eliminar ou minimizar os efeitos dos fatores de risco identificados, maximizando o potencial funcional da pessoa, a sua sensação de bem-estar e qualidade de vida.

Para a execução deste projeto, será realizado um estágio, efetuado em duas fases. A primeira fase decorrerá de 25 de setembro a 24 de novembro de 2017, no CH, SMI. A segunda fase decorrerá de 27 de novembro a 9 de fevereiro de 2018, no ACS, UCC.

A nível da organização do projeto, após este sumário apresentamos o enquadramento conceptual do tema, onde realizamos a revisão da literatura, de modo a contextualizar e fundamentar a problemática, enquadrando a intervenção do EEER e o modelo teórico que sustenta a nossa intervenção. Posteriormente abordamos a metodologia utilizada, onde consta o plano de trabalho e métodos a utilizar, definimos o problema identificado e delineamos os objetivos do projeto. Apresentamos também a fundamentação da escolha dos locais de estágio e realizamos uma descrição das tarefas e resultados esperados com o desenvolvimento deste projeto. Por fim, efetuamos as considerações finais, seguidas das referências bibliográficas consultadas para a realização deste projeto.

A fundamentação deste projeto foi realizada através de pesquisas nas bases de dados: JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports; EBSCO HOST (*CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text*); Nursing Reference Center; ScienceDirect; Biblioteca do conhecimento online; Google Académico.

Recorremos às palavras-chave Quedas, Prevenção de Quedas, Enfermagem de Reabilitação e Idoso.

Para a redação do projeto foram consideradas as regras do novo acordo ortográfico e a referenciação teve por base as normas da Associação Americana de Psicologia, 6ª edição.

### **3.2- Enquadramento Conceptual do Tema**

De forma a contextualizar os métodos que surgem como adequados a este projeto, importa antes de mais compreender a problemática em estudo. Para possibilitar uma intervenção mais eficaz sentimos necessidade de aprofundar conhecimentos acerca da queda. Assim, para além deste enquadramento conceptual, realizámos uma revisão da bibliografia, que remetemos para apêndice (Apêndice 2), onde apresentamos os dados epidemiológicos, aprofundamos os fatores de risco e as estratégias de prevenção de queda.

#### **3.2.1- Fatores de Risco para a Ocorrência de Quedas**

Prevenir o evento de queda é uma conduta de boa prática, considerado como um indicador de qualidade dos sistemas de saúde. Torna-se fundamental a identificação dos fatores de risco, pois só conhecendo a sua diversidade e complexidade é possível atuar de modo a eliminar ou minimizar a sua influência.

A queda é um fenómeno multifatorial de grande complexidade. A literatura descreve uma grande diversidade de fatores de risco que vulgarmente surgem divididos em fatores extrínsecos e fatores intrínsecos (Almeida, Soldera, Carli, Gomes & Resendes, 2012; Secoli, 2010).

A WHO (2007) categoriza os fatores de risco em comportamental, biológico, socioeconómico e ambiental, sendo da interação destes que resulta a queda.

De acordo com o mesmo autor, os fatores de risco comportamental podem ser potencialmente modificáveis, pois referem-se às ações humanas, escolhas diárias e emoções. Estão relacionados com a utilização de polimedicação, atitudes sedentárias e utilização de vestuário ou calçado inapropriado.

Os fatores de risco biológico não são modificáveis, por envolverem características do indivíduo como a idade, sexo, raça, doenças crónicas, declínio cognitivo e físico.

Em relação aos fatores de risco socioeconómicos, estes estão relacionados com a influência das condições sociais do indivíduo, rendimentos baixos, nível educacional, habitação com diminuídos recursos de segurança e isolamento social.

Por último o fator de risco ambiental inclui a interação das condições físicas do indivíduo e do ambiente que o rodeia. São fatores modificáveis como seja o caso da iluminação insuficiente e do piso escorregadio.

Estes fatores de forma isolada não representam causas de queda, mas a interação entre eles pode afigurar-se como o elemento causador. Não devemos restringir um evento de queda a um único agente causal, pois a queda resulta frequentemente de uma interação entre os fatores, sendo que quanto mais fatores de risco estiverem presentes, maior será o risco de queda (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2017; WHO, 2007).

De acordo com o CDC (2017) e o National Institute for Health and Care Excellence ([NICE], 2013) existem fatores de risco que podem ser reversíveis ou modificáveis, sendo que as intervenções no sentido de os alterar numa direção favorável podem reduzir a probabilidade da ocorrência do evento. Assim, impõe-se aos profissionais de saúde o desafio de identificar e agir sobre os fatores de risco, passíveis de modificar.

### 3.2.2- Consequências das Quedas

A ocorrência da queda pode ser responsável pela perda de autonomia e independência da pessoa idosa, devido às consequências físicas e psicológicas, implicando um aumento do tempo de internamento e o grau de dependência da pessoa, com conseqüente acréscimo de custos económicos e sociais (Almeida, Brites & Takizawa, 2011; Carvalho, Luckow, Peres, Garcias & Siqueira, 2011).

A WHO (2007) considera que a ocorrência de quedas na pessoa idosa provoca aumento dos custos monetários de forma progressiva em todo o mundo, abrangendo despesas de saúde relacionadas com o tratamento e reabilitação da pessoa e os custos relacionados com a perda de produtividade na sociedade.

Oliver, Healey e Haines (2010) referem que a nível das organizações a ocorrência de queda leva a um acréscimo de intervenções adicionais, o que implica o aumento no tempo de hospitalização, de transferências de clientes para a rede de cuidados continuados e reclamações formais.

As quedas podem ainda estar associadas a algum ceticismo relativamente à qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e à responsabilidade dos profissionais (Cintra, Pinto, Sousa, Rosa, Lima & Rodrigues, 2010), facto constatado

através de reclamações formalizadas de percepção de falha nos cuidados prestados ao cliente (Simpson, Rosenthal, Cumbler & Likosky, 2013).

Para Cintra et al. (2010) e Oliver, Daly, Martin e McMurdo (2004) o fenómeno das quedas nas organizações, além das consequências para a pessoa e família, leva à desconfiança das pessoas no sistema de saúde e provoca ansiedade e *stress* nos profissionais envolvidos. Outros autores também referem que a nível dos profissionais de saúde a queda provoca ansiedade, interfere na confiança e autoestima sempre que um cliente sofre lesões resultantes da queda (Johansson, Bachrach-Lindstrom, Struksnes & Hedelin, 2009; Oliver et al., 2010).

O Ministério da Saúde (2015) refere que o impacto financeiro das quedas nos sistemas de saúde está a aumentar. Em 2006 o custo médio por cada episódio de queda com lesão, envolvendo uma pessoa com idade igual ou superior a 65 anos, foi cerca de 2900 €. Apesar da queda sem lesão ser a que acarreta menor custo, o facto de ocorrer em maior número leva a que na sua totalidade sejam as que mais custos representam para os hospitais.

Ao analisar os custos que o fenómeno das quedas acarreta, não nos podemos centrar apenas em custos financeiros, pois existe um custo humano. A queda pode causar angústia, ansiedade, dor, traumatismo, diminuição da autoestima e perda da independência. Inicia-se um ciclo onde o medo de voltar a cair leva a uma diminuição na mobilidade, diminuição da autoconfiança na deambulação, com conseqüente aumento da dependência, diminuição da qualidade de vida, que em alguns casos acaba com a institucionalização da pessoa (Gomes, Marques, Leal & Barros, 2014; Healey & Darowski, 2012; Lopes & Dias, 2010).

### 3.2.3- Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

Segundo a OE (2010), a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar a pessoa a maximizar o seu potencial funcional e independência.

O Regulamento de Competências Específicas do EEER define que este:

- a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;

b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;

c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. (OE, 2010, p. 2).

De modo a aprofundar conhecimentos acerca da intervenção do EEER na prevenção de quedas na pessoa idosa realizámos uma revisão *scoping*, cujo protocolo pode ser consultado em apêndice (Apêndice 3).

Como resultado desta revisão verificámos que, Avin, et al. (2015) realizaram um estudo com o objetivo de determinar quais as intervenções eficazes para a identificação e gestão do risco de queda em adultos idosos. Para a sua realização recorreram ao instrumento para avaliação de diretrizes clínicas, AGREEII, tendo verificado que a evidência demonstra que deve ser realizada uma avaliação multifatorial do risco de queda, que inclua a componente ambiental, força muscular, equilíbrio, marcha, capacidade para realizar as atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD).

Esta avaliação permite identificar os fatores de risco para a ocorrência de quedas e tendo em conta esses fatores devem ser implementados programas de reabilitação que eliminem ou diminuam a sua influência. Os programas devem incluir o treino de força muscular, equilíbrio, marcha e modificação ambiental (Avin, et al., 2015).

Kyrdalen, et al. (2014) efetuaram um estudo com objetivo de avaliar a eficácia de um programa de reabilitação a nível do equilíbrio, força muscular, marcha e prevenção de quedas. O programa incluiu sessões de alongamento, treino de equilíbrio com a realização de agachamentos, marcha e subir escadas. A componente de exercícios de força muscular foi desenvolvida recorrendo a halteres. Foi identificada melhoria a nível do equilíbrio, força muscular e marcha, mantendo-se estes resultado numa avaliação realizada 3 meses após a conclusão do programa de reabilitação. Concluíram que o programa de exercícios teve impacto positivo a nível da prevenção de quedas.

Kwok e Tong (2014) realizaram estudo similar com o objetivo de comparar os efeitos de um programa de reabilitação aplicado em domicílio a nível individual ou em grupo, a nível da capacidade física, qualidade de vida e prevenção de quedas, tendo verificado que a população que frequentou as sessões de grupo apresentou níveis aumentados de capacidade física, qualidade de vida e menor ocorrência de quedas em comparação com a população que realizou as sessões individuais. Em

ambos os grupos foi aplicado o mesmo programa de intervenção que consistiu em exercícios de desenvolvimento de força muscular, resistência, equilíbrio e flexibilidade.

Neste estudo o programa de exercícios aplicado individualmente foi supervisionado por assistentes operacionais que receberam formação acerca do programa, e técnicos da área da reabilitação supervisionaram as sessões de grupo.

Taylor, et al. (2012) compararam a efetividade de um programa de *tai chi* e um programa de reabilitação na redução de quedas na pessoa idosa. No programa de reabilitação foram incluídos exercícios de alongamento, desenvolvimento de força muscular e uma componente de exercício cardiovascular. Durante o período de intervenção verificaram uma redução da incidência de quedas. Não existiu diferença estatisticamente significativa entre os grupos na redução da incidência de quedas. Constataram aumento no nível de equilíbrio e força muscular ao longo do tempo de intervenção, não existindo alteração a nível da mobilidade. Nestes indicadores não se verificaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Avin, et al. (2015) identificaram que devem ser realizados programas de reabilitação que incluam planos de exercícios, mas não verificaram evidência acerca de quais os exercícios mais efetivos para a prevenção de quedas e qual a duração dos programas. Concluíram que deve ser enfatizada a importância da prática de atividade física e a pessoa deve ser capacitada para gerir o risco de queda e realizar a transição desses programas para a sua vida diária.

#### 3.2.4- Teoria das Consequências Funcionais

A teoria de enfermagem que sustenta a nossa intervenção é a Teoria das Consequências Funcionais desenvolvida por Carol Miller.

Miller (2012) postula que o cuidado de enfermagem tem um foco holístico, englobando a componente biopsicoespiritual da pessoa, reconhecendo que o bem-estar da pessoa engloba mais do que a função física.

Existem alterações inevitáveis decorrentes do processo de envelhecimento e a pessoa idosa experimenta consequências funcionais positivas ou negativas devido à interação entre essas alterações e os fatores de risco presentes. A maioria das consequências funcionais negativas pode ser colmatada através de uma intervenção que elimine ou minimize os efeitos dos fatores de risco, maximizando o potencial

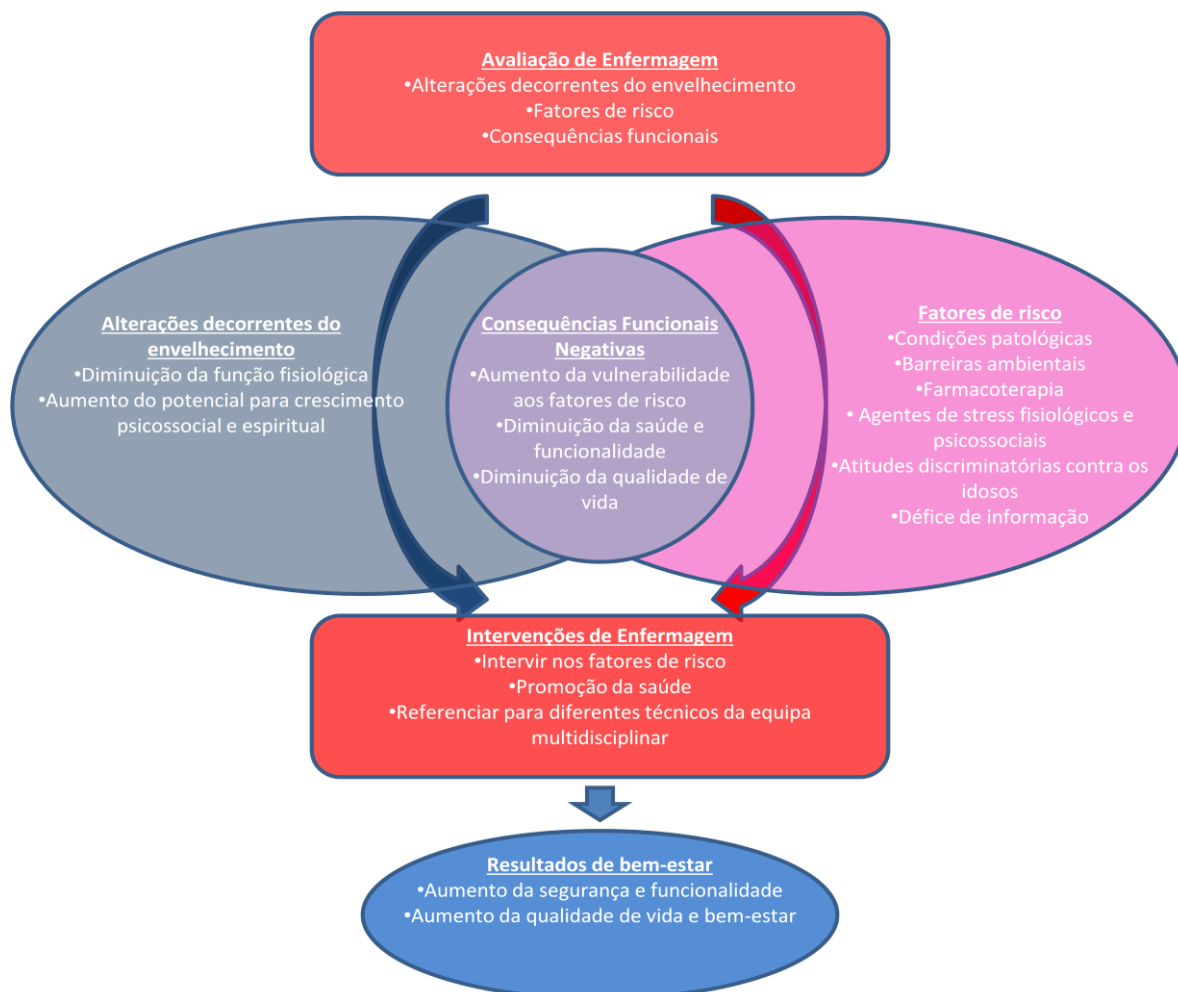
funcional da pessoa e a sua sensação de bem-estar. Assim a intervenção do enfermeiro deve focar os fatores de risco e o desenvolvimento da sensação de bem-estar da pessoa através da promoção da saúde e de intervenções dirigidas às consequências funcionais negativas (Miller, 2012).

Segundo Miller (2012), as intervenções de enfermagem resultam em consequências funcionais positivas que permitem à pessoa idosa funcionar ao seu melhor nível, apesar da presença das alterações decorrentes do envelhecimento e dos fatores de risco.

Considerando os pressupostos desta teoria e a sua relação com as competências específicas do EEER, consideramos que esta teoria é uma base adequada para o desenvolvimento deste projeto.

De modo a explicar a atuação do enfermeiro na promoção do bem-estar na pessoa idosa, Miller esquematizou os componentes da sua teoria na figura 1.

**Figura 1.** Teoria das Consequências Funcionais: Modelo de Atuação de Enfermagem.



A teoria das consequências funcionais preconiza a atuação do enfermeiro na maximização da capacidade funcional da pessoa idosa, da sua saúde e qualidade de vida. No centro desta teoria, Miller enquadró a definição de bem-estar desenvolvida por Dunn (1959), na qual o bem-estar não é encarado como uma condição amorfa, mas como um estado complexo constituído pela sobreposição de níveis de bem-estar. Quando consegue reconhecer objetivamente estes níveis de bem-estar, o enfermeiro percebe que o bem-estar não é unidimensional, mas um panorama de vida em constante mudança.

A esta definição, Miller associou conhecimentos multidisciplinares sobre o envelhecimento e as conceptualizações de teóricos de enfermagem como Virginia Henderson, Imogene King, Calista Roy, Martha Rogers, Rosemarie Parse, Jean Watson e Madeleine Leininger.

Miller (2012) desenvolve conceitos como as consequências funcionais, alterações decorrentes do processo de envelhecimento e fatores de risco, e descreve uma conceção abrangente que engloba a pessoa, saúde, ambiente e enfermagem.

As consequências funcionais são efeitos observáveis de ações, fatores de risco e alterações decorrentes do envelhecimento que influenciam a qualidade de vida e a capacidade para realizar as AVD da pessoa idosa. Os efeitos relacionam-se em todos os níveis de funcionamento, físico, psicológico e espiritual.

As consequências funcionais negativas são as que interferem com a funcionalidade e qualidade de vida da pessoa idosa e as consequências funcionais positivas são as que facilitam um maior nível de funcionalidade, um menor nível de dependência e melhor qualidade de vida.

As alterações decorrentes da idade são processos progressivos, inevitáveis e irreversíveis que ocorrem durante o processo de envelhecimento, sendo independentes de condições extrínsecas ou patológicas. A nível fisiológico são alterações tipicamente degenerativas, a nível psicológico e espiritual existe potencial para o desenvolvimento.

Os fatores de risco são condições que levam ao aumento da vulnerabilidade da pessoa idosa e a consequências funcionais negativas. São considerados fatores de risco típicos a presença de doença, o ambiente, estilos de vida, alterações psicossociais, efeitos adversos da farmacoterapia e atitudes baseadas na falta de conhecimentos.

A pessoa é considerada como um ser único e complexo, no qual a funcionalidade e o bem-estar são influenciados pelas alterações decorrentes do processo de envelhecimento e os fatores de risco presentes. Quando as alterações causadas pelos fatores de risco levam a que a pessoa idosa seja dependente de outro para a realização das suas AVD, os seus cuidadores devem ser considerados como um foco integral dos cuidados de enfermagem.

O foco da intervenção do enfermeiro deve centrar-se na eliminação ou minimização dos efeitos dos fatores de risco e promover o bem-estar da pessoa. É através deste processo que se obtêm resultados, devendo dar ênfase à promoção da saúde e intervenções que foquem as consequências funcionais negativas.

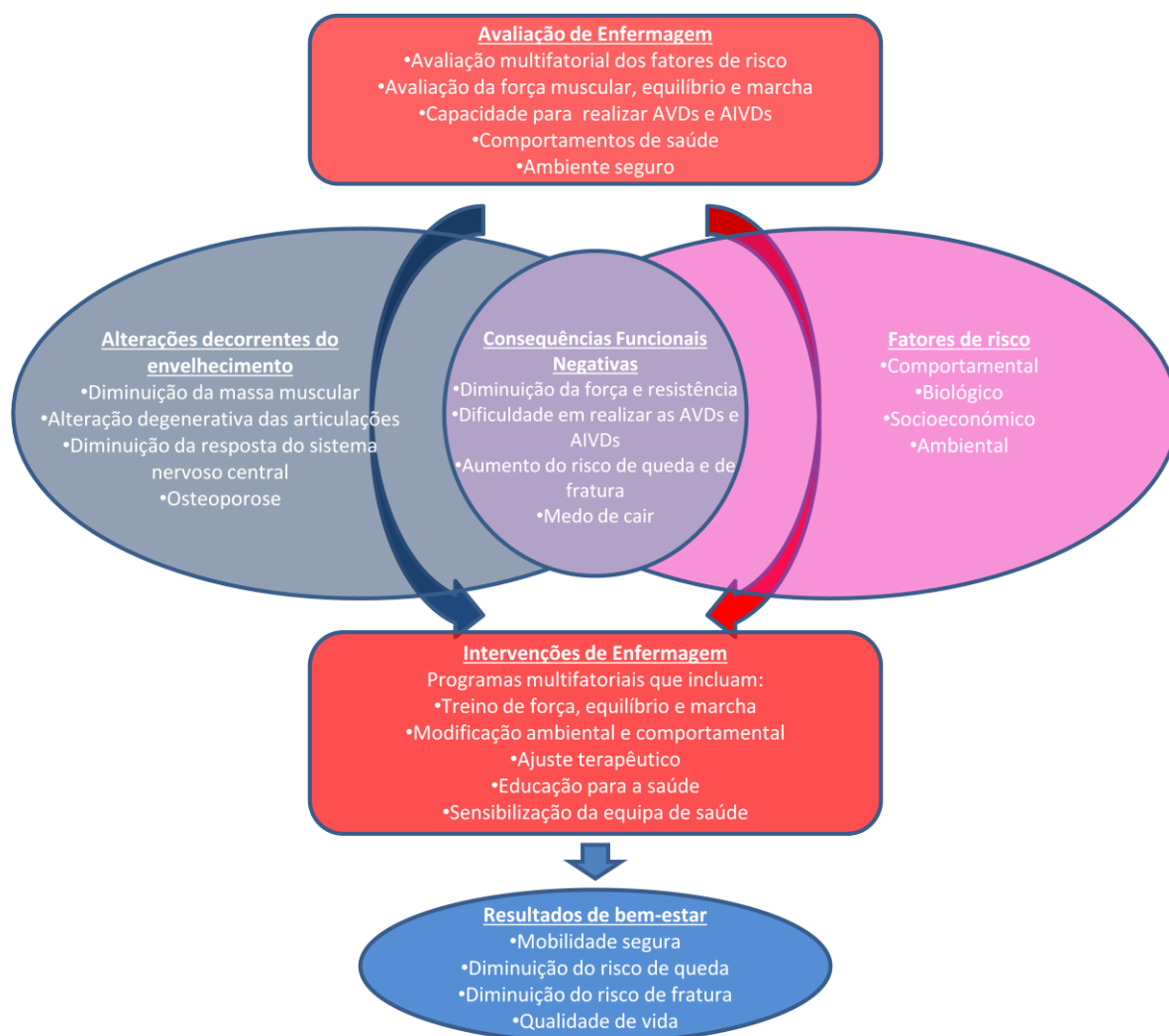
O conceito de saúde é definido como a capacidade da pessoa idosa atingir o maior nível de funcionalidade e qualidade de vida, apesar das alterações decorrentes do processo de envelhecimento e dos fatores de risco.

O ambiente é considerado como todas as condições externas à pessoa.

Miller (2012) aborda a prevenção de queda na pessoa idosa considerando-a fundamental para a manutenção da mobilidade e segurança. A mobilidade é encarada como um dos aspetos mais importantes da função fisiológica, pois é essencial para que a pessoa possa manter a sua independência. Esta autora considera que existem alterações decorrentes do processo de envelhecimento que influenciam a mobilidade, mas devido à existência de inúmeros fatores de risco que a afetam, a influência destes fatores é superior à causada pelo processo de envelhecimento. Assim, na pessoa idosa surge o duplo desafio de manter a mobilidade e evitar a ocorrência de queda e fraturas. Por esta razão a segurança é considerada como um aspeto integral da mobilidade.

Estruturando a nossa intervenção com base na teoria das consequências funcionais, nos dados evidenciados com a realização da revisão *scoping* e nos domínios de competência do EEER, realizámos o seguinte esquema (figura 2), no qual está patente a atuação do enfermeiro perante esta problemática.

**Figura 2.** Intervenção do EEER na Prevenção de Queda na Pessoa Idosa.



A queda na pessoa idosa é um fenómeno multifatorial de grande complexidade, e de modo a diminuir a sua ocorrência, tem que existir uma avaliação multifatorial dos fatores de risco e a implementação de intervenções específicas de modo a minimizar ou eliminar a ação dos mesmos. O fenómeno tem que ser abordado de forma global, sendo a pessoa encarada como um ser em constante interação com os diversos fatores de risco.

### 3.3. Plano de Trabalho e Métodos

Para a realização deste projeto definimos como situação problemática, a ocorrência de quedas na pessoa idosa, considerada como um grave problema de saúde pública, que causa consequências físicas, psicológicas e sociais, levando ao aumento de dependência e institucionalização da pessoa, com consequente acréscimo de custos económicos e sociais (Ministério da Saúde, 2015; Nascimento, Duarte, Antonini & Borges, 2009; Saraiva et al., 2008; WHO, 2007).

Nesta área a atuação do EEER é fulcral, pois a evidência demonstra que as estratégias verdadeiramente eficazes na prevenção da queda estão englobadas no seu domínio de competências.

De modo a incorporar os resultados da evidência científica, começámos por realizar uma pesquisa exploratória, recorrendo às seguintes bases de dados: JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports; EBSCO HOST (*CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text*); Nursing Reference Center; ScienceDirect; Biblioteca do conhecimento online; Google Académico.

Após verificarmos que não existia nenhuma revisão *scoping* que respondesse à nossa questão, procedemos à sua realização (Apêndice 3) recorrendo à plataforma EBSCO HOST, com utilização das bases de dados *CINAHL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text*.

Ambas as pesquisas serviram de suporte à elaboração deste projeto, permitindo o desenvolvimento de conhecimentos de modo a fundamentar a intervenção em estágio.

A nível da metodologia de implementação do projeto, pretendemos avaliar a capacidade funcional da pessoa e diagnosticar alterações que determinem limitações da atividade e incapacidades através da colheita de dados, recorrendo a escalas e instrumentos de medida. Vamos realizar uma avaliação multifatorial do risco, de modo a incluir os fatores de risco de ordem comportamental, ambiental, socioeconómico e biológico.

Para avaliar o risco de queda da pessoa idosa iremos utilizar a Escala de Quedas de Morse. A escolha recaiu sobre esta escala pois está validada para a população portuguesa e amplamente divulgada no SMI e UCC, sendo aplicada pelas equipas de enfermagem.

Tendo em conta que a evidência demonstra que as estratégias de prevenção de queda, são baseadas em intervenções multifatoriais que eliminem ou minimizem o efeito dos fatores de risco identificados e foquem o treino força muscular, equilíbrio e marcha, tencionamos utilizar como instrumentos de avaliação o *Time Up and Go Test*, o *30-Second Chair Stand Test*, a Escala de Equilíbrio de Berg, a Escala de Força Muscular *Medical Research Council* e a *Falls Efficacy Scale International* - versão portuguesa.

Após a avaliação, são planeadas e implementadas estratégias de intervenção específicas de enfermagem de reabilitação com o objetivo de promover a adaptação à limitação e maximizar a capacidade funcional da pessoa, minimizando assim os fatores de risco identificados, levando à diminuição do risco de queda.

De referir que consideramos que os instrumentos de avaliação do risco de queda predizem o risco, mas os profissionais que os utilizam devem encará-los de uma forma crítica e compreender as suas limitações, pois por si só a pontuação numa escala não pode definir as intervenções de enfermagem. Importa realçar que pessoas com a mesma pontuação podem requerer intervenções diferentes, pois o risco de queda pode advir de diferentes fatores. A avaliação do risco de queda deve ser entendida não como o objetivo final, mas como uma oportunidade para delinear possíveis intervenções.

De modo a avaliar os resultados das intervenções implementadas, iremos recorrer à aplicação dos instrumentos de avaliação anteriormente referidos, possibilitando assim a comparação de resultados.

Sempre que necessário, iremos proceder à reestruturação do plano implementado, consoante as necessidades resolvidas e/ou outras identificadas.

Pretendemos realizar registos da nossa intervenção de modo a promover a visibilidade da eficácia dos cuidados prestados pelo EEER, recorrendo à plataforma SClinico, utilizada em ambas as unidades.

Ao perspectivar o futuro, considero que poderão existir aspetos que limitam a implementação deste projeto. O possível desajuste da intenção projetada comparativamente com a realidade que irei encontrar pode ser uma dessas limitações, pelo que de modo a minimizar a sua ocorrência, realizei entrevista prévia com os EEER dos locais de estágio. Outra situação prende-se com a gestão do tempo, pois às exigências laborais e pessoais acrescentam-se as exigências que poderão existir nos locais de estágio. No sentido de minimizar essa limitação,

realizei um cronograma de atividades (Apêndice 4), ferramenta fundamental para uma correta gestão de tempo.

Considero que a metodologia a implementar é permeável à reestruturação, tendo em conta o meu desenvolvimento e as necessidades identificadas. Assim, este projeto apresenta-se como uma perspectiva, um caminho traçado que irei percorrer de modo ao desenvolvimento das competências necessárias para a obtenção do grau de Mestre e o título profissional de EEER, sendo também uma ferramenta dinâmica, potencializadora de aprendizagens, que possibilita uma adaptação à realidade vivenciada.

### 3.3.1- Problema Geral e Problemas Parcelares

Enquadrado na definição de projeto realizada por Fernandes (2011), ao longo deste projeto delineamos um processo metodológico que possibilita o planeamento das estratégias e atividades a desenvolver, tendo em conta a resolução de um problema.

Para a elaboração deste projeto partimos de um problema geral que é a ocorrência de quedas na pessoa idosa.

Como problemas parcelares surge a elevada incidência de quedas na pessoa idosa, o impacto da ocorrência de quedas na pessoa idosa e o elevado número de fatores de risco para a ocorrência de quedas na pessoa idosa.

### 3.3.2- Objetivos Gerais e Objetivos Específicos

Tendo em conta os problemas identificados, traçámos como objetivos gerais:

- Desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na prevenção de quedas na pessoa idosa;
- Desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na área motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

Como objetivos específicos delineámos:

- Desenvolver uma prática profissional mediante processos de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores, normas deontológicas e evidência científica;

- Dinamizar programas de melhoria contínua da qualidade desenvolvidos nos serviços;
- Desenvolver competências de gestão de recursos humanos e coordenação de cuidados de enfermagem;
- Cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida;
- Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- Maximizar a capacidade funcional da pessoa.

### 3.3.3- Fundamentação da Escolha dos Locais de Estágio

Após a escolha da área de intervenção deste projeto, identificámos as unidades de saúde que podem possibilitar a obtenção dos objetivos propostos.

Das opções disponíveis, a nível de estágio comunitário seleccionámos a UCC, pertencente ao ACS. Em relação ao estágio hospitalar, optámos por escolher um local diferente das opções fornecidas, tendo a escolha recaído no SMI do CH.

Os principais aspetos que influenciaram a escolha de ambos os locais de estágio foi o facto de existirem EEER na prestação direta de cuidado de enfermagem de reabilitação e de estarem implementados projetos de melhoria contínua da qualidade na área da prevenção de quedas na pessoa idosa, nos quais o EEER tem um papel fundamental.

De modo a perceber se estes locais de estágio permitem a obtenção dos objetivos e o desenvolvimento das competências necessárias, realizei uma entrevista com os EEER das unidades, cujo guião se encontra em apêndice (Apêndice 5).

Assim, tendo em conta estes pressupostos, penso estarem asseguradas as condições necessárias para atingir os objetivos e competências que nos propusemos alcançar neste projeto.

### 3.3.4- Descrição das Tarefas e Resultados Esperados

De modo a alcançar os objetivos que nos propusemos atingir, realizámos a sistematização das tarefas e os resultados esperados (Apêndice 6).

As tarefas que pretendemos desenvolver relacionam-se com a prestação de cuidados no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista e EEER. Como suporte à realização dessas tarefas, delineámos quais os recursos necessários, bem como quais os indicadores e critérios de avaliação a utilizar.

Para uma eficaz execução das várias atividades descritas e consequente concretização dos objetivos programados realizámos um cronograma (Apêndice 4).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste projeto de estágio demonstrou ser de extrema importância para o desenrolar do estágio. Partindo de uma situação problemática, definimos um processo metodológico que possibilitou o planeamento das estratégias e atividades a implementar de modo a evidenciar o desenvolvimento das competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino para a obtenção do grau de mestre em articulação com as competências definidas pela OE para o EEER.

Após verificar o percurso efetuado ao longo deste projeto, considero que atingimos os objetivos que definimos para a sua elaboração, pois descrevemos, analisámos e problematizámos a área de estudo que pretendemos desenvolver em estágio.

É o início de um processo contínuo que irá terminar com a elaboração do relatório de estágio e a sua realização foi sem dúvida um processo gratificante que proporcionou crescimento e desenvolvimento tanto ao nível pessoal, como profissional.

Ao longo deste documento fica patente a importância da função do EEER na prevenção de quedas na pessoa idosa. Nesta área de atuação, o EEER é um perito, pois a evidência demonstra que a prevenção de quedas pode ser realizada através de uma abordagem multifatorial, que foque a implementação de estratégias que minimizem ou eliminem o impacto dos fatores de risco, e através do desenvolvimento de programas de treino de força muscular, equilíbrio e marcha.

Seja no desenvolvimento e liderança de projetos que levem à adaptação ambiental e comportamental da pessoa, no desenvolvimento de programas de reeducação funcional, ou na sensibilização da comunidade e equipas multiprofissionais de saúde para o impacto que esta problemática tem na pessoa idosa, o EEER tem uma função fulcral.

Por último, resta referir que para o desenvolvimento deste projeto escolhi dois locais de estágio que estão preparados para me possibilitarem o desenvolvimento das competências necessárias, sendo que em ambos estão a ser desenvolvidos projetos de prevenção de quedas na pessoa idosa, que contemplam a atuação do EEER.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. & Tavares, J. (2007). *Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª ed. Coimbra: Edições Almedina.
- Almeida, L. P., Brites, M. F., & Takizawa, M.G. (2011). Quedas em idosos: fatores de risco. *RBCEH Passo Fundo*, 8(3), 384-91. **DOI**:10.5335/rbceh.2011.037
- Almeida, S. T., Soldera, C. L. C., Carli, G. A., Gomes, I., & Resendes, T. L. (2012). *Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predispõem a quedas em idosos*. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58(4), 427-433. **DOI**:10.1590/S0104-42302012000400012
- Avin, K. C., Hanke, T. A., Kirk-sanchez, N., Mcdonough, C. M., Shubert, T. E., Hardage, J., & Hartley, G. (2015). Management of Falls in Community-Dwelling Older Adults: Clinical Guidance Statement. *Physical Therapy*, 95(6), 815–834. **DOI**: 10.2522/ptj.20140415
- Cameron, I. D., Murray G. R., Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Hill, K. D., Cumming, R. G., & Kerse, N. (2010). Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. Art. No.: CD005465. **DOI**: 10.1002/14651858.CD005465.pub3
- Carvalho, M. P., Luckow, E. L. T., Peres, W., Garcias, G. L., & Siqueira, F. C. (2011). O envelhecimento e seus fatores associados. *RBCEH. Passo Fundo*, 8(2), 265-271. **DOI**:10.5335/rbceh.2011.026
- Centers for Disease Control and Prevention <https://www.cdc.gov/homeandrecreationalsafety/falls/adultfalls.html>. Acedido em 2017/06/04.
- Cintra, E. A., Pinto, A. C., Sousa, E. O., Rosa, E. V., Lima, I. A., & Rodrigues, S. O. (2010). Utilização de indicadores de qualidade para avaliação da assistência de enfermagem: opinião dos enfermeiros. *Journal of the Health Sciences Institute*. 28(1), 29-34. Disponível em: [http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/01\\_jan-mar/V28\\_n1\\_2010\\_p29-34.pdf](http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/01_jan-mar/V28_n1_2010_p29-34.pdf)
- Costa-Dias, M.J. (2014). *Quedas em contexto hospitalar: factores de risco*. (Tese de Doutorado, Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/17112>
- Dunn, H. L. (1959). High-level wellness for man and society. *American journal of public health*, 49(6), 786–792. **DOI**: 10.2105/AJPH.49.6.786

- European Network For Safety Among Elderly. (2006). *Fact sheet: Prevention of Falls among Elderly*. Disponível em: <http://www.injuryobservatory.net/wp-content/uploads/2012/08/Older-Guide-Prevention-of-Falls.pdf>.
- Fernandes, J. A. B. A. (2011). *Resiliencia y vulnerabilidad en familias de personas con esquizofrenia*. (Tese de Doutoramento não editada, Departamento de Psicologia e Antropología). Universidade de Extremadura, Espanha.
- Fernandes, J.A.B.A. (2015). *Relatório de Avaliação do Projeto*. Prevenção de Quedas do Cliente Internado. Acessível no Centro Hospitalar de Setubal E.P.E., Setúbal, Portugal.
- Gomes, E. C., Marques, A. P., Leal, M. C., & Barros, B. P. (2014). Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3543-3551. **DOI:** 10.1590/1413-81232014198.16302013
- Healey, F. & Darowski, A. (2012). Older patients and falls in hospital. *Clinical Risk*, 18(5), 170-176. **DOI:** 10.1258/cr.2012.012020
- Johansson, I., Bachrach-Lindstrom, M., Struksnes, S., & Hedelin, B. (2009). Balancing integrity vs. risk of falling - nurses' experiences of caring for elderly people with dementia in nursing homes. *Journal of Research in Nursing*, 14 (1), 61-73. **DOI:** 10.1177/1744987107086423
- Kyrdalen, I. L., Moen, K., Røysland, A. S., & Helbostad, J. L. (2014). The Otago exercise program performed as group training versus home training in fall-prone older people: A randomized controlled trial. *Physiotherapy Research International*, 19(2), 108–116. **DOI:** 10.1002/pri.1571
- Kwok, T. M. K., & Tong, C. Y. (2014). Effects on centre-based training and home-based training on physical function, quality of life and fall incidence in community dwelling older adults. *Physiotherapy Theory and Practice*, 30(4), 243–248. **DOI:** 10.3109/09593985.2013.867387
- Lopes, R. A., & Dias R. C. (2010). O impacto das quedas na qualidade de vida dos idosos. *ConScientiae Saúde*, 9(3), 504-509. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/929/92915180022.pdf>
- Miller, C. A. (2012). *Nursing for wellness in older adults*. 6ª Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Ministério da Saúde. (2015). Decreto nº 1400-A/2015 de 10 Fevereiro. Anexo, *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. *Diário da República*,

2ª Série, nº 28, 3882- (2) -3882- (10). Disponível em:  
<https://dre.pt/application/file/66457154>

Montalvo, I. (2007). The National Database of Nursing Quality Indicators. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 12 (3), Manuscript 2. Disponível em:  
<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/NursingQualityIndicators.html>

Nascimento, B., Duarte, B., Antonini, D., Borges, S. (2009). Risco para quedas em idosos da comunidade: relação entre tendência referida e susceptibilidade para quedas com o uso do teste clínico de interação sensorial e equilíbrio. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 7, 95-99. Disponível em:  
<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n2/a004.pdf>

National institute for health and care excellence. (2013). *Falls in older people: assessing risk and prevention (CG 161)*. Disponível em:  
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/resources/falls-in-older-people-assessing-risk-and-prevention-35109686728645>. ISBN: 978-1-4731-0132-6.

Oliver, D., Daly, F., Martin, F. C., & McMurdo, M.E. (2004). Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital inpatients: a systematic review. *Age and Aging*. Vol 33 (2), 122-130. **DOI:** 10.1093/ageing/afh017

Oliver, D., Healey, F., & Haines, T. P. (2010). Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. *Clinics in geriatric medicine*, 26(4), 645-692. **DOI:** 10.1016/j.cger.2010.06.005

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Browser CIPE Versão 2*. Disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Divulgar*: Lisboa. Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil\\_VF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf).

Ordem dos Enfermeiros. (2014). Áreas Investigação Prioritárias Para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/Areas\\_Investigacao\\_Prioritarias\\_para\\_EER.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf)

- Rebelatto, J. R., Castro, A. P., & Chan, A. (2007). Quedas em idosos institucionalizados: características gerais, factores determinantes e relação com a força de preensão manual. *Acta Ortopédica Brasileira* 15(3), 151-154. **DOI:** 10.1590/S1413-78522007000300006
- Saraiva, D., Louro, I., Ferreira, L., Batista, P., Pina, S., & Ramalhinho, J. (2008). Quedas: indicador da qualidade assistencial. *Nursing*, 18 (235), 28-35. ISSN: 0871-6169.
- Secoli, S. R. (2010). Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev. Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 136-140. **DOI:** 10.1590/S0034-71672010000100023
- Simpson, J. R., Rosenthal, L. D., Cumbler, E. U., & Likosky, D. J. (2013). Inpatient Falls: Defining the Problem and Identifying Possible Solutions. Part II- Application of Quality Improvement Principles to Hospital Falls. *The Neurohospitalist*, 3 (4), 203-208. **DOI:** 10.1177/1941874412470666
- Taylor, D., Hale, L., Schluter, P., Waters, D. L., Binns, E.E., McCracken, H. ... Wolf, S.L. (2012). Effectiveness of tai chi as a community-based falls prevention intervention: A randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(5), 841–848. **DOI:** 10.1111/j.1532-5415.2012.03928.x
- World Health Organization (2007). *Background Paper: Falls Prevention: Policy, Research and Practice - World Health Organization Report: Prevention of Falls in Older Age*. World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/projects/5.Intervention,%20policies%20and%20sustainability%20of%20falls%20prevention.pdf>
- World Health Organization. (2008). *Summary of the evidence on patient safety: implications for research*. Genebra, Suíça: World Health Organization- World Alliance For Patient Safety. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/20080523\\_Summary\\_of\\_the\\_evidence\\_on\\_patient\\_safety.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/20080523_Summary_of_the_evidence_on_patient_safety.pdf)
- World Health Organization (2016). *Fact sheet N°344: Falls*. World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>











## **Caracterização do SMI**

De acordo com o SMI (2013), este tem como missão a promoção da saúde na comunidade onde está inserido, prestando cuidados de saúde diferenciados, com respeito pela dignidade dos clientes e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa.

Tem como visão ser reconhecido como um serviço de referência no tratamento dos clientes, no desenvolvimento de técnicas eficientes e terapêuticas inovadoras, assim como na excelência da prática médica e de enfermagem; Diferenciar-se pela fácil acessibilidade, pela competência na organização assistencial, pela ética profissional, pelo compromisso com os clientes e os seus familiares; Desenvolver atividades complementares do foro médico e de enfermagem, como as do ensino pré e pós graduado e de investigação.

O SMI destina-se à prestação de cuidados de saúde a pessoas com patologia do foro da medicina interna e é constituído por um Hospital de Dia, 2 unidades de internamento geral e uma Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina.

A Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina tem uma capacidade máxima de sete camas, sendo que uma destas funciona como cama satélite para a Equipa de Emergência Médica Interna, assumindo a equipa multiprofissional do serviço de medicina apenas seis camas.

As unidades de internamento geral têm uma estrutura idêntica, com capacidade de vinte e três clientes cada. Na sua composição as enfermarias apresentam dois quartos individuais e sete quartos triplos, sendo que todos têm casa de banho com sanitário e chuveiro em anexo, possuindo chão antiderrapante e barras de apoio de mãos no sanitário e chuveiro.

No SMI cada cliente tem uma unidade composta por cama, mesa de cabeceira e cadeirão, todos portadores de rodas com travão. As camas são elétricas articuladas, com grade lateral bipartida e os clientes tem na sua unidade um sistema de chamada, que também permite aceder à iluminação.

A equipa de profissionais afeta ao serviço é diversificada, sendo constituída por uma equipa de 59 enfermeiros, 4 dos quais EEER, 39 assistentes operacionais, 29 médicos e 3 assistentes técnicas.

Em articulação com esta equipa multiprofissional, diariamente existem 2 fisioterapeutas pertencentes ao Serviço de Medicina Física e Reabilitação, que estão

alocadas a clientes do SMI, realizando a sua intervenção nas unidades do serviço ou em ginásio do CH.

Existe também a possibilidade de articulação com terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais pertencentes ao Serviço de Medicina Física e Reabilitação.

Em relação à alocação da equipa de enfermagem e assistentes operacionais no SMI, estes realizam turnos rotativos com horários compreendidos entre as 8h-16h30, 16h00-23h30 e 23h00-8h30, estando distribuídos por unidade e turno do seguinte modo:

- 8h-16h30 – 1EEER, 5 enfermeiros generalistas e 5 assistentes operacionais;
- 16h00-23h30 - 3 enfermeiros generalistas e 3 assistentes operacionais;
- 23h00-8h30 - 2 enfermeiros generalistas e 1 assistente operacional.

Das 15h00-22h30 é alocado às três unidades 1 EEER.

Relativamente à tipologia de clientes internados, a maioria dos diagnósticos centram-se em patologias do foro respiratório e neurológico (SMI, 2013).

Em 2012, no âmbito do programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem promovido pela OE em regime de parceria, o SMI desenvolveu e implementou o Projeto de Prevenção de Quedas no Cliente Internado.

A implementação deste projeto permitiu realizar formação à equipa de enfermagem acerca da problemática das quedas em contexto hospitalar; habilitar a equipa de enfermagem para a avaliação do risco de quedas; capacitar para intervir junto do cliente com risco de queda de modo à minimização dos fatores de risco e alertar para o preenchimento do formulário de relato de incidentes (Fernandes, 2015).

Na base deste projeto está a sistematização do processo de atuação da equipa de enfermagem, com base na evidência científica, o que contribuiu para uma melhoria da prestação de cuidados de saúde, enfatizando a prevenção de quedas e a promoção da segurança da pessoa internada. Também foi desenvolvido um Grupo de Prevenção de Queda, que realiza auditorias internas aos cuidados prestados de modo a minimizar a ocorrência de quedas.

Segundo Fernandes (2015), desde a sua implementação em 2012, verificou-se um aumento na taxa de efetividade na prevenção de quedas de clientes de 93,3%, para 97,5% de efetividade na prevenção de quedas em 2015. Em relação à taxa de prevalência de quedas de clientes verificou-se uma diminuição, pois em 2012 a taxa foi de 6,7%, e em 2015 de 2,5%. Também se verificou uma redução na incidência de

quedas de cliente, variando de 5,2 quedas por 1.000 camas ocupadas por dia em 2012, para 2,4 quedas por 1.000 camas ocupadas por dia em 2015.

### **Caracterização da UCC**

De acordo com a UCC (2017), esta tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, através da prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional; Atuar no âmbito da educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção; Participar na formação dos diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases: pré-graduada, pós-graduada e contínua.

Como visão foi definido criar as condições de excelência clínica ao serviço dos clientes da área de influência.

A UCC presta cuidados de saúde à população do concelho no domicílio e na comunidade, sendo a sua população alvo as famílias residentes, os grupos vulneráveis e de risco e a comunidade da sua área de influência.

O concelho de tem uma população residente estimada de 63.000 habitantes (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

A equipa multiprofissional desta unidade é constituída por 1 EEER, 5 enfermeiros de cuidados gerais, médicos, fisioterapeuta, técnica de serviço social, terapeuta da fala, psicólogo, higienista oral e administrativo, que se encontram integrados nas diversas equipas de intervenção: Equipa de Cuidados Continuados; Equipa de Saúde Escolar e Equipa de Intervenção Comunitária.

A UCC (2017) engloba e coordena diversas atividades, tais como os Cuidados Continuados Integrados sendo objetivo desta unidade responder às solicitações num prazo de 24 horas. No campo da promoção da saúde a equipa de Saúde Escolar integrada tem como objetivos reforçar, estimular e promover estilos de vida saudáveis em estreita colaboração com a Unidade de Saúde Pública e com as escolas do concelho.

Existe uma parceria com outros organismos da comunidade, tais como a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens e a Equipa de Intervenção Precoce, na medida em que elementos da UCC integram de forma ativa estas mesmas equipas.

Também existe articulação e encaminhamento de situações entre a UCC e outros parceiros como a Segurança Social, o Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental ou ainda com as equipas do Rendimento de Inserção Social.

São ainda parceiros da UCC o Centro Hospitalar, a Câmara Municipal e as Juntas de Freguesia do Concelho.

Os principais projetos de intervenção na comunidade desenvolvidos pela UCC são:

- Rastreios de saúde;
- Prevenção de Quedas;
- Formação da população.

De modo a dar resposta às necessidades da população idosa a UCC desenvolveu o programa Prevenção de Quedas nas Pessoas Idosas. Este projeto tem como finalidade contribuir para a prevenção de quedas na população idosa e como objetivos principais:

- Identificar os fatores de risco de quedas presentes na pessoa idosa;
- Implementar estratégias que minimizem a influência dos fatores de risco identificados.

Como metodologia utilizada, são realizadas sessões de educação para a saúde nos Centros de Saúde e visitas domiciliárias. Englobado neste projeto existe ainda uma intervenção dirigida aos profissionais das instituições da comunidade que prestam cuidados à pessoa idosa, centrando-se essa intervenção em sessões de sensibilização e educação para a problemática das quedas.

A nível da intervenção do EEER, este é gestor de caso de 6 clientes, realizando visitas domiciliárias 3 a 4 dias por semana. Relativamente à tipologia de clientes, a maioria dos diagnósticos centram-se em patologias do foro respiratório e neurológico.





## **Epidemiologia da Queda**

Oliver, Healey e Haines (2010), referem que nos países desenvolvidos o envelhecimento da população levou a um aumento na ocupação de camas hospitalares com pessoas idosas, admitidas por problemas de mobilidade, quedas ou por lesões provocadas pelas quedas.

De acordo com a EUNESE (2006), na União Europeia ocorrem anualmente perto de 40.000 mortes de pessoas idosas devido a quedas, sendo que as pessoas com mais de 80 anos têm uma taxa de mortalidade 6 vezes superior aos idosos entre os 65 anos e os 79 anos.

Segundo o Royal College of Physicians (2015), só em Inglaterra e País de Gales anualmente o sistema nacional de saúde recebe mais de 240.000 relatos de incidentes de queda em clientes hospitalizados.

Na União Europeia, de acordo com a EUNESE (2006), 1 em cada 10 idosos recorre anualmente aos serviços médicos devido a uma lesão provocada por queda, e é estimado que a admissão hospitalar motivada pelas quedas de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos é de 1,6 a 3,0 por 10.000 habitantes (WHO, 2007a), conseqüentemente, as hospitalizações por lesões relacionadas com quedas, são 5 vezes mais do que por lesões de qualquer outro tipo de eventos (EUNESE, 2006).

De acordo com Skelton e Todd (2004), 30% de pessoas com idade superior a 65 anos e 50% dos indivíduos com mais de 80 anos, todos os anos são vítimas de queda. As pessoas idosas que caem uma vez, têm 2 a 3 vezes maior probabilidade de cair outra vez durante o ano seguinte. Segundo a WHO (2007a) entre 28% a 35% da população com idade igual ou superior a 65 anos de idade sofre uma queda todos os anos, aumentando esta prevalência para 32% a 42% na população com idade superior a 70 anos de idade.

Em indivíduos que estão institucionalizados a taxa de quedas varia de estudo para estudo, não sendo consensual se são superiores ou inferiores comparativamente com a taxa de quedas em indivíduos que vivem na comunidade. No entanto de acordo com Cameron et al. (2010), WHO (2007a), Rebelatto, Castro e Chan (2007), as taxas de quedas em indivíduos institucionalizados são superiores comparativamente com os que residem na comunidade.

Em contexto hospitalar, o National Patient Safety Agency ([NPSA], 2007) identificou incidências com uma grande variabilidade, valores compreendidos entre próximos do zero até mais de 10 quedas por 1.000 camas ocupadas por dia, com uma média de 4,8 quedas por cada 1.000 camas ocupadas por dia, entendendo-se que os hospitais que apresentam taxas muito baixas, seguramente têm problemas de recolha de dados ou problemas de notificação. Posteriormente o NPSA (2010), refere o problema das quedas a nível hospitalar está a agravar-se, refletindo-se no aumento da média de quedas para 6,63 quedas por 1.000 camas ocupadas por dia. O Royal College of Physicians (2015) verificou que em Inglaterra e País de Gales durante o ano de 2014, a ocorrência de quedas variou entre hospitais, sendo essa variação de 0,82 e 19,2 quedas por 1.000 camas ocupadas por dia.

Watson, Salmoni e Zecevic (2015) realizaram estudo no Canadá onde demonstraram que num Centro Hospitalar com capacidade para 1.000 camas, durante o período de tempo compreendido entre 2009 a 2014, a incidência variou entre 4,40 e 4,48 quedas por 1.000 camas ocupadas por dia.

Bouldin et al. (2013) realizaram investigação nos Estados Unidos da América entre 2006 e 2008, onde estudaram a ocorrência de quedas nos serviços de medicina e cirurgia de 1.263 Hospitais. No total ocorreram 315.817 quedas, tendo verificado que existiram 3,56 quedas por 1.000 camas ocupadas por dia, sendo que nos serviços de medicina se verificou a ocorrência de 4,03 quedas por 1.000 camas ocupadas por dia.

Segundo o Health Research e Educational Trust (2015) 30% a 51% das pessoas que tiveram queda a nível hospitalar, sofreram algum tipo de lesão, dado também verificado pela NPSA (2007), que constatou que 35% dos clientes que tiveram queda durante a hospitalização sofreram algum tipo de lesão. Para a WHO (2012) nos Estado Unidos da América, 20% a 30% das pessoas que tiveram queda, sofreram lesão com grau de severidade moderado a grave.

A nível nacional a Inspeção Geral das Atividades em Saúde (2008, citado por Soares & Almeida, 2008) realizou um estudo recolhendo dados de 67 hospitais do Serviço Nacional de Saúde, entre 2006 e 2008, tendo-se verificado que apenas 56 hospitais realizavam a notificação de quedas de clientes. Nos restantes 11 não existiram quaisquer acidentes, ou não existia qualquer registo. Os mesmos autores, observaram que foram notificadas 4.200 quedas, sendo que em 2% das situações, os clientes acabaram por falecer, apesar de não ter sido demonstrado em todos os

casos, o nexos de causalidade entre o acidente e a morte. Do total das quedas, os autores concluíram que apenas 2% dos acidentes ocorreram no Serviço de Urgência, a que se juntam outros 2% em local indeterminado, sendo que os restantes 96% das situações ocorreram nas restantes áreas, sobretudo em unidades de internamento, associadas a acidentes com macas, camas, cadeiras, problemas no piso e nas casas de banho.

Ramos (2010) citado por Costa-Dias (2014), refere que em Portugal durante o ano de 2008, nove hospitais articularam-se com o International Quality Indicator Project ocorrendo o relato de 1.162 quedas, sendo que a média de clientes hospitalizados que caíram foi de 0,11%. No mesmo período, os hospitais que englobaram o mesmo projeto apresentaram uma média de 0,22% a nível europeu e 0,15% a nível mundial. Para Costa-Dias (2014), a interpretação destes resultados poderá indicar que a média de quedas existente em Portugal se encontra abaixo da média mundial, mas poderá ser um caso de subnotificação, dado não existir uma cultura hospitalar enraizada, de investimento na segurança do cliente e na prevenção de eventos adversos.

De acordo com Pina, Saraiva, Vaz, Ramalhinho, Ferreira e Batista (2010), em 2009 o Centro Hospitalar da Cova da Beira, apresentou resultados referentes a uma análise de 182 quedas, sendo a taxa de prevalência de 1,54%, a taxa de efetividade diagnóstica do risco foi de 79,12% numa percentagem de clientes avaliados quanto ao risco de queda de 51,09%.

Costa-Dias, Martins e Araújo (2014), realizaram um estudo num hospital português durante o ano de 2012, tendo verificado uma incidência de 2,4 quedas por 1.000 camas ocupadas por dia.

Outro estudo realizado por Costa-Dias (2014), que decorreu num hospital privado localizado na região da grande Lisboa, com uma lotação de 218 camas, verificou que nos serviços de internamento a média foi de 2,4 quedas por cada 1.000 camas ocupadas por dia, sendo no serviço de internamento para clientes com necessidade de convalescença e reabilitação que ocorreram mais quedas, com 5,6 quedas por cada 1.000 camas ocupadas por dia.

Uma terceira investigação realizada por Costa-Dias (2014), decorreu num hospital de zona da Grande Lisboa com uma lotação de 201 camas de internamento. Foram analisadas as notificações de incidente de queda ocorridas no período de 1 de junho de 2008 a 31 de dezembro de 2010, verificando uma média de 2,11 quedas

por cada 1.000 camas ocupadas por dia, sendo que dos clientes que tiveram queda, 23% apresentaram lesões associadas às quedas. O serviço com maior incidência de notificações de quedas foi a unidade de internamento de pessoas com doenças crônicas, apresentando 6,15 quedas por 1.000 camas ocupadas por dia. De todas as quedas, 99% ocorreram nos serviços de internamento, com maior incidência de notificações na unidade de internamento de pessoas com doenças crônicas, seguindo-se o internamento médico-cirúrgico.

Oliver et al. (2010) referem que as quedas raramente se distribuem de forma uniforme dentro das unidades hospitalares, as prevalências notificadas são geralmente mais elevadas em áreas de internamento de clientes idosos, tais como os serviços de neurologia ou unidades de reabilitação.

Outros autores, constataram nas suas investigações que os serviços de medicina, cirurgia e neurologia registam a maior ocorrência de quedas (Costa, Monteiro, Hemesath & Almeida, 2011; Cumming, Sherrington & Lord, 2008; Petitpierre, Trombetti, Carroll, Michel & Herrmann, 2010; Watson, et al., 2015).

Em relação às diferenças encontradas ao nível das quedas nos diferentes estudos, estas são explicadas por autores como inconsistências a nível metodológico, diferentes tipos de estudos, com diferente seleção da população, assim como, na discrepância na própria definição do evento ou na subnotificação (Hauer et al. 2001; Masud & Morris 2001; Oliver, Daly, Martin, & McMurdo, 2004; Waring, 2005; WHO, 2007a).

## **Fatores de Risco**

São diversos os fatores de risco que interagem como agentes determinantes e predisponentes para a ocorrência de queda e esse facto impõe aos profissionais de saúde o desafio de identificar e agir sobre os fatores, passíveis de modificar ou minimizar.

Segundo a NICE (2013) foram identificados mais de 400 fatores de risco para a ocorrência de queda. Este fenómeno é de grande complexidade e de causa multifatorial.

De acordo com Oliver et al. (2007) e Tsai et al. (2014) existem diversos riscos ambientais, tais como piso molhado, escorregadio ou brilhante. Outros estudos identificaram como fatores de risco ambiental a iluminação inadequada, superfícies

irregulares, degraus altos ou estreitos, obstáculos no caminho, ausência de corrimãos em corredores e casas de banho, a posição da cama, o uso de restrições físicas e a dificuldade de acesso às campainhas de chamada (Buksman, Vilela, Pereira, Lino & Santos, 2008; Calkins, Biddle & Biesan, 2012; Hendrich, Bender & Nyhuis, 2003; Rubenstein & Josephson, 2006).

Outros autores identificaram como fatores de risco comportamental a utilização de calçado sem sola antiderrapante, vestuário inadequado, bengalas, andarilhos ou outros auxiliares de marcha desadequados à sua limitação (Buksman et al., 2008; Calkins et al., 2012; Horgan et al., 2009; Kelsey, Procter-Gray, Nguyen, Li, Kiel & Hannan, 2010; Rubenstein & Josephson, 2006; Scott, 2012).

Estudos realizados por Carvalho, Pinto e Mota (2007), Chamberlain, Fulwider, Sanders e Medeiros (2005) e Paraíso (2014) demonstraram que o medo de cair é um fator preditivo de queda. O medo de cair está associado à diminuição da atividade, marcha eficiente, desempenho das atividades de vida diária, perda de independência e ao aumento das admissões institucionais (Carvalho et al., 2007; Fernandes, Oliveira, Barbosa, Barbosa, Rodrigues & Bastos 2013; Silva, Russo, Mármore & Cruz, 2012).

Guedes, Nakatani, Santana e Bachion (2009) e Paraíso (2014) constataram nos seus estudos que o histórico de quedas foi um fator de risco para a ocorrência de queda, considerando WHO (2007a) que o facto de a pessoa idosa ter uma queda no ano anterior aumenta o risco de queda no ano seguinte, referindo que a frequência da ocorrência em pessoas idosas com história de queda, pode chegar aos 40%.

Pereira e Ceolim (2011) e Stone, Blackwell, Ancoli-Israel, Cauley, Redline, e Marshall (2014), referem que a alteração do padrão de sono, com uma diminuição do tempo e da qualidade do sono, é um dos fatores de maior relevo para a ocorrência de queda, pois leva a um aumento da sonolência diurna e de insónia noturna.

Guimarães, Galdino, Martins, Vitorino, Pereira e Carvalho (2004) e Lojudice, Laprega, Rodrigues e Júnior (2010) realizaram estudos onde compararam indivíduos idosos com nível de vida sedentária e os que praticavam regularmente atividade física e verificaram que os indivíduos que registaram menor risco de quedas eram os mais ativos.

Para Jahana e Diogo (2007) e Nazarko (2007) o uso de fármacos é considerado um fator de risco para quedas, visto que as pessoas idosas são mais vulneráveis

aos efeitos colaterais da medicação, devido às alterações ocasionadas pelo envelhecimento, as quais afetam a maneira como os medicamentos são absorvidos, distribuídos, metabolizados e excretados pelo organismo.

Diversos autores referem que as classes de medicamentos mais frequentemente associadas com as quedas incluem os inibidores seletivos de recaptção de serotonina, antidepressivos tricíclicos, benzodiazepinas, anticonvulsivantes, antiarrítmicos, anti-hipertensores, anticolinérgicos, diuréticos, insulinas e antidiabéticos orais. Esta associação deve-se ao facto de estes medicamentos poderem diminuir as funções motoras, causarem fadiga, vertigem ou hipotensão postural (Lavsa, Fabian, Saul, Corman & Coley, 2010; Registered Nurses Association of Ontário, 2005; Rubensteinn & Josephon, 2006; Velde, Stricker, Pols & Cammen, 2007).

Abreu, Reiners, Azevedo, Silva, Abreu e Oliveira (2015), referem que medicamentos psicofármacos e antiparkinsonianos podem propiciar quedas, uma vez que diminuem a função motora.

Estudos realizados por Abreu et al. (2015) e Titler, Shever, Kanak, Picone e Qin (2011) referem que os clientes que tomaram medicamentos antidiarreicos eram mais propensos à ocorrência de queda, do que os que não receberam estes medicamentos.

Outros autores consideram que deve ser focada a atenção na relação entre quedas e o uso de polimedicação e não somente em um medicamento específico, sendo a utilização de polimedicação uma condição prevalente nas pessoas idosas, estes consideram-na como um fator de risco para a ocorrência de queda (Abreu et al., 2015; Haines, Bennell, Osborne & Hill, 2006; Kim, Mordiffi, Bee, Devi & Evans, 2007; Olsson, Lofgren, Gustafson & Nyberg, 2005; Saverino, Benevolo, Ottonello, Zsirai & Sessarego, 2006).

Contrastando com estes resultados, Titler et al. (2011) e Ziery, Dieleman, Hofman, Pols, Cammen e Stricker (2006), verificaram que o número de medicamentos não foi associado à ocorrência de quedas, mas o tipo de medicamento foi significativamente associado com a queda durante o internamento.

Rosa (2013) e Rubenstein e Josephson (2006) reportam ainda que, de todos os fatores de risco, a diminuição da força muscular, que está inerente ao próprio envelhecimento, é dos mais importantes, considerando a American Geriatrics Society (2001) que este facto leva ao aumento do risco de queda entre 4 a 5 vezes.

Existem alterações fisiológicas do processo de envelhecimento que constituem um risco acrescido de queda, como sejam a diminuição da acuidade visual e auditiva, distúrbios vestibulares, distúrbios de propriocepção, aumento do tempo de reação a situações de perigo, decréscimo da sensibilidade dos barorreceptores à hipotensão postural e alterações músculo-esqueléticas (Chen, Chien & Chen, 2009; Guedes et al., 2009; Haines et al., 2006; Olsson et al., 2005; Paraiso, 2014; Piovesan, Pivetta & Peixoto, 2011, Registered Nurses Association of Ontario, 2005; Saverino et al., 2006).

Sanglard, Henriques, Ribeiro, Corrêa e Pereira (2004) realizaram um estudo onde verificaram que os indivíduos com queixas de instabilidade postural e com história de quedas apresentavam diminuição dos valores dos parâmetros da marcha.

Alves e Scheicher (2011) e Mackintosh, Hill, Dodd, Goldie e Culham (2006) referem que um dos fatores de risco para a ocorrência de quedas é a deterioração do equilíbrio estático.

Segundo Harris, Eng, Marigold, Tokuno e Louis (2005), Batchelor, Hill, Mackintosh e Said (2010), Oliver et al. (2007) e Skelton e Todd (2004) a existência de doenças crônicas contribui para o aumento da prevalência das quedas, destacando o acidente vascular cerebral, doença de Parkinson e a hipotensão ortostática, referindo Ducla-Soares (2001) que a hipotensão ortostática possui uma prevalência de 30% na população idosa internada com idade superior a 75 anos.

Scott (2012) afirma que aproximadamente 40% das pessoas que tiveram um acidente vascular cerebral, caem no primeiro ano. De acordo com o mesmo autor, outros fatores que aumentam o risco de queda são a dor, febre, infeções, náuseas e tonturas.

Outros autores verificaram nas suas investigações que outro dos fatores de risco existentes são as alterações a nível da cognição, sendo estas alterações fortemente preditivas para a ocorrência de quedas nas pessoas idosas (Chen, Peronto & Edwards, 2012; Piovesan et al., 2011; WHO, 2007a; Thurman, Stevens & Rao, 2008; Tzeng, 2010).

Na maior parte dos estudos conclui-se a associação entre o risco de queda e o aumento da idade. De acordo com a NPSA (2007) os clientes com mais de 65 anos são mais vulneráveis a quedas e ocupam mais de dois terços das camas hospitalares. Segundo WHO (2007a), aproximadamente 28 a 35% das pessoas com idade superior a 65 anos caem pelo menos uma vez por ano, aumentando para 32 a

42% em pessoas com idade superior a 70 anos. Para Healey e Darowski (2012) mais de 80% das quedas num hospital são de clientes com mais de 65 anos, sendo os clientes com mais de 85 anos os que apresentam maiores taxas de queda e maior vulnerabilidade a lesões. Ainda um estudo realizado por Duarte (2011), refere que 61% dos clientes com quedas tinham mais de 65 anos e Cunha (2013) verificou que 59% dos clientes com quedas tinham idade superior a 70 anos.

Para autores como Hendrich et al. (2003), Scott (2012) e Pereira, Fernandes e Miguel (2010), isoladamente a idade, não é considerada como um fator de risco de queda, mas sim, as condições inerentes ao próprio processo de envelhecimento.

A maior parte dos estudos realizados na comunidade é de opinião que as mulheres apresentam maior risco de queda do que os homens (WHO, 2007a). As causas para este fenómeno poderão estar associadas à osteoporose, prevalência de doenças crónicas e maior exposição a atividade doméstica e a comportamentos de maior risco (Perracini & Ramos, 2002).

Estudos realizados em internamento hospitalar demonstraram uma maior frequência de quedas entre os homens (Chen et al., 2009; Costa et al., 2011; Cunha, 2013; Duarte, 2011; NPSA, 2007; Skelton & Todd, 2004). Contrastando com estes dados, Evans, Hodgkinson, Lambert e Wood (2001), Mertens, Halfens e Dassel (2007) Morais, Holanda, Oliveira, Costa, Ximenes e Araujo (2012), e Oliver et al. (2004) verificaram nas suas investigações que a maioria dos participantes que caíram era do sexo feminino.

## **Estratégias de Prevenção**

Sendo as quedas um problema de saúde pública é fundamental o desenvolvimento e implementação de estratégias de prevenção deste tipo de incidentes. Torna-se prioritário conseguir identificar as pessoas que se encontram em risco de cair de modo a direcionar e maximizar intervenções com o objetivo de minimizar esse risco.

A investigação relacionada com a prevenção de quedas tem aumentado, levando à divulgação dos benefícios da implementação de algumas estratégias de prevenção, o que contribuiu para a melhoria dos cuidados prestados.

Com base na análise das revisões sistemáticas da literatura realizadas por NICE (2013), Registered Nurses Association of Ontario (2007) e WHO (2007b)

destacamos como estratégias preventivas do evento de queda as intervenções multifatoriais, incluindo a avaliação do risco de queda, a intervenção ambiental e exercícios que melhorem a força muscular e o equilíbrio.

Segundo o Health Research e Educational Trust (2015) e o Royal College of Physicians (2015) a aplicação de programas de intervenção multifatoriais e multidisciplinares podem levar a uma diminuição de 20 a 30% na ocorrência de quedas.

De acordo com Registered Nurses Association of Ontario (2007) as intervenções multifatoriais desenvolvem-se com a avaliação do risco de queda no momento da admissão, seguindo-se a implementação de um conjunto de estratégias que englobam programas de educação dirigidos à pessoa, família e profissionais de saúde, minimização do risco ambiental, revisão da medicação e incentivo à mudança comportamental.

Morse (2009) descreve um programa de intervenção multifatorial no qual o primeiro foco de atuação centra-se na prevenção das quedas acidentais, com a correção dos fatores ambientais. O segundo foco centra-se na pessoa, com a identificação do risco de queda e de acordo com os fatores de risco identificados, proceder à aplicação do plano de intervenções que leve à correção ou redução dos mesmos. O terceiro foco aborda a pessoa na qual não foi possível a identificação do risco de queda. Nestes casos as intervenções desenvolvem-se após a ocorrência da queda, com a introdução de medidas que permitam proteger a pessoa na eventualidade de uma segunda queda.

Tendo em conta o primeiro foco de atuação, o modo como o ambiente está concebido influencia o risco de queda, o próprio desenho do espaço físico, a distância entre os apoios de mão, camas, cadeiras e a casa de banho deve ser orientada de modo a minimizar o risco de queda. É fundamental ter em conta a superfície do pavimento, que não deve apresentar irregularidades, quando na presença de humidade deve manter a aderência, o próprio padrão deve ser escolhido de forma a não causar ilusão de ótica. Em relação à iluminação, devem ser focadas as zonas com pouca luz, ou com alterações súbitas de luminosidade (Morse 2009; NPSA, 2007).

Um dos fatores importantes relacionado com a iluminação, prende-se com a luz de presença no período noturno, sendo esta, de acordo com Degelau et al. (2012) e Hendrich (2007), uma das medidas efetivas para a prevenção das quedas.

A área de circulação e corredores deve estar livre de móveis e objetos, uma vez que em excesso pode desencadear a queda (Clyburn & Heydemann, 2011; NPSA, 2007).

O ambiente deve estar organizado, sem ruído e as persianas subidas durante o dia e fechadas à noite (Segatore & Adams, 2001), com a presença de objetos pessoais de maior necessidade e um sistema de alarme de chamada facilmente acessível (Hendrich, 2007; Macculloch, Gardner & Bonner, 2007; Scott, 2012). As intervenções a nível do ambiente devem incluir campainhas de chamada de auxílio, camas e cadeiras de rodas com travões e casas de banho com apoios de mão, livres de obstáculos (NPSA, 2007; Oliver et al., 2010; Vu, Weintraub, & Rubenstein, 2006). As camas devem ser adequadas às necessidades da pessoa, mantidas com as rodas travadas e reguladas para a posição mais baixa, exceto durante a prestação de cuidados, e as grades laterais das camas devem ser usadas se o benefício for superior ao risco (Degelau et al., 2012; Fonda, Cook, Sandler & Bailey, 2006; Hendrich, 2007; Vu et al., 2006).

De acordo com a American Geriatrics Society (2001), Skelton e Todd (2004) e Scott (2012) a utilização das grades laterais das camas como contenção do movimento, é uma prática que contradiz as recomendações da literatura, onde se verifica que a utilização de contenção química e mecânica está associada a um aumento do risco de lesões, não existindo evidência que a contenção reduza o risco de queda.

Segundo Cumming et al. (2008) e Hendrich (2007) a nível institucional a utilização de dispositivos como pulseiras e etiquetas que possibilitem a identificação do risco de queda, aplicadas no processo clínico e no quarto do cliente, são intervenções que promovem a segurança do cliente, pois alertam o profissional de saúde para o risco.

Outros autores apontam como diretriz na prevenção de quedas, a atenção ao vestuário e calçado. O vestuário deve ser ajustado de modo a não restringir os movimentos e com comprimento adequado à estatura da pessoa. O calçado deve ser fechado, com uma base ampla que favoreça o contato com o pavimento e com sola antiderrapante (Horgan et al., 2009; Kelsey et al., 2010; Lancaster et al., 2007; Macculloch et al., 2007; Saraiva, Louro, Ferreira, Batista, Pina & Ramalhinho, 2008).

Diversas estratégias para a prevenção de quedas são referidas na literatura. Devido à complexidade do fenómeno e à natureza de muitas das intervenções, é

difícil recomendar intervenções ou a implementação de componentes de programas específicos. Existem diversos fatores que necessitam de ser considerados e as intervenções devem ser escolhidas e direcionadas de acordo com as características da própria pessoa e com a capacidade da equipa multidisciplinar. Estas devem permitir manter a segurança da pessoa e ajudar à sua orientação, respeitando os seus direitos e promovendo o seu conforto, recomendando-se por isso uma abordagem holística.

## Referências Bibliográficas

- Abreu, H. C. A., Reiners, A. A. O., Azevedo, R. C. S., Silva, A. M. C., Abreu, D. R.O. M., & Oliveira, A. D. (2015). Incidência e fatores preditores de quedas de idosos hospitalizados. *Revista Saúde Pública*, 49(37). DOI:10.1590/S0034-8910.2015049005549
- Alves, N. B., & Scheicher, M. E. (2011). Equilíbrio postural e risco para queda em idosos da cidade de Garça, SP. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(4), 763-768. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n4/a15v14\\_n4.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n4/a15v14_n4.pdf)
- American Geriatrics Society, British Geriatrics Society & American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. (2001). Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 664-672. DOI: 10.1046/j.1532-5415.2001.49115.x
- Batchelor, F. Hill, K., Mackintosh, S., & Said, C. (2010). What works in falls prevention after stroke? A systematic review and meta-analysis. *Stroke*. 41, 1715-1722. DOI: 10.1161/STROKEAHA.109.570390
- Bouldin, E. D., Andresen, E. M., Dunton, N. E., Simon, M., Waters T. M., Liu, M.,... Shorr, R. I. (2013). Falls among Adult Patients Hospitalized in the United States: Prevalence and Trends. *J. Patient Saf.*, 9(1), 13-17. DOI: 10.1097/PTS.0b013e3182699b64
- Buksman, S., Vilela, A. L. S., Pereira, S. R. M., Lino, V. S., & Santos, V. H. (2008). Quedas em Idosos: Prevenção. *Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, projeto Diretrizes. Disponível em: [http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/082.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf)
- Calkins, M. P., Biddle, S., & Biesan, O. (2012). Contribution of the Designed Environment to Fall Risk in Hospitals. *The Center for Health Design*. Disponível em: [https://www.healthdesign.org/sites/default/files/fall\\_risks\\_report\\_final.pdf](https://www.healthdesign.org/sites/default/files/fall_risks_report_final.pdf)
- Cameron, I. D., Murray G. R., Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Hill, K. D., Cumming, R. G., & Kerse, N. (2010). Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. DOI: 10.1002/14651858.CD005465.pub3
- Carvalho, J., Pinto, J., & Mota, J. (2007). Atividade física, equilíbrio e medo de cair. Um estudo em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Ciências do*

*Desporto*, 7(2), 225-231. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-05232007000200011&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-05232007000200011&lng=pt&tlng=pt).

- Chamberlain, M. E., Fulwider B. D., Sanders S. L., & Medeiros, J. M. (2005). Does fear of falling influence spatial and temporal gait parameters in elderly persons beyond changes associated with normal aging? *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences.*, 60(9), 1163-1167. **DOI:** 10.1093/gerona/60.9.1163
- Chen, Y., Chien, S., & Chen, L. (2009). Risk factors associated with falls among Chinese hospital inpatients in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, 132-136. **DOI:** 10.1016/j.archger.2007.11.006
- Chen, T. Y., Peronto, C. L., & Edwards, J. D. (2012). Cognitive Function as a Prospective Predictor of Falls. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 67(6), 720-728. **DOI:** 10.1093/geronb/gbs052
- Clyburn, T. A., & Heydemann, J. A. (2011). Fall prevention in the elderly: Analysis and comprehensive review of methods used in the hospital and in the home. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 19(7), 402-409. Disponível em: [http://www.legacyofwisdom.org/dms/articles\\_brochures/Fall\\_prevention\\_in\\_the\\_elderly.pdf](http://www.legacyofwisdom.org/dms/articles_brochures/Fall_prevention_in_the_elderly.pdf)
- Costa, S. G. R. F., Monteiro, D. R., Hemesath, M. P., & Almeida, M.A. (2011). Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. *Revista Gaúcha de Enfermagem.*, 32(4), 676-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n4/v32n4a06>
- Costa-Dias, M.J. (2014). *Quedas em contexto hospitalar: factores de risco*. (Tese de Doutorado, Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/17112>
- Costa-Dias, M. J., Martins, T., & Araújo, F. (2014). Estudo do ponto de corte da Escala de Quedas de Morse (MFS). *Referência - Revista de Enfermagem*, IV (1), 65-74. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239971009>
- Coutinho, E. S. F., & Silva, S. D. (2002). Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. *Caderno de Saúde Pública*, 18(5), 1359-1366. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0443.pdf>

- Cumming, R., Sherrington, C., & Lord, R. (2008). Cluster randomized trial of a targeted multifactorial intervention to prevent falls among older people in hospital. *BMJ*, 336(7647), 758-760. DOI:10.1136/bmj.39499.546030.BE
- Cunha, S. M. B. (2013). *Quedas dos Doentes no Hospital de Braga: Análise dos Eventos e Custos Associados*. Dissertação de mestrado integrado em Engenharia Biomédica (área de especialização em Engenharia Clínica): Braga: Universidade do Minho. Disponível em:<http://hdl.handle.net/1822/27659>
- Degelau, J., Belz, M., Bungum, L., Flavin, P. L., Harper, C., Leys, K. ... Webb, B. (2012). Prevention of Falls (Acute Care). Institute for Clinical Systems Improvement. Updated April 2012. Disponível em: [https://www.icsi.org/\\_asset/dcn15z/Falls.pdf](https://www.icsi.org/_asset/dcn15z/Falls.pdf)
- Duarte, M. C. (2011). *Caracterização e impacte das quedas de doentes, como indicador de qualidade num hospital E.P.E*. Dissertação de Mestrado de Gestão em Saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/6846>
- Ducla-Soares, J. L. (2001). Hipotensão ortostática: o estado da arte. *Medicina interna.*, 8(2), 80-88.
- European Network For Safety Among Elderly - EUNESE. (2006). *Fact sheet: Prevention of Falls among Elderly*. Retrieved from <http://www.injuryobservatory.net/wp-content/uploads/2012/08/Older-Guide-Prevention-of-Falls.pdf>.
- Evans, D., Hodgkinson, B., Lambert, L., & Wood, J. (2001). Fall risk factors in the hospital setting: a systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 7(1), 38-45. DOI: 10.1046/j.1440-172x.2001.00269.x
- Fernandes, M. G. M., Oliveira, F. M. R. L., Barbosa, K. T. F., Barbosa, F., Rodrigues, M. M. D., & Bastos, R. A. A. (2013). Avaliação do medo de cair em idosos em ambiente ambulatorial. *Revista de enfermagem UFPE online.*, 7(4), 1160-1166. DOI: 10.5205/reuol.3188-26334-1-LE.0704201312
- Fonda, D., Cook, J., Sandler, V., & Bailey, M. (2006). Sustained reduction in serious fall-related injuries in older people in hospital. *Med J Aust.*, 184(8), 379-382. Disponível em: [https://www.mja.com.au/system/files/issues/184\\_08\\_170406/fon10417\\_fm.pdf](https://www.mja.com.au/system/files/issues/184_08_170406/fon10417_fm.pdf)
- Guedes, H. M., Nakatani, A.Y. K., Santana, R. F., & Bachion, M. M. (2009). Identificação de diagnósticos de Enfermagem do domínio segurança/proteção em idosos admitidos no sistema hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*,

11(2), 249-256. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a03.htm>.

Guimarães, L., Galdino, D., Martins, F., Vitorino, D. Pereira, K., & Carvalho, E. (2004). Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. *Revista Neurociências*, 12(2), 68-72. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2004/RN%2012%2002.pdf>

Haines, T. P., Bennell, K. L., Osborne, R. H., & Hill, K. D. (2006). A new instrument for targeting falls prevention interventions was accurate and clinically applicable in a hospital setting. *Journal of Clinical Epidemiology*, 59(2),168-175. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2005.07.017

Harris, J. E., Eng, J.J., Marigold, D. S., Tokuno, C. D., & Louis, C. L. (2005). Relationship of balance and mobility to fall incidence in people with chronic stroke. *Physical Therapy*., 85(2), 150-158. Disponível em: <http://ptjournal.apta.org/content/ptjournal/85/2/150.full.pdf>

Hauer, K., Rost, B., Rüttschle, K., Opitz, H., Specht, N., Bärtsch, P., ..., & Schlierf, G. (2001). Exercise Training for Rehabilitation and Secondary Prevention of Falls in Geriatric Patients with a History of Injurious Falls. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 10 - 20. DOI: 10.1046/j.1532-5415.2001.49004.x

Healey, F. & Darowski, A. (2012). Older patients and falls in hospital. *Clinical Risk*, 18(5), 170-176. DOI: 10.1258/cr.2012.012020

Health Research & Educational Trust. (2015). *Falls with Injury Change Package: 2015 Update*. Chicago: Health Research & Educational Trust. Disponível em: [http://www.hret-hen.org/topics/falls/HRETHEN\\_ChangePackage\\_FALLS.pdf](http://www.hret-hen.org/topics/falls/HRETHEN_ChangePackage_FALLS.pdf)

Hendrich, A. (2007). Predicting patients falls. *American Journal of Nursing*.,107 (11),50-58. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000298062.27349.8ec

Hendrich, A. L., Bender, P. S., & Nyhuis, A. (2003). Validation of Hendrich II Risk Model: A Large Concurrent Case/Control Study of Hospitalized Patients. *Applied Nursing Research*, 16(1), 9-21. DOI: 10.1053/apnr.2003.016009

Horgan, N. F., Crehan, F., Bartlett, E., Keogan, F., O'Grady, A. M., Moore, A. R.,...Curran, M. (2009). The effects of usual footwear on balance amongst elderly women attending a day hospital. *Age Ageing*, 38 (1), 62-67. DOI: 10.1093/ageing/afn219

- Kelsey, J. L., Procter-Gray, E., Nguyen, D. T., Li, W., Kiel, D. P., & Hannan, M. T. (2010). Footwear and Falls in the Home Among Older Individuals in the MOBILIZE Boston Study. *Footwear Science*, 2(3), 123–129. **DOI:** 10.1080/19424280.2010.491074
- Kim, E. A. N., Mordiffi, S. Z., Bee, W. H., Devi, K., & Evans, D. (2007). Evaluation of three fall-risk assessment tools in an acute care setting. *Journal of Advancing Nursing*, 60(4), 427-435. Disponível em: [http://www.academia.edu/1914501/Evaluation\\_of\\_three\\_fall\\_risk\\_assessment\\_tools\\_in\\_an\\_acute\\_care\\_setting](http://www.academia.edu/1914501/Evaluation_of_three_fall_risk_assessment_tools_in_an_acute_care_setting)
- Lancaster, A. D., Ayers, A., Belbot, B., Goldner, V., Kress, L., Stanton, D., ... Sparkman, L. (2007). Preventing falls and eliminating injury at Ascension Health. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33(7), 367-375. Disponível em: [https://www.ascensionhealth.org/assets/docs/JCAHO\\_Eliminating\\_Falls\\_at\\_Ascension\\_Health\\_July\\_2007.pdf](https://www.ascensionhealth.org/assets/docs/JCAHO_Eliminating_Falls_at_Ascension_Health_July_2007.pdf)
- Lavsa, S., Fabian, T., Saul, M., Corman, S., Coley, K. (2010). Influence of medications and diagnoses on fall risk in psychiatric inpatients. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 67(1), 1274 - 1280. **DOI:** 10.2146/ajhp090611
- Lojudice, D. C., Laprega, M. R., Rodrigues, R. A. P., & Júnior, A. L. R. (2010). Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(3), 403-412. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n3/a07v13n3>.
- Mackintosh, S., Hill, K., Dodd, K., Goldie, P., & Culham, E. (2006). Balance Score and a History of Falls in Hospital Predict Recurrent Falls in the 6 Months Following Stroke Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87 (12), 1583-1589. **DOI:** 10.1016/j.apmr.2006.09.004
- Macculloch, P. A., Gardner, T., & Bonner, A. (2007). Comprehensive fall prevention programs across settings; a review of the literature. *Geriatric Nursing*, 28(5), 306-311. **DOI:** 10.1016/j.gerinurse.2007.03.001
- Masud, T., & Morris, R.O. (2001). Epidemiology of falls. *Age Ageing*, 30 (4), 3-7. **DOI:** 10.1093/ageing/30.suppl\_4.3
- Mertens, E. I., Halfens, R. J.G., & Dassen, T. (2007). Using the Care Dependency Scale for fall risk screening. *Journal of Advanced Nursing*, 58(6), 594–601. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.2007.04265.x

- Morais, H. C. C., Holanda, G. F., Oliveira, A. R. S., Costa, A. G. S., Ximenes, C. M. B., & Araujo, T. L. (2012). Identificação do diagnóstico de enfermagem - risco de quedas em idosos com acidente vascular cerebral. *Rev Gaúcha Enferm.*,33(2), 117-124. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/20217>
- Morse, J. (2009). *Preventing Patients Falls: establishing a fall intervention program* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0389-5.
- National institute for health and care excellence. (2013). *Falls in older people: assessing risk and prevention (CG 161)*. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/resources/falls-in-older-people-assessing-risk-and-prevention-35109686728645>. ISBN: 978-1-4731-0132-6.
- National Patient Safety Agency. (2007). *Slips, trips and falls in hospital. The third report from the Patient Safety Observatory. London: National Patient Safety Agency*. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59821>
- National Patient Safety Agency. (2010). Slips trips and falls data update NPSA. London: National Patient Safety Agency. Disponível em: <file:///C:/Users/aa/Downloads/NRLS-slips-trips-falls-ho-e-data-2010-06-23-v2.pdf>
- Nazarko, L. (2007). The impact of medication on falls. *Nursing & Residential Care*, 9(5), 208-221. **DOI:** 10.12968/nrec.2007.9.5.23548
- Oliver, D., Connelly, J. B., Victor, C. R., Shaw, F. E., Whitehead, A.V., Genc, Y., ..., Gosney, M.A. (2007). Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. *BMJ* 334: 82. **DOI:** 10.1136/bmj.39049.706493.55
- Oliver, D., Daly, F., Martin, F. C., & McMurdo, M.E. (2004). Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital inpatients: a systematic review. *Age and Aging*. Vol 33 (2), 122-130. **DOI:** 10.1093/ageing/afh017
- Oliver, D., Healey, F., & Haines, T. P. (2010). Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. *Clinics in geriatric medicine*, 26(4), 645-692. **DOI:** 10.1016/j.cger.2010.06.005
- Olsson, E., Lofgren, B., Gustafson, Y., & Nyberg. L. (2005). Validation of a Fall Risk Index in Stroke Rehabilitation. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 14(1), 23-28. **DOI:** 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2004.11.001

- Paraíso, R. C. P.R. (2014). *Fatores de risco de queda em idosos institucionalizados*. (Tese de Mestrado em Saúde e Envelhecimento Não Publicada). Lisboa: Faculdade de ciências médicas, Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/14227>
- Pereira, A. A., & Ceolim, M. F. (2011). Relação entre problemas do sono, desempenho funcional e ocorrência de quedas em idosos da comunidade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(4), 769-778. DOI: 10.1590/S1809-98232011000400016
- Pereira, F. A., Fernandes, A. C. F., & Miguel, T. J. V. (2010). *Factores, riscos e consequência de quedas em idosos institucionalizados*. Comunicação apresentada no VI Congresso Internacional de Saúde, Cultura e Sociedade em Chaves, Portugal. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/4437/3/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20AGIR%20-%20%20Quedas%20idosos.pdf>
- Perracini, M. R., & Ramos, L. R. (2002). Factores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Revista de Saúde Pública.*, 36 (6), 709-716. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/00f4/5652a0de403f8dc2a77d565a420ec174a21d.pdf>
- Petitpierre, N. J., Trombetti, A., Carroll, I., Michel, J. P., & Herrmann, F. R. (2010). The FIM instrument to identify patients at risk of falling in geriatric wards: a 10-year retrospective study. *Age Ageing.*, 39 (3),326-331. DOI: 10.1093/ageing/afq010
- Pina, S., Saraiva, D., Vaz, I., Ramalhinho, J., Ferreira, L., & Batista, P. (2010). Quedas em meio hospitalar. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 36, 27-29.
- Piovesan, A. C., Pivetta, H. M. F., & Peixoto, J. M. B. (2011). Fatores que predisõem a quedas em idosos residentes na região oeste de Santa Maria, RS. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(1), 75-83. DOI: 10.1590/S1809-98232011000100009
- Rebelatto, J. R., Castro, A. P., & Chan, A. (2007). Quedas em idosos institucionalizados: características gerais, factores determinantes e relação com a força de preensão manual. *Acta Ortopédica Brasileira* 15(3), 151-154. DOI: 10.1590/S1413-78522007000300006
- Registered Nurses Association of Ontário. (2005). *Prevention of falls and falls injuries in the older adult*. Nursing Best Practice Guideline Shaping the future of

Nursing. Ontário: Registered Nurses' Association of Ontario. Disponível em: [http:// rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Prevention\\_of\\_Falls\\_and\\_Fall\\_Injuries\\_in\\_the\\_Older\\_Adult.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Prevention_of_Falls_and_Fall_Injuries_in_the_Older_Adult.pdf)

Registered Nurses Association of Ontario (2007). *Falls Prevention Building the Foundations for Patient Safety Self-Learning Package*. Ontário: Registered Nurses' Association of Ontario. Disponível em: [http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Falls\\_Prevention\\_Building\\_the\\_Foundations\\_for\\_Patient\\_Safety\\_A\\_Self\\_Learning\\_Package.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Falls_Prevention_Building_the_Foundations_for_Patient_Safety_A_Self_Learning_Package.pdf)

Rosa, A. S. B. B. (2013). *Avaliação do Risco de Quedas em Idosos que frequentam o Serviço de Fisioterapia do SESARAM, E.P.E.* Tese de Mestrado em Gerontologia Social. Madeira: Universidade da Madeira. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.13/594>

Royal College of Physicians. (2015). *National audit of inpatient falls - Audit report*. London: Royal College of Physicians. Disponível em: <file:///C:/Users/aa/Downloads/National%20Audit%20of%20Inpatient%20Falls%20audit%20report%202015.pdf>

Rubensteinn, L. Z., & Josephson, K. R. (2006). Falls and their prevention in elderly people: what does the guidance show? *Med Clin North Am*, 90(5), 807-824, 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2006.05.013>

Sanglard, R. C. F., Henriques, G. R. P., Ribeiro, Â. S. B., Corrêa, A. L., & Pereira, J. S. (2004). *Alterações dos parâmetros de marcha em função das queixas de instabilidade postural e quedas em idosos. Fitness & performance journal*, 3(3), 149-156. Disponível em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2954370>

Saraiva, D., Louro, I., Ferreira, L., Batista, P., Pina, S., & Ramalhinho, J. (2008). Quedas: indicador da qualidade assistencial. *Nursing*, 18 (235), 28-35. ISSN: 0871-6169.

Saverino, A., Benevolo, E., Ottonello, M., Zsirai, E., & Sessarego, P. (2006). Falls in a rehabilitation setting: functional independence and fall risk. *Eura Medicophys*, 42, 179-184. Disponível em: <http://www.minervamedica.it/en/getfreepdf/hTY7oGRxZw%252BXUGlwV817vGYgUGJLXOoNSsNZORJUe6axSjO7nJ3plGP5tU9iDzS%252FSEe%252BYGyMbd03ixd9mVF7Hg%253D%253D/R33Y2006N03A0179.pdf>

- Scott, V. (2012). *Fall Prevention Programming: Designing, Implementing and Evaluating Fall Prevention Programs for Older Adults*. Lulu Publishing.
- Segatore, M., & Adams, D. (2001). Managing delirium and agitation in elderly hospitalized orthopaedic patients: Part 2 - Interventions. *Ortopaedic Nursing*, 20(2), 61-73. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12024636>
- Silva, J. R., Russo, L. F., Mármora, C. H.C., & Cruz, D.T. (2012). A Doença de Parkinson e sua relação com quedas e medo de cair em idosos residentes em Juiz de Fora. *Estação Científica – Edição Especial “Fisioterapia” - Juiz de Fora*, 1. Disponível em: [http://portal.estacio.br/media/3847141/a\\_doenca\\_de\\_parkinson\\_e\\_sua\\_relacao\\_com\\_quedas\\_e\\_medo\\_de\\_cair\\_em\\_idosos\\_residentes\\_em\\_juiz\\_de\\_fora.pdf](http://portal.estacio.br/media/3847141/a_doenca_de_parkinson_e_sua_relacao_com_quedas_e_medo_de_cair_em_idosos_residentes_em_juiz_de_fora.pdf)
- Skelton, D., & Todd, C. (2004). What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? *WHO Regional Office for Europe: Copenhagen*. Disponível em: <http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf>.
- Soares, M. E., & Almeida, M. R. (2008). *Acidentes com macas e camas em estabelecimentos hospitalares, envolvendo a queda de doentes (Relatório nº 319/08)*. Lisboa: Inspeção Geral das Actividades em Saúde.
- Stone, K. L., Blackwell, T. L., Ancoli-Israel, S., Cauley, J. A., Redline, S., Marshall, L. M., ... & Osteoporotic Fractures in Men Study Group. (2014). Sleep disturbances and risk of falls in older community-dwelling men: the outcomes of Sleep Disorders in Older Men (MrOS Sleep) Study. *J Am Geriatr Soc.*, 62(2),299-305. **DOI:** 10.1111/jgs.12649.
- Thurman, D. J., Stevens, J. A., & Rao, J. K. (2008). Practice parameter: assessing patients in a neurology practice for risk of falls (an evidence-based review): report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology.*,70, 473-479. **DOI:** 10.1212/01.wnl.0000299085.18976.20
- Titler, M., Shever, L., Kanak, M., Picone, D., & Qin, R. (2011). Factors associated with falls during hospitalization in an older adult population. *Research & Theory for Nursing Practice*, 25(2), 127-152. **DOI:** 10.1891/1541-6577.25.2.127
- Tsai, L., Tsay, S., Hsieh, R., Yu, S., Tsai, J., Chien, H., & Liu, S. (2014). Fall Injuries and Related Factors of Elderly Patients at a Medical Center in Taiwan.

*International Journal of Gerontology*, 8(4), 203-208.

**DOI:** 10.1016/j.ijge.2013.10.007

Tzeng, H.M. (2010). Inpatient falls in adult acute care settings: influence of patients mental status. *Journal of Advanced Nursing.*, 66(8), 1741-1746. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.2010.05343.x.

Velde, N., Stricker, B. H., Pols, H.A., & van der Cammen, T. J. (2007). Withdrawal of fall-risk-increasing drugs in older persons: effect on mobility test outcomes. *Drugs Aging.*, 24(8), 691-699. **DOI:** 10.1111/j.1532-5415.2007.01137.x

Vu, M. Q., Weintraub, N., & Rubenstein, L. Z. (2006). Falls in the Nursing Home: Are They Preventable? *Journal of the American Medical Directors Association*, 7(3), 53 – 58. **DOI:** 10.1016/j.jamda.2005.12.016

Waring, J. (2005). Beyond blame: cultural barriers to medical incident reporting. *Soc Sci Med.*, 60, 1927-1935. **DOI:** 10.1016/j.socscimed.2004.08.055

Watson, B. J., Salmoni, A. W., & Zecevic, A. A. (2015). Falls in an acute care hospital as reported in the adverse event management system. *Journal of Hospital Administration*, 4 (4), 84-91. **DOI:** 10.5430/jha.v4n4p84

World Health Organization (2007a). *WHO global report on falls prevention in older age*. World Health Organization. Disponible em: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/other\\_injury/falls\\_prevention.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/other_injury/falls_prevention.pdf?ua=1). ISBN: 978 92 4 156353 6.

World Health Organization (2007b). *Background Paper: Falls Prevention: Policy, Research and Practice - World Health Organization Report: Prevention of Falls in Older Age*. World Health Organization. Disponible em: <http://www.who.int/ageing/projects/5.Intervention,%20policies%20and%20sustainability%20of%20falls%20prevention.pdf>

World Health Organization (2012). *Fact sheet N°344: Falls*. World Health Organization. Disponible em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>.

Ziere, G., Dieleman, J. P., Hofman, A., Pols, H. A. P., van der Cammen, T. J. M., & Stricker, B. H. C. (2006). Polypharmacy and falls in the middle age and elderly population. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 61(2), 218–223. **DOI:** 10.1111/j.1365-2125.2005.02543.x







## **Protocolo da Revisão *Scoping***

**Objetivo:** Descrever e mapear as intervenções de reabilitação que promovam a prevenção de quedas na pessoa idosa.

**Questão:** Quais são as intervenções implementadas num programa de reabilitação para prevenção de quedas na pessoa idosa?

**População:** Pessoas idosas com risco de queda.

**Conceito:** Prevenção de quedas.

**Contexto:** Reabilitação.

### **Metodologia de pesquisa**

Plataforma EBSCO HOST.

Bases de dados *CINAHL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text*.

Palavras-chave:

Falls; Aged; Prevention; Rehabilitation.

Critérios de Inclusão:

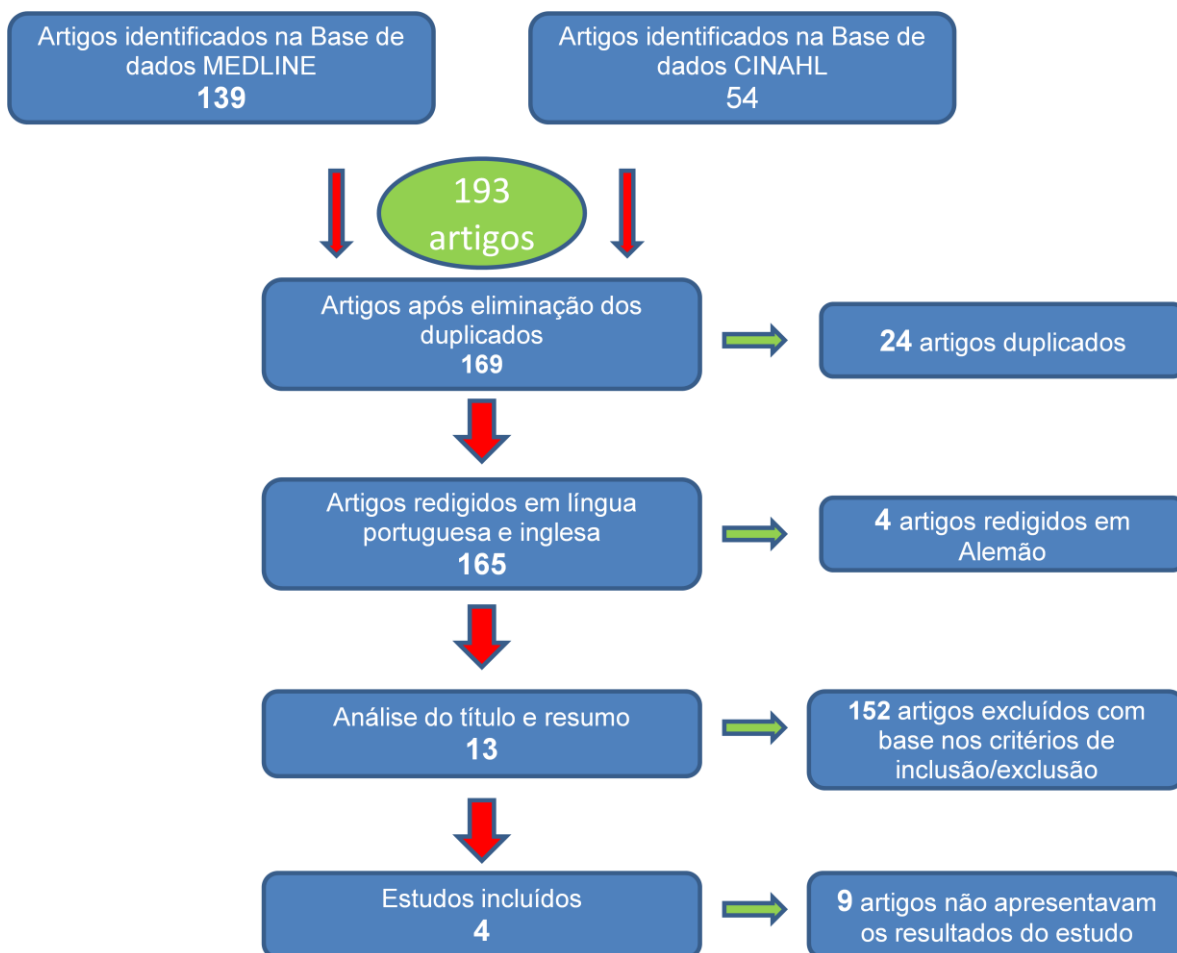
- Intervenções de reabilitação dirigidas a pessoas idosas com risco de queda;
- Limite temporal: 2012-2017;
- Texto completo;
- Artigo redigido em língua portuguesa ou inglesa;
- Apresenta resultados do estudo.

Critérios de exclusão:

- Intervenções de reabilitação dirigidas a pessoas com patologias específicas.

## Resultados da Pesquisa

	Artigos MEDLINE	Artigos CINAHL	Total Artigos
S1 – Falls	53,337	33,150	86,487
S2 – Aged	4,610,424	680,900	5,291,324
S3 - Rehabilitation	343,528	138,241	481,796
S4 – Prevention	1,489,591	494,450	1,984,131
S1 or S2 and S3 and S4	1,199	574	1,773
Texto completo	282	132	414
Publicado após 01.01. 2012	139	54	193



Autor/ Ano	Titulo	Tipo de estudo	Objetivo do estudo	Técnica/ intervenção	Instrumentos utilizados	Resultados
Avin, et al. 2015	Management of Falls in Community-Dwelling Older Adults: Clinical Guidance Statement.	Revisão sistemática da literatura.	Determinar quais são as intervenções eficazes para a identificação e gestão do risco de queda em adultos idosos.	Os estudos analisados implementaram programas de reabilitação que incluíam planos de exercícios, mas não especificaram quais os exercícios utilizados para a prevenção de quedas.	Appraisal of Guidelines, Research, and Evaluation in Europe II	Deve ser realizada uma avaliação multifatorial do risco de queda, que inclua a componente ambiental, força muscular, equilíbrio, marcha, capacidade para realizar as AVD's e AIVD's. Devem ser implementados programas de prevenção que eliminem ou diminuam a influência dos fatores de risco identificados. A prevenção da queda deve incidir sobre o treino de força muscular, equilíbrio, marcha e modificação ambiental. Deve ser enfatizada a importância da prática de atividade física e a pessoa deve ser capacitada para gerir o risco de queda e realizar a transição desses programas para a sua vida diária.
Kyrdaleson, et al. 2014	The Otago exercise program performed as group training versus home training in fall-prone older people.	Estudo randomizado controlado.	Avaliar a eficácia de um programa de reabilitação a nível do equilíbrio, força muscular, marcha e prevenção de quedas.	Realizadas sessões de alongamento, treino de equilíbrio com a realização de agachamentos, marcha e subir escadas. A componente de exercícios de força muscular foi desenvolvida recorrendo a halteres e halteres maleáveis para tornozelos e cintura	Escala de Equilíbrio de Berg; Teste de sentar-levantar da cadeira em 30 segundos; Teste Timed Up and Go.	Verificaram melhoria a nível do equilíbrio, força muscular e marcha. Os resultados mantiveram-se numa avaliação realizada 3 meses após a conclusão do programa de reabilitação. Concluíram que o programa de exercícios teve impacto positivo a nível da prevenção de quedas.

Kwok e Tong. 2014	Effects on centre-based training and home-based training on physical function, quality of life and fall incidence in community dwelling older adults.	Quasi-experimental	Comparar o efeito de um programa de reabilitação aplicado em domicílio a nível individual ou em grupo, na capacidade física, qualidade de vida e prevenção de quedas.	Realizadas sessões que englobaram exercícios de desenvolvimento de força muscular, resistência, equilíbrio e flexibilidade. O programa aplicado em domicílio foi supervisionado por assistentes operacionais e técnicos da área da reabilitação supervisionaram a terapia de grupo.	Elderly Mobility Scale; Escala de Equilíbrio de Berg; Numeric Pain Rating Scale.	Verificaram que a população que frequentou a terapia de grupo apresentou níveis aumentados de capacidade física, qualidade de vida e menor ocorrência de quedas em comparação com o grupo de programa de exercícios aplicado em domicílio.
Taylor, et al. 2012	Effectiveness of tai chi as a community-based falls prevention intervention.	Estudo randomizado controlado.	Comparar a efetividade de um programa de tai chi e um programa de reabilitação na redução de quedas na pessoa idosa.	No programa de reabilitação foram incluídos exercícios de alongamento, desenvolvimento de força muscular e uma componente de exercício cardiovascular.	Teste Timed Up and Go; teste de sentar-levantar da cadeira em 30 segundos; Step Test.	Identificaram uma redução na incidência de quedas, não se verificando diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Constataram aumento no nível de equilíbrio e força muscular ao longo do tempo de intervenção, não existindo alteração a nível da mobilidade. Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre os grupos.






## Cronograma de Atividades

<b>Cronograma de Atividades do Projeto de Estágio</b>							<b>Ano 2017-2018</b>		
O projeto será desenvolvido de 25 de setembro a 24 de novembro de 2017 no CH, SMI e de 27 de novembro a 9 de fevereiro de 2018, no ACS, UCC.									
Atividades e Objetivos	Maio	Junho	Julho	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Escolha do tema									
Revisão da literatura									
Visita aos campos de estágio									
Plano de Trabalho e Métodos									
Entrega do Projeto									
OE 1									
OE 2									
OE 3									
OE 4									
OE 5									
OE 6									
Redação do Relatório									

Legenda:

 - Espaço temporal para a realização da atividade/objetivo.

OE - Objetivo Específico







## **Guião da entrevista - SMI**

Como é constituída a equipa multiprofissional?

Quais são as suas áreas de intervenção?

Como se articulam?

Quantos EEER trabalham nesta unidade?

Todos prestam cuidados de reabilitação?

Qual o horário do EEER?

Quais são as patologias mais frequentes neste serviço?

Existe uma faixa etária predominante?

Qual a capacidade máxima de internamento no serviço/ unidade?

Quantos clientes são englobados no seu plano de trabalho diário/semanal?

Quais são os critérios utilizados para a seleção dos clientes?

Como é feita a organização do seu trabalho?

Quais são as principais funções/intervenções do EEER?

Qual é o material que o enfermeiro de reabilitação necessita para a realização das suas intervenções?

Quais são os clientes que mais beneficiam da intervenção do EEER?

Utiliza algum tipo de instrumento para avaliação das intervenções do EEER?

Qual o papel do familiar/cuidador no processo terapêutico?

Quais são os focos da sua intervenção de modo a prevenir queda na pessoa idosa?

Quais são as maiores dificuldades/limitações que sente no desempenho da sua prática?

Existem algum instrumento que permita realizar registos de enfermagem específicos do EEER?

Existem alguns projetos de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem a nível dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem?

Quais são os objetivos definidos para o ano atual?

O que gostariam de desenvolver em termos de projetos?

Que atividades seriam importantes para a instituição/equipa/clientes?

Têm previsto alguma colaboração com outros serviços/instituições?

## **Guião da entrevista - UCC**

Como são realizadas as referenciações para a UCC?

Quais são os critérios de referenciação/acesso à unidade?

Qual a área de abrangência da unidade?

Como se processa o circuito do cliente, desde a admissão até à alta?

Em que horários e com que frequência são feitas as visitas domiciliárias?

Quais são as patologias mais frequentes?

Existe uma faixa etária predominante?

Quantos clientes são englobados no seu plano de trabalho diário/semanal?

Como é constituída a equipa multiprofissional?

Quais são as suas áreas de intervenção?

Como se articulam?

Quantos EEER trabalham nesta unidade?

Todos prestam cuidados de reabilitação?

Qual o horário de trabalho do EEER?

Como é feita a organização do seu trabalho?

Quais são as principais funções/intervenções do EEER?

Qual é o material que o EEER necessita para a realização das suas intervenções?

Quais são os clientes que mais beneficiam da intervenção do EEER?

Utiliza algum tipo de instrumento para avaliação das intervenções do EEER?

Existem algum instrumento que permita realizar registos de enfermagem específicos do EEER?

Qual o papel do familiar/cuidador no processo terapêutico?

Quais são os focos da sua intervenção de modo a prevenir queda na pessoa idosa?

Quais são as maiores dificuldades que sente no desempenho da sua prática?

Existem alguns projetos de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem a nível dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem?

Quais são os objetivos definidos para o ano atual?

O que gostariam de desenvolver em termos de projetos?

Que atividades seriam importantes para a instituição/equipa/clientes?

Têm previsto alguma colaboração com outros serviços/instituições?





<b>Objetivos Específicos</b>	Desenvolver uma prática profissional mediante processos de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores, normas deontológicas e evidência científica.	
<b>Unidades de Competência</b>	A1; A2; D1; D2.	
<b>Atividades/Estratégias</b>	<b>Indicadores de Avaliação</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Integrar a equipa multiprofissional do serviço;</li> <li>➤ Promover o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação e à confidencialidade na equipa de Enfermagem onde está inserido;</li> <li>➤ Promover o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação, considerando os seus valores, costumes e crenças;</li> <li>➤ Colher dados junto da pessoa/família, consultar o processo clínico e exames complementares de diagnóstico, para identificar as necessidades de intervenção;</li> <li>➤ Demonstrar autonomia e iniciativa na apreciação e tomada de decisão nas situações da prática clínica;</li> <li>➤ Participa na tomada de decisões em equipa, promovendo a parceria com o cliente;</li> <li>➤ Identificar lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação;</li> <li>➤ Pesquisar artigos em bases de dados científicas, suportando a prática clínica na investigação e no conhecimento;</li> <li>➤ Aplicar os conhecimentos provenientes dessa evidência;</li> <li>➤ Atuar como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Participou ativamente nas atividades do serviço e conhece a sua dinâmica, normas e protocolos de cuidados de cada contexto;</li> <li>➤ Evidenciou uma prática de enfermagem, assente no respeito pelos princípios éticos e deontológicos do exercício profissional;</li> <li>➤ Colheu dados junto da pessoa/família, processo clínico e exames complementares de diagnóstico, para identificar as necessidades de intervenção;</li> <li>➤ Demonstrou autonomia e iniciativa na apreciação e tomada de decisão nas situações da prática clínica;</li> <li>➤ Participou na tomada de decisão em equipa, envolvendo a pessoa e família no processo de cuidados;</li> <li>➤ Identificou lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação;</li> <li>➤ Pesquisou artigos em bases de dados científicas, que serviram de suporte à sua intervenção;</li> <li>➤ Aplicou os conhecimentos provenientes dessa evidência;</li> <li>➤ Dinamizou e geriu a incorporação do novo conhecimento no contexto da prática;</li> <li>➤ Reuniu periodicamente com o professor e com o enfermeiro orientador de modo a analisar o seu percurso e as práticas</li> </ul>	

<p>➤ Reúne periodicamente com o professor e com o enfermeiro orientador de modo a analisar o seu percurso e as práticas desenvolvidas.</p>	<p>desenvolvidas.</p>
<p><b>Crítérios de Avaliação</b></p>	<p>As atividades e estratégias planeadas e implementadas demonstram o desenvolvimento de uma prática profissional mediante processos de tomada de decisões éticas, suportadas em princípios, valores, normas deontológicas e evidência científica.</p> <p>Reflete acerca da importância das intervenções efetuadas para o desenvolvimento das competências definidas.</p>
<p><b>Recursos utilizados</b></p>	<p>Humanos: Equipa multiprofissional; Enfermeiro chefe; Enfermeiro orientador; Professor; Cliente e família.</p> <p>Materiais: Bibliografia sobre conteúdos científicos na área da reabilitação; Protocolos e normas dos serviços; Legislação; Processos clínicos dos clientes; Código deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.</p> <p>Físicos: Centro Hospitalar, Serviço de Medicina Interna; Agrupamento de Centros de Saúde - Unidade de Cuidados na Comunidade.</p> <p>Temporais: Ver cronograma (Apêndice 4).</p>

<b>Objetivos Específicos</b>	Dinamizar programas de melhoria contínua da qualidade desenvolvidos nos serviços.		
<b>Unidades de Competência</b>	B1; B2; B3.		
<b>Atividades/Estratégias</b>		<b>Indicadores de Avaliação</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizar entrevista com o Enfermeiro Chefe e EEER do serviço;</li> <li>➤ Consultar normas, protocolos e projetos desenvolvidos nos serviços;</li> <li>➤ Pesquisar e promover a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados;</li> <li>➤ Considera os princípios de gestão de um ambiente seguro na prestação de cuidados à pessoa e família;</li> <li>➤ Participar nos projetos de melhoria contínua da qualidade desenvolvidos nas unidades;</li> <li>➤ Definir indicadores para medição válida da qualidade, em função das necessidades identificadas;</li> <li>➤ Participar nas auditorias de avaliação dos projetos de melhoria contínua da qualidade implementados nos serviços.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizou entrevista com o Enfermeiro Chefe e EEER do serviço;</li> <li>➤ Demonstrou conhecer as normas, protocolos e projetos do serviço;</li> <li>➤ Aplicou os conhecimentos adquiridos durante o processo de aprendizagem utilizando-os na prestação de cuidados;</li> <li>➤ Considerou os princípios de gestão de um ambiente seguro na prestação de cuidados à pessoa e família;</li> <li>➤ Colaborou no planeamento e avaliação de projetos de melhoria contínua da qualidade;</li> <li>➤ Definiu e aplicou os instrumentos de avaliação e registo adequados;</li> <li>➤ Participou nas auditorias dos projetos de melhoria contínua da qualidade.</li> </ul>	
<b>CrITÉrios de Avaliação</b>	As atividades e estratégias planeadas e implementadas dinamizam o desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais levando à manutenção de um ambiente terapêutico e seguro. Reflete acerca da importância das intervenções efetuadas para o desenvolvimento das competências definidas.		

<b>Recursos utilizados</b>	<p>Humanos: Equipa multiprofissional; Enfermeiro chefe; Enfermeiro orientador; Professor; Cliente e família.</p> <p>Materiais: Bibliografia sobre conteúdos científicos na área da reabilitação; Protocolos, normas e projetos dos serviços; Legislação; Processos clínicos dos clientes; Código deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.</p> <p>Físicos: Centro Hospitalar, Serviço de Medicina Interna; Agrupamento de Centros de Saúde - Unidade de Cuidados na Comunidade.</p> <p>Temporais: Ver cronograma (Apêndice 4).</p>
----------------------------	---

<b>Objetivos Específicos</b>	Desenvolver competências de gestão de recursos humanos e coordenação de cuidados de enfermagem.	
<b>Unidades de Competência</b>	C1; C2.	
<b>Atividades/Estratégias</b>		<b>Indicadores de Avaliação</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Avaliar as necessidades da pessoa e referenciar para outros profissionais de saúde quando necessário;</li> <li>➤ Colaborar nas decisões da equipa multiprofissional;</li> <li>➤ Disponibilizar assessoria à equipa multiprofissional;</li> <li>➤ Gere os cuidados em função dos recursos existentes e as necessidades da pessoa/família;</li> <li>➤ Envolver os elementos da equipa de enfermagem na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação;</li> <li>➤ Orientar a decisão relativa às tarefas a delegar;</li> <li>➤ Supervisionar os cuidados prestados em situação de delegação, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados;</li> <li>➤ Otimizar as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas;</li> <li>➤ Utilizar estratégias de motivação e envolvimento da equipa multiprofissional na prestação de cuidados.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Avaliou as necessidades da pessoa e referenciou para outros profissionais de saúde quando necessário;</li> <li>➤ Colaborou nas decisões da equipa multiprofissional;</li> <li>➤ Geriu os cuidados em função dos recursos existentes e as necessidades da pessoa/família;</li> <li>➤ Evidenciou capacidades no domínio da assessoria, delegação, orientação e supervisão de outros profissionais;</li> <li>➤ Otimizou as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas;</li> <li>➤ Utilizou estratégias de motivação e envolvimento da equipa multiprofissional na prestação de cuidados.</li> </ul>
<b>Critérios de Avaliação</b>	As atividades e estratégias planeadas e implementadas demonstram o desenvolvimento de competências de gestão de recursos humanos e coordenação de cuidados de enfermagem. Realizou uma gestão de cuidados otimizada à resposta da equipa multiprofissional, adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações	

	<p>e contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados. Reflete acerca da importância das intervenções efetuadas para o desenvolvimento das competências definidas.</p>
<b>Recursos utilizados</b>	<p>Humanos: Equipa multiprofissional; Enfermeiro chefe; Enfermeiro orientador; Professor; Cliente e família. Materiais: Bibliografia sobre conteúdos científicos na área da reabilitação; Protocolos e normas dos serviços; Legislação; Processos clínicos dos clientes; Código deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Físicos: Centro Hospitalar, Serviço de Medicina Interna; Agrupamento de Centros de Saúde - Unidade de Cuidados na Comunidade. Temporais: Ver cronograma (Apêndice 4).</p>

<b>Objetivos Específicos</b>	Cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida.	
<b>Unidades de Competência</b>	J1.	
<b>Atividades/Estratégias</b>	<b>Indicadores de Avaliação</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Avaliar a capacidade funcional da pessoa;</li> <li>➤ Avaliar o risco de queda recorrendo à Escala de Quedas de Morse;</li> <li>➤ Identificar os fatores facilitadores e de risco para a limitação da atividade, incapacidade e queda;</li> <li>➤ Identificar as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função;</li> <li>➤ Discutir e definir com o Enfermeiro orientador as prioridades de intervenção;</li> <li>➤ Planear intervenções específicas de enfermagem de reabilitação de modo a promover a reeducação funcional, diminuindo o risco de queda;</li> <li>➤ Englobar a pessoa/família na elaboração dos planos de intervenção;</li> <li>➤ Definir com a pessoa/família quais as estratégias a implementar e os resultados esperados de forma a promover o bem-estar e a qualidade de vida;</li> <li>➤ Implementar planos de reeducação funcional;</li> <li>➤ Ensinar, instruir e treinar intervenções de reeducação funcional motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratório, da</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Avaliou a capacidade funcional da pessoa recorrendo a escalas e instrumentos de medida;</li> <li>➤ Avaliou o risco de queda recorrendo à Escala de Quedas de Morse;</li> <li>➤ Identificou os fatores facilitadores e de risco para a limitação da atividade, incapacidade e queda;</li> <li>➤ Identificou as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função;</li> <li>➤ Discutiu e definiu com o Enfermeiro orientador as prioridades de intervenção;</li> <li>➤ Planeou intervenções específicas de enfermagem de reabilitação de modo a promover a reeducação funcional, diminuindo o risco de queda;</li> <li>➤ Englobou a pessoa/família na elaboração dos planos de intervenção;</li> <li>➤ Definiu com a pessoa/família as estratégias que implementou e os resultados de forma a promover o bem-estar e a qualidade de vida;</li> <li>➤ Implementou planos de reeducação funcional;</li> <li>➤ Ensinou, instruiu e treinou técnicas de reeducação</li> </ul>	

<p>alimentação, da eliminação e da sexualidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ensinar, instruir e treinar técnicas destinadas à realização das AVD;</li> <li>➤ Selecionar, ensinar, instruir e treinar a utilização de produtos de apoio;</li> <li>➤ Articular com outros profissionais e instituições de saúde para otimizar as intervenções planeadas;</li> <li>➤ Planear precocemente a alta com envolvimento da família na identificação de necessidades no regresso a casa;</li> <li>➤ Avaliar os resultados dos planos/programas de reabilitação implementados recorrendo à aplicação de instrumentos/ escalas de avaliação;</li> <li>➤ Elaborar registos de enfermagem que demonstrem a intervenção efetuada pelo EEER.</li> </ul>	<p>funcional motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ensinou, instruiu e treinou técnicas destinadas à realização das AVD;</li> <li>➤ Selecionou, ensinou, instruiu e treinou a utilização de produtos de apoio;</li> <li>➤ Articulou com outros recursos profissionais e institucionais para otimizar as intervenções planeadas;</li> <li>➤ Colaborou enquanto elemento ativo no processo de alta e transferência da pessoa;</li> <li>➤ Avaliou a eficácia da sua intervenção recorrendo a instrumentos/escalas de avaliação;</li> <li>➤ Elaborou registos de enfermagem que demonstram a intervenção do EEER.</li> </ul>
<p><b>Critérios de Avaliação</b></p>	<p>As atividades e estratégias delineadas permitem diagnosticar, planear, implementar e avaliar os planos de intervenção de enfermagem de reabilitação. Reflete acerca da importância das intervenções efetuadas para o desenvolvimento das competências definidas.</p>
<p><b>Recursos utilizados</b></p>	<p>Humanos: Equipa multiprofissional; Enfermeiro chefe; Enfermeiro orientador; Professor; Cliente e família. Materiais: Bibliografia sobre conteúdos científicos na área da reabilitação; Protocolos e normas dos serviços; Legislação; Processos clínicos dos clientes; Código deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Escalas e instrumentos de medida. Físicos: Centro Hospitalar, Serviço de Medicina Interna; Agrupamento de Centros de Saúde - Unidade de Cuidados na Comunidade. Temporais: Ver cronograma (Apêndice 4).</p>

<b>Objetivos Específicos</b>	Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.	
<b>Unidades de Competência</b>	J2.	
<b>Atividades/Estratégias</b>	<b>Indicadores de Avaliação</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Avaliar alterações que determinem limitações da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</li> <li>➤ Avaliar o risco de queda recorrendo à Escala de Quedas de Morse;</li> <li>➤ Identificar os fatores facilitadores e de risco para a limitação da atividade, incapacidade e queda;</li> <li>➤ Diagnosticar alterações que determinem limitações da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</li> <li>➤ Discutir e definir com o Enfermeiro orientador as prioridades de intervenção;</li> <li>➤ Planejar programas de treino de AVD visando a adaptação às limitações identificadas, diminuindo o risco de queda e maximizando o bem-estar e qualidade de vida;</li> <li>➤ Englobar a pessoa/família na elaboração dos programas de intervenção;</li> <li>➤ Definir com a pessoa/família quais as estratégias a implementar e os resultados esperados;</li> <li>➤ Implementar programas de reabilitação;</li> <li>➤ Articular com outros profissionais e instituições de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Avaliou alterações que determinam limitações da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</li> <li>➤ Avaliou o risco de queda recorrendo à Escala de Quedas de Morse;</li> <li>➤ Identificou os fatores facilitadores e de risco para a limitação da atividade, incapacidade e queda;</li> <li>➤ Diagnosticou alterações que determinam limitações da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</li> <li>➤ Discutiu e definiu com o Enfermeiro orientador as prioridades de intervenção;</li> <li>➤ Planeou programas de treino de AVD visando a adaptação às limitações identificadas, diminuindo o risco de queda e maximizando o bem-estar e qualidade de vida;</li> <li>➤ Englobou a pessoa/família na elaboração dos programas de intervenção;</li> <li>➤ Definiu com a pessoa/família as estratégias que implementou e os resultados esperados;</li> <li>➤ Implementou programas de reabilitação;</li> <li>➤ Articulou com outros recursos profissionais e institucionais</li> </ul>	

<p>para otimizar as intervenções planeadas;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Planear precocemente a alta com envolvimento da família na identificação de necessidades no regresso a casa;</li> <li>➤ Avaliar os resultados dos programas de reabilitação implementados recorrendo à aplicação de instrumentos/escalas de avaliação;</li> <li>➤ Elaborar registos de enfermagem que demonstrem a intervenção efetuada pelo EEER.</li> </ul>	<p>para otimizar as intervenções planeadas;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Colaborou enquanto elemento ativo no processo de alta e transferência da pessoa;</li> <li>➤ Avaliou a eficácia da sua intervenção recorrendo a instrumentos/escalas de avaliação;</li> <li>➤ Elaborou registos de enfermagem que demonstram a intervenção do EEER.</li> </ul>
<p><b>Critérios de Avaliação</b></p>	<p>As atividades e estratégias delineadas permitem diagnosticar, planear, implementar e avaliar programas de intervenção de enfermagem de reabilitação, que visem capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p>Reflete acerca da importância das intervenções efetuadas para o desenvolvimento das competências definidas.</p>
<p><b>Recursos utilizados</b></p>	<p>Humanos: Equipa multiprofissional; Enfermeiro chefe; Enfermeiro orientador; Professor; Cliente e família.</p> <p>Materiais: Bibliografia sobre conteúdos científicos na área da reabilitação; Protocolos e normas dos serviços; Legislação; Processos clínicos dos clientes; Código deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Escalas e instrumentos de medida.</p> <p>Físicos: Centro Hospitalar, Serviço de Medicina Interna; Agrupamento de Centros de Saúde - Unidade de Cuidados na Comunidade.</p> <p>Temporais: Ver cronograma (Apêndice 4).</p>

<b>Objetivos Específicos</b>	Maximizar a capacidade funcional da pessoa.	
<b>Unidades de Competência</b>	J3.	
<b>Atividades/Estratégias</b>	<b>Indicadores de Avaliação</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Avaliar a capacidade funcional da pessoa;</li> <li>➤ Avaliar o risco de queda recorrendo à Escala de Quedas de Morse;</li> <li>➤ Identificar os fatores facilitadores e de risco para a limitação da atividade, incapacidade e queda;</li> <li>➤ Discutir e definir com o Enfermeiro orientador as prioridades de intervenção;</li> <li>➤ Planear intervenções específicas de enfermagem de reabilitação de modo a maximizar a capacidade funcional da pessoa e diminuir o risco de queda;</li> <li>➤ Englobar a pessoa/família na elaboração dos programas de reabilitação;</li> <li>➤ Definir com a pessoa/família quais as estratégias a implementar e os resultados esperados;</li> <li>➤ Implementar programas de reabilitação;</li> <li>➤ Avaliar os resultados dos programas de reabilitação implementados recorrendo à aplicação de instrumentos/escalas de avaliação;</li> <li>➤ Elaborar registos de enfermagem que demonstrem a intervenção efetuada pelo EEER.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Avaliou a capacidade funcional da pessoa recorrendo a escalas e instrumentos de medida;</li> <li>➤ Avaliou o risco de queda recorrendo à Escala de Quedas de Morse;</li> <li>➤ Identificou os fatores facilitadores e de risco para a limitação da atividade, incapacidade e queda;</li> <li>➤ Discutiu e definiu com o Enfermeiro orientador as prioridades de intervenção;</li> <li>➤ Planeou intervenções específicas de enfermagem de reabilitação de modo a maximizar a capacidade funcional da pessoa e diminuir o risco de queda;</li> <li>➤ Englobou a pessoa/família na elaboração dos programas de reabilitação;</li> <li>➤ Definiu com a pessoa/família as estratégias que implementou e os resultados esperados;</li> <li>➤ Implementou programas de reabilitação;</li> <li>➤ Avaliou a eficácia da sua intervenção recorrendo a instrumentos/escalas de avaliação;</li> </ul> <p>Elaborou registos de enfermagem que demonstram a intervenção do EEER.</p>	

<b>Critérios de Avaliação</b>	<p>As atividades e estratégias delineadas permitem diagnosticar, planejar, implementar e avaliar os programas de intervenção de enfermagem de reabilitação.</p> <p>Reflete acerca da importância das intervenções efetuadas para o desenvolvimento das competências definidas.</p>
<b>Recursos utilizados</b>	<p>Humanos: Equipa multiprofissional; Enfermeiro chefe; Enfermeiro orientador; Professor; Cliente e família.</p> <p>Materiais: Bibliografia sobre conteúdos científicos na área da reabilitação; Protocolos e normas dos serviços; Legislação; Processos clínicos dos clientes; Código deontológico; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros; Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Escalas e instrumentos de medida.</p> <p>Físicos: Centro Hospitalar, Serviço de Medicina Interna; Agrupamento de Centros de Saúde - Unidade de Cuidados na Comunidade.</p> <p>Temporais: Ver cronograma (Apêndice 4).</p>

Apêndice 2 – Póster: Impacto da implementação de um projeto de prevenção de quedas no serviço de medicina interna



## Impacto da implementação de um projeto de prevenção de quedas no Serviço de Medicina Interna

### 1. Introdução

No âmbito do programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem promovido pela Ordem dos Enfermeiros em regime de parceria, assumimos o compromisso de identificar problemas emergentes, suscetíveis de resolução ou melhoria, sendo a queda de clientes uma dessas problemáticas.

Realizámos este projeto com o principal objetivo de reduzir o número de quedas de clientes internados.

Consideramos que as causas das quedas que aconteceram podem ser prevenidas no futuro, se tivermos humildade para aprender e capacidade para reestruturar as práticas clínicas.

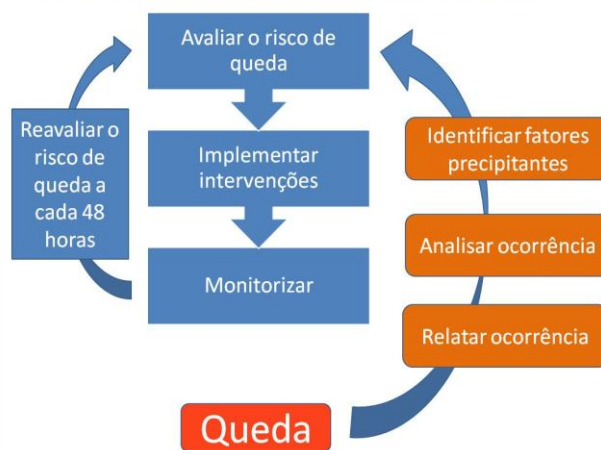
### 3. Operacionalização do projeto

- ❖ Constituição do Grupo de Prevenção de Quedas.
- ❖ Formação da equipa de enfermagem acerca do fenómeno das quedas:
  - Consciencializar sobre a problemática das quedas, em contexto hospitalar;
  - Habilitar para a avaliação do risco de quedas;
  - Capacitar para intervir junto do cliente com risco de queda de modo a minimizar os fatores de risco.
- ❖ Sistematização do processo de atuação da equipa de enfermagem.

### 2. Objetivos

- ❖ Apresentar taxa de efetividade na prevenção de quedas de clientes internados superior a 95%;
- ❖ Reduzir a taxa de prevalência de quedas de clientes internados em 20% em cada ano, face ao ano anterior;
- ❖ Reduzir a incidência de quedas de clientes internados em 20% em cada ano, face ao ano anterior.

### 4. Atuação da equipa de enfermagem



### 5. Resultados

**Indicador de resultado**  
Taxa de efetividade na prevenção de quedas

Ano	Taxa de Efetividade
2012	93,3%
2013	95,4%
2014	97,3%
2015	97,5%
2016	98,4%

**Indicador epidemiológico**  
Taxa de prevalência de quedas

Ano	Taxa de Prevalência	Redução face ao ano anterior
2012	6,7%	
2013	4,6%	31,3%
2014	2,7%	41,3%
2015	2,5%	7,4%
2016	1,6%	36%

**Indicador epidemiológico**  
Incidência de quedas

Ano	Incidência por 1.000 camas/dias	Redução face ao ano anterior
2012	5,2	
2013	4	23%
2014	2,4	40%
2015	2,4	0%
2016	1,6	33,3%

### 6. Conclusão

As instituições de saúde devem evoluir no modo como trabalham, desenvolvendo uma cultura de rigor e empenho pela segurança do cliente, procurando antecipar riscos e não só resolver incidentes.

Este projeto evidência a importância da identificação de áreas problemáticas na prática de enfermagem e o impacto causado pela mudança no cuidar. Acreditamos que a implementação de programas de prevenção do risco conduzem a mudanças nos comportamentos dos profissionais de saúde, promovendo uma prestação de cuidados dirigida para a segurança dos clientes, levando à redução dos fatores de risco e consequentemente à diminuição da ocorrência do fenómeno.







## Exercícios de flexibilidade

Realize estes exercícios repetindo 5 vezes.



- Braços para trás das costas, entrelace os dedos das mãos e puxe os ombros para trás.



- Mantenha as pernas em ligeira flexão, calcanhares no chão.
- Estenda os braços para a frente, incline o tronco e tente tocar nos dedos dos pés.



- Na posição de pé, afaste ligeiramente as pernas e lentamente incline o tronco para a direita, mantendo a perna direita fletida e a esquerda estendida.
- Agente a posição durante 5 segundos, volte para a posição inicial e repita exercício para o lado esquerdo.

## Regras de segurança.

- ⇒ **Comece devagar**, especialmente se já não se exercita há muito tempo. Pouco a pouco, irá sentir-se melhor e conseguirá esforçar-se mais.
- ⇒ **Não sustenha a respiração enquanto faz exercício.** Expire quando faz o esforço e inspire em relaxamento.
- ⇒ **Beba bastante água** enquanto se exercita (A menos que o médico lhe tenha indicado para limitar a ingestão de líquidos). Pode até não sentir sede, mas o seu corpo precisa de água.
- ⇒ **Use equipamento de segurança**, por exemplo: capacete se andar de bicicleta.
- ⇒ Utilize **calçado confortável**, fechado e **com sola antiderrapante.**
- ⇒ **Proteja-se do sol e do frio.**

Realizado por: Júlio Belo Fernandes no contexto de estágio do CMEER  
Enfermeira orientadora: xxxxxxxxx  
Professora orientadora: Maria do Céu Sá

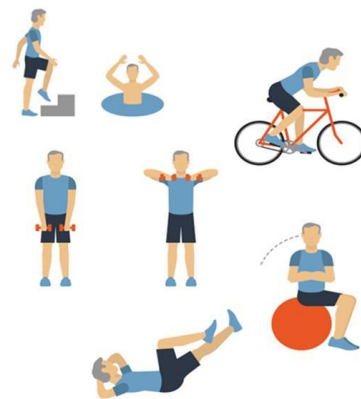
Bibliografia consultada:  
<http://www.evelo.com/exercises-for-seniors/>. Acedido a 05.12.2017.  
<http://www.saudepe.up.pt/>. Acedido a 05.12.2017.  
Faculdade de Motricidade Humana (2011). *Guia para um envelhecimento mais ativo para viver ainda melhor*. Lisboa: FMH-UTL.  
Ministério da Saúde (2017). *Tropeções, quedas e trambolhões*. Lisboa: Ministério da Saúde.



## Pratique exercício físico

É imprescindível para o bem-estar.

Existem diversos tipos de exercício, o importante é manter-se ativo.



## Exercícios de flexibilidade

Sente-se com os ombros relaxados. Realize estes exercícios repetindo 5 vezes.



- Os braços estendidos para a frente.
- Abra e feche as mãos de modo a esticar e separar os dedos.



- Os braços estendidos para a frente, entrelace os dedos das mãos e empurre para fora enquanto puxa as costas e os ombros para a frente.



- Coloque as pontas dos dedos nos ombros.
- Realize movimentos circulares com os ombros, para a frente e em seguida para trás.

## Exercícios de equilíbrio

Mantenha-se de pé, com os pés juntos e os braços relaxados ao longo do corpo.

Realize o exercício aguentando a posição durante 5 segundos e repita com o outro lado do corpo.



- Fletir o joelho para levantar o pé do chão e equilibre-se com a outra perna.



- Braço esquerdo levantado e mova a perna esquerda para a frente.



- Movimento um pé para a frente, tocando com o calcanhar desse pé nos dedos do outro.

## Exercícios de equilíbrio

Realize o exercício 5 vezes. Após ter completado repita com o outro lado do corpo.



- Coloque-se atrás de uma cadeira, apoiando-se com uma ou ambas as mãos.
- Afaste e aproxime a perna esquerda.



- Segure a cadeira com a mão esquerda.
- Estenda o braço direito para a frente à altura do ombro.
- Mova o braço para baixo e depois para trás.



- Sente-se, segure uma bola junto ao tronco.
- Rode o tronco lentamente para a direita, mantendo o resto do corpo imóvel.
- Volte à posição inicial.









Realizado por: Júlio Belo Fernandes no contexto de estágio do CMEER.

Enfermeira orientadora: [Redacted]

Professora orientadora: Maria do Céu Sá

- ✓ Tenho mais de 65 anos.
- ✓ Caí uma vez no último ano.
- ✓ Não costumo praticar atividade física.
- ✓ Tomo vários medicamentos.
- ✓ Tenho dificuldades em ver.
- ✓ Desequilibro-me com alguma frequência.



Se estas afirmações se aplicam a si, então como evitar o risco de sofrer uma queda.



## ATENÇÃO

Avalie o risco e elimine-o

### A sua casa



Está bem iluminada?



Existem cabos ou outros objetos pelo chão?



A mobília não impede a sua circulação?



O piso é escorregadio ou reflete a luz?



Existem tapetes ou passadeiras?



Tenho corrimão nas escadas e casa de banho?

## Proteja-se do risco.

- ✓ Evite andar descalço ou só de meias.
- ✓ Utilize calçado confortável, fechado e com sola antiderrapante.
- ✓ Acenda as luzes, não percorra trajetos às escuras.
- ✓ Mantenha os locais de passagem livres de objetos e fios.
- ✓ Enrole ou cole os cabos próximos da parede.
- ✓ Aplique fita antiderrapante no limite de cada degrau.
- ✓ Instale barras de apoio junto da banheira ou polibã e utilize um tapete antiderrapante.
- ✓ Retire os tapetes e passadeiras ou coloque fita aderente.
- ✓ As cadeiras e as poltronas devem ter apoio de braços.

### Caso ocorra uma queda como nos podemos levantar.



Gire sobre o próprio corpo até ficar com a barriga para baixo.



Apoie os joelhos até ficar de gatas. Procure um apoio firme e aproxime-se.



Apoie as mãos no mesmo e tente-se colocar de pé com a ajuda dos antebraços.



Uma vez em pé, descanse antes de voltar a andar.

### O que fazer em caso de queda.

- ✓ Contatar os profissionais de saúde para avaliar se sofreu algum dano físico.
- ✓ Identificar as causas que provocaram o acidente para evitar que ele se repita.

#### Bibliografia consultada:

- o Fundación Mapfre (2010). *Riscos domésticos entre os idosos: guia de prevenção destinado a profissionais*. Mafra: Fundación Mapfre.
- o <http://www.saudepe.up.pt/>. Acedido a 05.12.2017.
- o Ministério da Saúde (2017). *Tropeções, quedas e trambolhões*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Apêndice 5 – Norma de procedimento: Identificação e prevenção do risco de quedas na pessoa em contexto domiciliário



<p>NORMA DE PROCEDIMENTOS PARA ECCI DO ACES</p> <p><b>TÍTULO: Identificação e prevenção do risco de quedas na pessoa em contexto domiciliário</b></p>	Elaborado em :	08/01/2018
	Revisão em:	_/_/_
	<i>Próxima Revisão</i>	_/_/_

**ASSUNTO:** Intervenção da equipa de enfermagem com a pessoa com risco de queda.

**DESTINATÁRIOS:** Todos os enfermeiros a desempenhar funções na ECCI.

**OBJETIVOS:** Uniformizar a intervenção de enfermagem com a pessoa com risco de queda.

**CONCEITOS:**

**Queda** - É entendida como uma descida rápida do corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

**Fator de risco** – É um agente suscetível de provocar efeito adverso (Fernandes & Almeida, 2017).

Os fatores de risco para a ocorrência de queda dividem-se em comportamental, biológico, socioeconómico e ambiental, sendo da interação destes que resulta a ocorrência de queda (World Health Organization, 2007).

De acordo com o mesmo autor, os fatores de risco comportamental podem ser potencialmente modificáveis, pois referem-se às ações humanas, escolhas diárias e emoções. Estão relacionados com atitudes sedentárias e utilização de vestuário ou calçado inapropriado.

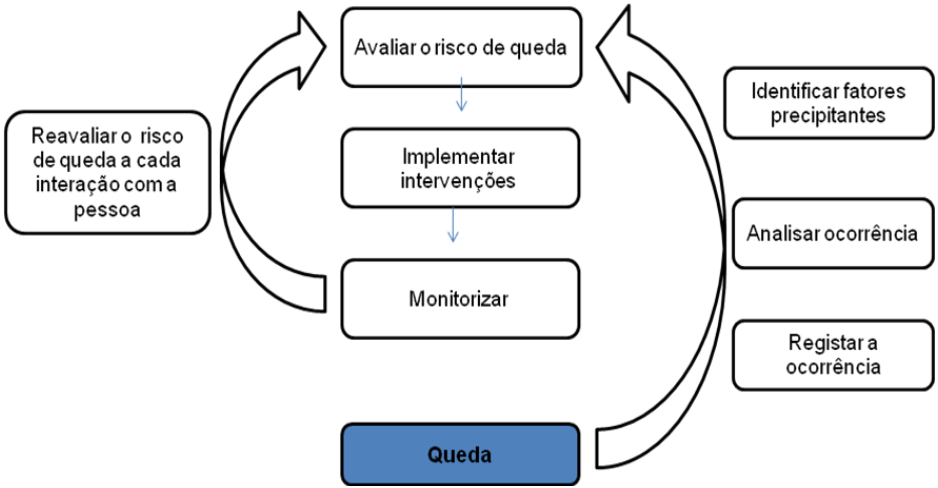
Os fatores de risco biológico não são modificáveis, por envolverem características da pessoa como a idade, sexo, raça, doenças crónicas, declínio cognitivo e físico.

Em relação aos fatores de risco socioeconómicos, estes estão relacionados com a influência das condições sociais da pessoa, rendimentos baixos, nível educacional, habitação com fracos recursos de segurança e isolamento social.

Por último o fator de risco ambiental inclui a interação das condições físicas da pessoa e do ambiente que a rodeia. São fatores modificáveis como seja o caso da iluminação insuficiente e do piso escorregadio.

**Escala de Morse** – É um método simples e rápido de avaliar a probabilidade de uma

pessoa cair. A escala é constituída por seis variáveis: história de queda, diagnóstico secundário, ajuda para deambular, terapêutica endovenosa/uso de heparina, postura/transferência e estado mental (Morse, Morse & Tylko, 1989).

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:	Responsável
<p>1. A avaliação do risco de queda deve ser efetuada no momento de admissão da pessoa através da aplicação da Escala de Morse (anexo I). A orientação do seu preenchimento encontra-se em anexo (anexo II).</p> <p>2. Devem ser avaliados os fatores de risco presentes e implementadas intervenções que eliminem ou minimizem o seu impacto. A orientação para a avaliação dos fatores de risco encontra-se em anexo (anexo III).</p> <p>3. A pessoa e/ou familiar deve ser informada acerca do risco detetado e os cuidados a ter de modo a prevenir a ocorrência de queda.</p> <p>4. A reavaliação do risco de queda e a atualização do plano de intervenção devem ser efetuadas sempre que se verificar alteração dos fatores de risco.</p> <p>5. Perante a ocorrência de queda, esta deve ser registada no Sclinico, alterando o status do fenómeno.</p> <p>A atuação da equipa de enfermagem deve seguir a sistematização apresentada no fluxograma seguinte.</p>  <pre> graph TD     A[Avaliar o risco de queda] --&gt; B[Implementar intervenções]     B --&gt; C[Monitorizar]     C --&gt; D[Queda]     D --&gt; E[Identificar fatores precipitantes]     E --&gt; F[Analisar ocorrência]     F --&gt; G[Registrar a ocorrência]     G --&gt; A     H[Reavaliar o risco de queda a cada interação com a pessoa] --&gt; A     </pre>	<p>Enfermeiro gestor de caso</p>

Fonte: Fernandes e Almeida, 2017, p. 57 – Prevenção de Quedas no Hospital.

**REFERÊNCIAS:**

- Fernandes, J. & Almeida, A. (2017). *Prevenção de Quedas no Hospital. A aplicação da teoria das consequências funcionais*. Berlin: NEA.
- Miller, C. A. (2012). *Nursing for wellness in older adults*. 6ª Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Morse, J., Morse, R., & Tylko, S. (1989). Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient. *Canadian Journal on Aging*, 8(4), pp. 366-377.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Browser CIPE Versão 2*. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>
- World Health Organization (2007). *WHO global report on falls prevention in older age*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). *Summary of the evidence on patient safety: implications for research*. Genebra, Suíça: World Health Organization- World Alliance For Patient Safety.

### ANEXO I: Escala de Morse

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; nos últimos três meses Não Sim	0 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15

## ANEXO II - Orientações para o preenchimento da Escala de Morse

No item **Historial de quedas**, se a pessoa tiver episódio de queda nos últimos três meses anteriormente à admissão, pontua 25 pontos. Se a pessoa não caiu, pontua 0.

O **Diagnóstico secundário** é pontuado com 15 pontos se a pessoa tiver mais do que um diagnóstico médico, caso contrário pontua 0.

**Ajuda para caminhar** é pontuado com 0 pontos se a pessoa andar sem qualquer ajuda, com assistência de enfermeiro, andar de cadeira de rodas, ou se permanecer deitado e nunca sair da cama. Se a pessoa usar muletas, canadianas, bengala ou andador, pontua neste item 15 pontos; se a pessoa se deslocar apoiando-se no mobiliário, pontua este item com 30 pontos.

No item **Terapia intravenosa** é pontuado com 20 pontos, se a pessoa tiver um dispositivo intravenoso, caso contrário, pontua 0.

**Postura no andar e na transferência** é pontuado 0 pontos se a pessoa tiver um andar normal, 10 pontos se apresentar um andar debilitado e 20 pontos se for dependente de ajuda para andar.

O **Estado mental** pontua 15 pontos caso a pessoa se esqueça das suas limitações. A escala varia entre 0 e 125 pontos e segundo Morse (2009), a pessoa é discriminada em função do risco de queda em Sem Risco (0 – 24), Baixo Risco (25 – 50), ou com Alto Risco ( $\geq 51$ ).

## Apêndice I – Guia orientador para avaliação dos fatores de risco de queda

Iluminação	Escadas
A iluminação é adequada e não produz encadeamento?	A iluminação é adequada?
Os interruptores de eletricidade são de fácil acesso e manipulação?	Existem interruptores de eletricidade na parte superior e inferior das escadas?
As luzes podem ser ligadas antes de entrar no quarto?	Existem corrimãos de ambos os lados da escada?
À noite existem luzes de presença em locais apropriados?	Os degraus são todos regulares e estão em bom estado de conservação?
Existe contraste de cor adequado entre objetos, por exemplo entre uma cadeira e o chão?	Existe colocação de antiderrapante nos degraus?
	Existe fita colorida a marcar os limites dos degraus?
Casa de banho	Quarto
Existem barras de apoio no chuveiro e sanita?	A altura da cama é adequada para a transferência segura?
A banheira/poliban tem piso antiderrapante ou um tapete de borracha no fundo?	O colchão é firme nas bordas e permite apoio para sentar?
A pessoa considerou usar um banco de chuveiro?	Se a cama tem rodas, elas estão travadas?
O toalheiro está perto da banheira/poliban?	A presença de grades laterais parciais ou totais seriam uma ajuda ou um perigo?
A altura da sanita é suficientemente elevada?	Quando as grades laterais estão no nível baixo, elas estão completamente fora do caminho?
A pessoa considerou utilizar um alteador?	O caminho entre o quarto e a casa de banho é livre de obstáculos e adequadamente iluminado?
A cor da sanita contrasta com as restantes áreas envolventes?	Existe alguma luz perto da cama, e nesse caso a pessoa tem capacidades físicas e cognitivas suficientes para ligá-la antes de sair da cama?

O papel higiênico está num local de fácil acesso?	A mobília está posicionada de forma a permitir a utilização segura do dispositivo auxiliar de marcha?
	O telefone está situado perto da cama?
<b>Cozinha</b>	<b>Mobiliário</b>
As áreas de armazenamento estão localizadas de modo a otimizar a sua utilização (por exemplo, os objetos que são frequentemente usados estão nos locais mais facilmente acessíveis)?	As cadeiras têm a altura e profundidade adequadas para a pessoa?
Existem tapetes antiderrapantes colocados em frente ao lava loiça?	As cadeiras têm apoio de braços?
As marcas no fogão e nos outros eletrodomésticos estão claramente visíveis?	As mesas são estáveis e de altura apropriada?
A pessoa sabe como usar o micro-ondas com segurança?	Os móveis impedem a circulação da pessoa?
<b>Segurança geral</b>	<b>Segurança geral</b>
Existem pisos altamente polidos, tapetes soltos ou pavimentos perigosos?	Se necessita de um objeto que se encontra numa prateleira elevada utiliza escadote ou cadeira/banco?
Se forem utilizados tapetes ou passadeiras, eles têm um suporte antiderrapante, e as bordas estão coladas ao chão?	A temperatura das divisões é confortável?
Existem cabos de eletrodomésticos, caixas ou outros objetos espalhados pelo chão?	A pessoa é capaz de utilizar o termostato do aquecedor e ajustá-lo de forma adequada?
Existe algum animal de estimação que se movimente ao nível dos pés da pessoa?	Durante o Inverno a temperatura ambiente é suficiente para prevenir hipotermia?
Possui telefone/telemóvel e sabe utilizá-lo?	Durante o Verão a temperatura ambiente é fresca o suficiente para evitar hipertermia?
Tem uma lista de números de telefone para contactar em caso de emergência?	

<b>Cognição</b>	<b>Visão e audição</b>
Existe alteração da cognição?	Existe limitação da visão?
Mobiliza-se com receio de cair?	Existe limitação da audição?
	Utiliza ortótese prescrita?
<b>Vestuário e calçado</b>	<b>Mobilidade</b>
O vestuário não restringe os movimentos e tem o comprimento adequado à estatura da pessoa?	Realiza exercício físico?
Utiliza calçado confortável, fechado e com sola antiderrapante?	Apresenta diminuição da força muscular?
A pessoa anda descalça ou só de meias?	Apresenta diminuição da amplitude articular?
<b>Sono</b>	Apresenta alteração do equilíbrio?
Alteração do padrão de sono, com uma diminuição do tempo e da qualidade do sono (Aumento da sonolência diurna e de insónia noturna)?	Apresenta alteração da marcha?
<b>Eliminação</b>	Utiliza auxiliar de marcha adequado à sua limitação?
É incontinente vesical?	Sabe utilizar o auxiliar de marcha?
É incontinente intestinal?	As portas são largas o suficiente para acomodar o auxiliar de marcha?
Utiliza produto de apoio?	Senta-se/levanta-se corretamente?
	Realiza técnica do levante corretamente?

Apêndice 6 – Comunicação: Autonomia e capacitação: Definição e operacionalização



# AUTONOMIA E CAPACITAÇÃO

## Definição e operacionalização

XXIV JORNADAS DE MEDICINA INTERNA

CENTRO HOSPITALAR 

1



XXIV JORNADAS DE MEDICINA INTERNA

# AUTONOMIA E CAPACITAÇÃO

## Definição e operacionalização

Júlio Belo Fernandes - Estudante 8º CMEER, ESEL

Orientação de estágio: Prof.ª Maria do Céu Sá

Setúbal, Novembro de 2017

2

## Autonomia

- Regra pessoal do próprio, livre de interferências controladas por outros, e limitações pessoais que impeçam escolhas significativas (Tubau & Alibés, 2011).

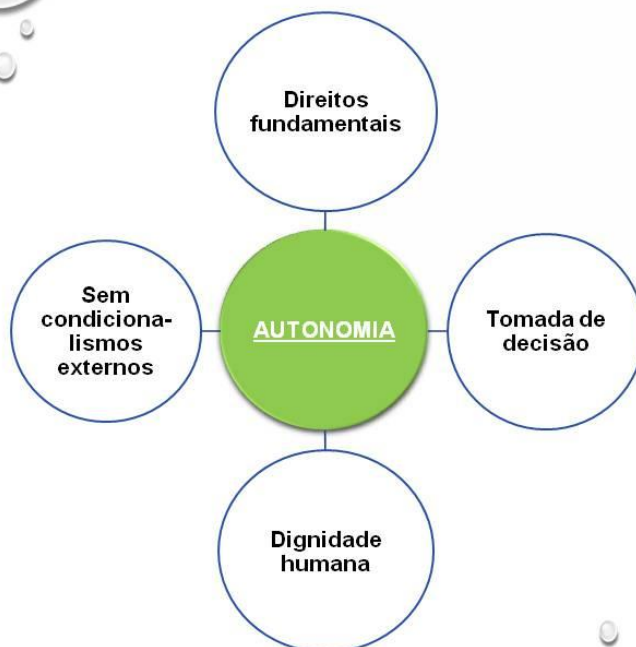
Implica que o ser humano deva ser realmente livre, dispondo de condições mínimas para se **autorealizar** (Nunes, 2012).



Direito em se **autogovernar** e designa independência, ausência de imposições ou coações e inexistência de limitações ou incapacidades que impeçam ou diminuam a capacidade de decisão.

3

## Autonomia



- Não é a habilidade para fazer, mas sim, a capacidade para decidir o que fazer (Jecker, 1993).

4

## Capacitação

Processo através do qual a pessoa adquire **controle** sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde (WHO, 1998).

A pessoa manifesta as suas necessidades, estabelece **estratégias** para um maior envolvimento na **tomada de decisão** sobre a sua saúde e realiza ações que permitem satisfazer essas mesmas necessidades (WHO, 1998).

Processo que permite promover a aquisição de conhecimentos e competências por parte da pessoa, favorecendo o **envolvimento** desta no planeamento do seu projeto de saúde, como ser ativo e autónomo, para a tomada de decisão.

5

## Capacitação



- Trata-se de uma ação e não de um estatuto: é dar a alguém mais controle acerca da sua vida, de acordo com a situação onde se insere (Cabete, 2010).

6

Pessoa doente → pessoa cliente

Colaborador ativo na decisão terapêutica e desta forma, ver valorizada e respeitada a sua autonomia.



Decidir no que concerne aos cuidados de saúde, através do **consentimento informado, livre e esclarecido.**

7

Direito não é ilimitado, a pessoa não tem o direito de exigir um tratamento inconsistente, desproporcionado e inútil.



Assegurar que a informação é corretamente compreendida, após uma discussão serena e objetiva sobre a realidade da doença, as opções terapêuticas e as suas consequências.

8

## A Capacitação como promoção de Autonomia: Implicações para a enfermagem

Prestação de cuidados personalizada, **centrada na pessoa**, família e ou cuidador informal, tendo por base uma avaliação das necessidades biopsicossociais, culturais e espirituais.



**Parceria** na relação de cuidados.

**Responsabilidade da pessoa** e não apenas dos profissionais de saúde.

9

## A Capacitação como promoção de Autonomia: Implicações para a enfermagem

“as estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente”

“promove o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde, na equipa de enfermagem onde está inserido”

“promove o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos”

(Ordem dos enfermeiros, 2011, p. 4-5),

10



Adaptado de: Kanter, R. M. (1993). *Men and Women of the Corporation*.

11



- Trabalho em parceria;
- Identificar as necessidades de informação;
- Facilitar acesso à informação.

12



- Ambiente de suporte;
- Parceria para decisões informadas;
- Cliente define objetivos de saúde.

13



- Identificar os recursos de saúde;
- Promover o acesso aos mesmos;
- Identificar laços e relações de apoio;
- Envolver a pessoa significativa.

14



- Desenvolver/ potenciar conhecimentos e habilidades;
- Alternativa à resolução direta de problemas;
- Avaliar potencial da pessoa.

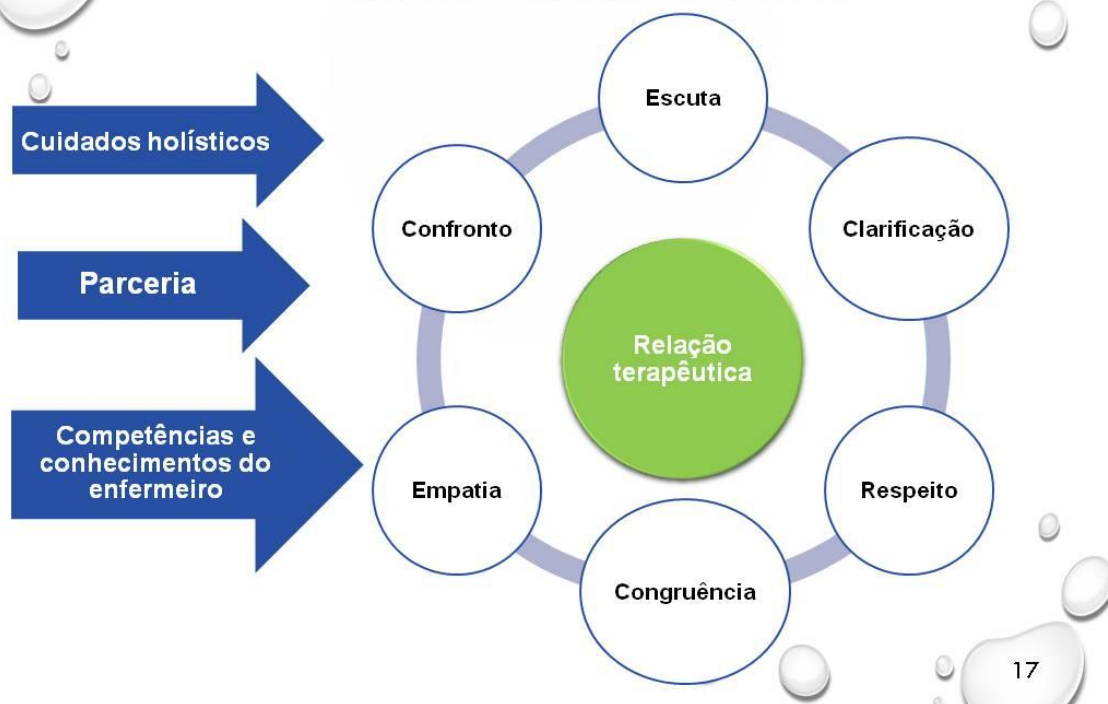
15

A capacitação da pessoa requer mais do que fornecer informação.

Requer uma interação positiva entre enfermeiro-pessoa, onde existe confiança mútua e compreensão das necessidades em saúde.

16

## Cuidados Centrados na Pessoa



17

## Referencias bibliográficas

- Cabete, D. S. G. (2010). *Autonomy and empowerment of hospitalised older people : A portuguese case study* ( tese de doutoramento, northumbria university, newcastle).
- Jecker, N. S. (1993). *Autonomy, justice, and disabled elderly people. The gerontologist*,33 (5), 695-697. Doi: 10.1093/geront/33.5.695a
- Morais, I. M. (2010). Vulnerabilidade do doente *versus* autonomia individual. *Rev. Bras. Saúde matern. Infant.*, 10(2), s331-s336.
- Nunes, R. (2012). Testamento vital. *Nascer e crescer*, 21(4),250-255.
- Ordem dos enfermeiros (2011). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*.
- Tubau, J. M., & Alibés, E. B. (2011). Principios de ética biomédica, de tom L. Beauchamp y james F. Childress. *Bioética & debat*, 17(64), 1-7.
- World health organization. (1998). *Health promotion glossary*. Genebra: WHO.

18

# AUTONOMIA E CAPACITAÇÃO

## Definição e operacionalização

XXIV JORNADAS DE MEDICINA INTERNA

CENTRO HOSPITALAR 





# AUTONOMIA E CAPACITAÇÃO

Autor: Júlio Belo Fernandes no contexto de estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.  
Orientação: Professora Maria do Céu Sá



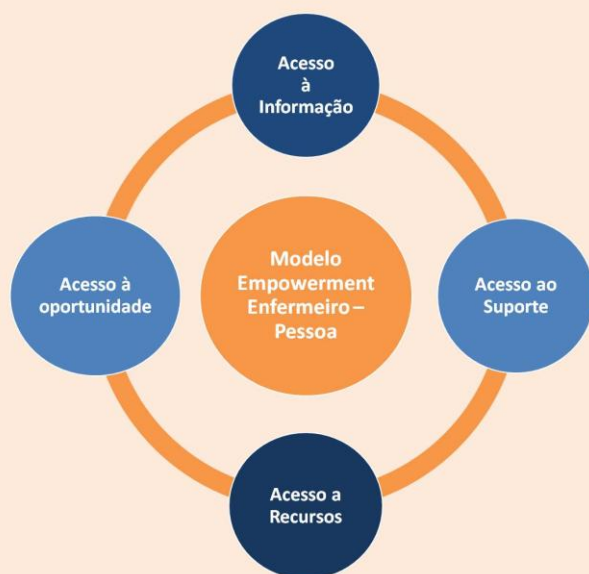
**Objetivo:** Demonstrar a operacionalização da capacitação na promoção da autonomia da pessoa, através da aplicação teoria do *empowerment* estrutural.

## Autonomia

Direito em se **autogovernar** e designa independência, ausência de imposições ou coações e inexistência de limitações ou incapacidades que impeçam ou diminuam a capacidade de decisão (Morais, 2010).

A capacitação da pessoa pode desenvolver-se através do acesso às quatro estruturas que apresentamos no modelo *Empowerment* Enfermeiro-Pessoa.

## MODELO DE EMPOWERMENT ENFERMEIRO-PESSOA



Adaptado de: Kanter, R. M. (1993). *Men and Women of the Corporation*.

## Capacitação

Trata-se de uma ação e não de um estatuto, é dar a alguém mais **controle** acerca da sua vida, de acordo com a situação onde se insere (Cabete, 2010).

### ACESSO À INFORMAÇÃO

Trabalho em parceria;  
Identificação das necessidades de informação;  
Facilitar acesso à informação.

### ACESSO AO SUPORTE

Ambiente de suporte;  
Parceria para decisões informadas;  
Pessoa define objetivos de saúde.

### ACESSO A RECURSOS

Identificar os recursos de saúde;  
Identificar rede de apoio informal;  
Promover o acesso aos recursos.

### ACESSO À OPORTUNIDADE

Desenvolver/ potenciar conhecimentos e capacidades;  
Alternativas à resolução direta de problemas;  
Avaliar potencial da pessoa.

## Síntese

A autonomia é a expressão máxima das escolhas informadas de um indivíduo, constituindo um farol que orienta a prática de enfermagem.

A capacitação é o processo que o enfermeiro utiliza com o objetivo de possibilitar à pessoa expressar a sua autonomia, pois este conduz ao desenvolvimento de uma consciência crítica e reflexiva sobre os factos e situações de vida. Torna a pessoa capaz de realizar a busca pelas condições de melhoria da qualidade de vida, participação e tomada de decisão no seu projeto de saúde.

A aplicação destes conceitos num contexto de saúde é complexa, sendo um antecedente importante à capacitação da pessoa, a capacitação do próprio enfermeiro. É necessária a compreensão e assimilação dos conceitos de modo a poderem ser operacionalizados, pois só através do reconhecimento da autonomia da pessoa, e dos processos que a possibilitam de a exercer, poderemos realmente ter uma prática de enfermagem centrada na pessoa.

#### Referências Bibliográficas:

- Cabete, D. S. G. (2010). *Autonomy and Empowerment of hospitalised Older People : A Portuguese Case Study* ( Tese de Doutoramento, Northumbria University, Newcastle).  
Kanter, R. M. (1993). *Men and Women of the Corporation* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: BasicBooks.  
Morais, I. M. (2010). Vulnerabilidade do doente versus autonomia individual. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 10(2), S331-S336.

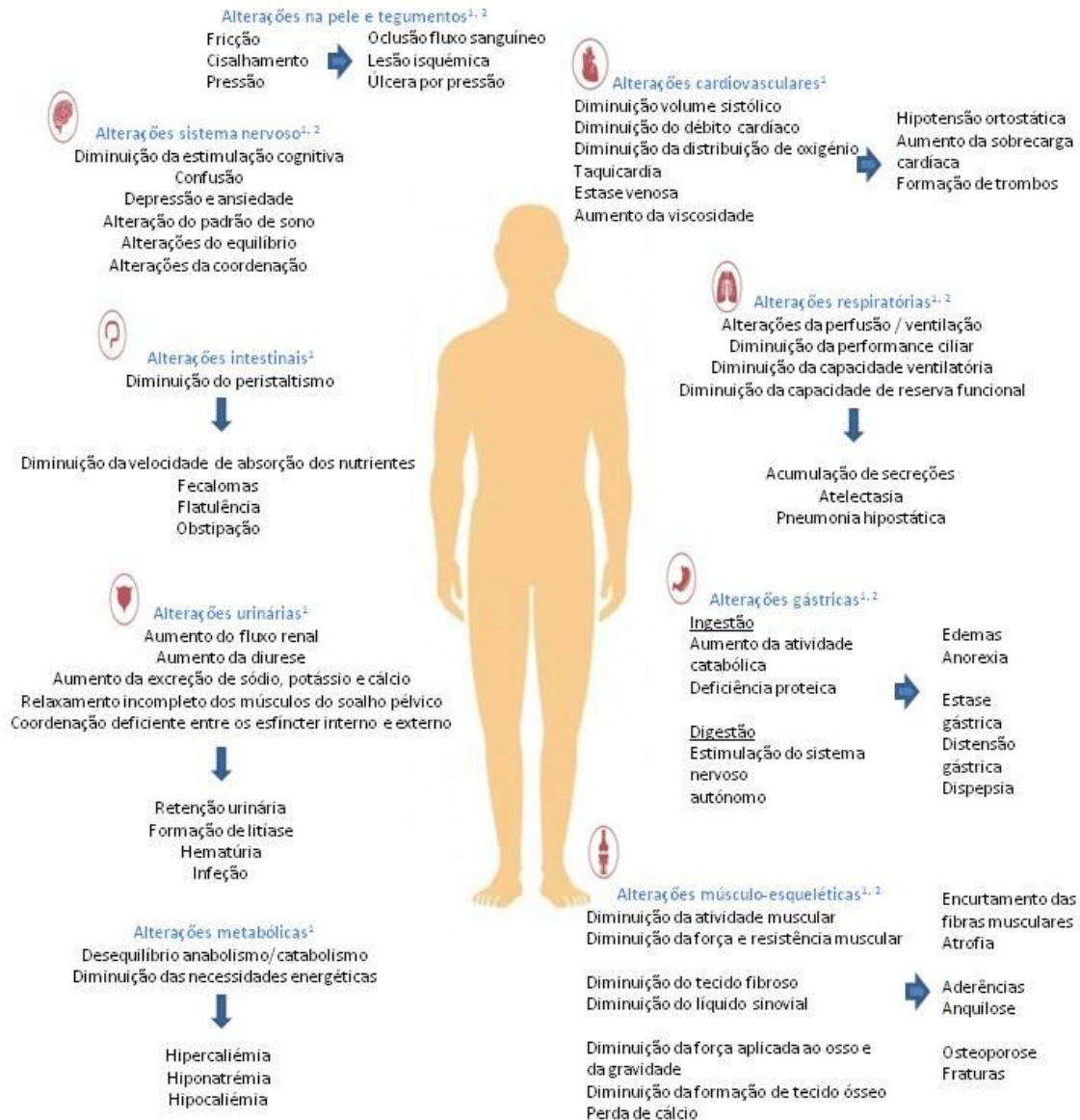






# Consequências da imobilidade

A imobilidade tem consequências na fisiologia humana ao nível dos diferentes sistemas. Mesmo em adultos saudáveis, os efeitos da imobilização prolongada e atrofia por desuso são, por si só, muitas vezes persistentes e precisam de reabilitação para permitir o regresso ao seu nível basal de funcionamento<sup>1</sup>.



#### Bibliografia consultada:

1. Carlinhas, M., Eusebio, A., Carriello, L., Lopes, T. & Braga, R. (2013) *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

2. Cruz, Á., Henriques, F., Afonso, J., Ferreira, M., Costa, M. & Coimbra, M. (1997) *Técnicas de reabilitação II*. Coimbra: FORMASAU.







## Andar com auxiliar de marcha

Selecionar o meio auxiliar de marcha mais adequado para a pessoa, atendendo às suas características, nomeadamente: idade, coordenação muscular, equilíbrio corporal, força e movimento ao nível dos membros inferiores<sup>1, 2, 3</sup>.

### Indicações de segurança para andar com auxiliar de marcha<sup>2, 3, 4</sup>

- Antes do treino da marcha deve realizar exercícios de fortalecimento muscular.
- Verificar o estado do pavimento e remover obstáculos do local de passagem (eliminar tapetes/carpetes e evitar piso molhado).
- Verificar se os punhos e as ponteiros de borracha do produto de apoio estão em bom estado de conservação e mantêm as propriedades antideslizantes.
- Utilizar calçado adequado (sapatos fechado, ajustados ao tamanho, salto raso e sola antiderrapante).

### Bengala

Permite aumentar a segurança e equilíbrio através do aumento da base de sustentação e apoiar o peso de um dos membros inferiores<sup>1, 4</sup>.

Bengala Comum  
(1 ponto de apoio)



Tripé ou Pirâmide  
(3 pontos de apoio)



Bengala em Aranha  
(4 pontos de apoio)



### Andar com bengala

1. Ajustar a altura da bengala de modo a que a pega fique ao nível da articulação coxofemoral, permitindo uma flexão da articulação do cotovelo de 15 a 30°. Colocar os pés alinhados e ligeiramente afastados fazendo carga nos dois membros<sup>1</sup>.



2. Colocar a bengala do lado não afetado 10 a 15cm lateralmente ao pé<sup>1</sup>.



3. Colocar as costas direitas e olhar em frente. Deslocar a bengala cerca de 15 a 20cm para a frente<sup>1</sup>.



4. Deslocar o membro afetado cerca de 15 a 20cm de forma a ficar paralelo com a bengala<sup>1</sup>.



5. Deslocar o membro não afetado 15 a 20cm para além da bengala<sup>1</sup>.



### Andarilho

Utilizado em situações de fraqueza generalizada dos membros superiores e inferiores, permitindo aumentar a segurança e equilíbrio através do aumento da base de sustentação<sup>1, 4</sup>.

Andarilho comum



Andarilho articulado



Andarilho com rodas e assento



### Andar com andarilho

1. Ajustar a altura do andarilho de modo a que a barra superior fique ligeiramente abaixo da cintura da pessoa, permitindo uma flexão da articulação do cotovelo de 15° a 30°. Colocar a pessoa no centro do andarilho, agarrando as pegadas da barra superior<sup>1</sup>.



2. Levantar e avançar com o andarilho 15 a 20cm colocando os quatro apoios no chão. Deslocar o membro afetado cerca de 15 a 20cm. Não avance para além da parte anterior do andarilho<sup>1</sup>.



3. Deslocar o membro não afetado 15 a 20cm de modo a que ambos os pés fiquem no centro do andarilho<sup>1</sup>.



#### Bibliografia consultada:

1. Cerinza, M., Eusebio, A., Oliveira, L., Lopez, T. S., Braga, R. (2013) Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
2. Cruz, A., Henriques, F., Afonso, J., Ferreira, M., Costa, M. S. Coimbra, M. (1997) Técnicas de reabilitação II. Coimbra: FORTMAGAU.
3. Hoeman, S. P. (1996) Enfermagem de Reabilitação - Aplicação e processo. (2ª edição). Loures: Lusociência.
4. Marques-Vieira, C. S. Sousa, L. (2016) Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa do idoso. Loures: Lusociência.







## **AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM SUPORTADA PELA TEORIA DAS CONSEQUÊNCIAS FUNCIONAIS**

Identificação: M., 86 anos, sexo feminino.

30.10.17 – Segundo diário clínico recorre ao serviço de urgência do CH por lipotimia acompanhada de náuseas e vômitos, aparentemente com sinais neurológicos focais associados, com disartria e paralisia facial central esquerda.

Antecedentes pessoais: Dislipidemia, HTA.

Relatório TAC crânio: Presença de lesão isquémica recente temporo-occipital direito, com redução da permeabilidade dos sulcos corticais regionais e discreto componente de hemorragia petequial no seu seio.

Diagnóstico: AVC isquémico direito com hemianópsia homónima à esquerda.

História de vida

Reformada (costureira), viúva (marido faleceu 1996).

Tem dois filhos. Uma filha que reside em XXXX e um filho que vive em XXXX.

Reside na casa da filha e genro.

Frequenta centro de dia (8h00-17h00) de segunda à sexta feira. Refere que começou a frequentá-lo de modo a ter companhia durante o dia, pois a filha e genro trabalham durante esse período. No centro de dia gosta de participar em atividades ligadas a musicoterapia e pintura.

À data de entrada no CH realizava as atividades de vida diárias de forma independente.

## Exame neurológico (03.11.17)

### Estado mental

Consciência: Vígil.

Orientação: Orientada, auto e alopsiquicamente.

Atenção: Apresenta capacidades de vigilância, tenacidade e concentração mantidas.

Memória: Avaliada memória sensorial, imediata, recente e remota, não tendo identificado compromisso.

Linguagem: Realizada avaliação informal da linguagem. Discurso espontâneo, compreensão, nomeação, repetição, leitura, linguagem elaborada e escrita sem aparente alteração.

Capacidades práticas: Sem alterações,

Negligência hemiespacial unilateral: Sem evidência de neglect.

### Pares cranianos

Nº	Nervo	Função	Componente	Teste	Avaliação
I	Olfativo	Olfato	Sensitivo	Avaliado bilateralmente. Pessoa com olhos fechados. Posicionei um objeto com cheiro facilmente identificável bem abaixo da área nasal - café.	Sem alterações.
II	Óptico	Visão	Sensitivo	Avaliado bilateralmente <u>Acuidade visual:</u> Fechar olho alternadamente. Solicitei a identificação de objetos dentro do campo visual. Testei a diferentes distâncias. Campo de visão: Mantendo olhar fixo num ponto, apresentei objeto, movimenteie ao longo do campo de visão solicitando que identificasse quando deixasse de visualizar. Despistei presença de escotomas.	Detetei hemianópsia homónima esquerda
III	Motor ocular comum	Miose, elevação da pálpebra superior, elevação, abaixamento e adução do olho	Motor	Avaliei em conjunto com IV e VI pares cranianos. Escureci a sala e incidi foco de luz pouco brilhante de uma lanterna do canto externo para o interno de cada olho. Avaliei a reação, tamanho e forma das pupilas.	Sem alterações.

				Solicitei que seguisse o meu dedo desenhando a letra H no espaço. Realizei despiste de nistagmo ou ptose palpebral.	
IV	Patético	Motricidade do músculo oblíquo superior do bulbo do olho – rotação do olho	Motor		
V	Trigêmeo	Controlo dos movimentos da mastigação (ramo motor) Percepções sensoriais da face, seios da face e dentes (ramo sensorial)	Sensitivo e Motor	Pessoa com olhos fechados. Avaliar bilateralmente a sensibilidade táctil, térmica e dolorosa nas três divisões do nervo craniano. Pesquisar a presença do reflexo córneo-palpebral bilateral.	Sem alterações.
VI	Motor ocular externo	Motricidade do músculo recto lateral do bulbo do olho – abdução do olho	Motor		
VII	Facial	Controlo dos músculos faciais – mimica facial (ramo motor) Percepção gustativa no terço anterior da língua (ramo sensorial)	Sensitivo e Motor	Avaliar simetria facial e apagamento do sulco nasogeniano. Avaliar dificuldade em manter saliva ou alimentos na cavidade oral. Avaliar capacidade de reconhecer sabores como doce, salgado e amargo nos dois terços anteriores da língua.	Sem alterações.
VIII	Auditivo	Vestibular: orientação e movimento. Coclear: audição.	Sensitivo	Divisão colcear: Avaliei bilateralmente. Apresentei som de ponteiros de relógio. Divisão vestibular: Testar equilíbrio dinâmico e estático sentado e em ortostatismo.	Detetei alteração do equilíbrio ortostático – Incapaz de realizar teste de Romberg-Barré e teste de apoio monopodal.
IX	Glossofaríngeo	Percepção gustativa no terço posterior da língua, percepções sensoriais da faringe, laringe e palato.	Sensitivo e Motor	Avaliar capacidade de reconhecer sabores como doce ou salgado no terço posterior da língua.	Sem alterações.
X	Vago	Percepções sensoriais da orelha, faringe, laringe, tórax e vísceras. Inervação das vísceras torácicas e	Sensitivo e Motor	Avaliar a presença do reflexo de vômito. Despiste de alterações do tom de voz, fadiga vocal, tosse ineficaz ou dor local.	Sem alterações.

		abdominais.			
XI	Espinhal	Controlo motor da faringe, laringe, palato, dos músculos esternocleidomastoídeo e trapézio – rotação e inclinação da cabeça.	Motor	Avaliar capacidade de elevar os ombros e lateralizar a cabeça, contra uma resistência.	Sem alterações.
XII	Grande hipoglosso	Motricidade dos músculos da língua (mastigação, deglutição e articulação das palavras	Motor	Avaliar os diferentes movimentos da língua.	Sem alterações.

## Avaliação da motricidade

### Força muscular

Para fazer a avaliação da força muscular apliquei a Escala de Força Muscular Medical Research Council.

Escala de Força Muscular Medical Research Council	
0	Paralisia completa
1	Mínima contração
2	Ausência de movimentos ativos contra a gravidade
3	Contração fraca contra a gravidade
4	Movimento ativo contra a gravidade e resistência
5	Força normal

Segmentos	Movimentos	Força muscular	
		Lado esquerdo	Lado direito
Cabeça e pescoço	Flexão	5/5	5/5
	Extensão		
	Inclinação direita		
	Inclinação esquerda		
	Rotação		
Escapulo-umeral	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
	Adução	5/5	5/5
	Abdução	5/5	5/5
	Rotação interna	5/5	5/5
	Rotação externa	5/5	5/5
Cotovelo	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
Antebraço	Pronação	5/5	5/5
	Supinação	5/5	5/5

Punho	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
	Desvio cubital	5/5	5/5
	Desvio radial	5/5	5/5
Dedos da mão	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
	Adução	5/5	5/5
	Abdução	5/5	5/5
	Oponência	5/5	5/5
Coxo-femural	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
	Adução	5/5	5/5
	Abdução	5/5	5/5
	Rotação interna	5/5	5/5
	Rotação externa	5/5	5/5
Joelho	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
Tibio-társica	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
	Inversão	5/5	5/5
	Eversão	5/5	5/5
Dedos dos pés	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
	Adução	n/a	n/a
	Abdução	n/a	n/a

## Tónus muscular

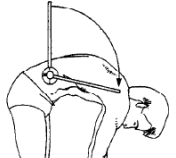

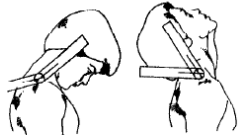
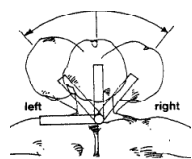


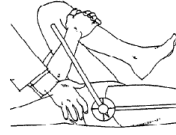

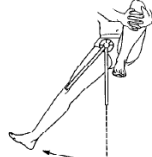

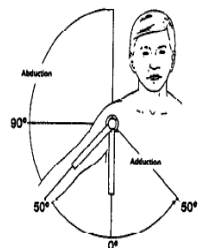
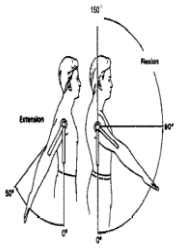
Foi utilizada a escala modificada de Ashworth.

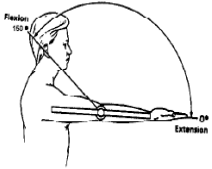
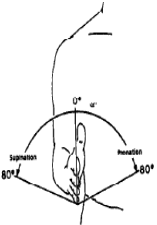

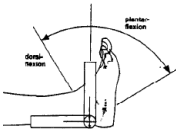
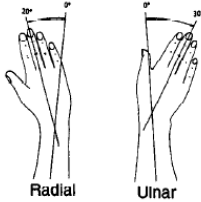
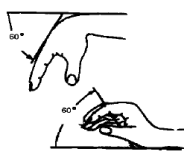
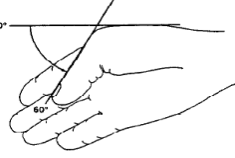
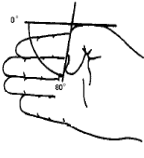
<b>Escala Modificada de Ashworth</b>	
0	Nenhum aumento no tónus normal
1	Leve aumento do tónus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular quando a região é movida em flexão ou extensão.
1+	Leve aumento do tónus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em metade da amplitude de movimento articular restante.
2	Aumento mais marcante do tónus muscular, durante a maior parte da amplitude de movimento articular, mas a região é movida facilmente.
3	Considerável aumento do tónus muscular, o movimento passivo é difícil.
4	Parte afetada rígida em flexão ou extensão.

Segmentos	Movimentos	Tónus muscular	
		Lado esquerdo	Lado direito
Cabeça e pescoço	Flexão	0/4	
	Extensão		
	Inclinação direita		
	Inclinação esquerda		
	Rotação		
Escapulo-umeral	Flexão	0/4	0/4
	Extensão	0/4	0/4
	Adução	0/4	0/4
	Abdução	0/4	0/4
	Rotação interna	0/4	0/4
	Rotação externa	0/4	0/4
Cotovelo	Flexão	0/4	0/4

	Extensão	0/4	0/4
Antebraço	Pronação	0/4	0/4
	Supinação	0/4	0/4
Punho	Flexão	0/4	0/4
	Extensão	0/4	0/4
	Desvio cubital	0/4	0/4
	Desvio radial	0/4	0/4
Dedos da mão	Flexão	0/4	0/4
	Extensão	0/4	0/4
	Adução	0/4	0/4
	Abdução	0/4	0/4
	Oponência	0/4	0/4
Coxo-femural	Flexão	0/4	0/4
	Extensão	0/4	0/4
	Adução	0/4	0/4
	Abdução	0/4	0/4
	Rotação interna	0/4	0/4
	Rotação externa	0/4	0/4
Joelho	Flexão	0/4	0/4
	Extensão	0/4	0/4
Tibio-társica	Flexão	0/4	0/4
	Extensão	0/4	0/4
	Inversão	0/4	0/4
	Eversão	0/4	0/4
Dedos dos pés	Flexão	0/4	0/4
	Extensão	0/4	0/4
	Adução	n/a	n/a
	Abdução	n/a	n/a

## Avaliação da amplitude articular

Coluna lombo – sagrada			Latero flexão coluna		
	Extensão 25°	Flexão 90°		Esquerda 25°	Direita 25°
	<u>15</u> Graus	<u>60</u> Graus		<u>15</u> Graus	<u>15</u> Graus
Cervical			Latero flexão cervical		
	Extensão 60°	Flexão 50°		Esquerda 45°	Direita 45°
	<u>50</u> Graus	<u>40</u> Graus		<u>30</u> Graus	<u>30</u> Graus
Rotação pescoço			Coxofemoral – extensão posterior		
	Esquerda 80°	Direita 80°		Esquerda 30°	Direita 30°
	<u>70</u> Graus	<u>70</u> Graus		<u>20</u> Graus	<u>20</u> Graus
Coxofemoral – flexão			Coxofemoral – adução		
	Esquerda 100°	Direita 100°		Esquerda 20°	Direita 20°
	<u>70</u> Graus	<u>70</u> Graus		<u>5</u> Graus	<u>5</u> Graus
Coxofemoral – abdução			Joelho – flexão		
	Esquerda 40°	Direita 40°		Extensão 150°	Flexão 150°
	<u>25</u> Graus	<u>25</u> Graus		<u>130</u> Graus	<u>120</u> Graus
Escapulo-umeral			Escapulo-umeral		
	Esquerda			Esquerda	
	Abdução 150°	Adução 30°		Extensão 50°	Flexão 150°
	<u>120</u> Graus	<u>25</u> Graus		<u>25</u> Graus	<u>120</u> Graus
	Direita			Direita	
Abdução 150°	Adução 30°	Extensão 50°	Flexão 150°		
<u>120</u> Graus	<u>25</u> Graus	<u>25</u> Graus	<u>120</u> Graus		

Cotovelo			Antebraço		
	Esquerda			Esquerda	
	Extensão 0°	Flexão 150°		Pronação 80°	Supinação 80°
	<u>0</u>	<u>150</u>		<u>80</u>	<u>80</u>
	Graus	Graus		Graus	Graus
	Direita			Direita	
Extensão 0°	Flexão 150°	Pronação 80°	Supinação 80°		
<u>0</u>	<u>150</u>	<u>80</u>	<u>80</u>		
Graus	Graus	Graus	Graus		
Tibiotársica			Tibiotársica		
	Esquerda			Esquerda	
	Inversão 30°	Eversão 20°		Plantar 40°	Dorsal 20°
	<u>20</u>	<u>10</u>		<u>30</u>	<u>15</u>
	Graus	Graus		Graus	Graus
	Direita			Direita	
Inversão 30°	Eversão 20°	Plantar 40°	Dorsal 20°		
<u>20</u>	<u>10</u>	<u>30</u>	<u>15</u>		
Graus	Graus	Graus	Graus		
Punho – latero flexão			Punho – flexão e extensão		
	Esquerda			Esquerda	
	Radial 20°	Cubital 30°		Extensão 60°	Flexão 60°
	<u>20</u>	<u>30</u>		<u>60</u>	<u>60</u>
	Graus	Graus		Graus	Graus
	Direita			Direita	
Radial 20°	Cubital 30°	Extensão 60°	Flexão 60°		
<u>20</u>	<u>30</u>	<u>60</u>	<u>60</u>		
Graus	Graus	Graus	Graus		
Polegar			Polegar		
	Esquerda	Direita		Esquerda	Direita
	Flexão 60°	Flexão 60°		Flexão 80°	Flexão 80°
	<u>60</u>	<u>60</u>		<u>80</u>	<u>80</u>
Graus	Graus	Graus	Graus		

Adaptado de Range of Joint Motion Evaluation Chart, disponível em <https://www.dshs.wa.gov/sites/default/files/FSA/forms/pdf/13-585a.pdf>

### **Coordenação motora**

Realizou a prova índex-nariz e prova da indicação de Barany - Sem alterações.

Realizou a prova calcanhar-joelho – Sem alterações.

### **Avaliação da sensibilidade**

Sensibilidade superficial: Sem alterações.

Sensibilidade profunda: Sem alterações.

### **Avaliação do Equilíbrio**

Alteração do equilíbrio ortostático dinâmico – Incapaz de realizar teste de Romberg-Barré e teste de apoio monopodal.

### **Avaliação da Marcha**

Demonstrou capacidade para andar de forma independente por distâncias curtas (5m). Em grandes distâncias devido à limitação do campo visual à esquerda e alteração do equilíbrio ortostático dinâmico, realiza marcha com auxílio - apoio do corrimão.

### **Avaliação da funcionalidade – Utilização da escala de medida de independência funcional.**

	03.11.17	07.11.17	10.10.17
AUTOCUIDADO			
A – Alimentação	5	7	7
B – Higiene Pessoal	5	7	7
C – Banho	4	6	6
D – Vestir metade superior	5	7	7
E – Vestir metade inferior	5	7	7
F- Utilização da sanita	5	7	7
CONTROLO DE ESFÍNCTERES			
G – Vesical	7	7	7
H – Intestinal	7	7	7

<b>TRANSFERÊNCIA</b>			
I – Cama, cadeira, cadeira de rodas	5	7	7
J – Sanitário	5	7	7
K – Banheira, duche	5	7	7
<b>LOCOMOÇÃO</b>			
L – Marcha, cadeira de rodas	5	6	7
M – Escada	N/A	6	6
Sub total motor	63	88	89
<b>COMUNICAÇÃO</b>			
N – Compreensão (auditiva/visual)	7	7	7
O – Expressão (vocal/não vocal)	7	7	7
<b>COGNIÇÃO SOCIAL</b>			
P – Interação social	7	7	7
Q – Resolução de problemas	7	7	7
R – Memória	7	7	7
Total	98	123	124

<b>Nível</b>	7 – Independência completa (segurança, em tempo normal). 6 – Independência modificada (utilização de produto de apoio)	<b>Sem ajuda</b>
	<b>Dependência modificada</b> (o indivíduo realiza pelo menos 50% do esforço) 5 – Supervisão 4 – Ajuda mínima (indivíduo $\geq$ 75%) 3 – Ajuda moderada (indivíduo $\geq$ 50%) <b>Dependência completa</b> (o indivíduo realiza menos de 50% do esforço) 2 – Ajuda máxima (indivíduo $\geq$ 25%) 1 – Ajuda total (indivíduo $<$ 25 %)	<b>Ajuda</b>

**Manifestação das limitações da funcionalidade na realização das atividades de vida diárias.**

Atividades Básicas de Vida Diárias	Avaliação	
	03.11.17	07.11.17
<p align="center"><b>Higiene pessoal</b></p> <p>Uso do chuveiro, da banheira e ato de lavar o corpo; Higiene oral; arranjo pessoal - barbear-se, pentear-se, colocar maquilhagem.</p>	<p>Necessitou de auxílio durante os cuidados de higiene para lavar terço inferior dos membros inferiores. Refere que esta limitação antecede este internamento hospitalar estando associada ao processo de envelhecimento. Restantes atividades associadas à higiene pessoal efetua de forma independente após incentivo a realizar técnica de varrimento de modo a aumentar o campo de visão, permitindo detetar os objetos necessários para realizar atividade.</p>	<p>Realizou atividades de forma independente. Utilizou a sua escova de cabo comprido para lavar o terço inferior dos membros inferiores.</p>
<p align="center"><b>Controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários</b></p> <p>Ato inteiramente auto controlado de urinar ou defecar; ir ao sanitário para a eliminação e higienizar-se após.</p>	<p>Devido a hemianopsia homónima à esquerda necessitou de comando verbal realizar técnica de varrimento de modo a aumentar o campo de visão, permitindo detetar os objetos necessários para realizar atividade. Efetuou atividades de forma independente após incentivo.</p>	<p>Realizou atividades de forma independente.</p>
<p align="center"><b>Vestuário</b></p> <p>Ir buscar as roupas ao armário, bem como vestir: roupas íntimas, roupas externas, apertar botões, fechos e cintos, calçar meias e sapatos.</p>	<p>Devido a hemianopsia homónima à esquerda necessitou de comando verbal para realizar técnica de varrimento de modo a aumentar o campo de visão, permitindo detetar os objetos necessários para realizar atividade. Efetuou atividades de forma independente após incentivo.</p>	<p>Realizou atividades de forma independente.</p>

<p><b>Alimentação</b></p> <p>Uso dos talheres; fragmentar os alimentos no prato; dirigir a comida do prato ou similar à boca.</p>	<p>Devido a hemianopsia homónima à esquerda necessitou de comando verbal para realizar técnica de varrimento de modo a aumentar o campo de visão e identificar a globalidade da comida distribuída pelo tabuleiro.</p>	<p>Realizou atividades de forma independente.</p>
<p><b>Locomoção</b></p> <p>Deslocar-se autonomamente.</p>	<p>Demonstrou capacidade para andar de forma independente por distâncias curtas (5m). Em grandes distâncias devido à limitação do campo visual à esquerda e alteração do equilíbrio ortostático dinâmico, realiza marcha com auxílio apoio do corrimão.</p>	<p>Realizou atividade de forma independente. Apresenta equilíbrio corporal, demonstra capacidades para realizar marcha eficaz e subida e descida de escadas com apoio do corrimão.</p>
<p><b>Transferência</b></p> <p>Sair da cama e sentar-se numa cadeira e vice-versa; transferir-se de uma cadeira para outra, para a sanita, banheira ou outra superfície.</p>	<p>Apresentou alteração do equilíbrio dinâmico ortostático. Utiliza apoio dos braços do cadeirão/cadeira para se transferir.</p>	<p>Realizou atividades de forma independente.</p> <p>Consegue transferir-se sem necessidade de utilizar apoio de braços do cadeirão/cadeira.</p>

<p><b>Atividades Instrumentais de Vida Diária</b></p>	<p><b>Avaliação</b></p> <p><b>07.11.17</b></p>
<p>Preparar refeições</p>	<p>Não realiza atividades relacionadas com a preparação de refeições. Almoça no centro de dia, filha prepara as restantes refeições.</p>
<p>Fazer tarefas domésticas, lavar roupas</p>	<p>Filha responsabiliza-se pela realização das tarefas domésticas.</p>
<p>Gerir dinheiro</p>	<p>Demonstrou conhecimento acerca do valor monetário e capacidade para utilizá-lo.</p>
<p>Usar o telefone</p>	<p>Tem telemóvel. Durante o internamento realizou diversos telefonemas para membros da família.</p>
<p>Tomar medicamentos</p>	<p>Demonstrou conhecimento acerca da terapêutica de domicílio e capacidade para a autogestão.</p>

Fazer compras	Não realiza atividades relacionadas com fazer compras. Filha assume esta função.
Utilizar os meios de transporte	Utiliza como meio de transporte a carrinha do centro de dia ou é transportada no carro com a sua filha. Atualmente consegue realizar levantar da cama/cadeira, apresenta equilíbrio ortostático dinâmico e capacidade para realizar marcha. Consegue subir e descer degraus de modo a entrar na carrinha.  Demonstra conhecimentos e capacidades físicas para manter rotina prévia.

## Avaliação da promoção do bem-estar

	<b>Alterações decorrentes do envelhecimento</b>	<b>Consequências funcionais negativas</b>	<b>Avaliação do EEER</b>	<b>Intervenções do EEER para promover consequências funcionais positivas</b>
Função cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição da velocidade de processamento da informação.</li> <li>• Dificuldade em manipular informações simultâneas.</li> <li>• Alteração da memória a curto prazo.</li> <li>• Necessidade de mais tempo para adquirir novo conhecimento.</li> <li>• Diminuição da velocidade de reação e execução.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldades em selecionar e reter nova informação.</li> <li>• Dificuldades na aprendizagem.</li> <li>• Dificuldades acrescidas na execução de atividades que exijam concentração.</li> <li>• Menor velocidade de movimentos com maior tempo de reação.</li> </ul>	Não foram detetadas alterações limitadoras da funcionalidade.	
Audição	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento da queratina.</li> <li>• Endurecimento da membrana timpânica.</li> <li>• Calcificação dos ossículos.</li> <li>• Diminuição do número de neurónios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição das capacidades auditivas.</li> <li>• Obstrução por acumulação de cerúmen.</li> <li>• Diminuição da comunicação.</li> <li>• Diminuição da qualidade de vida.</li> </ul>	Não foram detetadas alterações limitadoras da funcionalidade.	

Visão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição da elasticidade palpebral.</li> <li>• Diminuição da produção de lágrima.</li> <li>• Aumento da opacidade da córnea.</li> <li>• Alterações degenerativas das estruturas envolvidas na função visual.</li> <li>• Diminuição da acuidade visual.</li> <li>• Redução do campo visual.</li> <li>• Diminuição da percepção de profundidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição da capacidade para focar em proximidade.</li> <li>• Fotossensibilidade.</li> <li>• Necessidade de ambientes mais iluminados.</li> <li>• Ceratoconjivite sicca.</li> <li>• Dificuldade em conduzir de noite.</li> </ul>	Detetada hemianópsia homónima esquerda.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercícios de facilitação cruzada.</li> <li>• Técnicas de estimulação sensorial.</li> <li>• Técnicas de varrimento para aumentar o campo visual.</li> </ul>
Digestão e nutrição	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mastigação menos eficiente.</li> <li>• Diminuição do paladar e aroma.</li> <li>• Diminuição da secreção de saliva.</li> <li>• Diminuição da sensação de sede.</li> <li>• Redução da velocidade na mobilidade.</li> <li>• Alterações degenerativas das estruturas envolvidas na digestão.</li> <li>• Diminuição da produção de enzimas digestivas.</li> <li>• Aumento da necessidade calórica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldade na mastigação e deglutição.</li> <li>• Diminuição da capacidade de absorção de nutrientes.</li> <li>• Redução do aporte calórico e hídrico.</li> <li>• Aumento da tendência para obstipação intestinal.</li> <li>• Perda de apetite.</li> </ul>	Tem prótese dentária total, estando bem adaptada.	

Função urinária e intestinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda de nefrônios.</li> <li>• Diminuição do fluxo sanguíneo a nível renal.</li> <li>• Diminuição da elasticidade dos músculos do sistema urinário e intestinal.</li> <li>• Aumento do volume residual.</li> <li>• Enfraquecimento da musculatura pélvica.</li> <li>• Alterações degenerativas no córtex cerebral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição da capacidade para manter a homeostase.</li> <li>• Redução da capacidade para depurar terapêutica.</li> <li>• Diminuição da capacidade vesical.</li> <li>• Urgência urinária.</li> <li>• Predisposição para incontinência urinária.</li> </ul>	<p>Não foram detetadas alterações limitadoras da funcionalidade.</p> <p>Eliminação intestinal regular, com dejeção a cada 2 dias com administração de chá laxantes</p>	
Função cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alterações degenerativas do miocárdio.</li> <li>• Rigidez arterial.</li> <li>• Aumento da resistência periférica.</li> <li>• Alterações dos mecanismos barorreflexos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição da resposta adaptativa ao exercício.</li> <li>• Aumento da suscetibilidade para a hiper/hipotensão.</li> <li>• Aumento da suscetibilidade para arritmias.</li> <li>• Diminuição do fluxo sanguíneo a nível cerebral.</li> </ul>	<p>Antecedentes pessoais de HTA e dislipidemia.</p> <p>Última avaliação (07.11.2017) de tensão arterial – 128-76 mmHG.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação da tensão arterial.</li> <li>• Administração da terapêutica prescrita.</li> <li>• Ensino acerca de estilos de vida saudáveis: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alimentação</li> <li>○ Exercício físico</li> <li>○ Farmacoterapia</li> </ul> </li> </ul>
Função respiratória	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento da rigidez da caixa torácica.</li> <li>• Aumento do diâmetro anteroposterior.</li> <li>• Alterações alveolares.</li> <li>• Enfraquecimento dos músculos respiratórios.</li> <li>• Diminuição da resposta a hipercapnia e hipoxia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento do uso dos músculos acessórios da respiração.</li> <li>• Diminuição dos reflexos de tosse.</li> <li>• Aumento do esforço respiratório.</li> <li>• Diminuição da eficiência nas trocas gasosas.</li> <li>• Aumento da suscetibilidade a infeções respiratórias.</li> </ul>	<p>Não foram detetadas alterações limitadoras da funcionalidade.</p>	

Mobilidade e segurança	<p><b>Sistema muscular</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição da massa muscular</li> <li>• Perda de neurónios motores.</li> <li>• Diminuição da síntese proteica.</li> <li>• Diminuição da velocidade na realização de movimentos.</li> <li>• Menor eficácia em termos de força produzida.</li> </ul> <p><b>Sistema articular</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteração degenerativa das articulações.</li> <li>• Diminuição da espessura da cartilagem.</li> <li>• Diminuição da viscosidade do líquido sinovial.</li> <li>• Perda de elasticidade de ligamentos e tendões.</li> </ul> <p><b>Sistema esquelético</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda da densidade óssea.</li> <li>• Alterações da postura corporal.</li> </ul> <p><b>Sistema nervoso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição da resposta do sistema nervoso central</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição da força e resistência.</li> <li>• Diminuição do equilíbrio.</li> <li>• Dificuldade na marcha.</li> <li>• Diminuição da tolerância ao exercício.</li> <li>• Dificuldade em realizar as AVD e AIVD</li> <li>• Aumento do risco de queda e de fratura.</li> <li>• Medo de cair</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteração do equilíbrio dinâmico.</li> <li>• Alteração do campo visual (hemianópsia homónima esquerda).</li> <li>• Dificuldade em realizar marcha eficaz em segurança.</li> <li>• Diminuição da capacidade para realizar o autocuidado higiene.</li> <li>• Identificado alto risco de queda.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino de equilíbrio.</li> <li>• Treino de marcha.</li> <li>• Exercícios de facilitação cruzada.</li> <li>• Técnicas de varrimento para aumentar o campo visual.</li> <li>• Treino de atividades de vida diária.</li> <li>• Conservação de energia.</li> <li>• Adaptação ambiental.</li> <li>• Ensino, instrução e treino com produtos de apoio.</li> <li>• Articulação com equipa multiprofissional.</li> <li>• Referenciação à equipa gestão de altas (continuidade de cuidados).</li> </ul>
------------------------	--	---	--	---

Integridade cutânea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição da divisão celular.</li> <li>• Aumento da espessura da derme.</li> <li>• Diminuição da hidratação celular.</li> <li>• Redução do número de glândulas sebáceas e sudoríparas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pele seca e enrugada.</li> <li>• Diminuição da capacidade de cicatrização.</li> <li>• Diminuição da capacidade de suar.</li> <li>• Diminuição da sensibilidade táctil.</li> <li>• Aumento da susceptibilidade para cancro da pele.</li> <li>• Aumento da susceptibilidade a queimaduras, hematomas, equimoses.</li> </ul>	Não foram detetadas alterações limitadoras da funcionalidade.	
Sono e repouso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição do tempo de sono.</li> <li>• Aumento do tempo de sono diurno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento do tempo necessário para adormecer.</li> <li>• Dificuldade em voltar a adormecer.</li> <li>• Aumento do tempo passado na cama, com diminuição do tempo de sono.</li> <li>• Diminuição da qualidade do sono.</li> </ul>	Não foram detetadas alterações limitadoras da funcionalidade.	

Termorregulação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição do tecido subcutâneo.</li> <li>• Diminuição da capacidade para aclimatizar ao calor.</li> <li>• Diminuição da capacidade para suar.</li> <li>• Diminuição da circulação periférica.</li> <li>• Vasoconstrição ineficiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição da habilidade para responder a temperaturas adversas.</li> <li>• Aumento da susceptibilidade para hipo/hipertermia.</li> </ul>	<p>Não foram detetadas alterações limitadoras da funcionalidade.</p>	
Sexualidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alterações degenerativas a nível dos órgãos reprodutores.</li> <li>• Diminuição das hormonas.</li> <li>• Menopausa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição da intensidade e do tempo da resposta sexual.</li> <li>• Diminuição da atividade sexual apesar de manter o interesse.</li> </ul>	<p>Não foram detetadas alterações limitadoras da funcionalidade.</p>	

**Indicadores para avaliação da segurança do ambiente**  
**(Segundo a teoria das consequências funcionais)**

	<b>CH – SMI</b>	<b>Domicílio (segundo informação transmitida pela pessoa)</b>
<b>Iluminação</b>		
A iluminação é adequada e não produz encadeamento?	Sim	Sim
Os interruptores de eletricidade são de fácil acesso e manipular?	Sim (interruptor da iluminação da unidade da pessoa está centralizado na campainha de chamada).	Sim, à entrada da divisão.
As luzes podem ser ligadas antes de entrar no quarto?	Sim	Sim
À noite existem luzes de presença em locais apropriados?	Sim	Não existe luz de presença, mas tem candeeiro na mesa de cabeceira.
Existe contraste de cor adequado entre objetos, por exemplo entre uma cadeira e o chão?	Sim	Sim
<b>Perigos</b>		
Existem pisos altamente polidos, tapetes soltos ou pavimentos perigosos?	Não	Presença de tapetes na cozinha e Wc.
Se forem utilizados tapetes, eles têm um suporte antiderrapante, e as bordas estão pregadas ao chão?	N/A	Não

Existem fios ou outros obstáculos no caminho?	Não	Não
Existe algum animal de estimação que se movimente ao nível dos pés da pessoa?	Não	Não
<b>Moveis</b>		
As cadeiras têm a altura e profundidade adequadas para a pessoa?	Sim	Sim
As cadeiras têm apoio de braços?	Sim	No quarto tem cadeira com apoio de braços que utiliza para o autocuidado – vestir/despir. As restantes cadeiras não tem apoio de braços
As mesas são estáveis e de altura apropriada?	Sim	Sim
Os móveis impedem a circulação?	Não	Não
<b>Escadas</b>		<u>O prédio tem um lance de escadas na entrada (4 degraus).</u>
A iluminação é adequada?	Sim (Realiza treino de subida/descida de escadas).	Sim
Existem interruptores de eletricidade na parte superior e inferior das escadas?	N/A	Sim
Existem corrimãos de ambos os lados da escada?	Não	Não
Os degraus são todos regulares?	Sim	Sim
Existe colocação de antiderrapante nos degraus?	Sim	Não
Existe fita colorida a marcar os limites dos degraus?	Sim	Não

<b>Casa de banho</b>		<u>Possui poliban que o acesso obriga à subida de um degrau.</u>
Existem barras de apoio no chuveiro e sanita?	Sim	Não
A banheira/poliban tem piso antiderrapante ou um tapete de borracha no fundo?	Sim	Sim. Poliban com tapete antiderrapante
A pessoa considerou usar um assento de banheira?	Sim	Sim. Solicitou à filha a aquisição de um banco de chuveiro.
A altura da sanita é suficientemente elevada?	Sim	Sim
A pessoa considerou utilizar um alteador?		
A cor da sanita contrasta com as restantes áreas envolventes?	Sim	Sim
O papel higiénico está num local de fácil acesso?	Sim	Sim
<b>Quarto</b>		
A altura da cama é adequada?	Sim	Sim
O colchão é firme nas bordas e permite apoio para sentar?	Sim	Sim
Se a cama tem rodas, elas estão travadas?	Sim	N/A
A presença de grades laterais parciais ou totais seriam uma ajuda ou um perigo?	Sim	N/A
Quando as grades laterais estão no nível baixo, elas estão completamente fora do caminho?	Sim	N/A

O caminho entre o quarto e a casa de banho é livre de obstáculos e adequadamente iluminado?	Sim	Sim
Existe alguma luz perto da cama, e nesse caso a pessoa tem capacidades físicas e cognitivas suficientes para ligá-la antes de sair da cama?	Sim (interruptor da iluminação da unidade da pessoa está centralizado na campainha de chamada).	Sim. Tem candeeiro na mesa de cabeceira.
A mobília está posicionada de forma a permitir a utilização segura do dispositivo auxiliar de marcha?	N/A	N/A
O telefone está situado perto da cama?	Sim	Sim
<b>Cozinha</b>		
As áreas de armazenamento estão localizadas de modo a otimizar a sua utilização (por exemplo, os objetos que são frequentemente usados estão nos locais mais facilmente acessíveis)?	N/A	Sim
Os fios dos eletrodomésticos estão mantidos fora do caminho?	N/A	Sim
Existem tapetes antiderrapantes colocados em frente ao lava loiça?	N/A	Possui tapete sem antiderrapante.
As marcas no fogão e nos outros eletrodomésticos estão claramente visíveis?	N/A	Sim
A pessoa sabe como usar o micro-ondas com segurança?	N/A	Sim
<b>Temperatura</b>		
A temperatura das divisões é confortável?	Sim	Sim
A pessoa é capaz de utilizar o termostato do aquecedores e ajustá-lo de forma adequada?	N/A	Sim

Durante o Inverno, a temperatura ambiente é suficiente para prevenir hipotermia?	Sim	Sim
Durante o Verão, a temperatura ambiente é fresca o suficiente para evitar hipertermia?	Sim	Sim
<b>Segurança geral</b>		
Existe um dispositivo de chamada e a pessoa sabe como usá-lo?	Sim	Não
A pessoa usa calçado adequado e firme com sola antiderrapante?	Sim	Sim
Será que a pessoa tem uma lista de números de telefone em caso de emergência?	N/A	Sim
As portas são largas o suficiente para acomodar os produtos de apoio?	N/A	N/A

## **Identificação de diagnóstico de enfermagem, no âmbito da Enfermagem de Reabilitação**

Visão comprometida devido a hemianópsia homónima esquerda.

Equilíbrio corporal comprometido devido a alteração do equilíbrio ortostático dinâmico.

Andar comprometido devido a alteração do equilíbrio ortostático dinâmico e visão comprometida por hemianópsia homónima.

Autocuidado Higiene dependente, em grau moderado

Alto risco de queda devido a alteração do equilíbrio, andar comprometido e visão comprometida por hemianópsia homónima.







## Plano de cuidados

Foco: Visão			
Diagnóstico	Objetivos	Intervenções do EEER	Avaliação
03.11.17 Visão comprometida.	Promover a adaptação à limitação do campo visual. Reeducar a imagem psico-sensorial e psico-motora.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a alteração do campo visual.</li> <li>• Ensinar, instruir e treinar exercícios de facilitação cruzada.</li> <li>• Estimular a percepção sensorial:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Disposição terapêutica do mobiliário e objetos pessoais.</li> <li>○ Abordagem pelo lado afetado.</li> <li>○ Colocar a pessoa em frente ao espelho.</li> </ul> </li> <li>• Ensinar, instruir e treinar técnicas de varrimento para aumentar o campo visual.</li> </ul>	<p><b>03.11.17</b> Apresentou hemianópsia homónima esquerda. Demonstrou capacidade para realizar exercícios de facilitação cruzada. Executou a técnica do varrimento para aumentar o campo visual.</p> <p><b>07.11.17</b> Manifestou maior capacidade para realizar o autocuidado que associa à utilização da técnica do varrimento para aumentar o campo visual.</p> <p>Realizou de forma independente exercícios de facilitação cruzada.</p> <p><b>09.11.17</b> Avaliação sobreponível com registo anterior.</p> <p><b>10.11.17</b> Avaliação sobreponível com registo anterior.</p>

Foco: Equilíbrio corporal			
Diagnóstico	Objetivos	Intervenções do EEER	Avaliação
03.11.17 Equilíbrio corporal comprometido	Melhorar o equilíbrio corporal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé recorrendo à Escala de Equilíbrio de Berg (EEB).</li> <li>• Ensinar, instruir e treinar a utilização de calçado adequado, fechado, com sola antiderrapante para permitir a realização do programa de reabilitação em segurança.</li> <li>• Ensinar, instruir e treinar a técnica de levante.</li> <li>• Ensinar, instruir e treinar sobre técnicas de treino de equilíbrio: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alternância de carga nos membros superiores (faixas elásticas);</li> <li>○ Alternância de carga nos membros inferiores;</li> <li>○ Apoio unipedal;</li> <li>○ Contorno de obstáculos (carros de pensos e terapêutica);</li> <li>○ Facilitação cruzada.</li> </ul> </li> <li>• Realizar treino de equilíbrio estático e dinâmico, sentado e ortostático.</li> <li>• Ensinar, instruir e treinar técnicas de equilíbrio recorrendo a produtos de apoio: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Corrimão.</li> </ul> </li> <li>• Incentivar a treinar o equilíbrio corporal.</li> <li>• Ensinar, instruir e treinar a técnica de correção postural.</li> </ul>	<p><b>03.11.17</b> EEB: 27 Apresentou equilíbrio estático e dinâmico sentado. Realizou levante de forma independente, utilizando o apoio dos membros superiores. Manifestou equilíbrio estático ortostático e alteração do equilíbrio dinâmico ortostático. A nível dos exercícios de alternância de carga nos membros inferiores necessitou de apoio do corrimão.</p> <p><b>07.11.17</b> EEB: 40 Apresentou equilíbrio estático e dinâmico sentado e equilíbrio estático ortostático. Maior capacidade para manter equilíbrio dinâmico ortostático. Realizou exercícios de alternância de carga nos membros inferiores sem necessidade de apoio.</p> <p><b>09.11.17</b> EEB: 40 Apresentou equilíbrio estático e dinâmico sentado e ortostático.</p> <p><b>10.11.17</b> Evolução sobreponível com registo anterior.</p>

Foco: Andar

Diagnóstico	Objetivos	Intervenções do EEER	Avaliação
<p><b>03.11.17</b> Andar comprometido.</p>	<p>Melhorar a capacidade para andar. Promover o andar de forma independente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o tônus muscular, através da Escala Modificada de Ashworth.</li> <li>• Avaliar da força muscular recorrendo à Escala de Força Muscular Medical Research Council.</li> <li>• Avaliar o andar.</li> <li>• Ensinar, instruir e treinar a técnica de marcha.</li> <li>• Ensinar, instruir e treinar técnicas de varrimento para aumentar o campo visual.</li> <li>• Incentivar a andar.</li> <li>• Assistir no andar.</li> <li>• Ensinar, instruir e treinar o subir e descer escadas com apoio do corrimão.</li> <li>• Ensinar, instruir e treinar estratégias adaptativas de conservação de energia:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estabelecer a distância a percorrer;</li> <li>○ Definir pontos de repouso ao longo do percurso;</li> <li>○ Assumir as posições de descanso e relaxamento.</li> </ul> </li> <li>• Treinar a deteção o contorno de obstáculos.</li> <li>• Treinar a tolerância ao esforço:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Marcha a 30m;</li> <li>○ Marcha a 60m;</li> <li>○ Subida e descida de escadas.</li> </ul> </li> <li>• Ensinar a técnica respiratória.</li> <li>• Ensinar, instruir e treinar a correção postural.</li> </ul>	<p><b>03.11.17</b> Tônus muscular sem alterações 0/4 Força muscular normal 5/5. Demonstrou capacidade para andar de forma independente por distâncias curtas (5m). Em grandes distâncias devido à limitação do campo visual à esquerda, procura o apoio do corrimão para se sentir segura. Dificuldade em identificar/evitar obstáculos. Realizou treino de marcha assistida por distância aproximada de 60m (30 + 30 com pausa para descanso). Demonstrou capacidade para tolerar o esforço e capacidade para executar técnica respiratória associada a períodos de descanso.</p> <p><b>07.11.17</b> Tônus muscular sem alterações 0/4 Força muscular normal 5/5. Demonstrou maior capacidade para andar de forma independente. Realizou marcha de forma independente, com eficácia. Recorreu à técnica de varrimento para aumentar o campo visual para detetar e contornar obstáculos no percurso. Percorreu distância aproximada de 30m com pausa para descanso. Subiu e desceu 1 lance de escadas (6 degraus) com apoio do corrimão.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar acerca da importância da utilização de vestuário e calçado adequado <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Roupa ajustada ao seu tamanho, que permita movimentar-se livremente.</li> <li>○ O calçado deve ser fechado e com antiderrapante.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Voltou a realizar marcha por 30m. Demonstrou capacidade para tolerar o esforço e capacidade para executar técnica respiratória associada a períodos de descanso.</p> <p><b>09.11.17</b> Tónus muscular sem alterações 0/4 Força muscular normal 5/5. Realizou marcha de forma independente, com eficácia. Demonstrou capacidade para detetar e contornar obstáculos no percurso. Percorreu distância aproximada de 60m (30+30m) com pausa para descanso. Subiu e desceu 2 lance de escadas (6 degraus) com apoio do corrimão.</p> <p><b>10.11.17</b> Avaliação sobreponível com registo anterior.</p>
--	--	---	--

Foco: Autocuidado

Diagnóstico	Objetivos	Intervenções do EEER	Avaliação
<p>03.11.17 Autocuidado dependente, em grau moderado. • Higiene.</p> <p>07.11.17 Autocuidado dependente, em grau reduzido. • Higiene.</p>	<p>Promover higiene, conforto e sensação de bem-estar da pessoa. Promover a reeducação funcional sensório motora. Aumentar a autoestima e confiança da pessoa. Promover a estimulação neuro-cognitiva. Estimular a realização das atividades de vida diária. Melhorar a autonomia e a independência na realização das atividades de vida diária.</p>	<p>03.11.17</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade para realizar o autocuidado recorrendo a escala de Medida de Independência Funcional (MIF).</li> <li>• Incentivar a enumerar e reunir o material necessário para a realização do autocuidado.</li> <li>• Incentivar a facilitação cruzada.</li> <li>• Incentivar a utilizar técnica de varrimento para aumentar o campo visual.</li> <li>• Ensinar, instruir e treinar o autocuidado:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Higiene</li> </ul> </li> <li>• Ensinar, instruir e treinar a utilização de produtos de apoio para o autocuidado:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Barras de apoio no poliban;</li> <li>○ Banco de duche;</li> <li>○ Esponja com cabo comprido.</li> </ul> </li> <li>• Incentivar a família a trazer roupa, calçado e objetos pessoais de higiene da Sra. MH.</li> <li>• Incentivar a utilização dos seus objetos de higiene pessoal.</li> </ul> <p>07.11.17</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar o autocuidado:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Higiene</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>03.11.17</b> MIF - 98 Efetuou o autocuidado, necessitando de ajuda para lavar o terço inferior dos membros inferiores. Referiu que esta era uma dificuldade que já manifestava anteriormente ao internamento hospitalar. No domicílio utiliza esponja de cabo comprido.</p> <p><b>07.11.17</b> MIF -123 Efetuou os autocuidados de forma independente mantendo a segurança. Otimizou habilidades recorrendo a produto de apoio. Utilizou a sua escova de cabo comprido para lavar o terço inferior dos membros inferiores.</p> <p><b>09.11.17</b> MIF -123 Realizou os autocuidados de forma independente, recorrendo a produtos de apoio.</p> <p><b>10.11.17</b> MIF -124 Manteve nível de funcionalidade idêntica a turnos anteriores.</p>

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Incentivar a utilização de produtos de apoio para o autocuidado:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Barras de apoio no poliban;</li><li>○ Banco de duche;</li><li>○ Esponja com cabo comprido.</li></ul></li><li>• Incentivar a utilização dos seus objetos de higiene pessoal.</li></ul>	
--	--	---	--

Foco: Queda			
Diagnóstico	Objetivos	Intervenções do EEER	Avaliação
<p><b>03.11.17</b> Risco de queda, em grau elevado</p>	<p>Diminuir o risco de queda. Prevenir a ocorrência de queda.</p>	<p><b>03.11.17</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o risco de queda, utilizando Escala de Quedas de Morse (EQM), <i>Time Up and Go Test</i> (TUG), o <i>30-Second Chair Stand Test</i> (30-SCST), a Escala de Equilíbrio de Berg (EEB), a Escala de Força Muscular <i>Medical Research Council</i> (EFMMRC ) e a <i>Falls Efficacy Scale International</i> - versão portuguesa (FESI).</li> <li>• Promover a utilização da placa identificativa do Alto risco de Queda, de acordo com norma em vigor no SMI.</li> <li>• Identificar os fatores de risco para a ocorrência de queda: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alteração do campo visual;</li> <li>○ Alteração do equilíbrio corporal;</li> <li>○ Diminuição da capacidade para realizar o autocuidado higiene em segurança;</li> <li>○ Alteração da marcha.</li> </ul> </li> <li>• Estabelecer estratégias que permitam eliminar ou minimizar o efeito dos fatores de risco de queda identificados (ver planos de cuidados associados aos problemas identificados na intervenção anterior).</li> <li>• Otimizar ambiente físico: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Disponibilizar a campainha e objetos de maior necessidade perto da pessoa, de modo a que, quando sejam necessários,</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>03.11.17</b> EQM - 75; TUG – 32s; 30-SCST - 4, EEB - 27; EFMMRC- 5/5; FESI – 61. Identificado alto risco de queda, procedeu-se de acordo com norma em vigor no SMI. Foram identificados fatores de risco para a queda – Alteração do campo visual, equilíbrio corporal, capacidade para realizar o autocuidado higiene e a andar. Estabelecidos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação de modo a eliminar ou minimizar o impacto destas alterações na funcionalidade e maximizar capacidades da Sra. MH.</p> <p><b>07.11.17</b> Supervisionada no levante e transferência, que realiza de forma independente. Realizou o autocuidado de forma independente mantendo a segurança recorrendo a produtos de apoio (Barras de apoio e banco de duche). Utilizou calçado fechado, com sola antiderrapante. Efetuou a marcha com supervisão. Não teve ocorrência de queda.</p> <p><b>09.11.17</b> EQM - 45; TUG – 22s; 30-SCST - 6, EEB - 40; EFMMRC- 5/5; FESI – 48. Identificado Medio risco de queda,</p>

		<p>estejam facilmente acessíveis.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Garantir que as rodas da cama e do cadeirão se encontram travadas sempre que as utiliza.</li> <li>○ Manter o plano da cama baixo ao mínimo, de modo a facilitar o levante e transferência de forma segura.</li> <li>○ Manter o corredor de passagem livre de obstruções que limitem ou impossibilitem o andar.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ensinar acerca da importância da utilização de vestuário e calçado adequado <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Roupa ajustada ao seu tamanho, que permita movimentar-se livremente.</li> <li>○ O calçado deve ser fechado e com antiderrapante.</li> </ul> </li> <li>● Assistir a pessoa no levante e transferência.</li> <li>● Assistir no andar.</li> <li>● Incentivar a utilização de produtos de apoio para o autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Barras de apoio no poliban e sanitário;</li> <li>○ Banco de duche;</li> <li>○ Esponja com cabo comprido.</li> </ul> </li> <li>● Solicitar informações acerca do ambiente domiciliário de modo a identificar fatores de risco de queda.</li> <li>● Ensinar acerca da importância do ambiente seguro e da eliminação de barreiras para evitar a ocorrência de acidentes.</li> </ul> <p><b>07.11.17</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Incentivar a pessoa a realizar levante e</li> </ul>	<p>procedeu-se de acordo com norma em vigor no SMI.</p> <p>Identificou fatores de risco para a queda a nível do domicílio (presença de tapetes na cozinha e Wc e ausência de barra de apoio e banco de duche no chuveiro. Solicitou à filha a aquisição de um banco de chuveiro e a remoção dos tapetes de modo a eliminar o fator de risco para a queda. Não teve ocorrência de queda.</p> <p><b>10.11.17</b></p> <p>Evolução sobreponível com registo anterior.</p>
--	--	---	---

		<p>transferência.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Incentivar a andar.</li><li>• Supervisionar o andar.</li><li>• Ensinar a família sobre o risco de queda e a sua prevenção.</li><li>• Ensinar a família acerca das medidas de segurança para a prevenção de quedas a adotar quando tiver alta.</li></ul>	
--	--	---	--