



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à
Pessoa Idosa**
Relatório de Estágio

**Promoção da segurança da pessoa idosa:
intervenção especializada de enfermagem na
prevenção de quedas**

Tiago Gonçalves Carvalho

**Lisboa
2022**

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à
Pessoa Idosa**
Relatório de Estágio

**Promoção da segurança da pessoa idosa:
intervenção especializada de enfermagem na
prevenção de quedas**

Tiago Gonçalves Carvalho

Orientador: Professora Sónia Alexandra da Silva Ferrão

Lisboa
2022

*"Acho que os sentimentos se perdem nas palavras.
Todos deveriam ser transformados em ações,
em ações que tragam resultados".*

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

Expresso o meu profundo agradecimento a todos aqueles que, direta ou indiretamente, me apoiaram nesta longa caminhada e contribuíram para a realização deste percurso.

Agradeço de forma muito especial:

À Professora Sónia Ferrão pelo rigor, competência científica, disponibilidade e generosidade pela sua orientação.

A todos os profissionais dos locais em que tive o prazer de estagiar, pelo seu apoio, incentivo e colaboração.

Aos orientadores de estágio, pela disponibilidade e empenho na minha trajetória.

Às pessoas idosas e seus familiares, pela forma como acederam participar no projeto.

À minha Família pela educação e valores transmitidos.

Aos meus amigos pela amizade, apoio, força e estímulo.

E por fim, a ti.

RESUMO

As quedas na pessoa idosa são consideradas um problema de saúde pública crescente e ainda subvalorizado à escala global. As mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes, decorrentes do processo de envelhecimento, podem tornar as pessoas idosas mais vulneráveis e suscetíveis a riscos, sendo consideradas um grupo populacional com elevado risco de queda.

Das quedas surgem consequências e implicações de diferentes dimensões para a pessoa idosa, família e profissionais de saúde. Na promoção da cultura de segurança e qualidade dos cuidados, importa desenvolver projetos de melhoria contínua, com a implementação de estratégias na prevenção de quedas na pessoa idosa.

O presente relatório, concretiza a implementação de um projeto de intervenção sustentado na metodologia de projeto, realizado no estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção à Pessoa Idosa, em dois contextos distintos, uma estrutura residencial para idosos e uma unidade de internamento hospitalar. Neste identifica-se a realização de atividades centradas numa prática baseada na evidência, no envolvimento da pessoa idosa e família no plano de cuidados, centrado na prevenção de quedas; realização de uma revisão integrativa da literatura; sensibilização das equipas de saúde para o fenómeno das quedas; implementação do programa *Fall TIPS*; implementação e avaliação de estratégias promotoras da segurança na prevenção de quedas. Este projeto visou apoiar os enfermeiros na mudança de práticas, com recurso a estratégias educativas, monitorização contínua de processo, promoção de *feedback* e suporte entre pares.

Evidencia-se a importância do trabalho multidisciplinar, a adoção de boas práticas pelas equipas, promoção da autonomia da pessoa idosa, com impacto na promoção da segurança e melhoria contínua da qualidade dos cuidados, na prevenção de quedas.

Este percurso realizado possibilitou a aquisição e desenvolvimento de competências inerentes ao grau de mestre e enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, no cuidado à pessoa idosa e família, procurando o presente relatório partilhar as experiências deste percurso reflexivo.

Palavras-chave: Pessoa idosa; acidentes por quedas; enfermagem; ambiente de instituições de saúde; segurança do paciente.

ABSTRACT

Falls in elderly are considered a growing public health problem and still undervalued on a global scale. Changes in life, health, relationships, and environments, resulting from the aging process, can make older people more vulnerable and susceptible to risks, being considered a population group at high risk of falling.

Falls have consequences and implications in different dimensions to elderly, family, and health professionals. Promoting safety culture and quality of care, it is important to develop continuous improvement projects, with the implementation of strategies to prevent falls in the elderly.

This report materializes the implementation of an intervention project based on the project methodology, developed in Master's Degree in Nursing, Medical-Surgical Nursing Specialization Area in Elderly Nursing Intervention, in two different contexts, a residential care facilities and a hospital unit. This identifies the approach of activities centered on evidence-based practice, engagement elderly people and family in the care plan, focused on falls prevention; conducted an integrative literature review; sensitization of health teams to falls phenomenon; implementation the Fall TIPS program; implementation and evaluation of strategies to promote safety in falls prevention. This project aimed to support nurses in changing practices, using educational strategies, continuous process monitoring, promoting feedback and peer support.

Is highlighted the importance of multidisciplinary work, good practices adoption by the teams, elderly autonomy promotion, with an impact on safety promotion and continuous improvement of the quality of care, in falls prevention.

This path taken led the acquisition and development of skills inherent to the master's degree and specialized nurse in medical-surgical nursing, in caring elderly and family, this report seeking to share the experiences of this reflective path.

Keywords: Elderly; accidental falls; nursing; health facility environment; patient safety.

LISTA DE SIGLAS

APA - *American Psychological Association*

AVD – Atividades da Vida Diária

DGS - Direção-Geral da Saúde

ERPI – Estruturas Residenciais para Idosos

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GSD – Gabinete de Segurança do Doente

ICN - *International Council of Nurses*

INE - Instituto Nacional de Estatística

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNSD - Plano Nacional de Segurança dos Doentes

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos
Antimicrobianos

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RNAO - *Registered Nurses' Association of Ontario*

TIPS - *Tailoring Interventions for Patient Safety*

UC – Unidade Curricular

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1.1. Envelhecimento e quedas na pessoa idosa: compreensão do fenómeno ...	23
1.2. Pessoa idosa em processo de transição	32
2. METODOLOGIA	35
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES REALIZADAS	37
3.1. Cuidado à pessoa idosa: uma prática baseada na evidência	37
3.2. Cuidado à pessoa idosa em contexto de ERPI	39
3.3. Cuidado à pessoa idosa em contexto hospitalar	48
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69

APÊNDICES

Apêndice I - Diagnóstico de situação ERPI

Apêndice II - Diagnóstico de situação do serviço de internamento hospitalar

Apêndice III - Planeamento do projeto

Apêndice IV - Análise SWOT

Apêndice V - Cronograma do projeto

Apêndice VI - Revisão integrativa da literatura

Apêndice VII - Poster apresentado no Webinar do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica/Adulto e Idoso da ESEL

Apêndice VIII - Guião da avaliação multidimensional

Apêndice IX - Avaliação multidimensional de uma pessoa idosa

Apêndice X - Jornal de aprendizagem

Apêndice XI - Formulário de registo de incidente de queda

Apêndice XII - Suporte da apresentação da formação realizada na ERPI

Apêndice XIII - Poster elaborado para a ERPI

Apêndice XIV - Consentimento informado, esclarecido e livre para participação no projeto

Apêndice XV - Suporte da apresentação da formação realizada no serviço de internamento hospitalar

Apêndice XVI - Folheto informativo na prevenção de quedas

Apêndice XVII - Poster elaborado para o serviço de internamento hospitalar

Apêndice XXVIII - Relatório da primeira avaliação das condições físicas e ambientais

Apêndice XIX - Relatório da segunda avaliação das condições físicas e ambientais

Apêndice XX - Grelha de observação da aplicação de estratégias promotoras de um ambiente seguro

Apêndice XXI - Relatório da primeira observação da aplicação das estratégias promotoras de um ambiente seguro

Apêndice XXII - Relatório da segunda observação da aplicação das estratégias promotoras de um ambiente seguro

Apêndice XXIII - Comunicação do *IX Congreso Internacional Virtual Iberoamericano Enfermería*

Apêndice XXIV - Questionário de avaliação de satisfação do projeto

Apêndice XXV - Resultados do questionário de avaliação da equipa de enfermagem

Apêndice XXVI - Resultados do questionário de avaliação da equipa de assistentes operacionais

Apêndice XXVII - *Newsletter* divulgada na intranet da instituição hospitalar

Apêndice XXVIII - Cartaz da *newsletter*

ANEXOS

Anexo I - *Toolkit* do programa *Fall TIPS*

Anexo II - Certificado de apresentação do Poster

Anexo III - Certificado de participação no XI Congresso Internacional: Gestão de Feridas Complexas

Anexo IV - Autorização da autora para implementação do programa *Fall TIPS*

Anexo V - Parecer da comissão de ética da instituição hospitalar

Anexo VI - Grelha de avaliação das condições físicas e ambientais com potenciais fatores de risco de queda

Anexo VII - Certificado de comunicação oral no *IX Congreso Internacional Virtual Iberoamericano Enfermería*

Anexo VIII - Certificado de publicação de capítulo no livro do *IX Congreso Internacional Virtual Iberoamericano Enfermería*

Anexo IX - Certificado de participação na formação "Queda do Doente Internado - Partilha de Experiências"

Anexo X - Certificado de participação no "VI Encontro - Histórias da Segurança do Doente

Anexo XI - Certificado de participação no "Webinar: Quedas nos Idosos"

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Resultados das observações do cumprimento das intervenções na gestão do ambiente físico.....	57
Tabela 2 - Caracterização da população internada.....	59
Tabela 3 - Caracterização da amostra que integrou o programa <i>Fall TIPS</i>	59
Tabela 4 - Comparação dos incidentes de quedas nos períodos em análise.....	60
Tabela 5 - Comparação dos incidentes de queda no período de janeiro/fevereiro, entre as pessoas que integraram ou não o <i>Fall TIPS</i>	60

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, inserida no 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), com a finalidade de demonstrar o desenvolvimento de competências no cuidado diferenciado à pessoa idosa e sua família/pessoa significativa.

O presente relatório divulga todo um percurso desenvolvido que teve início no segundo semestre, na UC Opção II, com a elaboração de um projeto sustentado na metodologia de projeto e terminou com a execução e operacionalização, no terceiro semestre, nos contextos de saúde da prática clínica.

Estudar a temática da segurança da pessoa idosa, nomeadamente na área da prevenção de quedas teve origem em motivações pessoais e profissionais. Para além desta temática representar uma área de interesse pessoal, esta também se relaciona com o meu percurso e experiência profissional, visto ser o elo de ligação na área de prevenção de quedas no serviço onde desempenho funções.

Resultante da minha experiência profissional vivenciei situações onde esta problemática esteve presente, ou seja, situações de quedas envolvendo pessoas idosas com implicações que mereceram análise e reflexão, permitindo identificar a necessidade de sensibilizar as equipas de saúde para este fenómeno, motivando-me a adquirir conhecimentos e competências que possibilitem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A seleção desta temática para além das motivações pessoais e profissionais, está igualmente suportada pela literatura, representando uma área com necessidade de intervenção especializada de enfermagem, mantendo-se como um problema atual para a pessoa idosa, nomeadamente em hospitais e Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) (Baixinho & Dixe, 2015; Cunha et al., 2021).

As quedas são um indicador de qualidade de saúde, sensível aos cuidados de enfermagem (Almeida et al., 2010; Costa-Dias et al., 2014; Romão & Nunes, 2018; Saraiva et al., 2008), representando um indicador de segurança da pessoa (Organização para a

Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE], 2018). A ocorrência de queda gera consequências e implicações tanto na pessoa idosa como na sua família, profissionais de saúde e instituições (Almeida et al., 2010; Dykes et al., 2020; Romão & Nunes, 2018; Stockwell-Smith et al., 2020; While, 2020), que podem ser de dimensão física, psicológica e/ou socioeconómica (*World Health Organization* [WHO], 2021).

Existe um crescimento do fenómeno das quedas, sendo considerado um problema de saúde pública ainda subvalorizado (WHO, 2021), uma vez que as quedas representam uma das principais causas de lesões evitáveis (Dykes et al., 2020).

As pessoas idosas são consideradas um dos grupos populacionais específicos com maior risco de queda. A probabilidade de cair aumenta gradualmente na faixa etária acima dos 65 anos. A nível mundial, verifica-se nas pessoas idosas um aumento anual da incidência de quedas (WHO, 2021).

Nas pessoas idosas as quedas podem ocorrer em diferentes contextos, como na comunidade que inclui a sua própria casa, em ERPI, centros de dia e em ambiente hospitalar (WHO, 2021).

A disciplina de enfermagem, assenta no cuidar da pessoa, onde os constantes e atuais desafios, implicam uma compreensão disciplinar aprofundada, pelos próprios profissionais de enfermagem, visando um cuidado de enfermagem suportado não só na evidência científica, mas igualmente em modelos teóricos de enfermagem.

O referencial teórico que sustentou todo este percurso foi a Teoria das Transições de Afaf Meleis, uma vez que as pessoas idosas vivenciam transições quando integram novos ambientes, como a institucionalização numa ERPI ou o internamento hospitalar (Meleis et al., 2000).

As transições na pessoa idosa são complexas e geram consequências profundas a nível pessoal e familiar (Son & You, 2015). A vivência de uma institucionalização numa ERPI ou um internamento hospitalar, aumenta o risco de eventos adversos, tais como as infeções associadas aos cuidados de saúde, *delirium*, erro medicamentoso e quedas (Enderlin et al., 2013). A descoberta e identificação destes riscos pode ser aprimorada pela compreensão do processo de transição (Meleis et al., 2000).

Numa transição a pessoa idosa apresenta-se vulnerável e suscetível ao risco (Meleis et al., 2000), que neste fenómeno em estudo inclui-se o risco acrescido de queda (Enderlin et al., 2013).

Este referencial teórico é aplicável no cuidado à pessoa idosa e sua família, quer institucionalizada numa ERPI quer em internamento em contexto hospitalar, uma vez que estas vivenciam diferentes transições que precipitam a necessidade de intervenção de enfermagem (Son & You, 2015).

A promoção da segurança da pessoa idosa, em específico, a prevenção de quedas, constitui um desafio à prática avançada de enfermagem, devendo os enfermeiros assumir um papel proativo na formação, investigação e implementação de medidas preventivas, tendo um importante contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados (Almeida et al., 2010). Importa identificar a intervenção especializada de enfermagem, no meu processo de aquisição e desenvolvimento de competências.

Este percurso teve início no segundo semestre com a elaboração do projeto de estágio intitulado “Promoção da segurança da pessoa idosa: intervenção especializada de enfermagem na prevenção de quedas”, concretizado no terceiro semestre. Nesta matriz, o presente relatório procura espelhar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências ancorado nas Competências do grau de Mestre pelo Título II, Capítulo III, Artigo 15º (Decreto-Lei n.º 65/2018), Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019) e Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (Regulamento n.º 429/2018).

O projeto concretizou-se no estágio, que decorreu de 11 de outubro de 2021 a 25 de fevereiro de 2022, em dois contextos distintos, numa ERPI e num serviço de internamento de cardiologia.

Foram delineados como objetivos gerais do estágio:

- Desenvolver competências de mestre e enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa, com enfoque na promoção da segurança.
- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade de cuidados na prevenção de quedas da pessoa idosa, em contexto de ERPI e internamento hospitalar.

Após a presente introdução, na sua estrutura este relatório contempla três capítulos. O primeiro integra o enquadramento teórico onde são definidos os conceitos da problemática em estudo e o referencial conceptual de enfermagem norteador do percurso. O segundo capítulo descreve a metodologia usada para o desenvolvimento do

projeto. O terceiro capítulo reflete o percurso de estágio e a aquisição e desenvolvimento de competências nos diferentes contextos clínicos. Finalizo com as considerações finais e referências bibliográficas.

Este relatório foi redigido segundo a norma *American Psychological Association (APA), 7th Edition*.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo apresenta sumariamente uma contextualização teórica do fenómeno das quedas na pessoa idosa e o referencial teórico de enfermagem norteador do percurso de estágio.

1.1. Envelhecimento e quedas na pessoa idosa: compreensão do fenómeno

O processo de envelhecimento gera modificações de carácter biológico, dadas as alterações que ocorrem no corpo com o avançar dos anos; psicológico, pelas mudanças que surgem na forma de pensar, sentir e agir; e social, pelas mudanças do seu processo de relações ao longo da vida (Santos, 2010). O envelhecimento é caracterizado como um processo dinâmico que resulta numa perda progressiva da funcionalidade da pessoa, como também da perda de capacidade de adaptação ao meio envolvente, traduzindo um aumento da vulnerabilidade e potenciando situações geradoras de dependência na pessoa idosa (Guimarães et al., 2019).

A Organização das Nações Unidas (ONU) na Resolução 39/125 definiu que pessoa idosa será qualquer pessoa, com idade superior a 60 anos nos países em desenvolvimento e 65 anos nos países desenvolvidos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) adota esta definição de pessoa idosa, mantendo a diferenciação de idades segundo países em desenvolvimento e países desenvolvidos (WHO, 2005). Em Portugal, a pessoa idosa é considerada a pessoa com 65 ou mais anos de idade (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017).

Apesar da idade cronológica ser uma dimensão que caracteriza a pessoa idosa, o fenómeno do envelhecimento é um processo individual, sendo importante considerar a multidimensionalidade da pessoa idosa (biológica, psicológica, sociocultural e espiritual) (Dossey et al., 2005), a sua qualidade de vida (níveis de independência e autonomia), estado de saúde e bem-estar, a sua experiência psicológica e social (DGS, 2017).

O número de pessoas idosas a nível mundial está a aumentar. Nas últimas décadas à semelhança de outros países europeus, Portugal registou um aumento do envelhecimento demográfico, entre 2011 e 2021 verificou-se uma diminuição da

população em todos os grupos etários, com exceção do grupo da população idosa, com um crescimento de 20,6% (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021). Com estes dados verifica-se o agravamento do fenómeno do duplo envelhecimento populacional, caracterizado pelo aumento da população idosa e diminuição da população jovem (INE, 2021).

Dados provisórios dos censos 2021 acentuam de forma expressiva o envelhecimento demográfico, constatando-se um índice de envelhecimento de 182, salientando os desequilíbrios já evidenciados nas últimas décadas (INE, 2021).

Com o envelhecimento global surge o aumento das necessidades sociais e económicas, onde as pessoas idosas são muitas vezes ignoradas enquanto recurso, quando na verdade são um recurso importante para as sociedades (WHO, 2005), pelo que “o envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos nossos grandes desafios” (WHO, 2005, p.8).

O envelhecimento é um fenómeno multidimensional que pode resultar em risco para o desenvolvimento de vulnerabilidade acrescida. É necessário identificar e explorar os fenómenos que envolvem vulnerabilidade no envelhecimento (Barbosa et al., 2019), como por exemplo o fenómeno das quedas.

Existem mudanças associadas ao envelhecimento que incluem o declínio das capacidades físicas, cognitivas e afetivas (While, 2020). A perda de equilíbrio, diminuição da massa muscular, alterações da marcha, densidade óssea diminuída, diminuição da capacidade visual e auditiva, diminuição da interação social, depressão, entre outros, são fatores que tornam as pessoas idosas mais vulneráveis e suscetíveis à queda (Barbosa et al., 2019; While, 2020).

A OMS define queda como um evento que leva uma pessoa inadvertidamente ao solo ou para um nível inferior (WHO, 2021). Paralelamente ao aumento do envelhecimento demográfico, regista-se um crescimento do fenómeno das quedas, sendo este considerado um problema de saúde pública ainda subvalorizado (WHO, 2021).

Anualmente a nível mundial, morrem 684 mil pessoas decorrente de quedas, verificando-se um aumento em 53% do número de mortes por quedas de 2000 para 2019 (WHO, 2021). Nas últimas duas décadas, as mortes relacionadas com quedas aumentaram comparativamente com outro tipo de lesão. Para além destes dados, 172 milhões de pessoas sofrem lesões decorrentes de episódios de queda. As quedas são a

segunda maior causa de morte por lesões não intencionais e a principal causa de morbidade em alguns grupos etários (WHO, 2021).

A OMS descreve três grupos populacionais específicos com maior risco de queda, crianças e adolescentes, trabalhadores, e por fim as pessoas idosas (WHO, 2021). Um terço das pessoas idosas sofre uma queda por ano, sendo 50% destes recorrentes neste tipo de incidente. Das quedas fatais, 75% ocorrem em pessoas idosas com idade igual ou superior a 70 anos. As quedas são a terceira causa de incapacidade crónica nas pessoas idosas (Baixinho & Dixe, 2017; Houry et al., 2016), e em 5% das quedas nos idosos ocorrem fraturas (WHO, 2021).

Em Portugal, no período entre 2010 e 2018, 2,1% do total dos internamentos hospitalares foram motivados por quedas. Os grupos etários com maior incidência de quedas foram os jovens (com idades entre os 20-25 anos) e os mais idosos (com mais de 85 anos) (Sampaio et al., 2021).

A pessoa idosa apresenta uma predisposição para cair se considerarmos todos os fatores de risco associados à queda (Guimarães et al., 2019). As quedas têm origem numa multiplicidade de fatores, sendo o resultado de uma sinergia de múltiplas patologias e fatores de risco. As quedas devem ser analisadas e estudadas quer de forma isolada, sob cada um dos fatores, quer de forma combinada, pela junção de uma variedade de fatores, patologias e inadequação do ambiente envolvente (Almeida et al., 2010).

Estão descritos fatores de risco que predispõem a ocorrência de queda, podendo ser classificados em fatores intrínsecos e extrínsecos à pessoa (Guimarães et al., 2019). Os fatores intrínsecos estão associados às características da pessoa, às mudanças relacionadas com a idade e às condições de saúde (Morse, 2009). Constituem-se fatores intrínsecos idade avançada, sexo, alterações fisiopatológicas, doenças crónicas (Guimarães et al., 2019), consequências do uso de fármacos (Costa-Dias et al., 2013).

Os fatores extrínsecos estão associados a condições do ambiente envolvente, características socioeconómicas e comportamentais (WHO, 2021). Constituem-se fatores extrínsecos ausência de ajudas técnicas, vestuário e calçado inadequado (Guimarães et al., 2019), fraca iluminação, inadequação dos espaços e mobiliário, barreiras arquitetónicas, existência de obstáculos, piso molhado, superfícies irregulares, presença de tapetes soltos, falta de interação social, baixa escolaridade, baixo rendimento, acesso limitado aos serviços de saúde e sociais e sedentarismo (WHO, 2021).

Existe na literatura diferentes propostas de classificação das quedas. Uma das classificações proposta por Morse (2009), diferencia as quedas em acidentais, quedas fisiologicamente previsíveis e quedas fisiologicamente imprevisíveis. As acidentais estão associadas a perigos e obstáculos em ambientes físicos, as fisiologicamente previsíveis resultam da queda de pessoas com alterações fisiológicas que predispõem a um alto risco de queda e as últimas, embora atribuídas a fatores fisiológicos, não eram previsíveis antes da ocorrência da queda (Morse, 2009).

Decorrente das quedas surge uma diversidade de consequências que podem ser de natureza física, psicológica e socioeconómica (WHO, 2021). As quedas podem resultar em lesões físicas como dor, escoriações, hematomas, lacerações, fraturas, traumatismo crânio-encefálico (principalmente hematomas subdurais), traumatismo cervical e dorsolombar, traumatismo torácico e/ou abdominal, perda de independência ou até mesmo a morte (Almeida et al., 2010; Dykes et al., 2020; Meyer et al., 2018; Romão & Nunes, 2018; WHO, 2021). Das fraturas decorrentes de quedas nos idosos, a mais comum é a fratura do fémur. Estas estão associadas a um aumento da mortalidade em um ano de 18 a 33 %, bem como redução das atividades de vida diária (AVD), como andar, fazer compras e sensação de satisfação com a vida. Estas fraturas representam-se como precursoras de internamentos em unidades de cuidados de longa duração para muitas pessoas idosas (While, 2020).

A nível psicológico estão descritas consequências como ansiedade, depressão, angústia, perda de confiança, dor (na sua dimensão psicológica), perda de autoestima, solidão, perda de crenças e o medo de voltar a cair (Almeida et al., 2010). Este medo de recorrência de queda, designado por síndrome pós-queda, leva a pessoa idosa a evitar atividades, movendo-se menos, repercutindo-se em alterações do seu bem-estar físico, perda de força, mobilidade e equilíbrio o que aumenta o risco de cair, no fundo resulta num ciclo vicioso entre a queda e o medo (While, 2020).

Surgem também consequências socioeconómicas, como custos em internamentos hospitalares, emergências e cirurgias, aumento dos custos em recursos humanos e materiais (While, 2020), processos jurídicos de litígio com hospitais e instituições prestadoras de cuidados de saúde, pela insatisfação dos familiares com os cuidados prestados (Costa-Dias et al., 2014), isolamento social que promove a solidão e até

abandono. Este isolamento pode levar a pessoa idosa a evitar realizar algumas atividades, limitando-se a ficar em casa, condicionando seriamente todas as AVD (While, 2020).

Todas estas consequências físicas, psicológicas e socioeconômicas, têm um impacto significativo na qualidade de vida das pessoas idosas e suas famílias (Almeida et al., 2010; WHO, 2021), e impacto negativo nos profissionais de saúde, pelo receio de ocorrência de nova queda (Stockwell-Smith et al., 2020), constituindo uma fonte de ansiedade, insatisfação e desgaste sempre que as pessoas idosas sofrem lesões provocadas pelas quedas (Costa-Dias et al., 2014). Muitas vezes conduz à utilização de medidas como a restrição física da mobilidade para prevenir a queda, contribuindo para o declínio funcional da pessoa idosa (Dahlke et al., 2019).

Embora as quedas apresentem uma elevada prevalência, com consequências devastadoras para a pessoa idosa, importa igualmente destacar o estigma que as quedas têm junto dos idosos. As pessoas idosas apresentam relutância em relatar um episódio de queda por inúmeras razões, como o não querer ser considerada ou vista como frágil ou velha, considerar que cair é um acontecimento natural da velhice e que nada pode ser feito, sentir-se envergonhada pelas circunstâncias das situações (como cair por urgência urinária) e medo de ser institucionalizada (While, 2020).

Existem diferentes contextos onde podem ocorrer quedas das pessoas idosas, nomeadamente na comunidade, quer dentro como fora das suas casas. Em casa, são exemplo a ocorrência de quedas em escadas e nas casas de banho, pela ausência de corrimões e barras de apoio. Fora de casa, as quedas surgem inclusive em espaços públicos, transportes públicos, ao realizar passeios pedestres ou de bicicleta (WHO, 2021).

Nas ERPI, por dificuldades de transição e adaptação aos novos ambientes, existe uma probabilidade acrescida de ocorrência de quedas, estando as pessoas idosas mais propensas a sofrer consequências graves em comparação com os idosos que vivem na comunidade. Os quartos e as casas de banho destas instituições são os locais mais comuns para a ocorrência de quedas, sendo os horários que antecedem as refeições os períodos onde se registam maior número de quedas (WHO, 2021). Paralelamente a estes dados, verifica-se nas ERPI uma maior incidência de lesões relacionadas com as quedas (WHO, 2021).

A prevalência das quedas nas primeiras semanas após a institucionalização numa ERPI é elevada. Identifica-se na literatura como razões para a ocorrência de episódios de

quedas, o ambiente desconhecido para a pessoa idosa, não conhecer os profissionais e residentes, diminuição da confiança na realização das AVD, e a ausência de identificação do risco de queda e fatores associados (Baixinho & Dixe, 2017).

As pessoas idosas institucionalizadas apresentam maior risco de queda, pois na sua grande maioria têm um aumento do nível de dependência (com declínio funcional, redução e/ou perda de habilidades), são mais frequentemente acometidas por doenças crônicas, apresentam maior declínio cognitivo, são tendencialmente polimedicadas, estando sujeitas a diminuição da atividade física e menor contacto com os seus familiares (Baixinho et al., 2020).

Reconhecem-se os hospitais como um contexto com elevado risco de queda para as pessoas idosas (WHO, 2021). Um internamento em contexto hospitalar, por mais curto que seja, provoca alterações dos hábitos de vida da pessoa idosa, o que associado a uma saúde frágil aumenta consideravelmente o seu risco de queda (Romão & Nunes, 2018).

Pessoas hospitalizadas apresentam risco acrescido de queda (Dykes et al., 2020), sendo que a maioria das quedas ocorre na pessoa idosa, em idades compreendidas entre os 71 e os 85 anos (Romão & Nunes, 2018). As quedas surgem nestas instituições como os acidentes mais documentados (Almeida et al., 2010). De acordo com os dados do sistema nacional de notificação de incidentes, 21% do total de incidentes notificados são relacionados com quedas (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

Na literatura encontramos um conjunto de motivos diversificados que justificam o aumento acentuado do número de quedas em idosos hospitalizados. A melhoria dos sistemas de notificação de incidentes, o aumento da idade média e da deterioração da saúde das pessoas hospitalizadas, tempo reduzido que os enfermeiros têm disponível para estar com as pessoas internadas, o aumento da prescrição e consumo de terapêutica sedativa, défice de conhecimentos das pessoas idosas sobre estratégias de prevenção de quedas e o próprio ambiente hospitalar que difere do ambiente habitual da pessoa idosa, são motivos que estão interligados e contribuem para o aumento de quedas verificado nos hospitais (Cunha et al., 2021).

A OMS descreve a existência de fatores de risco associados à pessoa idosa em ambiente hospitalar, nomeadamente, *delirium*, agitação e confusão, intervenção cirúrgica, introdução ou alteração de medicamentos, ambiente desconhecido e não familiar que gera desafios na mobilidade e orientação, perigos ambientais, redução da

mobilidade durante o internamento, falha na educação na prevenção de quedas centrada na pessoa idosa, supervisão inadequada da equipa de saúde, ausência de implementação de protocolos direcionados para a temática, e inadequada comunicação com a pessoa idosa (WHO, 2021).

Com as quedas em ambiente hospitalar está associado o aumento do tempo de internamento entre 6 a 12 dias (Dykes et al., 2020), aumento dos custos hospitalares (Dykes et al., 2020; Kundakçi et al., 2020), aumento dos custos diretos relacionados com a severidade de lesão e atraso na reabilitação (Romão & Nunes, 2018).

Identificamos nas pessoas idosas institucionalizadas e/ou internadas em contexto hospitalar, desde pessoas independentes a pessoas com elevado grau de dependência (Dahlke et al., 2019), não podendo deixar de salientar que todas elas vivenciam processos de transição. As mudanças na saúde e na doença das pessoas idosas geram processos de transição, onde a pessoa idosa tende a ser mais vulnerável e suscetível a riscos que podem afetar a sua saúde (Stockwell-Smith et al., 2020).

Em instituições de saúde foi sendo construída a noção de segurança, enquanto locais de excelência na prestação de cuidados de saúde. Contudo, em ambientes como nas ERPI e hospitais surgem riscos que podem ameaçar a integridade da pessoa nas suas diferentes dimensões, exemplo disso são as quedas.

A segurança do doente é uma das áreas de crescente preocupação para estas instituições, decisores políticos, profissionais de saúde, utentes e família, afirmando-se “como um paradigma da qualidade dos cuidados de saúde. A busca pela melhoria dos cuidados de saúde converteu-se numa prioridade máxima, sendo a segurança do doente um instrumento indispensável para a sua garantia” (Romão & Nunes, 2018, p.2). O objetivo da segurança do doente é prevenir e reduzir riscos, erros e danos que ocorrem em pessoas durante a prestação de cuidados de saúde (WHO, 2011).

No âmbito da segurança das pessoas foi dada ênfase no Plano Nacional de Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020, que traçou como sexto objetivo estratégico a prevenção de ocorrência de quedas, onde explora um plano estratégico com definição de metas nesta área (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

Mais recentemente, o PNSD 2021-2026 define no 5º pilar “Práticas seguras em ambientes seguros” onde contempla um objetivo estratégico, cuja ação é a “promoção da

utilização de ferramentas (...) para práticas seguras relativas (...) à ocorrência de quedas” (Despacho n.º 9390/2021, 2021, p.102).

Também a DGS no âmbito da qualidade organizacional emitiu a norma número 008/2019, designada prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares (DGS, 2019), para responder às necessidades desta problemática com foco na promoção da segurança.

O enfermeiro enquanto agente facilitador do processo de transição da pessoa idosa contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados, a redução dos tempos de internamento e diminuição dos custos (Kanak et al., 2008).

Almeida et al. (2010) apresentam um modelo de prevenção de quedas em meio hospitalar integrando diferentes etapas. Este processo preconiza a avaliação do risco de queda no momento da admissão. De acordo com essa avaliação, deverão ser implementadas intervenções que visam a redução e controlo dos fatores precipitantes. Neste processo deve constar uma monitorização contínua ao longo do internamento, notificando e caracterizando possíveis incidentes de queda e identificando novos fatores de risco, de forma a reestruturar as medidas preventivas implementadas.

Os enfermeiros devem estratificar o risco de queda da pessoa, para isso, recorre-se à utilização de instrumentos de avaliação, como por exemplo a Escala de Morse (Costa-Dias et al., 2014).

É recomendado que em qualquer pessoa idosa com história de queda recente ou vítima de queda no presente, deva ser realizada uma avaliação multifatorial de forma a identificar qualquer fator de risco que potencie um novo episódio de queda (Registered Nurses’ Association of Ontario [RNAO], 2017; While, 2020).

O julgamento clínico de enfermagem é considerado fundamental, integrando a avaliação do risco e a avaliação multifatorial, para a identificação de pessoas idosas com risco de queda, assegurando uma adequada tomada de decisão (RNAO, 2017). Na implementação de intervenções, o enfermeiro deve direcionar a sua ação sobre os fatores de risco modificáveis, tendo em consideração a avaliação do risco de queda (Stockwell-Smith et al., 2020). Preconiza-se o desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado, estruturado e centrado na pessoa com intervenções personalizadas orientadas para os fatores de risco da pessoa (Dykes et al., 2018).

Em todo este processo é relevante a participação e envolvimento da pessoa idosa e da sua família, de forma a garantir um plano de cuidados adequado e centrado nas suas necessidades (Almeida et al., 2010). Assegurar esta participação no plano de cuidados permite à pessoa idosa e família compreender os fatores de risco, aceitar o plano de intervenção personalizado e seguir o mesmo. Além disso informar a pessoa sobre os riscos de lesões em caso de queda aumenta a probabilidade de adesão ao plano de prevenção de quedas instituído (Dykes et al., 2018).

É importante envolver a equipa interdisciplinar na implementação do plano de prevenção de quedas em todo o processo, de forma que todos os elementos da equipa participem na execução do plano de cuidados. Este contributo permite aumentar a probabilidade de que este plano seja implementado e seguido por todos os envolvidos, inclusive a pessoa e família (Dykes et al., 2018), aumentando igualmente a efetividade de programas de prevenção de quedas a serem implementados e desenvolvidos (Kundakçi et al., 2020).

Na prevenção de quedas na pessoa idosa, identificam-se diferentes dimensões de intervenção da equipa interdisciplinar, sendo estas a formação da equipa, comunicação, processos de liderança, monitorização e suporte mútuo (Cunha et al., 2019), com o objetivo de garantir a segurança da pessoa idosa, aumentar a funcionalidade, promover a mobilidade, a independência e autonomia da pessoa idosa (Dykes et al., 2020).

Em 2019 é divulgado um programa internacional de prevenção de quedas, liderado por enfermeiros, designado *Fall TIPS (Tailoring Interventions for Patient Safety)*. Este surge pela persistência da problemática das quedas e centra-se na segurança da pessoa. O programa define três etapas de atuação, a primeira consiste na avaliação do risco de queda, na segunda a formulação de um plano de cuidados de enfermagem personalizado e centrado na pessoa com o envolvimento da família, e na terceira etapa a implementação e execução desse plano de cuidados (Dykes et al., 2019).

O programa *Fall TIPS* é constituído por um *toolkit*, que é afixado na unidade da pessoa internada e permite a avaliação dos fatores de risco dividido por áreas e cores (Anexo I). Cada cor fornece suporte para a tomada de decisão e permite identificar as intervenções baseadas na evidência (Dykes et al., 2019).

Um estudo publicado em 2020, evidenciou que a implementação do programa *Fall TIPS* permite a avaliação do risco de queda com recurso à escala de Morse, e identifica os

fatores de risco específicos da pessoa. Nos contextos onde foi implementado reduziu as quedas em 25%, reduziu a ocorrência de lesão em 34%, a parceria da pessoa e família no planejamento dos cuidados mostrou-se benéfico na prevenção de quedas e concluiu que aumenta a satisfação da pessoa e família com o envolvimento nos cuidados (Dykes et al., 2020).

1.2. Pessoa idosa em processo de transição

O envelhecimento é um processo caracterizado por múltiplas transições (Schumacher et al., 1999). As mudanças na saúde e na doença das pessoas idosas geram um processo de transição, onde a pessoa idosa tende a ser mais vulnerável e suscetível a riscos que podem afetar a sua saúde (Meleis et al., 2000).

Segundo a Teoria das Transições de Afaf Meleis, a transição consiste no processo que intermedeia a passagem de um estado, lugar ou condição, estável para outro estado estável (Chick & Meleis, 1986), desencadeado por uma mudança, que requer por parte da pessoa, a incorporação de conhecimentos, alterações do seu comportamento e mudança na definição do *self* (Meleis et al., 2000).

Estas transições resultam de mudanças na vida, relacionamentos, ambientes e saúde. Relativamente à natureza, as transições podem ser de diferentes tipos, desenvolvimental (relacionadas com mudanças no ciclo vital), situacional (relacionadas com acontecimentos que geram alterações de papéis), organizacional (relacionadas ao ambiente, mudanças sociais, políticas, interorganizacionais ou económicas) e saúde/doença (quando ocorre na mudança do estado de bem-estar para um estado de doença) (Meleis et al., 2000).

As transições podem apresentar diferentes padrões, simples ou múltiplas, podendo acontecer em intervalos temporais distintos (sequenciais) ou em simultâneo, podendo estas estar ou não relacionadas entre si (Meleis et al., 2000). Reforça-se a importância dos padrões das transições nas pessoas idosas, que vivenciam frequentemente múltiplas transições, sequenciais, muitas das vezes relacionadas entre si, designado por "*ripple effect*", ou seja, efeito cascata (Schumacher et al., 1999, p.5).

O processo de transição caracteriza-se pela sua diversidade, complexidade, singularidade e multidimensionalidade que originam significados determinados pela

percepção de cada pessoa (Meleis et al., 2000). A reforma, a morte do cônjuge e/ou amigos, o ir residir para outro local, situações de doença crónica ou fragilidade, são algumas experiências de transições frequentemente vivenciadas pela pessoa idosa (Schumacher et al., 1999).

Um episódio de doença aguda que implica o internamento hospitalar (Chick & Meleis, 1986) ou a admissão numa ERPI (Davies, 2005), representam eventos major na vida da pessoa idosa, que se traduzem em situações de transição iminente (Chick & Meleis, 1986) com necessidade de adaptação a novos ambientes (Davies, 2005).

As mudanças no estado de saúde podem proporcionar oportunidades para melhorar o bem-estar e expor as pessoas ao aumento do risco de doença, assim como desencadear processos de transição (Meleis et al., 2000). As pessoas estão mais vulneráveis a riscos quando vivenciam processos de transição, que podem afetar a sua saúde, pelo que a vulnerabilidade é definida pela compreensão das experiências e respostas das pessoas idosas em períodos de transição (Meleis et al., 2000). Neste sentido, a vulnerabilidade está relacionada com a experiência da transição, interações e condições ambientais que expõem a pessoa idosa ao potencial dano (Meleis et al., 2000). Exemplo disso é o fenómeno em estudo neste relatório, as quedas na pessoa idosa. Há que considerar que as transições desencadeiam mudanças na vida, na saúde, nos relacionamentos e ambientes (Meleis et al., 2000).

Muitas das transições que a pessoa idosa vivencia estão inerentemente conectadas com a sua situação de saúde e justificam a necessidade de cuidados de enfermagem (Schumacher et al., 1999). A disciplina de enfermagem, na perspetiva transicional, visa facilitar o processo de transição, aumentando a sensação de saúde e bem-estar (Meleis & Trangenstein, 1994).

Os enfermeiros são os principais provedores que apoiam as pessoas idosas e familiares durante esses períodos de vulnerabilidade, podendo desenvolver intervenções multifatoriais, que visam facilitar o processo de transição saudável (Son & You, 2015).

As pessoas idosas podem experienciar cuidados de enfermagem inconsistentes (Son & You, 2015), ficando mais suscetíveis e expostas a eventos clínicos adversos, que condicionam a qualidade e a segurança (Naylor & Keating, 2008; Son & You, 2015), como as infeções nosocomiais, *delirium*, erros de medicação e até mesmo quedas (Enderlin et al., 2013). Minimizar esses riscos de eventos adversos promovendo cuidados transicionais

de qualidade, pode resultar numa melhoria na qualidade do atendimento, que por sua vez promove a qualidade de vida (Son & You, 2015).

Cuidado transicional é um conceito amplo para as intervenções de enfermagem, que promovem a transferência segura e oportuna das pessoas idosas, entre os diferentes níveis de cuidados e em todos os ambientes (Son & You, 2015), sendo os cuidados transicionais à pessoa idosa uma prioridade para melhorar os *outcomes* dos cuidados nos serviços de saúde (Enderlin et al., 2013).

Os cuidados transicionais, incluem serviços e ambientes projetados para promover uma passagem segura das pessoas idosas durante o internamento hospitalar ou a admissão numa ERPI (Naylor & Keating, 2008), tendo sempre em consideração as necessidades específicas de cada pessoa nesta fase do ciclo de vida (Schumacher et al., 1999).

Podemos considerar a criação de ambientes seguros e saudáveis como uma intervenção de enfermagem no cuidado transicional à pessoa idosa (Schumacher et al., 1999), nomeadamente na implementação de estratégias de suporte apropriadas à pessoa idosa quando é admitida numa ERPI (Davies, 2005). Numa perspetiva transicional a criação destes ambientes dinâmicos e flexíveis, com o envolvimento da pessoa idosa, são o objetivo da disciplina de enfermagem (Schumacher et al., 1999).

Os cuidados transicionais devem de ser integrados em programas de prevenção nos cuidados de saúde à pessoa idosa (Son & You, 2015), enfatizando-se que os enfermeiros são a chave no cuidado transicional à pessoa idosa (Son & You, 2015; Schumacher et al., 1999).

2. METODOLOGIA

Neste capítulo descreve-se a metodologia mobilizada durante este percurso, implícita à concretização deste relatório de estágio, contribuindo inerentemente para a aquisição e desenvolvimento de competências de mestre e enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de intervenção em enfermagem à pessoa idosa.

A concretização do estágio foi precedida pela elaboração de um projeto durante o segundo semestre, na UC Opção II. Inerente à construção desse projeto esteve a metodologia de projeto, que se centra na investigação e na intervenção para a resolução de problemas, permitindo uma conexão investigação-ação (Leite et al, 2001). Esta metodologia possibilita adquirir competências pessoais e profissionais, pela elaboração e concretização de projetos em contexto real, permitindo prever, orientar e preparar o caminho para a concretização do projeto, constituindo uma ponte entre a teoria e a prática, visto suportar-se no conhecimento teórico para aplicá-lo na prática (Ruivo et al., 2010).

Ruivo et al. (2010) define cinco fases constituintes da metodologia de projeto, iniciando-se com a i) elaboração do diagnóstico de situação, ii) definição dos objetivos, iii) planeamento, iv) execução e avaliação, e v) divulgação dos resultados.

Com génese numa inquietação e motivação pessoal, na primeira fase do projeto procurou-se evidência científica sobre o fenómeno em estudo. Realizou-se pesquisa bibliográfica com recurso à plataforma de pesquisa EBSCOhost em diversas bases de dados. Fundamentou-se o fenómeno em estudo, enquadrando-se com as competências de mestre e as competências gerais e específicas do enfermeiro especialista.

Para a concretização do projeto foram selecionados dois locais de estágio, uma ERPI e um serviço de internamento em contexto hospitalar. Posteriormente e após confirmação dos campos de estágio, seguindo as etapas da metodologia de projeto, procurou-se uma descrição e análise da realidade na qual se pretendia intervir, perspetivando o desenvolvimento de estratégias e ações, procedeu-se à elaboração de guiões de colheita de dados para as diferentes idas a campo. Recorreu-se à observação direta, contacto e realização de reuniões com profissionais dos locais e consulta e análise de diversos documentos facultados, podendo realizar-se o diagnóstico de situação da

ERPI (Apêndice I) e do serviço de internamento hospitalar (Apêndice II), nas diferentes idas a campo.

Posteriormente foram definidos como objetivos gerais do projeto:

- Desenvolver competências de mestre e enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa, com enfoque na promoção da segurança.
- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade de cuidados na prevenção de quedas da pessoa idosa, em contexto de ERPI e internamento hospitalar.

Na fase de planeamento foram descritas tarefas e resultados esperados, em resposta aos objetivos gerais foram definidos objetivos específicos, atividades, recursos, indicadores de avaliação e competências a desenvolver (Apêndice III).

No planeamento estratégico do projeto, uma das ferramentas utilizadas foi a realização de uma análise SWOT (Apêndice IV), de forma a analisar possíveis cenários a considerar na implementação do projeto.

Foi também elaborado um cronograma (Apêndice V), preconizado como um processo interativo na calendarização do projeto, onde se define datas de início e fim de concretização dos objetivos e atividades a desenvolver (Ruivo et al., 2010).

Este projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, centrado na promoção de ambientes seguros na pessoa idosa que vivencia processos de transição, visa apoiar os enfermeiros na mudança de práticas, com recurso a estratégias educativas sustentadas na evidência, monitorização contínua de processo, promoção de *feedback* e suporte entre pares. O projeto teve como finalidade minimizar a magnitude do fenómeno das quedas na pessoa idosa, concorrendo para a sensibilização da problemática, redução da incidência de quedas e ocorrência de lesão, através da promoção de ambientes seguros.

As restantes fases de execução, avaliação e divulgação dos resultados, que integram esta metodologia de projeto, serão abordadas no próximo capítulo.

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES REALIZADAS

O desenvolvimento profissional é definido como um processo individual e coletivo que contribui para o desenvolvimento de competências profissionais, o qual integra oportunidades e experiências que promovem o crescimento e desenvolvimento do profissional (Marcelo, 2009).

A realização de estágios contribui para o processo de aquisição e desenvolvimento de competências profissionais. Estes são entendidos como momentos de observação e intervenção em contextos da prática de cuidados, com a finalidade de desenvolver capacidades, atitudes e competências, mobilizando os conhecimentos adquiridos nas interações com situações reais dos contextos (Alarcão & Rua, 2005).

É neste capítulo que se irá espelhar as fases de execução, avaliação e divulgação dos resultados, segundo a metodologia de projeto. Pretende-se descrever e analisar as atividades efetuadas durante o estágio, as aprendizagens realizadas e competências desenvolvidas. Numa perspetiva de orientação, optou-se por utilizar os objetivos delineados no projeto como linha orientadora da descrição das atividades.

3.1. Cuidado à pessoa idosa: uma prática baseada na evidência

A evidência é considerada conhecimento fundamental para o raciocínio clínico e tomada de decisão, revelando-se importante para a prática profissional (Rycroft-Malone et al., 2004). Tendo em consideração que a prática baseada na evidência é um método para a resolução de problemas no âmbito da decisão clínica, que envolve a pesquisa da melhor e mais recente evidência, investigação, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências da pessoa no contexto do cuidar (*International Council of Nurses [ICN]*, 2012), e tendo em conta a problemática deste projeto, definiu-se como objetivo específico, aprofundar conhecimentos sobre a promoção da segurança da pessoa idosa na prevenção de quedas.

Sendo um projeto de melhoria da qualidade, pretende-se que este se baseie e contribua para a compreensão das melhores práticas e processos, com a finalidade de apoiar uma mudança de prática de cuidados (ICN, 2012).

Tendo a investigação em enfermagem como objetivo responder a questões e desenvolver conhecimento utilizando metodologia científica (ICN, 2012), realizou-se uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) (Apêndice VI), com o objetivo de mapear a evidência de forma a identificar as intervenções de enfermagem na gestão do ambiente físico para a prevenção de quedas na pessoa idosa, em contexto hospitalar e cuidados institucionais de longa duração.

A amostra bibliográfica desta investigação é constituída por oito artigos, que obedeceram aos critérios de elegibilidade definidos e permitiram responder à questão de investigação: quais as intervenções de enfermagem na gestão do ambiente físico que previnem as quedas (I) da pessoa idosa (P), em contexto hospitalar e cuidados institucionais de longa duração (Co)?

Tendo em conta os achados da RIL, as intervenções identificadas foram categorizadas em três domínios: intervenções centradas na pessoa idosa; intervenções centradas no espaço físico; e intervenções de monitorização e vigilância.

Concluiu-se que a evidência científica revela que as intervenções de enfermagem na gestão do ambiente físico, contribuem para a redução da incidência de quedas da pessoa idosa em contexto hospitalar e cuidados institucionais de longa duração, preconizando-se que as intervenções de enfermagem não devam ser desenvolvidas isoladamente, mas sim combinadas e integradas num plano de prevenção de quedas com o envolvimento da pessoa idosa.

Nenhum estudo de investigação está completo enquanto os resultados desse mesmo estudo não tenham sido disseminados. A disseminação é fundamental pela partilha de conclusões (conhecimento) com os pares, independentemente dos resultados (Curtis et al., 2017). Partindo desta premissa, apresentou-se inicialmente um póster intitulado “Intervenções de enfermagem na gestão do ambiente físico para a prevenção de quedas na pessoa idosa: Revisão integrativa da literatura” (Apêndice VII), no Webinar do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica/Adulto e Idoso da ESEL “Formação, Investigação e Exercício Clínico”, em novembro de 2021 (Anexo II).

Igualmente na procura da disseminação dos achados da RIL e com o intuito de ser capaz de comunicar conclusões, elaborou-se um artigo que foi submetido no *Journal of Aging and Innovation*, em fevereiro de 2022, tendo sido aceite para publicação.

Todo este percurso, desde a realização da RIL, até à sua publicação em formato de artigo numa revista, revela o desenvolvimento de competências do grau de mestre, nomeadamente em ser capaz de integrar conhecimentos e lidar com questões complexas, bem como, ser capaz de comunicar conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem ambiguidades (Decreto-Lei n.º 65/2018).

A concretização deste objetivo e destas atividades, revelaram-se determinantes pelos contributos para o percurso, pela mobilização dos achados da RIL, em ambos os contextos de estágio. Estas atividades transversais e contínuas, para além da mobilização de conhecimento, permitiram a adoção deste na prática de cuidados, aquilo a que Curtis et al. (2017) definem como translação do conhecimento, processo pelo qual o conhecimento é criado, divulgado e adotado na prática clínica.

3.2. Cuidado à pessoa idosa em contexto de ERPI

O primeiro contexto de estágio, decorreu no período compreendido entre 11 de outubro e 26 de novembro de 2021, numa ERPI situada na área metropolitana de Lisboa. Esta instituição é uma estrutura para alojamento coletivo de pessoas com mais de 65 anos de utilização permanente, onde são desenvolvidas atividades de apoio social e de saúde.

A lotação desta instituição é de 60 pessoas, sendo que à data do estágio, permaneciam nesta, 60 idosos, dos quais 44 mulheres e 16 homens, com média de idades de 85 anos. Esta ERPI assegura cuidados de enfermagem permanentes.

Para a concretização deste estágio foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Prestar cuidados especializados à pessoa idosa institucionalizada em contexto de ERPI;
- Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a problemática das quedas na pessoa idosa;
- Implementar boas práticas na prevenção de quedas à pessoa idosa institucionalizada em contexto de ERPI;

No segundo semestre, embora me tenha sido dada a oportunidade de ser apresentada a instituição no momento em que se realizou o diagnóstico de situação, no início deste estágio procurei conhecer as dinâmicas, de forma a promover o processo de integração. Na primeira semana, privilegiei conhecer as pessoas idosas residentes, bem como a equipa multidisciplinar e o espaço físico.

A integração nas dinâmicas da instituição, passou pela colaboração na prestação de cuidados aos idosos, permitindo estabelecer uma relação terapêutica com estes, o que para Davies (2005), conhecer a identidade e individualidade da pessoa idosa permite envolvê-la no processo de transição. As pessoas idosas ao serem institucionalizadas em ERPI ficam expostas a um conjunto de fatores stressantes, pelo que aos enfermeiros compete, intervir na transição de forma a integrar os idosos nestes ambientes promovendo uma transição saudável (Davies, 2005).

No âmbito da prestação de cuidados de enfermagem com a equipa, surgiu a oportunidade de prestar cuidados à pessoa idosa com ferida complexa. No exercício profissional, tenho desenvolvido uma vasta experiência na área da prestação de cuidados à pessoa com ferida cirúrgica, comparativamente à reduzida experiência na prestação de cuidados à pessoa com ferida complexa. Com a identificação desta lacuna, procurou-se aprofundar saberes nesta temática, pelo que em setembro de 2021, previamente ao estágio, frequentei um congresso denominado XI Congresso Internacional: Gestão de feridas complexas (Anexo III), possibilitando atualizar conhecimento de boas práticas na apreciação, prevenção e tratamento de feridas complexas.

Durante o estágio, houve possibilidade de mobilizar os conhecimentos adquiridos na formação, nos momentos de prestação de cuidados à pessoa idosa com ferida complexa. Esta experiência tornou-se mais enriquecedora, pela possibilidade de contactar e acompanhar uma enfermeira perita nesta área de cuidados, uma vez que para além da mobilização de conhecimentos, proporcionou novas aprendizagens, partilha, reflexão e discussão da evidência em situações reais.

Estas atividades contribuíram para o desenvolvimento de competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na gestão de processos terapêuticos decorrentes de doença aguda ou crónica, nomeadamente na intervenção junto de pessoas com feridas complexas associadas à matriz de regeneração tecidual (Regulamento n.º 429/2018).

Em resposta ao objetivo de prestar cuidados especializados à pessoa idosa institucionalizada em contexto de ERPI, realizaram-se avaliações multidimensionais a pessoas idosas. Foi definido como critério de inclusão para a seleção das pessoas idosas, ter história de queda, pelo que foram referenciados pela equipa de enfermagem, cinco dos idosos que mais frequentemente caíam.

A avaliação multidimensional é um processo diagnóstico, que permite avaliar individual e detalhadamente a pessoa idosa em diferentes dimensões, física, estado mental, estado funcional, ambiente físico, suporte social e redes de apoio. Implica o envolvimento da equipa interdisciplinar, com o objetivo de desenvolver um plano de cuidados integrado e de acompanhamento a longo prazo (Rubenstein & Stuck, 2012).

Recomenda-se a realização da avaliação multidimensional, como uma componente importante no cuidar as pessoas idosas numa ERPI (Rubenstein & Stuck, 2012; Schumacher et al, 1999), que vivenciam processos de transição (Schumacher et al., 1999).

Para a avaliação multidimensional da pessoa idosa, é necessário recorrer ao uso de instrumentos de avaliação específicos e adequados, de forma a quantificar parâmetros (Rubenstein & Stuck, 2012). Na concretização desta atividade foram selecionados e aplicados oito instrumentos, Escala Doloplus 2[®], *Geriatric Pain Measure*, Índice de Barthel, *Mini Nutricional Assessment*, *Mini-Mental State Examination*, Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta, *Teste Time Up and Go*, e *Falls Efficacy Scale* – versão portuguesa. De forma a agregar toda a informação a recolher em cada uma das avaliações multidimensionais, construiu-se um guião (Apêndice VIII).

Schumacher et al. (1999) afirma que o uso de instrumentos de avaliação permite que o enfermeiro realize avaliações periódicas da pessoa idosa em processo de transição. Estas avaliações devem ser um processo contínuo, numa perspetiva transicional, pois permitem ao enfermeiro determinar os padrões de resposta e identificar precocemente facilitadores e inibidores de transição (Schumacher et al., 1999).

Os resultados obtidos das avaliações multidimensionais foram partilhados com a equipa e anexados nos processos das pessoas idosas, influenciando a prática clínica e contribuindo como suporte na tomada de decisão. As avaliações multidimensionais realizadas, revelaram concordância com a literatura sobre a temática, uma vez que esta atividade possibilitou conhecer a pessoa idosa, estabelecer uma relação terapêutica, envolver a pessoa no plano de cuidados e nas estratégias de prevenção de quedas.

Partilho os resultados de uma das avaliações multidimensionais realizada (Apêndice IX), apresentando alguns exemplos de intervenções planeadas, nomeadamente a monitorização e vigilância da dor, de forma a intervir na gestão da dor, recorrendo a medidas não farmacológicas e farmacológicas, e a referência para a nutricionista dado o risco de subnutrição identificado. No âmbito da problemática das quedas, identificou-se que esta idosa tinha alto risco de queda, pelo que lhe foram realizados ensinamentos, na gestão do ambiente físico, apresentando medidas e cuidados a ter para prevenir episódios de queda e medidas a adotar na ocorrência de queda. Para além disso, possibilitou sensibilizar a própria e a equipa para o aumento do risco de lesão associado à queda, visto que a idosa se encontrava medicada com terapêutica anticoagulante.

Esta pessoa idosa vivenciava um processo de transição situacional, e da avaliação multidimensional realizada, identificou-se como condicionantes de transição facilitadoras, o *status* socioeconómico favorável, com rede de apoio familiar e acesso a recursos da comunidade. Como condicionantes inibidores de transição, identificou-se a desvalorização das limitações físicas, insónias (desde que reside na ERPI), estado de subnutrição, falta de preparação e conhecimento, nomeadamente na área das quedas e regime medicamentoso. No que se refere aos indicadores de processo, estes revelavam que a idosa se direcionava num processo de transição saudável, uma vez que desenvolve conhecimento e expectativas, redefine significados e readapta-se a novas rotinas, procurando oportunidades de crescimento. Desta avaliação, foram planeadas intervenções de enfermagem promotoras de uma transição saudável.

Embora se preconize o envolvimento da família nas avaliações multidimensionais (Rubenstein & Stuck, 2012; Schumaker et al, 1999), o mesmo não foi possível de se concretizar durante o estágio, pelas limitações impostas à presença de visitas na ERPI, devido à situação pandémica vivenciada à data, pelo SARS-CoV-2.

Após reflexão da realização destas avaliações multidimensionais, considero que não é suficiente utilizar instrumentos de avaliação, se não se intervir mediante os resultados obtidos. Estes resultados contribuem para a tomada de decisão, uma vez que, tal como Schumacher et al. (1999) refere, estas intervenções promovem a transição saudável da pessoa idosa.

A concretização desta atividade possibilitou desenvolver competências específicas de enfermeiro especialista, no cuidar da pessoa idosa e família a vivenciar processos

decorrentes de doença aguda ou crónica. Pode-se identificar necessidades da pessoa idosa assegurando a deteção precoce, conceber planos de intervenção de forma a apoiar a pessoa nos processos de transição, implementar intervenções de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, assim como, avaliar resultados com base nas respostas (Regulamento n.º 429/2018).

Durante a realização das várias avaliações multidimensionais às pessoas idosas, emergiu destas, relatos distintos sobre a utilização das grades da cama na prevenção de quedas, que serviu de base para a concretização de uma atividade proposta no projeto, a realização de um jornal de aprendizagem (Apêndice X).

A elaboração do jornal de aprendizagem consistiu na análise de situações vivenciadas durante o estágio, na interação com pessoas idosas e profissionais. Desses relatos emerge uma das intervenções de enfermagem na prevenção de quedas na pessoa idosa identificada na RIL elaborada.

Recorreu-se ao pensamento reflexivo e o pensamento crítico, como elementos-chave relevantes para o exercício da prática de enfermagem. Tal como refere Cooney (1999) a reflexão permite a análise e impacto da situação, enuncia e descreve de modo objetivo e sistemático os elementos da mesma, procede à análise destes elementos explorando alternativas e mobilizando conhecimentos.

Neste jornal de aprendizagem promoveu-se o diálogo entre a teoria e a prática, identificando a necessidade de intervir na equipa, sobre a tomada de decisão do uso de grades de proteção como intervenção preventiva de quedas na pessoa idosa.

A realização desta atividade contribuiu para o percurso de desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019) nomeadamente no domínio da ética, em assegurar o princípio da autonomia, decorrente da doutrina da dignidade humana e dos direitos humanos fundamentais, e no domínio da gestão de cuidados, geriu-se cuidados de enfermagem otimizando o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão à resposta da equipa. Contribuiu também para o desenvolvimento de competências do grau de mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018), nomeadamente a capacidade de resolver problemas e de responder a questões complexas, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas.

Sustentado no diagnóstico de situação realizado na ERPI, identificou-se uma reduzida perceção da equipa multidisciplinar (referida pelos próprios) para a

problemática das quedas, ausência de formação na área da prevenção de quedas, ausência de envolvimento da pessoa idosa no plano de cuidados, avaliação do risco de quedas restrito a uma avaliação anual, e embora a instituição apresente um ambiente físico adequado, identificou-se algumas lacunas com necessidade de melhoria (Apêndice I).

As instituições devem envolver a equipa multidisciplinar, identificar lacunas no conhecimento para melhorar a consciencialização dos mesmos sobre a problemática, promover programas de educação sobre quedas e promover a implementação de estratégias de prevenção baseadas na evidência (Francis-Coad et al., 2019).

Em resposta aos objetivos de sensibilizar a equipa multidisciplinar, para a problemática das quedas na pessoa idosa e implementar boas práticas na prevenção de quedas à pessoa idosa institucionalizada em contexto de ERPI, desenvolveram-se um conjunto de atividades que se articulam, complementam e potenciam na concretização dos mesmos.

Uma das atividades desenvolvidas na consecução de sensibilizar os enfermeiros para a problemática das quedas, foi a realização de um portefólio digital. Este foi constituído por diferentes áreas de interesse sobre a problemática, integrando artigos científicos, revisões da literatura, normas, legislação, recomendações nacionais e internacionais.

Este portefólio foi concebido na perspetiva, de que um portefólio não pode ser considerado simplesmente como uma coleção de evidências, mas sim como uma forma de compreender e adquirir novas aprendizagens (Klenowski et al., 2006).

Este foi partilhado à equipa de enfermagem, sendo considerado pela equipa e respetiva enfermeira-chefe, muito completo e abrangente, pois continha diferentes dimensões e aspetos na área da problemática das quedas na pessoa idosa. Serviu de mote para que a equipa, posteriormente desenvolvesse mais trabalhos nesta área, tal como Klenowski et al. (2006) afirma, um portefólio não é em si mesmo um fim, mas um processo que ajuda a desenvolver a aprendizagem.

Esta atividade procurou catapultar a equipa para futuramente elaborarem um manual de boas práticas na temática das quedas, bem como, para a elaboração de outros portefólios, sobre outras temáticas.

Elaborou-se, em parceria com a equipa de enfermagem, um formulário de registo de incidente de quedas para a ERPI (Apêndice XI), com o objetivo de notificar os episódios de queda. Almeida et al. (2010) considera a notificação imprescindível para a correta caracterização dos incidentes, de forma a contribuir para a implementação de medidas preventivas na melhoria contínua dos cuidados.

Esta estratégia surge para colmatar a ausência de registo de incidente na ERPI, a subvalorização do número de episódio de quedas, o facto de 40% dos encaminhamentos ao serviço de urgência serem motivados por quedas, e a existência de relatos de danos graves decorrentes de quedas não caracterizados. Sampaio et al. (2021) afirmam que contabilizar o fenómeno possibilita conhecê-lo melhor, de forma a criar medidas adequadas.

Equipas motivadas e treinadas, ao terem oportunidades de discutir sobre fatores de risco e medidas preventivas, podem contribuir para mudanças na prática e consequentemente, reduzir a incidência de quedas e lesões (Baixinho & Dixe, 2017).

Realizou-se uma formação multidisciplinar, designada “Prevenção de quedas na Pessoa Idosa” (Apêndice XII), que tinha como objetivos, sensibilizar para a problemática das quedas na pessoa idosa, divulgar intervenções de segurança adequadas na prevenção de quedas, sustentadas na RIL, e envolver a equipa multidisciplinar nas intervenções de prevenção de quedas à pessoa idosa. Esta formação foi realizada em duas sessões, de forma a abranger o maior número de elementos da equipa. Na formação estiveram presentes, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos de secretariado, médico, psicóloga, terapeuta ocupacional, diretora da instituição e animadora sociocultural.

Promoveu-se na formação, a discussão em equipa de intervenções na prevenção de quedas, de forma a ser possível desenhar estratégias de prevenção de quedas transversais sustentadas na evidência. Também foram identificados fatores potenciadores do risco de queda, pelo que se recorreu à utilização de fotos reais do ambiente da instituição, obtendo autorização para o uso das imagens pelos responsáveis. Com esta metodologia, foi possível discutir e definir estratégias de melhoria destes fatores potenciadores do risco de queda, nomeadamente, a existência de uma rampa para acesso à varanda do salão (local com elevada incidência de quedas), aplicar suportes nos chuveiros para colocação dos produtos de higiene de forma a mitigar o risco de

queda durante o banho, necessidade de formação na utilização do elevador de transferências, e assegurar que os sistemas de chamada permanecem ao alcance das pessoas idosas.

Nesta sessão mobilizou-se para discussão, casos de pessoas idosas a quem tinha realizado avaliações multidimensionais, promovendo a oportunidade de reflexão e análise desses casos, de forma a envolver toda a equipa na concretização do plano de prevenção de quedas individual e personalizado à pessoa idosa. Na formação mobilizei a minha reflexão do jornal de aprendizagem, onde se incidiu na intervenção do uso de grades de proteção para a prevenção de quedas na pessoa idosa, despertando a equipa para a necessidade de esta intervenção ser avaliada e adequada individualmente, ou seja, caso a caso.

Também a equipa partilhou na discussão, alguns casos com potencial risco de queda, nomeadamente um idoso que emagreceu nos últimos meses, facto esse que motivou que a sua roupa ficasse demasiado larga, como também, casos de pessoas idosas com calçado inadequado. Face ao exposto, foi imediatamente decidido pelos responsáveis, que caso as famílias não pudessem contornar estes problemas, a instituição iria proceder à aquisição de roupa e calçado para solucionar estas situações. Esta experiência leva-me a considerar que esta formação, constituiu-se naquilo a que a *Canadian Nurses Association* (2019) e Olímpio et al. (2018), designam de uma intervenção especializada de enfermagem.

Este momento formativo foi aproveitado para a divulgação do portefólio digital e para a apresentação do sistema de notificação, através do uso do formulário de registo de incidentes de quedas, previamente referido neste relatório.

A comunicação dos incidentes, não deve ser interpretada como uma punição aos profissionais, mas sim um contributo para o compromisso e responsabilização da equipa de saúde na identificação de fatores de risco e melhor compreensão da problemática das quedas, contribuindo para a qualidade dos cuidados de enfermagem (Almeida et al., 2010), princípios estes que foram partilhados na sessão formativa.

No final de ambas as sessões, foi proporcionado um espaço para os participantes manifestarem a sua apreciação, sobre a utilidade da formação, e se esta permitiu novas aprendizagens. O *feedback* obtido foi extremamente positivo, considerando a temática pertinente. Foi referido, quer pela diretora da instituição, quer pela enfermeira-chefe, que

esta metodologia seria benéfica para abordar outras temáticas no seio da equipa multidisciplinar.

As atividades desenvolvidas, tais como, a elaboração do portefólio, o formulário de registo de incidentes de quedas e a formação à equipa multidisciplinar possibilitaram o desenvolvimento de competências do grau de mestre, em saber aplicar os meus conhecimentos e capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares (Decreto-Lei n.º 65/2018). Permitiram igualmente no domínio da melhoria contínua da qualidade, assegurar um papel dinamizador, no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais (Regulamento n.º 140/2019). Realço ainda, que com a realização das referidas atividades, desenvolveram-se estratégias inovadoras de prevenção do risco, visando a cultura de segurança, promovendo a notificação de incidentes de segurança, fomentando medidas de correção, salvaguardando a segurança e qualidade dos cuidados, e promovendo a formação da equipa (Regulamento n.º 429/2018).

Em reunião com o enfermeiro orientador e enfermeira-chefe, esta referiu que se os resultados obtidos com o uso do instrumento de registo de notificação de quedas, fossem positivos para a problemática das quedas na pessoa idosa na ERPI, a mesma iria alargar a utilização do formulário, pelas restantes ERPI nas quais ela é responsável. Referiu igualmente, que iria nomear um enfermeiro da instituição, para ficar responsável por esta temática e dar continuidade ao trabalho desenvolvido, indo ao encontro do preconizado por Baixinho et al. (2017) quando referem que os enfermeiros devem ser os gestores dos planos de prevenção de queda em ERPI.

Com o intuito de promover boas práticas no seio da equipa multidisciplinar na ERPI, elaborou-se um poster (Apêndice XIII) intitulado “Evite a queda: Gestão do ambiente físico na prevenção de quedas”. Este foi impresso e oferecido à instituição, com o objetivo de relembrar as pessoas idosas e profissionais, das estratégias para a prevenção de quedas.

Com a conclusão deste estágio, considero ter atingido os objetivos definidos para o mesmo, concorrendo simultaneamente ao desenvolvimento de competências.

3.3. Cuidado à pessoa idosa em contexto hospitalar

O segundo contexto de estágio, decorreu no período compreendido entre 29 de novembro de 2021 a 25 de fevereiro de 2022, num serviço de cardiologia hospitalar, situado na área metropolitana de Lisboa. O serviço é constituído por 40 camas de internamento e um hospital de dia com lotação máxima de 6 pessoas.

Para a concretização deste estágio foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Envolver a equipa multidisciplinar na promoção da segurança e prevenção de quedas, em contexto hospitalar;
- Implementar boas práticas promotoras de segurança, na prevenção de quedas, em contexto hospitalar;
- Avaliar indicadores de processo das estratégias implementadas na promoção da segurança e prevenção de quedas, em contexto hospitalar.

Este estágio decorreu num serviço, o qual me é familiar, pelo que não implicou a necessidade de integração à equipa, infraestruturas e dinâmicas do mesmo. No segundo semestre, realizou-se o diagnóstico de situação (Apêndice II), com análise de dados no período compreendido entre 2017 e 2020, onde se concluiu a relevância da necessidade de intervenção no âmbito da prevenção de quedas da pessoa idosa, justificando-se assim a realização do estágio neste serviço.

No ano de 2020, o número total de internamentos foi de 2020, tendo as pessoas internadas uma média de idades de 65,95 anos. Identifica-se ainda que 58,9% das pessoas internadas apresentavam idade superior a 65 anos, ou seja, eram pessoas idosas.

Dados deste serviço do ano de 2020, revelam um elevado número de incidentes de quedas, sendo que estes ocorreram maioritariamente em pessoas idosas (74%). Verificou-se que em 35% ocorreram lesões decorrente das quedas, existindo registo de lesões graves, nomeadamente morte. Identificou-se no último ano, um aumento do número de quedas relacionadas com fatores ambientais (19%).

Perante o diagnóstico de situação realizado, considerou-se pertinente desenvolver neste campo de estágio um projeto na área da promoção da segurança da pessoa idosa

para a prevenção de quedas, com recurso à implementação do programa *Fall TIPS* criado por Dykes et al. (2019).

Ainda no segundo semestre, na fase de produção do projeto, durante a pesquisa da literatura, deparei-me com esta ferramenta, acabando por explorar e aprofundar conhecimentos e evidência sobre este programa. Da análise de toda a informação, considerou-se uma mais-valia e oportunidade, em desenvolver e implementá-lo neste contexto de estágio. Desta forma, estabeleceu-se contacto com a autora, obtendo permissão para implementar o programa e utilizar o *toolkit* (Anexo I), com a condição de não realizar alterações à ferramenta (Anexo IV).

Já no decurso do terceiro semestre, mas previamente ao início deste estágio, solicitou-se à comissão de ética da instituição, o pedido de autorização para a realização do projeto neste campo de estágio. Foi também elaborado um consentimento informado, esclarecido e livre para as pessoas autorizarem a sua participação no projeto (Apêndice XIV), tendo sido posteriormente obtido o parecer favorável pela comissão de ética para a execução do projeto (Anexo V).

No início deste estágio, reuni com a enfermeira responsável do serviço e a enfermeira coordenadora da área, apresentando o projeto, nomeadamente a definição do problema, seguido da definição de estratégias de intervenção e, por fim, aplicação dessas estratégias promotoras de ambiente seguro na prevenção de quedas, com a consequente avaliação final das intervenções. Este consiste num projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, está centrado na promoção de um ambiente seguro na pessoa idosa que vivencia processos de transição. A finalidade do projeto visa minimizar a magnitude do fenómeno das quedas na pessoa idosa hospitalizada, sendo expectável a sensibilização para a problemática, redução da incidência de quedas e ocorrência de lesão, através da promoção de ambientes seguros.

O programa *Fall TIPS* é constituído por três etapas de atuação (Dykes et al., 2019). A primeira, consiste na avaliação do risco de queda da pessoa, com recurso à Escala de Quedas de Morse. Neste contexto de estágio a avaliação do risco de queda já é efetuado, com recurso a esta mesma escala, na versão portuguesa, dando cumprimento às instruções institucionais, suportadas nas orientações da Norma n.º 008/2019 – Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares (DGS, 2019).

A segunda etapa deste programa, preconiza a formulação do plano de cuidados de enfermagem personalizado e centrado na pessoa com o envolvimento da família (Dykes et al., 2019). É nesta etapa que se preenche o *toolkit*, identificando fatores de risco e intervenções dirigidas. Com o diagnóstico de situação, foi possível concluir que neste contexto de estágio o envolvimento da pessoa e da família no plano de cuidados, bem como, o envolvimento da equipa multidisciplinar no plano de prevenção de quedas era reduzido. Também foi identificada a inexistência de planos de prevenção de queda individualizados e personalizados, assim como, a ausência de avaliação multifatorial da pessoa idosa com risco de queda. Com a implementação desta etapa do programa no serviço, procurou-se intervir sobre as conclusões identificadas no diagnóstico de situação.

A terceira e última etapa, consiste na implementação e execução do plano de cuidados (Dykes et al., 2019).

Na implementação do *Fall TIPS*, foi tida em consideração a sobrecarga de trabalho da equipa, e de forma a evitar uma fraca adesão da equipa ao projeto, foi decidido não incluir todas as pessoas internadas no serviço no *Fall TIPS*.

Assim foram definidos dois critérios de inclusão, o primeiro foi ter idade superior a 65 anos, pois as pessoas idosas são um dos grupos populacionais com maior risco de queda (WHO, 2021), e apresentam risco acrescido de queda em contexto hospitalar (Dykes et al., 2020; Romão & Nunes, 2018). O segundo critério de inclusão foi ter alto risco de queda, na avaliação da Escala de Quedas de Morse. Este surge em complementaridade às orientações definidas na Norma n.º 008/2019 da DGS, que preconiza a realização de uma avaliação multifatorial a todas as pessoas com alto risco de queda (DGS, 2019).

Foi decidido com os elementos responsáveis do serviço, que o *toolkit* do programa *Fall TIPS*, ficaria afixado na unidade de cada uma das pessoas idosas que integrassem o projeto, permitindo que este permanecesse visível, tanto para o próprio, como para os seus familiares e equipa multidisciplinar. Optou-se por utilizar o *toolkit* na sua versão original (inglês), embora exista tradução em várias línguas, até à data, ainda não está disponível a versão portuguesa. Este fator poderia ser considerado como uma barreira para a sua interpretação, contudo, ele é constituído por áreas e cores com recurso a imagens, que facilitam a sua compreensão.

Previamente à implementação do programa *Fall TIPS*, realizou-se uma formação à equipa de enfermagem e assistentes operacionais, designada “Prevenção de quedas na

pessoa idosa: contexto hospitalar”, com os objetivos de: sensibilizar para a problemática das quedas na pessoa idosa, divulgar intervenções adequadas na prevenção de quedas, envolver a equipa multidisciplinar nas intervenções de prevenção de quedas à pessoa idosa, e apresentar à equipa multidisciplinar o programa *Fall TIPS*.

Com o objetivo de abranger a totalidade da equipa, esta formação replicou-se por cinco sessões presenciais e uma sessão única via *online*, para a equipa de enfermagem. Para a equipa de assistentes operacionais, optou-se por realizar cinco sessões presenciais. Com esta estratégia conseguiu-se realizar a formação a 100% da equipa (29 enfermeiros e 15 assistentes operacionais).

Esta formação englobou na sua estrutura (Apêndice XV), a problemática das quedas, apresentação de fatores de risco de queda intrínsecos e extrínsecos, consequências das quedas nas suas diferentes dimensões, contextualização das quedas em ambiente hospitalar, questões relacionadas com a segurança do doente, avaliação do risco de queda, avaliação multifatorial, apresentação da RIL com divulgação das intervenções de segurança adequadas na prevenção de quedas, com recurso a fotos reais do ambiente do serviço, obtendo autorização para o uso das imagens pelos responsáveis. Foi ainda abordada a importância do envolvimento da pessoa idosa e família no plano de cuidados, e finalmente, o programa *Fall TIPS*.

Relativamente ao programa *Fall TIPS* foram apresentadas as diferentes etapas que o constituem, sendo também apresentado o *toolkit*, explicado todos os fatores que o integram e exemplificando o seu preenchimento com demonstração de casos. No final, foram apresentados os critérios definidos para a inclusão das pessoas no projeto.

A implementação do *Fall TIPS* no contexto de estágio, teve início a 03/01/2022, sendo aplicados os critérios de inclusão no projeto a todas as pessoas internadas. As pessoas que integraram o projeto assinavam o consentimento informado, livre e esclarecido, de forma a assegurar as questões de natureza ética, tais como, confidencialidade e anonimato.

Às pessoas idosas com alto risco de queda que integravam o projeto, era preenchido pelos enfermeiros, o *toolkit* com participação e envolvimento das pessoas idosas, da família quando possível e restante equipa multidisciplinar. O *toolkit* após preenchido permanecia afixado na unidade da pessoa, de forma que permanecesse visível o plano de cuidados, para todos os elementos da equipa.

Ao longo do internamento, o plano de cuidados era revisto e atualizado pela equipa, com o envolvimento da pessoa e família. Desenvolver iniciativas promotoras da segurança com o envolvimento da pessoa e família, está diretamente associado à melhoria da qualidade, segurança, experiência da pessoa e capacitação (Clavelle, 2018; Hibbard & Greene, 2013). A parceria e envolvimento entre a pessoa e a equipa, fortalece a adesão ao cumprimento das intervenções planeadas no plano de cuidados (*toolkit*) (Dykes et al., 2020).

Com o objetivo de potenciar o envolvimento da pessoa idosa e família no plano de cuidados, bem como no plano de prevenção de quedas, elaborou-se um folheto (Apêndice XVI), utilizando as normas e *layout* da instituição. Segundo De La Cuesta-Benjumea et al. (2021), apesar de não parecer ser valorizada, a educação e partilha de informação para a prevenção de quedas é essencial.

Os enfermeiros ao partilharem conhecimentos, com a entrega e discussão do folheto, promovem o envolvimento da pessoa idosa e família. Neste folheto, são partilhadas intervenções na gestão do ambiente físico para a prevenção de quedas, sustentadas nos achados da RIL. Assim, ao longo do internamento a pessoa idosa tinha oportunidade de adquirir e aprofundar conhecimentos sobre estas estratégias, contribuindo para o aumento da confiança, promovendo a sua capacitação e possibilitando que a mesma participe no planeamento dos seus próprios cuidados, facilitando assim o processo de transição, no sentido de uma transição saudável.

A pessoa idosa internada em contexto hospitalar, deve sentir-se conectada aos profissionais de saúde, permitindo assim, a sua preparação e aquisição de conhecimento. Este envolvimento na partilha do conhecimento pelos profissionais de saúde, gera na pessoa idosa um aumento na sua confiança, bem como, o aumento do seu nível de compreensão, traduzindo-se em condicionantes facilitadores da transição. Ao capacitar a pessoa idosa, permite que esta desenvolva estratégias para gerir e vivenciar uma transição saudável (Meleis et al., 2000).

Com o intuito de disseminar o conhecimento e implementar estratégias promotoras de um ambiente seguro, no seio da equipa multidisciplinar, elaborou-se um poster (Apêndice XVII) intitulado “Intervenções de enfermagem na gestão do ambiente físico para a prevenção de quedas na pessoa idosa”. Este centra-se nos resultados da RIL, apresentando os três domínios de intervenções de enfermagem identificados.

À semelhança da atividade desenvolvida em estágio na ERPI, realizou-se um portefólio digital para o contexto de estágio hospitalar. Este foi constituído por diferentes áreas de interesse sobre a problemática das quedas, integrando artigos científicos, revisões da literatura, normas, legislação, recomendações nacionais e internacionais. O portefólio tinha como finalidade sensibilizar a equipa multidisciplinar sobre esta problemática.

Após divulgação do portefólio, a enfermeira-chefe sugeriu que o mesmo também fosse impresso, tendo sido igualmente compilado os vários documentos num dossier, que ficou disponível na sala de trabalho de enfermagem. O portefólio digital ficou acessível numa pasta partilhada, nos computadores do serviço. Este instrumento de suporte, foi considerado pela equipa muito pertinente, relevante e organizado.

A análise de situações da prática de cuidados, constituem um bom método para reflexão da nossa prática clínica, sendo uma forma de autoaprendizagem. Esta aprendizagem é maximizada se a experiência for alvo de uma observação sistematizada e de reflexão crítica (Barroso, 2000). Ao longo deste estágio foram vivenciadas algumas situações, consideradas pertinentes para serem alvo de reflexão em equipa multidisciplinar, de forma a promover aprendizagem. Partilho o caso de um senhor idoso com alto risco de queda, integrado no *Fall* TIPS. Na admissão, identificou-se que este senhor ao usar o calçado disponibilizado pelo serviço, potenciava o risco de cair, pelo que após discussão do caso em passagem de turno de enfermagem, decidiu-se contactar com a família, solicitando que esta trouxesse calçado adequado. Contudo, por impossibilidade familiar, não foi possível solucionar este problema, motivando nova reflexão em equipa, de forma a encontrar uma solução. Decidiu-se contactar com o serviço social da instituição e através deste, foi possível adquirir calçado adequado para o idoso.

Outra vivência que mereceu reflexão em equipa, reporta-se a uma pessoa idosa, independente nas AVD, com baixo risco de queda, medicado com terapêutica anticoagulante, que sofreu um episódio de queda durante o internamento. A causa da queda deveu-se ao uso de calçado inapropriado e à presença do chão molhado, que o levou a escorregar e a bater com a cabeça na cabeceira da cama. Como consequência física desta queda, o senhor apresentou um hematoma na região occipital, motivando a realização de uma tomografia axial computadorizada cranioencefálica, não revelando alterações. Dias depois, durante a passagem de turno, a equipa faz referência à recusa

do senhor em realizar levante, solicitando que mantivessem as grades da cama elevadas. Nesse momento, questionei a equipa se esta atitude não estaria relacionada com o episódio de queda, e esta recusa de levante não estar relacionada com o medo de cair.

O medo de cair não surge como uma das consequências mais óbvias, sendo as lesões físicas, as primeiras a serem consideradas pelos profissionais de saúde (While, 2020). O medo de cair pode gerar aumento das limitações, como a perda de força, mobilidade e equilíbrio, assim a pessoa ao evitar realizar as suas atividades pode indiciar este medo de cair (While, 2020), como neste caso, a recusa em realizar levante e solicitar a elevação das grades da cama.

Este medo surge frequentemente após uma queda e deve ser considerado pelas equipas de saúde (While, 2020). Este momento surgiu como uma oportunidade de mobilizar para reflexão, discussão e aprendizagem junto da equipa, questões como esta, onde o medo de cair surge como uma consequência oculta decorrente de queda.

Desse momento reflexivo, identificando-se o medo de cair como inibidor condicionante de transição, a decisão da equipa passou por negociar com o idoso a progressão das suas atividades, assegurando estratégias de prevenção de queda, de forma a restaurar a sua confiança. Assim, de forma progressiva este iria sentir-se ligado, interagindo com a equipa, demonstrando o uso de estratégias de *coping*, manifestando compreensão no seu processo de transição saudável.

Estes momentos de partilha em equipa, fomentaram o trabalho em equipa e a interação entre os pares, permitindo a troca de experiências e vivências, possibilitando momentos de aprendizagem informal. Realça-se que este tipo de aprendizagens, devem ser valorizadas e promovidas, dado o seu potencial na produção de conhecimento à semelhança de Conner (2004) que considera que as aprendizagens informais devem ser promovidas, sustentadas e tornadas visíveis.

O pensamento reflexivo e o pensamento crítico, são elementos-chave relevantes para o exercício da prática de enfermagem. A reflexão permite a análise e impacto da situação, enuncia e descreve de modo objetivo e sistemático os elementos da mesma, procede à análise destes elementos explorando alternativas e mobilizando conhecimentos (Cooney, 1999). Disponibiliza a integração de novos conhecimentos e permite um julgamento/avaliação da situação (Cooney, 1999). A reflexão deve ser

entendida como um meio que contribui para a garantia da qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010).

Integrado no projeto, desenvolveu-se uma atividade de avaliação das condições físicas e ambientais do contexto de estágio. A estrutura arquitetónica desta instituição, não foi desenhada para ser uma instituição hospitalar, podendo-se considerar como um fator potenciador do risco de queda.

No processo de avaliação do risco de queda, deve-se valorizar a avaliação do ambiente físico envolvente, de forma a identificar fatores que favoreçam ou contribuam para a queda, e para os quais possam ser definidas intervenções preventivas. A avaliação das condições físicas e ambientais das instituições de saúde deve ser realizada periodicamente, devendo cada unidade implementar intervenções de melhoria (Valipoor et al., 2020).

Para a concretização desta atividade, recorreu-se a uma grelha de avaliação das condições físicas e ambientais com potenciais fatores de risco de queda, integrada num procedimento multissetorial da própria instituição (Anexo VI).

Foi realizada inicialmente uma primeira avaliação no início do estágio, a 13 de dezembro de 2021. Nesta observação são avaliados equipamentos (cadeiras de rodas, cadeirões, cadeiras de higiene, suportes de soro, camas, calçado, campainhas, andarrilhos), e condições ambientais (iluminação, corrimão e barras de apoio, condições do piso).

Com as observações realizadas elaborou-se um relatório (Apêndice XVIII), destacando como principais achados, desgaste do material das cadeiras de rodas, não conferindo estabilidade na mobilização, cadeirões sem sistema de travagem e estofos rasgados, impossibilitando o cumprimento das normas de higienização, suportes de soros desgastados, dificultando a sua mobilização. O calçado disponibilizado pela instituição apresenta sola antiderrapante, contudo os mesmos não são fechados, nem ajustados aos pés, não oferecendo estabilidade no andar. Em duas das casas de banho, o piso não é antiderrapante, oferecendo elevado risco de queda nestas mesmas áreas de risco.

Este relatório foi entregue à enfermeira-chefe, que encaminhou para as entidades responsáveis da instituição, traduzindo impacto em alterações decorrentes das observações efetuadas. Foram para reparação nove cadeirões, foram adquiridas quatro

cadeiras de rodas novas, e iniciou-se um processo de aquisição de novos suportes de soros e reparação dos existentes.

No fim do estágio efetuou-se uma nova observação dos equipamentos e condições ambientais, a 11 de fevereiro de 2022, sendo elaborado um novo relatório (Apêndice XIX).

Com a finalidade de intervir com a equipa multidisciplinar no cumprimento de intervenções na gestão do ambiente físico para a prevenção de quedas, construiu-se uma grelha de observação (Apêndice XX), sustentada nas intervenções identificadas na RIL para gestão do ambiente físico, agrupadas pelas três dimensões: intervenções centradas na pessoa, intervenções centradas no espaço físico, e intervenções de monitorização e vigilância.

Foram realizados dois momentos de observação e respetivos relatórios, o primeiro ocorreu no início do estágio (Apêndice XXI), previamente à formação realizada à equipa multidisciplinar. Ao longo do estágio, em complementaridade à implementação do *Fall TIPS*, realizou-se acompanhamento com a equipa, promovendo a implementação e cumprimento destas intervenções na prestação de cuidados. O segundo momento de observação (Apêndice XXII), ocorreu no final do estágio, visando a recolha de dados para posterior comparação e análise dos resultados entre as duas observações.

Esta atividade teve como finalidade contribuir para a melhoria contínua dos cuidados, na gestão do ambiente físico para a prevenção de quedas na pessoa idosa, em contexto hospitalar, visando a implementação da evidência na prática clínica. No desenvolvimento desta atividade, foi proposto pela enfermeira-chefe a elaboração de um objetivo de avaliação na área do cumprimento das intervenções na gestão do ambiente físico, para contemplar na avaliação de desempenho dos assistentes operacionais.

Apresenta-se os resultados das observações realizadas no cumprimento das intervenções na gestão do ambiente físico nos dois momentos e a sua respetiva variação (Tabela 1).

Realça-se um aumento no cumprimento das intervenções nas três dimensões, constatando o maior aumento nas intervenções centradas no espaço físico (29,5%), seguindo-se as intervenções centradas na pessoa (23,9%), e por fim as intervenções de monitorização e vigilância (18,0%). Contudo, destaca-se a dimensão das intervenções de monitorização e vigilância, por atualmente apresentar a maior taxa de conformidade (90,0%).

Tabela 1. Resultados das observações do cumprimento das intervenções na gestão do ambiente físico

	1ª Observação (%)	2ª Observação (%)	Varição (%)	
Intervenções centradas na pessoa				
Manter sistema de chamada acessível	33,3%	74,3%	+ 41,0	
Manter proximidade e alcance da pessoa aos seus objetos pessoais	71,8	84,6	+ 12,8	
Usar calçado antiderrapante, fechado e ajustado ao pé, sem atacadores	17,9	48,7	+ 30,8	
Usar de roupa adequada (sem peças muito largas ou compridas)	76,9	82,1	+ 5,2	
Disponibilizar equipamentos para as necessidades de eliminação	38,5	71,4	+ 32,9	
Total	48,4	72,3	+ 23,9	
Intervenções centradas no espaço físico				
Manter Iluminação adequada dos espaços	100	100	0	
Manter o chão limpo e seco	66,7	80,0	+ 13,3	
Usar sinalética de aviso do piso molhado	20,0	66,7	+ 46,7	
Manter o ambiente organizado e livre de obstáculos	53,3	80,0	+ 26,7	
Manter a altura da cama baixa (adequada à altura da pessoa)	82,1	92,3	+ 10,2	
	Suportes de soros	0	14,3	+ 14,3
Assegurar	Cama	94,3	97,1	+ 2,8
Equipamentos	Cadeira	28,0	68,8	+ 40,8
travados	Mesa de cabeceira	0	74,4	+ 74,4
	Cadeira de rodas	0	75,0	+ 75,0
	Total	37,7	77,6	+ 39,9
Usar ajudas técnicas de forma adequada e em condições seguras	12,5	50,0	+ 37,5	
Usar de barras de apoio e corrimões	33,3	100	+ 66,7	
Total	52,4	81,9	+ 29,5	
Intervenções de monitorização e vigilância				
Sinalizar o utente de alto risco queda	0	100	+ 100	
Evitar deixar a pessoa sozinha em áreas de risco	66,7	100	+ 33,3	
Evitar transferências de camas internas para diferentes ambientes	82,1	87,2	+ 5,1	
Total	72,0	90,0	+ 18,0	

Nas estratégias de gestão do ambiente físico centradas na pessoa idosa, identificou-se um aumento (41%) no cumprimento em assegurar o sistema de chamada acessível à pessoa. Contudo uma pessoa em cada quatro (25%) permanecia sem acesso à campainha. Na adesão ao uso de calçado antiderrapante, fechado e ajustado ao pé, sem atacadores, verificou-se um aumento de 30,8%. Apesar desse aumento, constata-se que

mais de metade das pessoas (51,3%) ainda apresentavam calçado inapropriado, evidenciando a necessidade de melhoria.

Na dimensão das intervenções centradas no espaço físico, realça-se o aumento (39,9%) no assegurar que os equipamentos estão travados. Contudo, destes resultados identificou-se os suportes de soros e as mesas de cabeceira, como os equipamentos que mais frequentemente se encontram em não conformidade. No cumprimento em manter o ambiente organizado e livre de obstáculos, verificou-se um aumento de 26,7%.

Na terceira dimensão monitorização e vigilância, identificou-se um aumento de 100% na sinalização da pessoa com alto risco de queda, na sequência da implementação do *Fall TIPS*, assim como um aumento de 33,3% em vigiar a pessoa idosa nas áreas e espaços de maior risco.

Os resultados desta atividade, foram apresentados numa comunicação (Apêndice XXIII), no *IX Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería* (Anexo VII), realizado entre os dias 23 e 30 de março de 2022, e publicados no livro do respetivo congresso (Anexo VIII).

Com estas atividades foi possível demonstrar o desenvolvimento de competências do grau de mestre, em ser capaz de integrar conhecimentos e lidar com questões complexas, bem como, ser capaz de comunicar conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem ambiguidades (Decreto-Lei n.º 65/2018), assim como, competências comuns de enfermeiro especialista, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, nomeadamente, basear a minha praxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019).

Com a finalidade de avaliar indicadores de processo, apresenta-se os dados recolhidos e as principais conclusões obtidas com a implementação do *Fall TIPS*. Foram analisados dados de dois períodos, para comparação e discussão dos resultados. Estes dois períodos têm o mesmo espaço temporal (dois meses), o primeiro corresponde aos meses de novembro e dezembro de 2021, prévio à implementação do programa *Fall TIPS*, e o segundo corresponde ao período de implementação e monitorização do programa, de janeiro e fevereiro de 2022.

Ao caracterizar a população internada em ambos os períodos, verifica-se que a percentagem de homens internados é superior à das mulheres em ambos os períodos. Destaca-se que no período de implementação do *Fall TIPS*, a percentagem de pessoas

idosas internadas era de 75,0%, ou seja, superior comparativamente ao período anterior em 16,2% (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização da população internada

	novembro/dezembro	janeiro/fevereiro
Total de Pessoas Internadas (n)	337	384
Homens % (n)	64,1% (216)	64,3% (247)
Mulheres % (n)	35,9% (121)	35,7% (137)
Média de Idades	65,95	66,42
Idade ≥ 65	58,8% (198)	75,0% (289)

Integraram o programa *Fall* TIPS, um total de 46 pessoas, maioritariamente homens, com uma média de idades de 79,2 anos. A totalidade da amostra apresentava alto risco de queda, contudo 60,9% não tinham história prévia de queda. Contabilizou-se um total de dias de internamento de 543, com um tempo médio de internamento de 11,8 dias (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização da amostra que integrou o programa *Fall* TIPS

	% (n)
Amostra (n)	46
Homens	60,9% (28)
Mulheres	39,1% (18)
Média de Idades	79,2
Desvio padrão	8,1
Idade ≥ 65	100% (46)
História prévia de queda	
Sim	39,1% (18)
Não	60,9% (28)
Tempo médio de internamento (dias)	11,8
Desvio padrão	9,0
Total de dias de internamento	543

Da análise dos incidentes de queda, verifica-se a redução da taxa de incidência do número de quedas no segundo período. As quedas ocorreram maioritariamente em homens e em pessoas idosas. No período prévio à implementação do programa *Fall* TIPS, caíram maioritariamente pessoas com alto risco de queda (75%), contudo, verifica-se uma inversão no segundo período, com a maioria da ocorrência de quedas a incidir no grupo de pessoas, sem risco de queda (66,6%). Identificou-se um aumento de ocorrência de lesão, no período de janeiro/fevereiro (Tabela 4).

Tabela 4. Comparação dos incidentes de quedas nos períodos em análise.

	novembro/dezembro	janeiro/fevereiro
Taxa de incidência de queda	1,19 %	0,78 %
Nº total de quedas (n)	4	3
Homens	75,0% (3)	100% (3)
Mulheres	25,0% (1)	0% (0)
Total de quedas por idade:		
Idade ≥ 65	75,0% (3)	100% (3)
Idade < 65	25,0% (1)	0% (0)
Total de quedas por nível de risco (prévio à queda):		
Alto risco queda	75,0% (3)	33,3% (1)
Baixo risco queda	25,0% (1)	0% (0)
Sem risco queda	0% (0)	66,6% (2)
Ocorrência de lesão		
Sim	25,0% (1)	66,6% (2)
Não	75,0% (3)	33,3% (1)

No período de janeiro/fevereiro, ocorreram três episódios de queda em pessoas idosas, na sua totalidade homens. Destes incidentes, uma das pessoas estava incluída no programa *Fall TIPS* e as outras duas não. Realça-se ainda que as lesões decorrentes das quedas ocorreram no grupo de pessoas que não integravam o programa *Fall TIPS* (Tabela 5).

Tabela 5. Comparação dos incidentes de queda no período de janeiro/fevereiro, entre as pessoas que integraram ou não o *Fall TIPS*.

	janeiro/fevereiro	
	Com <i>Fall TIPS</i> (n)	Sem <i>Fall TIPS</i> (n)
Número de quedas (n)	1	2
Homens	1	2
Mulheres	0	0
Idade		
Idade ≥ 65	1	2
Idade < 65	0	0
Nível de risco (prévio à queda)		
Alto risco queda	1	-
Baixo risco queda	-	0
Sem risco queda	-	2
Ocorrência de lesão		
Sim	0	2
Não	1	0

No conjunto da análise dos indicadores de processo obtidos, conclui-se que a incidência de quedas no contexto foi mais elevada nas pessoas idosas, relativamente ao sexo é superior nos homens.

Com a implementação do programa *Fall TIPS*, verificou-se uma redução da incidência de quedas. Neste período, ocorreu igualmente a redução da incidência de quedas motivadas pelo ambiente físico. Constatou-se que o grupo com maior incidência de quedas passou a ser as pessoas sem risco de queda, contudo permanecem as pessoas idosas com a maior incidência de quedas. Apesar das limitações inerentes ao projeto, os dados obtidos neste contexto, possibilitam considerar que o programa *Fall TIPS* possa ser alargado a qualquer pessoa idosa, independentemente do seu risco de queda.

As pessoas idosas que integraram o programa *Fall TIPS*, evidenciavam motivação, confiança, sentindo-se ligadas e envolvidas no plano de cuidados e nas estratégias de prevenção de quedas.

Este programa representa um desafio para uma mudança de práticas para muitos enfermeiros, uma vez que devem envolver a pessoa e a família nas três etapas do processo. Com a implementação deste programa os autores afirmam ser vantajoso apoiar os enfermeiros nesta mudança de práticas, requerendo estratégias educativas sustentadas na evidência, monitorização contínua do processo, promoção de *feedback*, suporte entre os pares e liderança (Dykes et al., 2018).

No programa *Fall TIPS* foram identificadas algumas limitações que considero serem transversais a todo o projeto, algumas delas identificadas previamente, na construção da análise SWOT. Uma das limitações centra-se nas condicionantes relacionadas com a pandemia SARS-CoV-2, que implicaram restrições às visitas e permanência das famílias no acompanhamento dos seus familiares. O curto espaço temporal e consequentemente a obtenção de uma amostra reduzida limitada a um serviço, foram outras das limitações para a extrapolação dos resultados e conclusões obtidas.

Apesar de não ser possível afirmar de forma sustentada, dadas as limitações identificadas, os achados vão ao encontro dos resultados da autora Dykes et al. (2020) com a implementação do *Fall TIPS*, nomeadamente a redução de quedas e de ocorrência de lesão, o benefício no envolvimento da pessoa idosa no plano de prevenção de quedas.

É relevante a necessidade de informações sobre a aceitabilidade e viabilidade das intervenções, bem como, dos fatores que influenciam a implementação de projetos de

melhoria (Gough et al., 2017). Nesta perspetiva, realizou-se um questionário de avaliação do projeto (Apêndice XXIV), com a finalidade de obter as percepções e *feedback* da equipa multidisciplinar sobre o projeto implementado.

Para a obtenção das respostas, optou-se por utilizar duas metodologias distintas, questionário em suporte papel para a equipa de assistentes operacionais, assegurando o anonimato. Para a equipa de enfermagem, utilizou-se o mesmo questionário, mas as respostas foram obtidas utilizando a ferramenta digital GoogleForms.

De um total de 24 respostas recolhidas, das 27 possíveis, junto da equipa de enfermagem (88,9%), esta refere que ficou mais sensibilizada para a problemática das quedas, bem como mais desperta para a gestão do ambiente físico como estratégia de prevenção de quedas. Relativamente ao programa *Fall TIPS*, 83,3% consideram o *toolkit* extremamente útil/ muito útil (n=20), referindo não existir dificuldades na sua aplicação. Relativamente à sua interpretação 58,3% consideram-no muito fácil (n=14), no entanto, 4,2% respondeu que este não é nada fácil (n=1). No que se refere ao planeamento individualizado dos cuidados e à utilidade no envolvimento da pessoa idosa no plano de prevenção de quedas, foi considerado por 79,2% extremamente útil/ muito útil (n=19) (Apêndice XXV).

Relativamente à equipa de assistente operacionais (n=15), com adesão de respostas em 100%, obtiveram-se resultados muito semelhantes aos da equipa de enfermagem. Realça-se que na questão relativa à interpretação do *toolkit*, também um assistente operacional, considerou a ferramenta nada fácil de interpretar (Apêndice XXVI).

Estão descritos na literatura como aspetos facilitadores da implementação do programa *Fall TIPS*, a motivação da equipa, satisfação na participação pela pessoa e família, e facilidade de o integrar nas dinâmicas da equipa de saúde. Como barreiras identifica-se o risco de baixo compromisso na atualização dos planos, e obstinação consciente da pessoa internada em não cumprir as orientações do plano, por não querer incomodar a equipa de saúde (Carter et al., 2020).

Da minha percepção e reflexão, o *toolkit* é de fácil entendimento, pelo seu código de cores e imagens, mas o facto de este se apresentar escrito em inglês dificultou o processo de interpretação à equipa, pessoas e familiares. A equipa revelou-se motivada e envolveu-se no projeto, contudo a sobrecarga de trabalho, limitou a atualização do *toolkit*.

Considero que a elevada rotatividade de pessoas internadas no serviço, potenciou a dificuldade de adesão à atualização do *toolkit*.

No final deste estágio tive a oportunidade de ir ao Gabinete de Segurança do Doente (GSD) da instituição, com a finalidade de integrar e desenvolver competências no âmbito da cultura de qualidade e segurança. Justifico esta atividade, sustentado em Colon-Emeric et al. (2013), ao referir que enfermeiros líderes de programas na área de prevenção de quedas têm a responsabilidade, entre outras, de garantir a articulação com o gabinete de qualidade e segurança do hospital. Esta atividade teve uma duração de 25 horas, possibilitando conhecer os objetivos, dinâmicas e articulações do GSD com as equipas de saúde. A ida ao GSD foi integrada no final do percurso de estágio, porque à data, já havia sido implementado o programa *Fall TIPS*, possibilitando divulgar e partilhar resultados obtidos à equipa deste gabinete.

Esta experiência permitiu aprofundar conhecimentos e competências, integradas na intervenção da equipa de saúde, por forma a compreender estratégias para a deteção, prevenção e controlo de fatores de risco, desenvolvendo sistemas e dinâmicas de trabalho, práticas e instalações mais seguras. A intervenção na área da segurança abrange diferentes dimensões, nomeadamente, gestão de informação sobre quedas e sistema de relatos de incidentes.

Com a partilha dos resultados do projeto, a equipa do GSD descreveu o projeto como inovador e promissor, correspondendo aos objetivos e padrões do próprio GSD. Os elementos dessa equipa, propuseram alargar este projeto a outros serviços da instituição, contudo, será prudente manter o desenvolvimento deste projeto até ao final do ano, de forma a obter resultados mais robustos.

O GSD encontra-se a desenvolver um estudo, de avaliação de custo-benefício, sobre a utilização de meias antiderrapantes às pessoas internadas com alto risco de queda. Assim, em complementaridade ao projeto desenvolvido, foi proposto pelo GSD ao serviço onde realizei o estágio, e aceite pelo mesmo, integrar este estudo, estando previsto a disponibilização de meias antiderrapantes às pessoas que integram o programa *Fall TIPS*. O objetivo desta parceria visa avaliar a eficácia desta nova estratégia, em comparação com o uso dos chinelos disponibilizados pela instituição, visto que estes estão associados e identificados como um fator potenciador do risco de queda.

Neste estágio no GSD, fui desafiado a elaborar uma *newsletter* sobre as intervenções na gestão do ambiente físico, para a prevenção de quedas (Apêndice XXVII), divulgada na intranet da instituição em abril de 2022. Elaborou-se igualmente um cartaz ilustrativo (Apêndice XXVIII), complementando a informação presente na *newsletter*, para impressão, exposição e divulgação pelos diferentes serviços da instituição.

Ao longo do estágio procurei aprofundar conhecimentos na área da segurança da pessoa idosa na prevenção de quedas, pelo que participei em diversos momentos formativos, nomeadamente na formação “Queda do doente internado - partilha de experiências”, realizada a 29 de novembro de 2021 (Anexo IX). A 16 de dezembro participei no “VI Encontro - Histórias da Segurança do Doente” (Anexo X) e a 5 de fevereiro, frequentei o “Webinar: Quedas nos idosos”, organizado pela Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (Anexo XI). Todas estas formações contribuíram para a consecução dos objetivos e atividades realizadas em estágio.

A concretização de todas as atividades realizadas neste contexto de estágio, permitiram o desenvolvimento em estágio do projeto delineado, contribuindo para o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências.

Implementar este projeto, centrado na problemática das quedas na pessoa idosa, possibilitou demonstrar capacidade em aplicar conhecimentos e compreensão na resolução de problemas, nomeadamente, em lidar com questões complexas e desenvolver soluções (Decreto-Lei n.º 65/2018), sendo este percurso revelador do desenvolvimento de competências inerentes ao grau de mestre.

Ao revisitar este percurso, perceciono nesta trajetória o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista nos seus quatro domínios. Implementar, gerir e colaborar neste programa de melhoria contínua da qualidade, assegurando um papel dinamizador no desenvolvimento de estratégias e suporte de iniciativas, com destaque em assegurar um ambiente terapêutico e seguro, permite afirmar o desenvolvimento de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade (Regulamento n.º 140/2019).

Adaptar a liderança, otimizando a resposta da equipa e a gestão dos recursos, visando a garantia da qualidade dos cuidados, favorecendo a melhor resposta da equipa e das pessoas, potenciaram o desenvolvimento de competências no domínio da gestão dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019).

O investimento centrado na prática de cuidados seguros, respeitando os direitos humanos, liderando os processos de tomada de decisão e as responsabilidades profissionais, permitiram desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, enquanto pessoa e enfermeiro, concretizaram-se no desenvolvimento de competências nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

De igual modo reconheço o desenvolvimento de competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, maximizando o ambiente terapêutico ao envolver a pessoa e a família, intervindo como gestor de risco na promoção de um ambiente seguro e fomentando a cultura de segurança dos cuidados especializados (Regulamento n.º 429/2018).

O desenvolvimento de todas estas competências concretizam os achados de Cunha et al. (2019), que afirmam que a comunicação, liderança, formação, monitorização e suporte mútuo, são essenciais na gestão do risco de queda em pessoas idosas hospitalizadas.

De forma a aprofundar competências de liderança no desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência antimicrobianos (Regulamento n.º 429/2018), surgiu a possibilidade de realizar durante o estágio, 25 horas no grupo de coordenação local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA).

Esta equipa tem como missão, implementar uma abordagem estruturada multidisciplinar de prevenção e controlo de infeção associada a cuidados de saúde, nomeadamente adquirida durante o internamento hospitalar. Tive a oportunidade de reconhecer as estratégias de promoção de boas práticas a nível de precauções básicas do controle da infeção, e implementação de feixes de intervenção de suporte aos procedimentos e dispositivos invasivos. Este grupo PPCIRA desenvolve atividades de monitorização das práticas, recorrendo a auditorias, nomeadamente da higiene das mãos e utilização dos equipamentos de proteção individual. Promove a dinâmica dos grupos de dinamizadores dos serviços, e desenvolve ações de formação de prevenção de infeções junto dos profissionais e da comunidade.

A realização de todo o projeto encontra respostas no âmbito da profissão de enfermagem e nos seus documentos reguladores, como o código deontológico dos enfermeiros (Lei n. 156/2015). Este percurso concretiza e encontra o seu fundamento no artigo 110º da humanização dos cuidados, onde o enfermeiro assume o dever, previsto na alínea b) “contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (p.8080), assim como, no artigo 102º, dos valores humanos, assume o dever de, alínea c) “salvaguardar os direitos da pessoa idosa (...) com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida” (p.8079), e no artigo 109º, da excelência do exercício, assume o dever, alínea c) “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente” (p.8080).

Com a conclusão deste estágio, considero ter atingido os objetivos definidos para o mesmo, concorrendo simultaneamente ao meu desenvolvimento de competências.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegado ao final deste percurso, surge uma agradável compreensão de que consegui algo que durante algum tempo pareceu distante e difícil de concretizar. Das aprendizagens e experiências vivenciadas ao longo do mestrado, realço que o envelhecimento, revela-se um fenómeno crescente, com implicações na promoção e participação de todos os cidadãos, permitindo assegurar que as pessoas idosas tenham proteção, segurança e cuidados de saúde adequados.

A problemática das quedas, independentemente do seu contexto, é reconhecida pela evidência científica por continuar a ter um enorme impacto nas pessoas idosas e famílias. Realça-se os enfermeiros como elementos essenciais para aumentar a consciencialização sobre a segurança da pessoa idosa em instituições de saúde.

A conceção e implementação do projeto de intervenção que este relatório de estágio apresenta, encerra uma intervenção especializada de enfermagem à pessoa idosa na promoção da segurança para a prevenção de quedas.

Sustentado na evidência científica e na experiência profissional, este projeto identificou uma necessidade de intervenção em saúde e integrou ferramentas para a prática dos cuidados, promovendo nas equipas a adoção de boas práticas, com impacto na melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Evidencia-se a importância do trabalho multidisciplinar, considerando o cuidado centrado na pessoa e família, para potencializar o envolvimento dos mesmos no processo de cuidados, promovendo a sua autonomia e contribuindo para o envelhecimento ativo e a sua qualidade de vida.

Neste percurso mobilizou-se a prática reflexiva, que contribuiu para o desenvolvimento do pensamento crítico e julgamento clínico, na resolução de problemas e fundamentação da prática clínica, potenciando a mobilização de conhecimentos entre a prática e a teoria, tornando-se reveladora da proximidade existente entre estes dois domínios na disciplina de Enfermagem.

Enquanto futuro mestre e enfermeiro especialista, espero que oriente a prática alicerçada em competências avançadas, espelhando a visibilidade do cuidar em enfermagem na sua esfera holística, promovendo o cuidado centrado na pessoa, a dignidade, a satisfação e eficiência, de forma a garantir a segurança e a qualidade dos cuidados, numa perspetiva de enfermagem avançada.

Considero que este percurso, que se iniciou da prática, favorecendo a prática reflexiva, foi sustentado no conhecimento adquirido ao longo do curso de mestrado, culminando num motor de desenvolvimento para a reflexão na ação e sobre a ação. Esta reflexão, tornou-se um contributo para compreender o cuidar à luz da Teoria das Transições, colocando a teoria ao dispor da prática.

Tornou-se importante mobilizar este referencial teórico de enfermagem, para suportar a tomada de decisão na prática de cuidados, de forma a possibilitar afirmar que a prática se sustenta neste modelo, evidenciando-a como uma prática especializada de enfermagem.

Mais do que barreiras, as dificuldades e constrangimentos percecionados ao longo deste percurso, contribuiram para o meu crescimento pessoal e profissional, impulsionando o desenvolvimento de competências de mestre e enfermeiro especialista, concretizando os objetivos propostos com a realização do presente relatório.

Enquanto futuro mestre e enfermeiro especialista, centrado nas competências desenvolvidas neste percurso, procurarei no âmbito da problemática da prevenção de quedas na pessoa idosa, potenciar a intervenção do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa e contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, desenvolvendo programas que visem minimizar a magnitude do fenómeno estudado.

Perspetivo continuar a importar os robustos contributos deste percurso de desenvolvimento de competências para a prática diária de cuidados, continuando a sustentar-me na prática reflexiva, baseada na evidência, de forma a promover a qualidade dos cuidados, bem como fortalecer a enfermagem enquanto disciplina.

Termino este relatório, evidenciando que valorizo este percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, destacando que no cuidar, estará sempre presente o meu respeito pela dignidade da pessoa, nomeadamente da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto e Contexto de Enfermagem*, 14(3), 373-382.
- Almeida, R., Abreu, C., & Mendes, A. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: Contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência, III Série, (nº 2)*, 163-172. <https://doi.org/10.12707/riii1016>
- Baixinho, C., Dixe, M., & Henriques, M. A. (2017). Queda nas instituições de longa permanência para idosos: Validação de protocolo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 773-779. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=124636982&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
- Baixinho, C. R. S. L., Dixe, M. D. A. C. R., Madeira, C., Alves, S., & Henriques, M. A. (2020). Interobserver analysis of safety practices and behaviors adopted by elderly people to prevent falls. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, 1-8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3209.3268>
- Baixinho, C., & Dixe, M. dos A. (2015). Falls in institutions for older adults: Characterization of fall occurrences and associated risk factors. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 17(4). <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.xxxx>.
- Baixinho, C., & Dixe, M. dos A. (2017). Identification and information of fall risk factors at elderly admission in nursing homes. *Global Advanced Research Journal of Medicine and Medical Sciences*, 6 (6)(June), 131-136.
- Barbosa, K. T. F., Oliveira, F. M. R. L. de, & Fernandes, M. das G. M. (2019). Vulnerability of the elderly: A conceptual analysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(Suppl 2), 337-344. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0728>
- Barroso, R. (2000). Casos clínicos e relatos de caso: Um modo de reflectir a prática clínica. *Rev Port Clin Geral*, 16, 99-100.
- Canadian Nurses Association (2019). *Advanced Nursing Practice - A Pan-Canadian Framework*. Ottawa: CAN.
- Carter, E. J., Khasnabish, S., Adelman, J. S., Bogaisky, M., Lindros, M. E., Alfieri, L., Scanlan, M., Hurley, A., Duckworth, M., Shelley, A., Cato, K., Yu, S. P., Carroll, D. L., Jackson, E., Lipsitz, S., Bates, D. W., & Dykes, P. C. (2020). Adoption of a patient-tailored fall prevention program in academic health systems: A qualitative study of barriers and facilitators. *OBM Geriatrics*, 4(2), 1-15. <https://doi.org/10.21926/obm.geriater.2002119>
- Chick, N., & Meleis, A.I. (1986). Transitions: A nursing concern. In P.L. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology*, (pp. 237-257). Aspen Publication <https://repository.upenn.edu/nrs/9>
- Clavelle, J. T. (2018). Leveraging technology to increase patient and family engagement and improve outcomes. *Nursing Administration Quarterly*, 42(3), 246-253. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000301>
- Colon-Emeric, C. S., McConnell, E., Pinheiro, S. O., Corazzini, K., Porter, K., Earp, K. M.,

- Landerman, L., Beales, J., Lipscomb, J., Hancock, K., & Anderson, R. A. (2013). CONNECT for better fall prevention in nursing homes: Results from a pilot intervention study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(12), 2150–2159. <https://doi.org/10.1111/jgs.12550>
- Conner, M. (2004). *Learn more now: 10 simple steps to learning better, smarter & faster*. New Jersey: Wiley. https://books.google.pt/books?hl=en&lr=&id=l6W9Vm46EsoC&oi=fnd&pg=PR7&ots=O1Dlch07f6&sig=hlf18dtWdBEMABeFnSqCk8yvfr&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Cooney, A. (1999). Reflection demystified: Answering some common questions. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 8(22), 1530–1534. <https://doi.org/10.12968/bjon.1999.8.22.6429>
- Costa-Dias, M., Ferreira, P., & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da escala de quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série(Nº 2)*, 7–17. <https://doi.org/10.12707/riii1382>
- Costa-Dias, M., Oliveira, A., Moreira, C., Santos, A., Martins, T., & Araújo, F. (2013). Quedas dos doentes internados em serviços hospitalares, associação com os grupos terapêuticos. *Revista de Enfermagem Referência, III Série(nº 9)*, 105–114. <https://doi.org/10.12707/riii12142>
- Cunha, L. F. C. da, Baixinho, C. L., & Henriques, M. A. (2019). Preventing falls in hospitalized elderly: Design and validation of a team intervention. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 53, 1–7. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018031803479>
- Cunha, L.F.C. da, Baixinho, C. L., Henriques, M.A., Sousa, L. M. M., & Dixe, M. A. (2021). Evaluación de eficacia de una intervención en el equipo para prevenir caídas del anciano hospitalizado. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 55, e03695. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019031403695>
- Curtis, M., Fry, M., Shaban, R. Z. & Considine, J. (2017). Translating research findings to clinical nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 26(5-6), 862-872. doi: 10.1111/jocn.13586
- Dahlke, S. A., Hunter, K. F., & Negrin, K. (2019). Nursing practice with hospitalised older people: Safety and harm. *International Journal of Older People Nursing*, 14(1), 1–16. <https://doi.org/10.1111/opn.12220>
- Davies, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 658–671. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03637.x>
- Decreto-Lei n.º 65/2018. Presidência do Conselho de Ministros. (2018). Diário da República n.º 157/2018, 1ª Série. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- De La Cuesta-Benjumea, C., Lidón-Cerezuela, B., Abad-Corpa, E., Meseguer-Liza, C., & Arredondo-González, C. P. (2021). Managing and keeping control: A qualitative synthesis of nursing and care staff strategies to prevent older people from falling. *Journal of Advanced Nursing*, 77(7), 3008–3019. <https://doi.org/10.1111/jan.14794>

- Despacho n.º 1400-A/2015. Ministério da Saúde. (2015). Diário da República n.º 28/2015, 2.ª série 3882(2) (2015). <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/66463212/details/maximized?serie=II&drelid=66463210%5Cnhttps://dre.pt/aplication/file/66457154>
- Despacho n.º 9390/2021. Ministério da Saúde. (2021). Diário da República n.º 187/2021, 2.ª série, 96-103. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- DGS. (2017). Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável - 2017-2025. *Direção Geral Da Saúde*, 52. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- DGS. (2019). Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares. *Orientação Da Direção Geral de Saúde*, 008/2019, 1–20. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019.aspx>
- Dossey, B.M.; Keegan, L. & Guzzetta, C. (2005). *AHNA Pocket guide of holistic nursing*. Publisher.
- Dykes, P., Adelman, J., Adkison, L., Bogasiky, M., Carrol, D., & Carter, E. et al. (2018). Preventing falls: Preventing falls in hospitalized patients. *American Nurse Today*, 13(9), 8–13. <https://www.americannursetoday.com/wp-content/uploads/2018/09/ant9-CE-Fall-Tips-822.pdf>
- Dykes, P. C., Adelman, J. S., Alfieri, L., Bogaisky, M., Carroll, D., Carter, E., Duckworth, M., Erickson, J. R. I., Flaherty, L. M., Hurley, A. C., Jackson, E., Khasnabish, S., Lindros, M. E., Manzano, W., Scanlan, M., & Spivack, L. B. (2019). The Fall TIPS (Tailoring Interventions for Patient Safety) Program: A collaboration to end the persistent problem of patient falls. *Nurse Leader*, 17(4), 365–370. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2018.11.006>
- Dykes, P. C., Burns, Z., Adelman, J., Benneyan, J., Bogaisky, M., Carter, E., Ergai, A., Lindros, M. E., Lipsitz, S. R., Scanlan, M., Shaykevich, S., & Bates, D. W. (2020). Evaluation of a patient-centered fall-prevention tool kit to reduce falls and injuries: A nonrandomized controlled trial. *JAMA Network Open*, 3(11), e2025889. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.25889>
- Enderlin, C. A., McLeskey, N., Rooker, J. L., Steinhauser, C., D'Avolio, D., Gusewelle, R., & Ennen, K. A. (2013). Review of current conceptual models and frameworks to guide transitions of care in older adults. *Geriatric Nursing*, 34(1), 47–52. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2012.08.003>
- Francis-Coad, J., Hang, J. A., Etherton-Bear, C., Ellis, A., & Hill, A. M. (2019). Evaluation of care staff knowledge, confidence, motivation and opportunity for preventing falls in residential aged care settings: A cross-sectional survey. *International Journal of Older People Nursing*, 14(2), 1–11. <https://doi.org/10.1111/opn.12224>
- Gough, D., Oliver, S., & Thomas, J. (2017). Introducing systematic reviews. In D. Gough, S. Oliver, & J. Thomas (Ed.), *An introduction to systematic reviews*, (2nd ed.). Sage
- Guimarães, A. R. C., Teles, M. I. P., Fernandes, S. A. R., Ferreira, Ó., & Baixinho, C. L. (2019). Transição segura hospital - comunidade: Algoritmo para a prevenção de quedas na

- peessoa idosa. *Revista de Enfermería Basada En La Evidencia*, 16, 1–9. Acedido a 08/07/2021. Disponível em: <http://ciberindex.com/c/ev/e11649pt>
- Hibbard, J. H., & Greene, J. (2013). What the evidence shows about patient activation: Better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Affairs*, 32(2), 207–214. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1061>
- Houry, D., Florence, C., Baldwin, G., Stevens, J., & McClure, R. (2016). The CDC Injury Center's Response to the Growing Public Health Problem of Falls Among Older Adults. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 10(1), 74–77. <https://doi.org/10.1177/1559827615600137>
- ICN. (2012). Combater a desigualdade: da evidência à ação. In *Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-português_vfinal_correto.pdf
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). Censos 2021 - Divulgação dos resultados provisórios. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=526271534&DESTAQUESmodo=2
- Kanak, M. F., Titler, M., Shever, L., Fei, Q., Dochterman, J., & Picone, D. M. (2008). The effects of hospitalization on multiple units. *Applied Nursing Research*, 21(1), 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2006.07.001>
- Klenowski, V., Askew, S., & Carnell, E. (2006). Portfolios for learning, assessment and professional development in higher education. *Assessment and Evaluation in Higher Education*, 31(3), 267–286. <https://doi.org/10.1080/02602930500352816>
- Kundakçi, A. G., Yılmaz, M., & Sözmen, M. K. (2020). Determination of the costs of falls in the older people according to the decision tree model. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 87(February 2019). <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.104007>
- Lei n.º 156/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República 1ª Série, n.º 181. <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Leite, E.; Malpique, M. & Santos, M. R. (2001). *Trabalho de projecto: Aprender por projectos centrados em problemas*. (4ª ed.). Edições Afrontamento.
- Marcelo, C. (2009). Desenvolvimento profissional docente: Passado e futuro. *Revista de Ciências da Educação*, 8, 7-22. <http://sisifo.ie.ulisboa.pt/index.php/sisifo/article/view/130/217>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. ., Im, E.-O., Hilfinger-Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12–28.
- Meleis, A. I., Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259.
- Meyer, C., Renehan, E., Batchelor, F., Said, C., Haines, T., Elliott, R., & Goeman, D. (2018). "Falls not a priority": Insights on discharging older people, admitted to hospital for a fall, back to the community. *Australian Journal of Primary Health*, 24(1), 66–73. <https://doi.org/10.1071/PY17052>

- Morse, J.M. (2009). *Preventing patients falls: Establishing a fall intervention program*. (2ª edição). Springer.
- Naylor, M., & Keating, S. A. (2008). Transitional care: Moving patients from one care setting to another. *American Journal of Nursing*, 108(9 SUPPL.), 58–63. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336420.34946.3a>
- OCDE (2018). Measuring patient safety opening the black box. Acedido em 21-05-2021. Disponível em: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Measuring-Patient-Safety-April-2018.pdf>
- Olímpio, J., Araújo, J., Pitombeira, D., Enders, B., Sonenberg, A., & Vítor, A. (2018). Prática avançada de enfermagem: Uma análise conceptual. *Acta Paulista de Enfermagem*. 31 (6), 674-680.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Modelo de desenvolvimento pessoal - Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. OE.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2017). Preventing falls and reducing injury from falls. In *Registered Nurses' Association of Ontario* (4ª edição, Issue September).
- Regulamento n.º 429/2018, da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República, 2.ª Série, n.º 135/2018, 19359-19370. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Regulamento n.º 140/ 2019, da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República, 2.ª Série n.º 26/2019, 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Romão, A. L., & Nunes, S. (2018). Quedas em internamento hospitalar-causas, consequências e custos: Estudo de caso numa unidade hospitalar de Lisboa. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(1), 1–8. <https://doi.org/10.1159/000488073>
- Rubenstein, L. Z. & Stuck, A. E. (2012). Multidimensional geriatric assesement. In A. J. Sinclair, J. E. Morley, B. Vellas (Eds.), *Principles and practice of geriatric medicine* (5th ed., 1377-1386). John Willey & Sons.
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1–38. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. & McCormack B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Nursing and Health Care Management and Policy*, 47(1), 81-90. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x.
- Sampaio, F., Nogueira, P., Ascencao, R., Henriques, A., & Costa, A. (2021). The epidemiology of falls in Portugal: An analysis of hospital admission data. *PLoS ONE*, 16(12 December), 1–10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261456>
- Santos, S. S. C. (2010). Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 1035–1039. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600025>
- Saraiva, D., Louro, I., Ferreira, L., Batista, P. & Pina S. (2008). Quedas: Indicador de qualidade assistencial. *Nursing*. 235, 28-35.

- Schumacher, K. L., Jones, P. S., & Meleis, A. I. (1999). Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. *Life Transitions in the Older Adult: Issues for Nurses and Other Health Professionals.*, May 2014, 1–26. <http://repository.upenn.edu/nrs><http://repository.upenn.edu/nrs/10>
- Son, Y. J., & You, M. A. (2015). Transitional care for older adults with chronic illnesses as a vulnerable population: Theoretical framework and future directions in nursing. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 45(6), 919–927. <https://doi.org/10.4040/jkan.2015.45.6.919>
- Stockwell-Smith, G., Adeleye, A., Chaboyer, W., Cooke, M., Phelan, M., Todd, J. Anne, & Grealish, L. (2020). Interventions to prevent in-hospital falls in older people with cognitive impairment for further research: A mixed studies review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(17–18), 3445–3460. <https://doi.org/10.1111/jocn.15383>
- Valipoor, S., Pati, D., Kazem-Zadeh, M., Mihandoust, S., & Mohammadigorji, S. (2020). Falls in older adults: A systematic review of literature on interior-scale elements of the built environment. *Journal of Aging and Environment*, 34(4), 351–374. <https://doi.org/10.1080/02763893.2019.1683672>
- While, A. E. (2020). Falls and older people: Understanding why people fall. *British Journal of Community Nursing*, 25(4), 173–177. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.4.173>
- WHO. (2005). *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde* (Organização Pan-Americana da Saúde. (ed.)).
- WHO. (2011). Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente. *Relatório Técnico Final*, 142.
- WHO. (2021). *Strategies for preventing and managing falls across the life-course*.

APÊNDICES

Apêndice I

Diagnóstico de situação ERPI

Diagnóstico de situação ERPI

De forma a obter informação necessária para a elaboração do projeto de estágio, foram definidos no presente guião um conjunto de atividades a realizar nas idas aos contextos [REDACTED]. O presente guião tem como objetivo recolher dados para realizar o diagnóstico de situação. Serão identificadas problemáticas, que contribuirão para a formulação de atividades a desenvolver posteriormente em estágio.

Objetivo	Atividades	Questões	Dados / Resultados
Conhecer o contexto institucional	Apresentar-me à equipa; Reunião com a Enfermeira chefe; Caracterização da instituição; Realização de visita guiada à instituição;	Ano de fundação da ERPI? Qual a história da instituição? Quais os objetivos da ERPI? Quais os serviços prestados? Atividades desenvolvidas? Que valências existem (internamento/ambatório)? Qual a lotação da ERPI?	Ano: [REDACTED] A ERPI foi criada pela paróquia [REDACTED] mas posteriormente não tinham verba para concluir a obra, pelo que criou uma parceria com [REDACTED], e esta terminou a construção da mesma (3 a 4 vagas da instituição são geridas pela paróquia). Objetivos: Serviços: cuidados de saúde e residenciais. Atividades: para além dos cuidados residenciais têm apoio domiciliário por uma equipa externa à ERPI. 60 idosos

		Qual a estrutura da ERPI? Qual o horário de visitas?	3 pisos Agendadas por marcação, a realizar no período da tarde.
Caracterizar a população residente na ERPI	Reunião com a Enfermeira chefe; Reunião com o Enfermeiro orientador; Caracterização da população idosa que reside na instituição;	Número de pessoas idosas? Distribuição por sexo? Média de idades? Níveis de dependência? Alterações mobilidade? Incidência de uso de auxiliares de marcha? Quais? Alterações visuais? Estado mental: demência, confusão, desorientação? História de dor? História de quedas?	n.º: 60 Homens 16 Mulheres 44 Idades: média de 85 anos Recurso à Escala de Barthel. 29 utentes (48%) com dependência total; 5 utentes (8%) dependência grave; 8 utentes (13%) dependência moderado; 15 utentes (25%) grau leve; 3 utentes (5%) totalmente independentes. Sim, não caracterizados. Sim, vários. Todos. Sim, não caracterizados. Sim, doença mental 22 utentes (36%); demência 26 utentes (43%); 5 utentes têm em comum doença mental e demência (equivale a 43 utentes com doença mental ou demência, ou ambas). Sim, referem impossibilidade de caracterizar. Sim, adjetivam como sendo frequentes.

		<p>Incidência de feridas/UPP?</p> <p>Polimedicados?</p> <p>Suporte familiar?</p>	<p>Baixa incidência, não especificado.</p> <p>Sim. (Utentes sob terapêutica ACO, diuréticos, ansiolíticos, antihipertensores, antidepressivos e vitamina D.</p> <p>Variável (existência de utentes com e sem suporte familiar).</p>
<p>Caracterizar a equipa interdisciplinar da ERPI</p>	<p>Reunião com a Enfermeira Chefe; Reunião com o Enfermeiro orientador;</p>	<p>Quais os grupos profissionais que integram a equipa interdisciplinar?</p> <p>Quantos enfermeiros por turno? Quantos AO por turno?</p>	<p>n.º enfermeiros: 10 [REDACTED].</p> <p>Enfermeiros especialistas: 1 [REDACTED]</p> <p>n.º AO: cerca de 40 (elevada rotatividade)</p> <p>Outros grupos profissionais: 1 terapeuta ocupacional, 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 fisioterapeuta (2x semana), 1 massagista (voluntário), 1 médico psiquiatra, 1 médico de medicina interna.</p> <p>Enf./turno: 2 M; 2 T; 1 N; AO/turno: 8 M; 6 T; 3 N;</p>
<p>Caracterizar a abordagem da instituição na área das quedas na pessoa idosa</p>	<p>Reunião com a Enfermeira Chefe; Reunião com o Enfermeiro orientador; Identificação da existência de procedimentos/protocolos de intervenção na área das quedas;</p>	<p>Existem protocolos / procedimentos na temática das quedas?</p> <p>Qual a perceção da equipa interdisciplinar para a problemática das quedas?</p>	<p>Não existem.</p> <p>Reduzida quer nos enfermeiros, quer nos AO.</p>

	<p>Caracterização da formação na área das quedas;</p> <p>Caracterização da avaliação do risco de queda;</p> <p>Caracterização da monitorização dos eventos de queda;</p>	<p>Existe formação nesta área? Qual a periodicidade? A formação envolve toda a equipa interdisciplinar? Quais as necessidades formativas da equipa, na área das quedas?</p> <p>É efetuada avaliação do risco de queda?</p> <p>É usada alguma escala? Qual a metodologia de avaliação?</p> <p>Existe avaliação multifatorial da pessoa idosa para a prevenção de quedas?</p> <p>Se sim, como são efetuados esses registos?</p> <p>Existe registo de incidentes de quedas?</p>	<p>Não ∅ ∅</p> <p>As necessidades são elevadas, referindo que a equipa desvaloriza as quedas e toda a sua problemática.</p> <p>Sim, uma vez ano para elaboração do relatório de atividades de enfermagem.</p> <p>Sim. Escala de Morse. Dados de 2020: 43,9 % utentes têm ARQ; 52,9% utentes têm BRQ e 3,2% sem RQ.</p> <p>Não.</p> <p>∅</p> <p>Não. Apenas existe um ficheiro informático, que possibilita somente a contabilização do somatório mensal do número de quedas</p>
--	--	--	---

	<p>Consulta de relatórios institucionais na área das quedas;</p> <p>Caracterização das quedas na instituição;</p>	<p>Existe algum elo de ligação das quedas?</p> <p>Existe recolha e análise de dados relativos aos incidentes de queda na instituição?</p> <p>É possível consultar os relatórios/dados (se existirem)?</p> <p>Qual a incidência de quedas?</p> <p>Quais as principais causas de quedas? Quais os motivos das quedas?</p> <p>Decorrente das quedas ocorreram danos?</p>	<p>dos utentes (fazem referência à elevada falha no cumprimento desse registo).</p> <p>Não.</p> <p>Não (sem base de dados para registo de incidentes).</p> <p>Sim e foram consultados os relatórios de atividades dos últimos dois anos.</p> <p>Em 2019, estão contabilizadas 59 quedas. Em 2020, 29 (referem que estes dados estão subvalorizados). Há referência a um elevado número de quedas que não foram contabilizadas.</p> <p>Referem o desequilíbrio, inadequada imobilização dos utentes, altura da cama inapropriada.</p> <p>Sim. Fraturas, TCE, esfacelos, morte (impossível quantificar e caracterizar). Do número total de encaminhamento para o serviço de urgência, 40% destes ocorreram na sequência de queda.</p>
--	---	---	---

	<p>Caracterização das linhas orientadoras da instituição sobre a gestão do ambiente físico;</p> <p>Observação do ambiente físico da instituição, relacionado com a prevenção de quedas;</p> <p>Identificação de áreas com necessidade de melhoria na temática das quedas;</p>	<p>Qual a gravidade das lesões? Outras questões: Localização? Turno? São presenciadas? ...</p> <p>Existem linhas orientadoras na gestão do ambiente físico?</p> <p>Existe periodicidade? Quem realiza essa monitorização</p> <p>Observação do ambiente físico</p> <p>Considera que existe áreas com necessidade de melhoria na temática das quedas? Quais?</p>	<p>Referem algumas com gravidade elevada.</p> <p>Quarto e WC. Tarde e Noite. Metade não devem ser presenciadas.</p> <p>Não. Quando identificam alguma alteração, procuram intervir na causa.</p> <p>∅ ∅</p> <p>Existem luzes de presença, diurna e noturna, existem sistemas de chamada individuais nos quartos e WC. Piso regular, sem aparente risco de escorregar. Ausência de corrimões e barras de apoio, apenas junto às sanitas. Escadaria entre pisos, mas existem 2 elevadores. Ausência de tapetes e outros obstáculos. Observei utentes com calçado inapropriado.</p> <p>Sim. Prevenção de quedas e gestão do ambiente físico.</p>
--	---	--	---

	<p>Caracterização do possível plano de prevenção de quedas;</p> <p>Identificação da participação da pessoa idosa e família no planeamento de intervenções de prevenção de quedas;</p>	<p>Existe um plano de prevenção de quedas para as pessoas? Se sim, este é personalizado, ou padronizado? Quais as áreas de intervenção? Este plano, envolve a equipa interdisciplinar?</p> <p>Existe participação da pessoa idosa e família no planeamento de intervenções de prevenção de quedas? Como?</p>	<p>Não.</p> <p>∅</p> <p>∅</p> <p>∅</p> <p>Não.</p> <p>∅</p>
<p>Identificar outras áreas no âmbito da intervenção do enfermeiro especialista médico-cirúrgico na pessoa idosa</p>	<p>Consulta de protocolos e procedimentos da instituição;</p> <p>Identificação de protocolos na área do controlo de infeção, dor e gestão de feridas, ...</p>	<p>Possíveis áreas e necessidades a explorar:</p> <p>gestão da dor; controlo de infeção; SARS-Cov2 gestão de feridas; administração de terapêutica; comunicação; gestão do sono e repouso;</p>	<p>Existência de protocolos de administração de terapêutica SOS em diferentes áreas (dor, HTA, hipotensão, diarreia, náuseas e vômitos, hipo e hiperglicemia, hipertermia e hipóxia).</p> <p>Referem diferentes necessidades interventivas e formativas nomeadamente na gestão da dor, onde pretendem implementar a escala Doloplus; controlo de infeção; comunicação interdisciplinar e com os utentes; promoção do sono (ausência de protocolos); Na área das feridas têm um elo de ligação com formação específica;</p>

	<p>Caracterização da estratégia de promoção do envelhecimento ativo na instituição;</p> <p>Identificação de outras necessidades formativas da equipa interdisciplinar;</p>	<p>Que estratégias/atividades desenvolvem no âmbito da promoção do envelhecimento ativo?</p> <p>Identifica outras necessidades formativas ou de intervenção?</p>	<p>Sem protocolos específicos na área do SARS-Cov2, seguindo as orientações da DGS.</p> <p>Atividades desenvolvidas com os utentes mais independentes, contudo não são desenvolvidas atividades com os restantes utentes.</p> <p>Comunicação; Gestão de conflitos;</p>
--	--	--	--

RESUMO DO DIAGNOSTICO DE SITUAÇÃO – ERPI

Das idas a campo, foi possível realizar um diagnóstico da situação relativo à ERPI, apresentando em seguida os principais dados recolhidos:

- Média de idades dos utentes elevada (85 anos);
- Percentagem de utentes com elevados níveis de dependência (superior a 50%);
- Elevada prevalência de utentes com doença mental e/ou demência (72%);
- Pessoas idosas na sua totalidade polimedicadas, com fármacos associados ao aumento do risco de queda e consequências das mesmas;
- Fraca promoção de estratégias promotoras de envelhecimento ativo;
- Ausência de envolvimento da pessoa idosa no plano de intervenções;
- Ambiente físico adequado, apenas realça-se a ausência de corrimões nos corredores e barras de apoio nos chuveiros;
- Avaliação do risco de quedas reduzida a um momento anual, com o objetivo da elaboração do relatório de atividades;
- Ausência de avaliação multifatorial na área das quedas;
- Ausência de registo de incidentes para análise dos mesmos;
- Dados do número de quedas subvalorizados, não traduzindo o número real de quedas e lesões;
- 40% dos encaminhamentos realizados ao serviço de urgência são motivados por quedas;
- Relatos de danos graves decorrentes de quedas não caracterizados;
- Reduzida perceção da equipa interdisciplinar para a problemática das quedas (identificada pelos próprios);
- Ausência de formação na área da prevenção de quedas.

Com a análise dos dados e integrando a evidência científica mobilizada no meu enquadramento teórico, torna-se relevante a necessidade de intervenção no âmbito da prevenção de quedas da pessoa idosa, justificando-se assim a realização do meu estágio nesta ERPI.

Considero pertinente a implementação do meu projeto neste contexto, presumindo que este me proporcionará diferentes vivências para o meu desenvolvimento de competências.

Apêndice II

Diagnóstico de situação do serviço de internamento hospitalar

Diagnóstico de situação do serviço de internamento hospitalar

Objetivo	Atividades	Questões	Dados / Resultados
Caracterizar o serviço	Reunião com a Enfermeira chefe; Caracterização do serviço;	Que valências existem (internamento/ambulatório)? Qual a lotação do serviço? Qual a estrutura do serviço?	Internamento e Ambulatório Lotação de 40 Camas (internamento) + Lotação de 6 (ambulatório) Hospital de dia com 4 cadeirões e 2 camas Internamento Mulheres: 17 camas Internamento Homens: 23camas
Caracterizar a população admitida no serviço	Reunião com a Enfermeira chefe; Caracterização da população admitida no serviço;	Número de pessoas admitidas no último ano? Distribuição por sexo? Média de idades? Pessoas admitidas com idade superior a 65 anos? Tempo médio internamento?	n.º: 2020 Homens: 64% Mulheres: 36% Idades: 65,95 58,9% Dias: não foi possível obter este dado
Caracterizar a equipa interdisciplinar do serviço	Reunião com a Enfermeira Chefe;	Quais os grupos profissionais que integram a equipa interdisciplinar?	n.º enfermeiros: 31 Enfermeiros especialistas: 8 n.º AO: 17 Outros grupos profissionais: Cardiologistas, Dietista, Assistente social, Fisiatra e Fisioterapeuta, Técnicos de Cardiopneumologia, outros...

		Quantos enfermeiros por turno? Quantos AO por turno?	Enf./turno: M-7 / T-5 /N-3 AO/turno: M-5/T-3/ N-2
Caracterizar a abordagem do serviço/instituição na área das quedas	<p>Reunião com a Enfermeira Chefe;</p> <p>Reunião com os elos de ligação do serviço, na área das quedas;</p> <p>Identificação da existência de procedimentos/protocolos de intervenção na área das quedas;</p> <p>Caracterização da formação na área das quedas;</p>	<p>Existem protocolos / procedimentos na temática das quedas?</p> <p>Qual a perceção da equipa interdisciplinar para a problemática das quedas?</p> <p>Existe formação nesta área? Qual a periodicidade?</p> <p>A formação envolve toda a equipa interdisciplinar?</p>	<p>Sim</p> <p>A equipa de Enfermagem encontra-se mais desperta para esta problemática, contudo não na sua totalidade (sendo os mais despertos os elos de ligação do serviço). Da equipa Médica, Assistentes Operacionais e técnicos de saúde existe uma reduzida perceção da mesma.</p> <p>Sim, do centro de formação central. Não tem periodicidade, nem obrigatoriedade de presença. Cada profissional faz o seu agendamento de formações, apesar de existir a formação de prevenção e registo de quedas de carácter mandatário.</p> <p>Sim, mas existe baixa adesão de toda a equipa de saúde. Sendo os enfermeiros os que apresentam uma maior adesão, comparativamente aos restantes grupos profissionais.</p>

	<p>Caracterização da avaliação do risco de queda;</p>	<p>Quais as necessidades formativas da equipa, na área das quedas?</p> <p>É efetuada avaliação do risco de queda? É usada alguma escala? Qual a metodologia de avaliação?</p>	<p>A equipa enfermagem manifesta necessidades formativas nesta área (dando exemplos de gestão do ambiente físico, prevenção de quedas, registos), o mesmo acontece com a equipa de Assistentes Operacionais que também revelam sentir necessidades formativas em todos os domínios. Considerando que as necessidades são elevadas, referindo que a maioria da equipa desvaloriza as quedas e toda a sua problemática.</p> <p>Sim Escala de Morse</p> <p>Através de registo informático (Sclinic) no próprio processo clínico individualizado para cada utente. É realizada a primeira avaliação na admissão, e efetuada posteriormente com uma periodicidade de 7/7dias.</p>
--	---	---	---

	<p>Caracterização da monitorização dos eventos de queda;</p> <p>Consulta e análise de relatórios institucionais na área das quedas; <i>visando a</i></p> <p>Caracterização das quedas no serviço;</p>	<p>Existe avaliação multifatorial da pessoa idosa para a prevenção de quedas? Se sim, como são efetuados esses registos?</p> <p>Existe registo de incidentes de quedas?</p> <p>Existe recolha e análise de dados relativos aos incidentes de queda no serviço?</p> <p>Qual a incidência de quedas?</p> <p>Qual a incidência de quedas em pessoas idosas (acima dos 65anos)?</p>	<p>Não</p> <p>∅</p> <p>Sim (contudo o mesmo é apenas efetuado por enfermeiros, não existindo uma adesão de 100% para toda a equipa de enfermagem).</p> <p>Sim</p> <p>Em 2017- 43 Quedas; 2018- 27 Quedas; 2019 – 34 Quedas; 2020 – 23- Quedas; contudo, podem ter ocorrido quedas que não foram notificadas por nenhum profissional, e além disso á a referir que a redução do número absoluto de quedas no ano de 2020, possa estar relacionado com a pandemia.</p> <p>Em 2017 das 43 Quedas, 35 ocorreram em pessoas idosas; Em 2018 das 27 quedas, 22 ocorreram em Pessoas Idosas; Em 2019 das 34 Quedas, 32 Ocorreram em pessoas idosas e em 2020 das 23 Quedas, 17</p>
--	---	---	---

		<p>Decorrente das quedas ocorreram danos/lesão?</p> <p>Qual a gravidade das lesões?</p> <p>Outras questões: Tipo de dano?</p>	<p><u>Em 2020</u>: 40% Estado de saúde, 40% fatores ambientais e 20% outros motivos. <u>Nota</u>: nos outros motivos estão incluídos: a sonolência (durante o sono); levante sem supervisão e o desconhecido.</p> <p><u>Em 2017</u>, 29% de ocorrência de lesão; <u>2018</u>, 37% de ocorrência de lesão; <u>2019</u>, 41% de ocorrência de lesão e <u>2020</u>, 35% de ocorrência de lesão.</p> <p><u>Em 2017</u>: 50% Nenhum, 38% Ligeiro e 12% Moderado; <u>Em 2018</u>: 41% Nenhum, 55% Ligeiro e 4% Moderado; <u>Em 2019</u>: 60% Ligeiro, 20% ligeiro e 20% Moderado; <u>Em 2020</u>: 57% Nenhum, 39% Ligeiro e 4% Moderado; (esta avaliação é efetuada apos a ocorrência de queda, as consequências mais graves surgiram apos esse registo)</p> <p><u>Em 2017</u>: 82 % Físicos (escoriações, hematoma, tumefação, fraturas, contusão) e 18% Psicológico.</p>
--	--	---	--

	<p>Caracterização do ambiente físico do serviço</p>	<p>Existem linhas orientadoras na gestão do ambiente físico?</p>	<p>Existem Normas de avaliação, contudo as mesmas não são realizadas</p>
		<p>Turno em que ocorrem quedas?</p> <p>Incidência por Sexo?</p>	<p><u>Em 2018:</u> 92% Físicos (escoriações, erosão dos tecidos, hematoma, laceração, tumefação, fraturas) e 8% Psicológico. <u>Em 2019:</u> 70% físicos (escoriações, hematomas, erosão dos tecidos, fraturas, TCE, contusão, laceração, tumefação e morte) e 30% Psicológicos <u>Em 2020:</u> 73% físicos (escoriações, hematomas, erosão dos tecidos, contusão e laceração) e 27% Psicológicos</p> <p><u>Em 2017:</u> sem dados <u>Em 2018:</u> 48% Manhã, 41% Noite e 11% Tarde. <u>Em 2019:</u> 35% Manhã, 35% Noite e 30% Tarde. <u>Em 2020:</u> 48% Noite, 39% Manhã e 13% Tarde.</p> <p>Em 2017: 60% Masculino e 40% Feminino; Em 2018: 63% Masculino e 37% Feminino; Em 2019: 65% Masculino e 35% Feminino; Em 2020: 70% Masculino e 30% Feminino;</p>

	<p>Caracterização das linhas orientadoras da instituição sobre a gestão do ambiente físico;</p> <p>Identificação de áreas com necessidade de melhoria na temática das quedas;</p> <p>Caracterização do possível plano de prevenção de quedas;</p> <p>Identificação da participação da pessoa e família no planeamento de intervenções de prevenção de quedas;</p>	<p>Existe periodicidade? Quem realiza essa monitorização</p> <p>Considera que existe áreas com necessidade de melhoria na temática das quedas? Quais?</p> <p>Existe um plano de prevenção de quedas para as pessoas?</p> <p>Se sim, este é personalizado, ou padronizado?</p> <p>Quais as áreas de intervenção?</p> <p>Este plano, envolve a equipa interdisciplinar?</p> <p>Existe participação da pessoa idosa e família no planeamento</p>	<p>∅ ∅</p> <p>Sim, em diferentes dimensões: Gestão do ambiente físico, prevenção de quedas, registos e planos de intervenção na prevenção de quedas.</p> <p>Sim</p> <p>Padronizado pelos diferentes tipos de risco de risco de queda (sem risco, baixo risco e alto risco- escala de morse).</p> <p>Avaliação do risco e otimização do ambiente físico.</p> <p>Não</p>
--	---	---	--

	<p>Descrição de políticas institucionais, na promoção de um ambiente seguro;</p>	<p>de intervenções de prevenção de quedas? Como?</p> <p>Existem políticas institucionais, na promoção de um ambiente seguro?</p>	<p>Não ∅</p> <p>Sim: <input type="text"/></p> <input type="text"/>
--	--	--	--

RESUMO DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO HOSPITAL

- Ambiente físico inadequado;
- Elevado número de pessoas idosas internadas;
- Serviço com elevado número de incidentes relacionados com quedas;
- Maioria das quedas com incidência em pessoas idosas;
- Aumento do número de quedas relacionadas com fatores ambientais;
- Ocorrência de lesão em 35% da totalidade das quedas;
- Registos de lesões graves e mesmo mortes, decorrentes de quedas;
- Reduzido envolvimento da pessoa e família no plano de cuidados;
- Reduzido envolvimento de toda a equipa transdisciplinar na prevenção de quedas;
- Ausência de plano de prevenção de quedas individualizado e personalizado;
- Ausência de avaliação multifatorial da pessoa idosa com risco de queda;
- Elevado número de pessoas sob ACO, antihipertensores, vasodilatadores e diuréticos;
- Identificadas necessidades formativas na área das quedas;

Apêndice III

Planeamento do projeto

Planeamento do projeto				
Objetivo Específico	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação	Competências a desenvolver
1. Aprofundar conhecimentos sobre a promoção da segurança da pessoa idosa na prevenção de quedas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL); ▪ Identificação de intervenções de enfermagem na prevenção de quedas na pessoa idosa no hospital e ERPI; ▪ Categorização das intervenções de enfermagem na promoção da segurança da pessoa idosa na prevenção de quedas; ▪ Realização de um artigo ou poster sobre a prevenção de quedas na pessoa idosa; 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Professora orientadora; <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Internet; ▪ Bases de dados EBSCOhost; ▪ Instrumentos da JBI; ▪ Computador; ▪ VPN 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elabora uma RIL; ▪ Identifica intervenções de enfermagem na prevenção de quedas na pessoa idosa no hospital e ERPI; ▪ Categoriza intervenções de enfermagem na promoção da segurança da pessoa idosa na prevenção de quedas; ▪ Dissemina conhecimento através de uma publicação; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisar e criticar o desenvolvimento do conhecimento que sustenta a prática de enfermagem; ▪ Saber aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão e resolução de problemas; ▪ Ser capaz de comunicar conclusões; ▪ Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica;
2. Prestar cuidados especializados à pessoa idosa institucionalizada em contexto de ERPI;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colaboração na prestação de cuidados à pessoa idosa em processo de transição; ▪ Envolvimento da pessoa idosa no plano de cuidados; ▪ Estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa idosa e família; 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Professora orientadora; ▪ Enfermeiro orientador; ▪ Enfermeira perita em gestão de feridas; <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Artigos científicos; ▪ <i>Guidelines</i>; ▪ Código deontológico dos enfermeiros; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colabora na prestação de cuidados; ▪ Mobiliza o modelo teórico das transições na prática de cuidados; ▪ Realiza um jornal de aprendizagem sobre uma experiência de cuidados; ▪ Assegura a dignidade da pessoa idosa; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolve uma prática profissional ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, princípios éticos e a deontologia; ▪ Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos; ▪ Gere os cuidados de enfermagem, otimizando o

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação multidimensional no domínio da dor; ▪ Colaboração na prestação de cuidados à pessoa idosa com ferida; ▪ Participação numa formação na área da gestão de feridas na ERPI; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala Doloplus 2 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequenta uma formação na área da gestão de feridas; 	<p>processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifica necessidades da pessoa idosa e família; ▪ Gere os processos terapêuticos em resposta à transição vivenciada; ▪ Reflete sobre as implicações e responsabilidades ética e sociais;
3. Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a problemática das quedas na pessoa idosa;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de uma formação de sensibilização para a problemática das quedas, à equipa da ERPI; ▪ Promoção de momentos formais e informais de discussão e reflexão sobre a problemática das quedas na pessoa idosa; 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Professora orientadora; ▪ Enfermeiro orientador; ▪ Equipa de saúde; <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Computador; ▪ Sala de formação; ▪ Projetor 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realiza uma formação de sensibilização; ▪ Promove momentos de reflexão; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas;
4. Implementar boas práticas na prevenção de quedas à pessoa idosa institucionalizada em contexto de ERPI;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementação dos achados da RIL; ▪ Identificação de pessoas idosas com elevado risco de queda; ▪ Promoção da elaboração de um manual de boas práticas pela equipa de enfermagem da ERPI; ▪ Realização de uma formação na prevenção de 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Professora orientadora; ▪ Enfermeiro orientador; ▪ Equipa; <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Artigos científicos; ▪ <i>Guidelines</i>; ▪ Escala de Quedas de Morse; ▪ Computador; ▪ Excel; ▪ Sala de formação; ▪ Projetor; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elabora planos de cuidados personalizados para as pessoas idosas; ▪ Partilha de conhecimentos com a equipa; ▪ Elabora um portefólio na área das quedas; ▪ Realiza uma formação à equipa da ERPI; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados; ▪ Garante um ambiente terapêutico e seguro; ▪ Gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos;

	<p>quedas da pessoa idosa à equipa;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Criação de uma base de dados para registo de incidentes de quedas; ▪ Promoção de momentos formais e informais sobre boas práticas na prevenção de quedas; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RIL; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cria uma base de dados para registo de incidente de quedas; ▪ Promove momentos de reflexão sobre práticas dos cuidados; 	
<p>5. Envolver a equipa multidisciplinar na promoção da segurança e prevenção de quedas, em contexto hospitalar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reunião com a Enfermeira responsável do serviço e Enfermeira Coordenadora da Área; ▪ Sensibilização da equipa para problemática das quedas; ▪ Formação à equipa sobre a prevenção de quedas; ▪ Divulgação do programa <i>Fall TIPS</i>; ▪ Formação à equipa sobre o programa <i>Fall TIPS</i>; ▪ Elaboração de um Portefólio digital sobre a temática das quedas; 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Professora orientadora; ▪ Enfermeira orientadora; ▪ Enfermeira responsável; ▪ Enfermeira coordenadora; ▪ Equipa; <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Normas Institucionais; ▪ Artigos científicos; ▪ <i>Guidelines</i>; ▪ Computador; ▪ Sala de formação; ▪ Projetor; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realiza uma reunião com os responsáveis do serviço e da área; ▪ Promove momentos de reflexão; ▪ Realiza uma formação sobre a prevenção de quedas; ▪ Realiza uma formação sobre o programa <i>Fall TIPS</i>; ▪ Realiza um portefólio para partilha com a equipa; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lidera o desenvolvimento de procedimentos de prevenção; ▪ Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
<p>6. Implementar boas práticas promotoras de segurança, na prevenção de quedas, em contexto hospitalar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definição de estratégias de implementação; ▪ Envolvimento da pessoa idosa e família no plano de prevenção de quedas; ▪ Elaboração de um folheto sobre a promoção da segurança e prevenção de 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Professora orientadora; ▪ Enfermeira orientadora; ▪ Enfermeira do GSD; ▪ Equipa; <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Normas institucionais; ▪ Computador; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realiza um folheto; ▪ Analisa a adesão da equipa à utilização do <i>toolkit</i>; ▪ Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento do programa; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promove intervenções especializadas, junto da pessoa e família com o objetivo de facilitar o processo de transição; ▪ Desenvolver projetos que refletem e questionam as práticas existentes e

	<p>quedas (a entregar na admissão);</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementação do programa <i>Fall TIPS</i>; ▪ Discussão com a equipa sobre práticas de prevenção de quedas; ▪ Execução de um papel dinamizador na implementação do programa <i>Fall TIPS</i> pela equipa; ▪ Integração no Gabinete de Segurança do Doente (GSD); ▪ Implementação dos achados da RIL; ▪ Elaboração de uma grelha de observação da aplicação de estratégias promotoras de um ambiente seguro; ▪ Avaliação da aplicação de estratégias promotoras de um ambiente seguro; ▪ Avaliação das condições físicas e ambientais do serviço; ▪ Intervenção na manutenção das condições físicas e ambientais do serviço; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Toolkit</i>; ▪ Artigos científicos; ▪ <i>Guidelines</i>; ▪ Folheto informativo; ▪ RIL; ▪ "Grelha de avaliação das condições físicas e ambientais"; ▪ Grelha de observação da aplicação de estratégias promotoras de um ambiente seguro; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Providência momentos de reflexão com a equipa; ▪ Realiza 3 turnos no GSD; ▪ Partilha de conhecimentos com a equipa; ▪ Realiza uma grelha de observação; ▪ Avalia a aplicação de estratégias promotoras de um ambiente seguro; ▪ Realiza duas auditorias de avaliação das condições físicas e ambientais do serviço; ▪ Reporta aos responsáveis não conformidades das condições físicas e ambientais auditadas; ▪ Elabora dois relatórios das auditorias realizadas; 	<p>paradigmas ao nível da enfermagem;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolver processos de inovação nas práticas de cuidados; ▪ Garante um ambiente terapêutico e seguro; ▪ Participa na gestão do risco ao nível institucional e unidades funcionais; ▪ Gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos; ▪ Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco, visando a cultura de segurança;
--	---	--	--	--

<p>7. Avaliar indicadores de processo das estratégias implementadas na promoção da segurança e prevenção de quedas, em contexto hospitalar;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamento de dados obtidos através dos incidentes de queda; ▪ Análise dos indicadores de processo obtidos; ▪ Elaboração de um relatório de avaliação dos indicadores de processo; ▪ Divulgação à equipa interdisciplinar dos resultados obtidos; 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Professora orientadora; ▪ Enfermeira orientadora; ▪ Enfermeira responsável; ▪ Equipa; <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Computador; ▪ Relatórios das auditorias; ▪ Aplicativo informático de registo de incidentes; ▪ Sala de reuniões/ TEAMS; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apura taxas de diferentes indicadores; ▪ Analisa taxas obtidas; ▪ Analisa indicadores de processo; ▪ Elabora um relatório de resultados finais; ▪ Apresenta resultados obtidos à equipa; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ser capaz de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios; ▪ Desenvolve práticas de qualidade gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; ▪ Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho;
---	--	--	--	---

Apêndice IV

Análise SWOT

Análise SWOT

		S (Forças)	W (Fraquezas)
Internos	<u>ERPI</u>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infraestrutura da ERPI; ▪ Motivação da equipa de enfermagem; ▪ Recursos materiais adequados; ▪ Valorização de novos projetos pela enfermeira chefe. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sobrecarga de trabalho; ▪ Elevada rotatividade de assistentes operacionais (AO); ▪ Desmotivação da equipa de AO; ▪ Ausência de grupos de trabalho; ▪ Resistência à mudança;
	<u>Hospital</u>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência de um grupo de trabalho no serviço; ▪ Procedimento Multissetorial do ▪ Registo de incidentes de quedas num aplicativo informático; ▪ Existência de instrumento de avaliação das condições físicas e ambientais; ▪ Existência do Gabinete de Segurança do Doente; ▪ Valorização de novos projetos pelo gestor do serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infraestrutura hospitalar inadequada; ▪ Desmotivação da equipa; ▪ Sobrecarga de trabalho; ▪ Ausência de manutenção preventiva equipamentos; ▪ Custos extra associados ao projeto.
		O (Oportunidades)	T (Ameaças)
Externos	<u>ERPI</u>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projeto sustentado no âmbito do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa (ESEL); ▪ Promoção do cuidado centrado na pessoa. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pandemia SARS-CoV-2 (restrições).
	<u>Hospital</u>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colaboração dos promotores do programa <i>Fall TIPS</i>; ▪ Projeto sustentado no âmbito do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa (ESEL); ▪ Promoção do cuidado centrado na pessoa; ▪ Promoção do envolvimento da família nos cuidados; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Restrições de visitas em tempo de pandemia SARS-CoV-2 (não envolvimento da família e cuidadores); ▪ Risco de redução dos internamentos eletivos;

Apêndice V

Cronograma do projeto

CRONOGRAMA

ANO		2021											2022													
MÊS		OUT			NOV				DEZ				JAN			FEV				MAR						
Contexto		ERPI						HOSPITAL (Serviço de Cardiologia)											Elaboração Relatório							
Datas		11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14	21	28	7	14	21	28
		15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	4	11	18	25	4	11	18	25	31
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	1.																									
	2.																									
	3.																									
	4.																									
	5.																									
	6.																									
	7.																									
		Férias de NATAL																								
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Aprofundar conhecimentos sobre a promoção da segurança da pessoa idosa na prevenção de quedas. 2. Prestar cuidados especializados à pessoa idosa institucionalizada em contexto de ERPI. 3. Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a problemática das quedas na pessoa idosa. 4. Implementar boas práticas na prevenção de quedas à pessoa idosa institucionalizada em contexto de ERPI. 5. Envolver a equipa multidisciplinar na promoção da segurança e prevenção de quedas, em contexto hospitalar. 6. Implementar boas práticas promotoras de segurança, na prevenção de quedas, em contexto hospitalar. 7. Avaliar indicadores de processo das estratégias implementadas na promoção da segurança e prevenção de quedas, em contexto hospitalar. 																								

Apêndice VI

Revisão integrativa da literatura

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DO AMBIENTE FÍSICO PARA A PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

AUTORES

TIAGO GONÇALVES CARVALHO¹; SÓNIA ALEXANDRA DA SILVA FERRÃO²;

1. Enfermeiro no serviço de [REDACTED] Mestrando do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção à Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [tiago.carvalho@campus.esel.pt]

2. Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL); Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR) [sonia.ferrao@esel.pt]

RESUMO

Objetivo: identificar as intervenções de enfermagem na gestão do ambiente físico para a prevenção de quedas na pessoa idosa, em contexto hospitalar e cuidados institucionais de longa duração.

Introdução: As pessoas idosas constituem um dos grupos com maior risco de quedas. As quedas são consideradas como um problema de saúde pública global, pelo que se preconiza a promoção de ambientes seguros, nomeadamente nos hospitais e cuidados institucionais de longa duração.

Questão de investigação: Quais as intervenções de enfermagem na gestão do ambiente físico que previnem as quedas da pessoa idosa, em contexto hospitalar e cuidados institucionais de longa duração?

Metodologia: Revisão Integrativa da Literatura (RIL) desenvolvida segundo as recomendações do *Joanna Briggs Institute*. A pesquisa de artigos foi realizada na plataforma de pesquisa EBSCOhost, nas bases de dados MEDLINE Complete e CINAHL Complete de julho a agosto de 2021.

Resultados: De um total de 331 artigos, selecionaram-se oito que recomendam intervenções de enfermagem, que foram categorizadas em três domínios: intervenções centradas na pessoa idosa; intervenções centradas no espaço físico; intervenções de monitorização e vigilância.

Conclusões: As intervenções de enfermagem identificadas na gestão do ambiente físico para a prevenção de quedas na pessoa idosa, contribuem para a redução da incidência de quedas em contexto hospitalar e cuidados institucionais de longa duração.

Palavras-chave: Quedas; Pessoa idosa; Enfermagem; Ambiente físico; Hospital; Instituição de longa permanência para idosos.

INTRODUÇÃO

Uma queda é definida como um evento que leva uma pessoa inadvertidamente ao solo ou para um nível inferior. Tem-se assistido a um aumento de episódios de quedas, sendo considerado um problema de saúde pública ainda subvalorizado (WHO, 2021).

Anualmente a nível mundial, estimam-se que morram cerca de 684 mil pessoas decorrente de quedas, verificando-se um aumento em 53% do número de mortes por quedas de 2000 para 2019. Para além disso, 172 milhões de pessoas sofrem lesões decorrentes de episódios de queda (WHO, 2021).

Estão descritos três grupos populacionais específicos com maior risco de queda, sendo um deles as pessoas idosas (WHO, 2021). O envelhecimento é caracterizado como um processo dinâmico que resulta numa perda progressiva da funcionalidade da pessoa, como também da perda de capacidade de adaptação ao meio envolvente, traduzindo um aumento da vulnerabilidade e potenciando situações geradoras de dependência na pessoa idosa (Guimarães et al., 2019).

A probabilidade de cair aumenta gradualmente na faixa etária acima dos 65 anos, verificando-se anualmente a nível mundial, um aumento da incidência de quedas nas pessoas idosas (WHO, 2021).

Um terço destas pessoas sofrem pelo menos uma queda por ano (Santos & Baixinho, 2019; WHO, 2021), sendo 50% recorrentes neste tipo de incidente (Almeida et al., 2010). As quedas são a terceira causa de incapacidade crónica nas pessoas idosas (Santos & Baixinho, 2019), constatando-se que das quedas fatais, 75% ocorrem em pessoas idosas com idade igual ou superior a 70 anos (WHO, 2021).

Decorrente das quedas surge uma diversidade de consequências que podem ser de natureza física, psicológica e socioeconómica (WHO, 2021). As quedas podem resultar em lesões físicas como dor, escoriações, hematomas, lacerações, fraturas, traumatismo crânio-encefálico ou até mesmo a morte (Almeida et al., 2010; Dykes et al., 2020; Meyer et al., 2018; Romão & Nunes, 2018). A nível psicológico estão descritas consequências como ansiedade, medo de voltar a cair, perda de autoestima e depressão (Almeida et al., 2010). Surgem também consequências socioeconómicas como custos em internamentos hospitalares, emergências e cirurgias, aumento dos custos em recursos humanos e materiais (While, 2020), processos jurídicos de litígio com instituições prestadoras de

cuidados de saúde, pela insatisfação dos familiares com os cuidados prestados (Costa-Dias et al., 2014), isolamento social que promove a solidão (While, 2020) e episódios de institucionalização (Almeida et al., 2010; Baixinho et al., 2017).

Todas estas consequências, têm um impacto significativo na qualidade de vida das pessoas idosas e suas famílias (Almeida et al., 2010; WHO, 2021), e impacto negativo nos profissionais de saúde, pelo receio de ocorrência de nova queda (Stockwell-Smith et al., 2020).

Estão descritos fatores de risco que predispõem a ocorrência de queda. Estes fatores de risco estão divididos em fatores biológicos, comportamentais, socioeconômicos e ambientais (WHO, 2007).

Nas pessoas idosas as quedas podem ocorrer em diferentes contextos, como na comunidade (onde se inclui o domicílio), nos cuidados institucionais de longa duração e em ambiente hospitalar (WHO, 2021). As mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes das pessoas idosas geram processos de transição, podendo a pessoa idosa ficar mais vulnerável e suscetível a riscos que podem afetar a sua saúde (Meleis et al., 2000).

Nos cuidados institucionais de longa duração, existe uma probabilidade acrescida de ocorrência de quedas por dificuldades de transição e adaptação da pessoa idosa aos novos ambientes, estando mais propensos a sofrer consequências graves em comparação com os idosos que vivem na comunidade, visto que as pessoas idosas institucionalizadas apresentam maior dependência funcional e/ou declínio cognitivo (WHO, 2021). Os quartos e as casas de banho destas instituições são os locais mais comuns para a ocorrência de quedas, sendo os horários que antecedem as refeições os períodos em que se registam maior número de quedas (WHO, 2021).

Os hospitais são também reconhecidos como um contexto com elevado risco de queda para as pessoas idosas (WHO, 2021). Um internamento em contexto hospitalar, por mais curto que seja, provoca alterações dos hábitos de vida dos idosos, o que associado a uma saúde frágil aumenta consideravelmente o seu risco de queda (Romão & Nunes, 2018). As quedas em ambiente hospitalar estão associadas ao aumento do tempo de internamento entre seis a doze dias (Dykes et al., 2020), aumento dos custos hospitalares (Dykes et al., 2020; Kundakçi et al., 2020), aumento dos custos diretos relacionados com a severidade de lesão e atraso na reabilitação (Romão & Nunes, 2018).

Em instituições de saúde foi sendo construída a noção de segurança, enquanto locais de excelência na prestação de cuidados de saúde. Contudo, em ambientes como os cuidados institucionais de longa duração e hospitais surgem riscos que podem ameaçar a integridade da pessoa nas suas diferentes dimensões, exemplo disso são as quedas (Enderlin et al., 2013).

A segurança do doente é uma das áreas de crescente preocupação, afirmando-se “como um paradigma da qualidade dos cuidados de saúde. A busca pela melhoria dos cuidados de saúde converteu-se numa prioridade máxima, sendo a segurança do doente um instrumento indispensável para a sua garantia” (Romão & Nunes, 2018, p.2). O objetivo da segurança da pessoa é prevenir e reduzir riscos, erros e danos que ocorrem durante a prestação de cuidados de saúde (WHO, 2011).

A ocorrência de quedas em qualquer instituição de saúde consiste num incidente a valorizar, uma vez que estas traduzem-se como um indicador de segurança do doente (OCDE, 2018), pelo que realça-se a importância da promoção de ambientes seguros (Almeida et al., 2010). O ambiente desconhecido e não familiar potencia perigos ambientais relacionados com o risco de queda, pelos desafios na mobilidade e orientação (WHO, 2021).

As instituições de saúde devem desenvolver políticas na promoção de ambientes seguros e prevenção de quedas, bem como na redução de lesões, através da realização de programas de formação sobre esta problemática dirigidos aos seus profissionais. Devem igualmente implementar precauções universais na prevenção de quedas, identificar e modificar equipamentos e outros fatores no ambiente físico e estrutural que contribuem para o risco de queda (Registered Nurses’ Association of Ontario, 2017), devendo o enfermeiro especialista integrar estes planos de ação.

Têm sido desenvolvidas e implementadas inúmeras intervenções na prevenção de quedas que são categorizadas em intervenções educacionais, comunicacionais, de processo de enfermagem e ambientais (Zhao et al., 2019). As intervenções de enfermagem ambientais preconizam a monitorização e gestão do ambiente físico e a promoção da segurança (Butcher et al., 2018).

É objetivo desta RIL mapear a evidência de forma a identificar as intervenções de enfermagem na gestão do ambiente físico para a prevenção de quedas na pessoa idosa, em contexto hospitalar e cuidados institucionais de longa duração.

METODOLOGIA

Foi realizada uma RIL seguindo as recomendações propostas pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Aromataris & Muun, 2020).

Esta RIL foi norteada pela seguinte questão de investigação, elaborada por meio do dispositivo mnemónico PICO (**P**opulação, Fenómeno de **I**nteresse e **C**ontexto):

Questão de Investigação: quais as intervenções de enfermagem na gestão do ambiente físico que previnem as quedas (I) da pessoa idosa (P), em contexto hospitalar e cuidados institucionais de longa duração (Co)?

Critérios de Elegibilidade: População – pessoa idosa com 65 ou mais anos; Intervenção - intervenções no ambiente físico; intervenções associadas a modificações ambientais; comportamentos de segurança; intervenções com impacto na redução do risco de queda; intervenções que aumentam a segurança. Contexto - estudos em pessoas em contexto hospitalar ou em cuidados institucionais de longa duração.

Critérios de Exclusão: foram excluídos todos os artigos cuja população era composta por adultos e crianças, intervenções centradas nos fatores de risco intrínsecos; e estudos no domicílio e na comunidade.

Estratégia de Pesquisa:

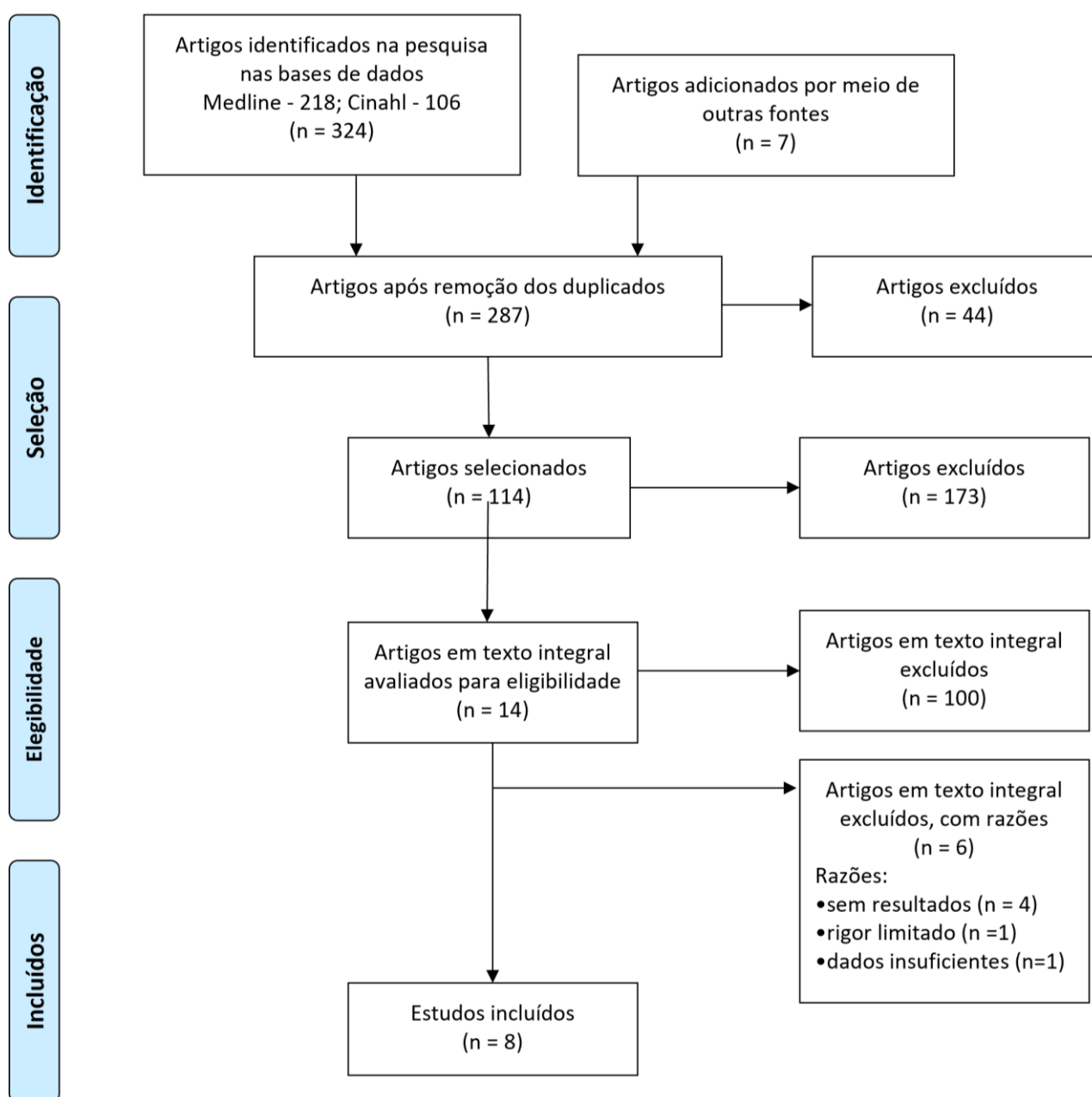
A pesquisa foi realizada entre julho e agosto de 2021 e teve como finalidade identificar a evidência científica produzida. Uma pesquisa inicial através das bases de dados MEDLINE e CINAHL foi realizada para identificar artigos sobre o assunto. As palavras do texto contidas nos títulos e resumos de artigos relevantes foram usadas para selecionar os termos de indexação para cada base de dados: MEDLINE – descritor “MeSH - Medical Subject Headings” e CINAHL “Títulos CINAHL - Major Headings” (Apêndice I). Na pesquisa foram incluídos artigos publicados em três idiomas (português, espanhol e inglês). Pela atualidade da temática e considerando o elevado número de estudos realizados sobre o assunto nos últimos anos, esta revisão considerou os artigos no período temporal de cinco anos (compreendido entre 2016-2021), incluindo-se ainda artigos identificados em literatura cinzenta sobre a temática.

Na pesquisa para esta revisão foram selecionados 324 artigos nas bases de dados. Foram também incluídos sete artigos identificados na literatura cinzenta, totalizando assim 331 artigos.

O processo de seleção dos artigos teve em consideração os critérios definidos, iniciando-se pela leitura dos títulos e resumos e, posteriormente a leitura integral dos artigos conforme o esquematizado na Figura n.º 1 de acordo com o Prisma *Flow Diagram*.

Os resultados obedeceram ao processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão, obtendo-se um total de oito artigos. A seleção dos artigos decorre da avaliação da qualidade metodológica dos mesmos segundo os *Critical Appraisal Tools* do JBI. (<https://joannabriggs.org/critical-appraisal-tools>)

Figura n.º 1 – Fluxograma Prisma



RESULTADOS

Os dados extraídos dos artigos incluídos na RIL, foram obtidos por dois revisores, utilizando uma base construída para extração de dados, incluindo autores, ano, desenho de estudo, objetivo(s), avaliação crítica e principais resultados relevantes para a questão da RIL.

Para a avaliação crítica das fontes individuais de evidência, recorreu-se ao uso das ferramentas de avaliação crítica da JBI, garantindo a avaliação da confiabilidade, relevância e resultados dos artigos selecionados.

Tabela n.º 1 – Estudos incluídos na RIL

Código	Autores e Ano	Desenho do estudo	Objetivo(s)	Avaliação Crítica (JBI)	Principais resultados
A1	(Huynh et al., 2021)	Revisão Sistemática da Literatura	Identificar se o uso de grades da cama reduz a incidência de quedas em idosos nos cuidados institucionais de longa duração.	10/11	O uso de grades da cama não é a estratégia mais eficaz para a prevenção de quedas. O uso de grades da cama aumenta o risco de lesão decorrente da queda. A evidência atual na literatura é inconclusiva pois não dá resposta clara sobre se o uso de grades de proteção isoladamente previne as quedas.
A2	(Scheidenhelm et al., 2020)	Estudo retrospectivo, que comparou variáveis de resultado antes e depois da implementação de intervenções de prevenção de quedas	Descrever os fatores associados e lesões em pessoas que caíram durante o internamento hospitalar. Identificar o impacto da implementação de uma <i>bundle</i> de intervenções na prevenção de queda.	8/8	O uso de uma <i>bundle</i> de intervenções de enfermagem, que incluem intervenções na gestão do ambiente físico reduziu o número de quedas das pessoas idosas. São exemplo dessas intervenções: uso de alarmes na cadeira e cama; uso de sistema de chamada; ambiente organizado e livre de obstáculos; objetos pessoais ao alcance da pessoa; cama em posição baixa.
A3	(Valipoor et al., 2020)	Revisão Sistemática da Literatura	Identificar o impacto de características do ambiente físico nas quedas das pessoas idosas.	8/11	O uso de intervenções combinadas que incluem modificações em ambientes internos reduzem a probabilidade de quedas e de lesões.
A4	(Toye et al., 2019)	Estudo de métodos mistos, com avaliação quantitativa das mudanças de ambiente físico e abordagem qualitativa com entrevista à equipa e pessoas idosas.	Identificar a relação entre as mudanças de ambiente físico e a ocorrência de quedas em contexto hospitalar.	8/8	Cada mudança de cama da pessoa idosa entre serviços, ou no mesmo serviço, aumenta a probabilidade de queda em 56% nas pessoas com alto risco de queda.
A5	(Baixinho et al., 2018)	Estudo metodológico de abordagem quantitativa, com recurso à técnica de	Validar um protocolo de intervenções de enfermagem na gestão do	10/10	Um conjunto de intervenções de enfermagem no controlo dos fatores de risco ambientais previnem as quedas dos idosos institucionalizados.

		Delphi para obtenção de consenso de um grupo de peritos.	risco de queda, associada ao ambiente físico em cuidados institucionais de longa duração.		Validação de um protocolo de intervenções de enfermagem dividido em três dimensões (gestão da segurança da pessoa idosa; gestão do espaço físico; monitorização e comunicação de alterações), constituído por 40 indicadores.
A6	(Cameron et al., 2018)	Revisão Sistemática da Literatura	Avaliar o efeito de intervenções destinadas à redução de incidência de quedas em pessoas idosas em cuidados institucionais de longa duração e hospitais.	11/11	Nível de evidência muito baixo relacionado com intervenções de gestão do ambiente físico, como por exemplo o nível da altura da cama, uso de assistência tecnológica, o uso de sensores de alarmes nas camas, para a prevenção de quedas na pessoa idosa em cuidados institucionais de longa duração e hospitais.
A7	(Gustavsson et al., 2017)	Estudo Qualitativo, utilizando um <i>focus group</i> de enfermeiros de cuidados institucionais de longa duração, sendo os dados analisados através de análise de conteúdo.	Descrever as experiências dos enfermeiros sobre o piso de absorção do impacto.	10/10	Os enfermeiros percebem que o uso do piso de absorção do impacto é uma intervenção eficaz para prevenir lesões por quedas nos idosos institucionalizados, embora não diminua a taxa de incidência de quedas. Este tipo de piso dificulta o andar dos enfermeiros sobre o pavimento e torna-se mais difícil manobrar os equipamentos pesados (por exemplo cadeiras de rodas).
A8	(Chari et al., 2016)	Estudo transversal, com recurso ao uso de um formulário de avaliação de calçado.	Estabelecer a prevalência das características ideais no calçado relatadas por pessoas idosas em hospitais.	7/8	O uso de calçado de características adequadas é recomendado como intervenção para reduzir o risco de queda em pessoas idosas. Existe a necessidade de garantir que os principais riscos ambientais para as quedas relacionados com a deambulação sejam identificados e geridos.

DISCUSSÃO

A amostra bibliográfica desta investigação é constituída por 8 artigos que obedecem aos critérios de elegibilidade previamente definidos e que permitem responder à questão de investigação. Predominam estudos primários (n=5), três de abordagem quantitativa (um estudo transversal, um estudo metodológico de abordagem quantitativa, um estudo retrospectivo), um estudo de métodos mistos e um estudo de abordagem qualitativa. A amostra bibliográfica inclui também revisões sistemáticas da literatura (RSL) (n=3). Relativamente à amostra esta reporta-se a pessoas idosas na maioria dos estudos (n=6), sendo os participantes nos restantes artigos (n=2) enfermeiros peritos.

No que se refere aos contextos, metade dos estudos (n=4) foram realizados em cuidados institucionais de longa duração, três estudos realizados em instituições hospitalares e uma RSL incluiu ambos os contextos.

A análise dos artigos da amostra, permitiu identificar três domínios a considerar na intervenção do enfermeiro na gestão do ambiente que previnem quedas na pessoa idosa: 1) intervenções centradas na pessoa idosa; 2) intervenções centradas no espaço físico; e 3) intervenções de monitorização e vigilância, assemelhando-se às dimensões apresentadas na validação do protocolo por Baixinho et al. (2018).

Pelas dificuldades de transição e adaptação das pessoas idosas a novos contextos como os cuidados institucionais de longa duração e os hospitais (WHO, 2021), evidenciam-se as intervenções de enfermagem centradas na pessoa idosa como relevantes para a prevenção de quedas. Na admissão os enfermeiros devem apresentar os espaços físicos, orientar a pessoa idosa pelos diferentes ambientes e observar as pessoas nas atividades de vida diária durante os primeiros dias de admissão (Baixinho et al., 2018), pois o ambiente desconhecido está associado a uma maior incidência de quedas (Cunha et al., 2021). Na orientação pelos diferentes espaços físicos, deve dar-se ênfase ao quarto e localização da casa de banho (Baixinho et al., 2018), visto serem locais de elevada incidência de queda da pessoa idosa (WHO, 2021). Para além destas intervenções deve-se incentivar para o uso do sistema de chamada (Baixinho et al., 2018).

A possibilidade de assegurar que os pertences pessoais permaneçam ao alcance da pessoa idosa, integrada numa *bundle* de intervenções, comprovou a redução de quedas na pessoa idosa (Scheidenhelm et al., 2020), sendo esta intervenção identificada por um

painel de enfermeiros peritos, como preventiva da ocorrência de quedas na pessoa idosa (Baixinho et al., 2018).

A utilização de calçado inadequado está associada a um risco acrescido de quedas das pessoas idosas, identificando-se uma má opção individual na escolha do mesmo e fornecimento de calçado inapropriado por parte das instituições hospitalares. O uso de calçado inadequado é considerado um fator de risco ambiental para quedas, especificamente durante o período de deambulação (Chari et al., 2016). A opção por calçado antiderrapante, fechado, ajustado ao pé e sem atacadores, são elementos a considerar na prevenção de quedas na pessoa idosa (Chari et al., 2016; WHO, 2021).

Num dos artigos, ainda no domínio das intervenções centradas na pessoa idosa, identifica-se a relevância da educação sobre fatores de risco ambientais e estratégias de prevenção de quedas à pessoa idosa e família (Scheidenhelm et al., 2020). Este achado evidencia o preconizado pela *Registered Nurses' Association of Ontario* (2017) no envolvimento da pessoa idosa e família na prevenção de quedas, procurando explorar os seus conhecimentos, perceções de risco e sua motivação.

No domínio das intervenções centradas no espaço físico, evidenciou-se a redução de quedas e de ocorrência de lesões decorrentes das mesmas, através da implementação de uma *bundle* de intervenções (Scheidenhelm et al., 2020). Nesta integram-se intervenções igualmente identificadas em outros estudos, como promover um ambiente organizado e livre de obstáculos, manter a altura da cama baixa (adequada à pessoa idosa), elevar as grades da cama, assegurar os equipamentos travados e utilizar sistemas de alarme nas cadeiras e camas (Baixinho et al., 2018; Scheidenhelm et al., 2020; Valipoor et al., 2020).

À semelhança das conclusões do estudo de Baixinho et al. (2018), Valipoor et al. (2020) identificam na RSL a importância da iluminação na redução de quedas nas pessoas idosas, devendo-se assegurar uma iluminação adequada em todo o espaço físico, deixar a luz da casa de banho ligada (mesmo no período noturno) e usar luzes de presenças.

Realça-se que intervenções combinadas que incluem modificações em ambientes internos como a disposição de móveis e manter a cama encostada à parede reduzem a probabilidade de quedas em 38% e ocorrência de lesão em 50% (Valipoor et al., 2020). Igualmente centrado no espaço físico identifica-se que assegurar o sistema de chamada ao alcance da pessoa idosa e o uso de barras de apoio e corrimões no espaço físico

reduzem a ocorrência de queda (Baixinho et al., 2018; Scheidenhelm et al., 2020; Valipoor et al., 2020).

O tipo de piso é o elemento mais estudado no ambiente físico (Valipoor et al., 2020), para além de assegurar que este permaneça limpo e seco, recomenda-se o uso de sinalética de aviso de piso molhado, como intervenções que podem reduzir o risco de queda (Baixinho et al., 2018). O tipo de piso traduz um impacto significativo não na redução do número de quedas, mas ao nível da lesão relacionada com a queda (Valipoor et al., 2020). A utilização do chão de absorção de impacto revelou ser uma intervenção eficaz na prevenção das lesões por queda, não dificultando o equilíbrio da pessoa idosa, podendo sim afetar a velocidade da marcha (Gustavsson et al., 2017).

A utilização de grades na cama é identificada como uma intervenção que previne as quedas da pessoa idosa em dois dos artigos selecionados (Baixinho et al., 2018; Scheidenhelm et al., 2020). No entanto, num outro estudo, evidencia-se que as grades da cama não são a ferramenta mais eficaz para a prevenção de quedas na pessoa idosa, afirmando que não devem ser usadas por rotina, sendo inclusive, um fator de risco acrescido de lesões mais graves decorrentes da queda, pelo risco da pessoa escalar as grades (Huynh et al., 2021). A evidência atual da literatura é inconclusiva sobre o uso de grades, pois não dá resposta clara sobre se o uso de grades isoladamente previne quedas (Huynh et al., 2021).

Também o ajuste da altura da cama (baixa e adequada à pessoa idosa) e a existência de sensores de alarme nas camas, são intervenções identificadas como preventivas na ocorrência de queda na pessoa idosa (Baixinho et al., 2018; Scheidenhelm et al., 2020; Valipoor et al., 2020). No entanto, na RSL de Cameron et al. (2018), concluíram que estas intervenções não traduzem uma forte evidência na prevenção de quedas na pessoa idosa.

No terceiro domínio, intervenções de monitorização e vigilância, dois estudos evidenciam a eficácia da sinalização de pessoas de alto risco de queda com recurso a sinaléticas nas unidades e uso de pulseiras (Baixinho et al., 2018; Scheidenhelm et al., 2020), no entanto, na RSL, a evidência desta intervenção foi baixa (Cameron et al., 2018).

A vigilância frequente das pessoas idosas pelos profissionais de enfermagem (Baixinho et al., 2018; Scheidenhelm et al., 2020), assim como evitar que as pessoas idosas

permaneçam sozinhas nas casas de banho ou áreas de risco, integradas numa *bundle* de atuação, contribuem para a redução de quedas (Scheidenhelm et al., 2020).

A mudança da pessoa idosa no espaço físico com transferências de serviços e mudanças da unidade da pessoa (cama), ao longo do mesmo internamento hospitalar, é um outro fator de risco de queda identificado nesta RIL, contribuindo para o aumento do risco de queda em 56% e para o acréscimo do *stress* numa situação de transição já por si desafiadora (Toye et al., 2019). Estratégias nas instituições, particularmente nos hospitais, na gestão do ambiente que visem minimizar estas mudanças de cama e transferências de serviço, contribuirão para a redução de quedas da pessoa idosa (Toye et al., 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta RIL possibilitaram mapear as intervenções de enfermagem na gestão do ambiente físico para a prevenção de quedas na pessoa idosa, no hospital e cuidados institucionais de longa duração.

As intervenções identificadas foram categorizadas em três domínios: intervenções centradas na pessoa idosa; intervenções centradas no espaço físico; e intervenções de monitorização e vigilância.

Destaca-se como limitações desta RIL, a integração dos artigos disponibilizados apenas nas bases de dados utilizadas e o facto de algumas intervenções não terem sido estudadas isoladamente, mas sim integradas em *bundle* de intervenções na prevenção de quedas.

Apesar das limitações, a evidência científica revela que as intervenções de enfermagem na gestão do ambiente físico contribuem para a redução da incidência de quedas da pessoa idosa em contexto hospitalar e cuidados institucionais de longa duração.

Preconiza-se que as intervenções de enfermagem não devam ser desenvolvidas isoladamente, mas sim combinadas e integradas num plano de prevenção de quedas com o envolvimento da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, R., Abreu, C., & Mendes, A. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: Contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 2), 163–172. <https://doi.org/10.12707/riii1016>
- Aromataris E., & Muun Z. (2020). Chapter 1: JBI Systematic Reviews. In Aromataris E., & Muun Z. (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. DOI: 10.46658/JBIMES-20-01
- Baixinho, C., Dixe, M., & Henriques, M. A. (2017). Queda nas instituições de longa permanência para idosos: Validação de protocolo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 773–779. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=124636982&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
- Baixinho, C., Dixe, M., & Henriques, M. A. (2018). Gestionar el ambiente para prevenir la caída en los ancianos institucionalizados: Validación de protocolo. *Index de Enfermería*, 27(1/2), 72–76. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=132197733&site=ehost-live>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Nursing interventions classification (NIC)* (7th ed.). Elsevier.
- Cameron, I. D., Dyer, S. M., Panagoda, C. E., Murray, G. R., Hill, K. D., Cumming, R. G., & Kerse, N. (2018). Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005465.pub4>
- Chari, S. R., McRae, P., Stewart, M. J., Webster, J., Fenn, M., & Haines, T. P. (2016). Point prevalence of suboptimal footwear features among ambulant older hospital patients: Implications for fall prevention. *Australian Health Review*, 40(4), 399–404. <https://doi.org/10.1071/AH14168>
- Costa-Dias, M., Ferreira, P., & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº 2), 7–17. <https://doi.org/10.12707/riii1382>
- Cunha, L. F. C., Baixinho, C., Henriques, M. A., Sousa, L. M. M., & Dixe, M. (2021). Evaluation of the effectiveness of an intervention in a health team to prevent falls in hospitalized elderly people. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 55(May), 1–8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019031403695>
- Dykes, P. C., Burns, Z., Adelman, J., Benneyan, J., Bogaisky, M., Carter, E., Ergai, A., Lindros, M. E., Lipsitz, S. R., Scanlan, M., Shaykevich, S., & Bates, D. W. (2020). Evaluation of a patient-centered fall-prevention tool kit to reduce falls and injuries: A nonrandomized controlled trial. *JAMA Network Open*, 3(11), e2025889. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.25889>
- Enderlin, C. A., McLeskey, N., Rooker, J. L., Steinhauser, C., D'Avolio, D., Gusewelle, R., & Ennen, K. A. (2013). Review of current conceptual models and frameworks to guide transitions of care in older adults. *Geriatric Nursing*, 34(1), 47–52. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2012.08.003>
- Guimarães, A. R. C., Teles, M. I. P., Fernandes, S. A. R., Ferreira, Ó., & Baixinho, C. L. (2019).

Transição segura hospital - comunidade : Algoritmo para a prevenção de quedas na pessoa idosa. *Revista de Enfermería Basada En La Evidencia*, 16, 1–9. Acedido a 08/07/2021. Disponível em: <http://ciberindex.com/c/ev/e11649pt>

- Gustavsson, J., Rahm, G. B., Jernbro, C., & Nilson, F. (2017). Effects of impact-absorbing flooring in residential care from the perspectives of enrolled nurses. *Journal of Housing for the Elderly*, 31(4), 367–381. <https://doi.org/10.1080/02763893.2017.1335670>
- Huynh, D., Lee, O. N., An, P. M., Ens, T. A., & Mannion, C. A. (2021). Bedrails and falls in nursing homes: A systematic review. *Clinical Nursing Research*, 30(1), 5–11. <https://doi.org/10.1177/1054773820907805>
- Kundakçi, A. G., Yılmaz, M., & Sözmen, M. K. (2020). Determination of the costs of falls in the older people according to the decision tree model. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 87(February 2019). <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.104007>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. ., Im, E.-O., Hilfinger-Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12–28. [10.1097/00012272-200009000-00006](https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006)
- Meyer, C., Renehan, E., Batchelor, F., Said, C., Haines, T., Elliott, R., & Goeman, D. (2018). “Falls not a priority”: Insights on discharging older people, admitted to hospital for a fall, back to the community. *Australian Journal of Primary Health*, 24(1), 66–73. <https://doi.org/10.1071/PY17052>
- OCDE (2018). *Measuring patient safety opening the black box*. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Measuring-Patient-Safety-April-2018.pdf>
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2017). *Preventing falls and reducing injury from falls*. (4th ed.). https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/FALL_PREVENTION_WEB_1207-17.pdf
- Romão, A. L., & Nunes, S. (2018). Quedas em internamento hospitalar-causas, consequências e custos: Estudo de caso numa unidade hospitalar de Lisboa. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(1), 1–8. <https://doi.org/10.1159/000488073>
- Santos, B., & Baixinho, C. L. (2019). Intervenções de enfermagem no espaço físico da casa para prevenir a queda no idoso : Revisão integrativa da literatura. *Livro de Actas CIAIQ2019 Vol.2*, 2(2013), 91–100.
- Scheidenhelm, S., Astroth, K. S., Delong, K., Starkey, C., & Wolfe, D. (2020). Retrospective analysis of factors associated with a revised fall prevention bundle in hospitalized patients. *Journal of Nursing Administration*, 50(11), 571–577. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000939>
- Stockwell-Smith, G., Adeleye, A., Chaboyer, W., Cooke, M., Phelan, M., Todd, J. & Grealish, L. (2020). Interventions to prevent in-hospital falls in older people with cognitive impairment for further research: A mixed studies review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(17–18), 3445–3460. <https://doi.org/10.1111/jocn.15383>
- Toye, C., Slatyer, S., Kitchen, S., Ingram, K., Bronson, M., Edwards, D., Van Schalkwyk, W., Pienaar, C., Wharton, P., Bharat, C., & Hill, K. D. (2019). Bed moves, ward environment, staff perspectives and falls for older people with high falls risk in an acute hospital: A

mixed methods study. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 2223–2237. <https://doi.org/10.2147/CIA.S211424>

Valipour, S., Pati, D., Kazem-Zadeh, M., Mihandoust, S., & Mohammadigorji, S. (2020). Falls in older adults: A systematic review of literature on interior-scale elements of the built environment. *Journal of Aging and Environment*, 34(4), 351–374. <https://doi.org/10.1080/02763893.2019.1683672>

While, A. E. (2020). Falls and older people: Understanding why people fall. *British Journal of Community Nursing*, 25(4), 173–177. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.4.173>

WHO. (2007). *WHO global report on falls prevention in older age*. WHO Library Cataloguing in Publication Data.

WHO. (2011). Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente. *Relatório Técnico Final*.

WHO. (2021). *Strategies for preventing and managing falls across the life-course*.

Zhao, Y. L., Bott, M., He, J., Kim, H., Park, S. H., & Dunton, N. (2019). Evidence on fall and injurious fall prevention interventions in acute care hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 49(2), 86–92. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000715>

Apêndice I – Descritores de pesquisa

	Linguagem Natural	Medline	Cinahl
P	Elderly Aged	Aged	Aged
I	Accidental Falls Fall ---- Nursing Nursing Care Nursing interventions ----- Safety Patient Safety Equipment Safety Accident Prevention Enviroment	Accidental Falls ----- Nursing Nursing Care ---- Safety Patient Safety Equipment Safety Accident Prevention	Accidental Falls ---- Nursing Care Nursing Interventions ---- Safety Patient Safety Equipment Safety
Co	Hospitals Nursing Homes	Hospitals Nursing Homes	Hospitals Nursing Homes

Apêndice VII

Poster apresentado no Webinar do Departamento de Enfermagem
Médico-Cirúrgica/Adulto e Idoso da ESEL

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DO AMBIENTE FÍSICO PARA A PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA: Revisão Integrativa da Literatura

TIAGO GONÇALVES CARVALHO¹; SÓNIA ALEXANDRA DA SILVA FERRÃO²

1. Enfermeiro no serviço de [redacted]; Mestrando do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção à Pessoa Idosa da ESEL [tiago.carvalho@campus.esel.pt]

2. Professora Adjunta da ESEL; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa



1 INTRODUÇÃO

As pessoas idosas constituem um dos grupos populacionais com maior risco de queda (WHO, 2021). As mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes das pessoas idosas geram processos de transição, podendo a pessoa idosa ficar mais vulnerável e suscetível a riscos que podem afetar a sua saúde (Meleis et al., 2000). As quedas nas pessoas idosas podem ocorrer em ambiente hospitalar e cuidados institucionais de longa duração (WHO, 2021). Nestes contextos, reconhece-se não só uma importante probabilidade de ocorrência de queda, como também a potencial gravidade das consequências da mesma, com impacto a diferentes níveis (Dykes et al. 2020; WHO, 2021). Assim, preconiza-se a promoção de ambientes seguros nas instituições, que visem a prevenção de quedas, bem como a redução de lesões associadas (Registered Nurses' Association of Ontario, 2017).

2 OBJETIVO

Identificar as intervenções de enfermagem na gestão do ambiente físico para a prevenção de quedas na pessoa idosa, em contexto hospitalar e cuidados institucionais de longa duração.

- Sinalização de pessoas de alto risco de queda, com recurso a sinaléticas nas unidades e uso de pulseiras;
 - Vigilância frequente das pessoas idosas nas áreas/espacos de maior risco;
 - Minimizar mudanças de cama e transferências de serviço;
- (Baixinho et al., 2018; Cameron et al., 2018; Scheidenhelm et al., 2020; Toye et al., 2019).



Monitorização e Vigilância

Centradas na Pessoa

Centradas no espaço físico

- Apresentar os espaços físicos;
 - Orientar a pessoa idosa pelos diferentes ambientes;
 - Observar as pessoas nas atividades de vida diária durante os primeiros dias de admissão;
 - Incentivar para o uso do sistema de chamada;
 - Objetos pessoais ao alcance da pessoa idosa;
 - Incentivo ao uso de calçado adequado;
 - Educação sobre fatores de risco ambientais;
- (Baixinho et al., 2018; Chari et al., 2016; Scheidenhelm et al., 2020).

- Promover um ambiente organizado e livre de obstáculos;
 - Manter a altura da cama baixa;
 - Assegurar equipamentos travados;
 - Usar sistemas de alarme nas cadeiras e camas;
 - Iluminação adequada;
 - Disposição de móveis (manter cama encostada à parede);
 - Usar sistema de chamada, barras de apoio e corrimões;
 - Utilização de piso de absorção de impacto;
- (Baixinho et al., 2018; Gustavsson et al., 2017; Scheidenhelm et al., 2020; Valipoor et al., 2020).

6 PALAVRAS-CHAVE

Quedas; Pessoa Idosa; Enfermagem; Ambiente físico;

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

3 METODOLOGIA

Revisão Integrativa Literatura desenvolvida segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute (Aromataris & Muun, 2020), com pesquisa nas bases de dados MEDLINE Complete e CINAHL Complete em julho e agosto de 2021.

Questão de Investigação: quais as intervenções de enfermagem na gestão do ambiente físico que previnem as quedas (I) da pessoa idosa (P), em contexto hospitalar e cuidados institucionais de longa duração (Co)?

Crterios de Elegibilidade: População – pessoa idosa com 65 ou mais anos; Intervenção – no ambiente físico; associadas a modificações ambientais; comportamentos de segurança; impacto na redução do risco de queda. Contexto - hospitalar e cuidados institucionais de longa duração.

Foram incluídos 8 artigos para análise final, predominando estudos primários (n=5). A amostra reporta-se a pessoas idosas em seis dos estudos, e enfermeiros peritos nos restantes artigos (n=2).

4 RESULTADOS

Identificaram-se 3 domínios na intervenção de enfermagem:

5 CONCLUSÕES

As intervenções na gestão do ambiente físico contribuem para a redução da incidência de quedas da pessoa idosa em contexto hospitalar e cuidados institucionais de longa duração. Preconiza-se que as intervenções de enfermagem não devam ser desenvolvidas isoladamente, mas sim combinadas e integradas num plano de prevenção de quedas com o envolvimento da pessoa idosa.

Apêndice VIII

Guião da avaliação multidimensional

GUIÃO DA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL

Data: __/__/__

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Há quanto tempo reside na instituição: _____

Motivo:

- Impossibilidade de viver sozinho
- Problemas Familiares
- Perda de capacidade funcional
- Quedas consequentes
- Outro: _____

História clínica / Antecedentes Pessoais:

- Síndrome Vertiginoso Acidente vascular cerebral Diabetes Mellitus
- Depressão Doença de Parkinson Doença de Alzheimer Artrite
- Doença crónica neurológica Doença Cardiovascular Doença Génito-Urinária
- Doença Osteoarticular Sedentarismo

Hipertensão Arterial? Sim Não; _____

Tem diminuição da visão?

Não Sim; Se sim que tipo de correção usa? _____

Tem diminuição da auditiva?

Não Sim; Se sim que tipo de correção usa? _____

Sofre de incontinência urinária? Sim Não

Sofre de Urgência urinária? Sim Não

Insónias recorrentes? Sim Não

História de dor? Sim Não

Escala Doloplus 2: _____

Medida de Dor em Geriatria (GPM): _____

Medicação (Grupos farmacológicos):

- Anti hipertensores Digitálicos Diuréticos Ansiolíticos Anticonvulsivantes
- Hipnóticos Antipsicóticos Antidepressivos Antiepiléticos Sedativos
- Analgésicos estupefacientes Insulinas Antidiabéticos orais

Polimedicado/a? Sim Não

Necessita de ajuda nas AVD's Básicas? Sim Não

Índice de Barthel: _____

Estado Nutricional:

Mini Nutricional Assessment: _____

Estado Cognitivo:

Dia da semana: _____ Ano: _____ Mês: _____ Cidade/Localidade: _____

Mini-Mental State Examination (MMSE): _____

Estado Afetivo/ Humor:

Escala de depressão geriátrica de Yesavage (versão curta): _____

Risco de Queda:

Teste Time Up and Go: Tempo: _____ segundos

Consegue caminhar sem dificuldades? Sim Não

Utiliza algum auxiliar de marcha? Sim Não

Qual? _____

Sente necessidade de ser acompanhado/a por outra pessoa na deambulação?

Sim Não

Indique as barreiras que oferecem mais dificuldades na sua deambulação:

- Portas Tapetes / Carpetes Piso Irregular Piso molhado
- Rampas Escadas Distribuição do Mobiliário Divisões Pequenas
- Ausência de corrimão Ausência de barras de apoio Iluminação
- Ausência de vigilância/supervisão

Outros: _____

Que tipo de calçado utiliza?

Chinelo fechado Chinelo Sapatilhas

Sapato c/ cordões Sapato outro _____

Nos últimos doze meses sofreu alguma queda? Sim Não

Quantas vezes caiu? _____

Em que local caiu?

Casa de Banho Escadas Quarto Corredor

Sala de Convívio Refeitório Pátio Varanda Elevador

Outro _____

Qual a causa/motivo da queda?

Teve alguma lesão consequente da queda? Sim Não

Qual(ais)? _____

Teve necessidade de ser assistido/a? Sim Não

Foi hospitalizado/a? Sim Não

Tem medo de cair novamente? Sim Não

Escala Medo de cair (Falls Efficacy Scale versão portuguesa): _____

Apêndice IX

Avaliação multidimensional de uma pessoa idosa

Avaliação Multidimensional

Nome: [REDACTED] **Data avaliação:** 19/10/2021

Idade: 79 Anos **Sexo:** Feminino **Estado Civil:** Solteira

Há quanto tempo reside na instituição: 9 meses

Motivo:

Impossibilidade de viver sozinho

Problemas Familiares

Perda de capacidade funcional

Quedas consequentes

Outro: _____

História clínica / Antecedentes Pessoais (AP):

Síndrome Vertiginoso Acidente vascular cerebral Diabetes Mellitus

Depressão Doença de Parkinson Doença de Alzheimer Artrite

Doença crônica neurológica Doença Cardiovascular Doença Génito-Urinária

Doença Osteoarticular Sedentarismo

AP: Cifoescoliose exuberante; Osteoporose; SAOS (sob Bipap noturno com O2 a 1.5l/min); Demência; tabagismo; Fibrilhação auricular crónica; Insuficiência cardíaca de etiologia valvular e hipertensiva; Implantação prótese valvular aórtica em 2018 (biológica); DPOC; Anemia; Dislipidemia e Hipertiroidismo.

Hipertensão Arterial? Sim Não; (137/86mmHg 79bpm) - medicada

Tem diminuição da visão?

Não Sim; Se sim que tipo de correção usa? _____

Tem diminuição da auditiva?

Não Sim; Se sim que tipo de correção usa? Usa aparelho auditivo no Ouvido Esquerdo.

Sofre de incontinência urinária? Sim Não

Sofre de Urgência urinária? Sim Não

Insónias recorrentes? Sim Não; obs: Desde que reside na ERPI.

História de dor? Sim Não (associada á coluna lombar)

Escala Doloplus 2: Pontuação 4 (sinal de ausência de dor)

Medida de Dor em Geriatria (GPM): Pontuação 66.64 – Dores moderadas

Medicação (Grupos farmacológicos):

- Anti hipertensores Digitálicos Diuréticos Ansiolíticos Anticonvulsivantes
 Hipnóticos Antipsicóticos Antidepressivos Antiepiléticos Sedativos
 Analgésicos estupefacientes Insulinas Antidiabéticos orais

Obs: Faz Anticoagulantes orais pelo que terá maior risco de lesão na ocorrência de episódio de queda.

Polimedicado/a? Sim Não

Necessita de ajuda nas AVD's Básicas? Sim Não

Índice de Barthel: Total 97 (Dependência leve).

Estado Nutricional:

Mini Nutricional Assessment: Triagem total: 9 – sob risco de desnutrição / Avaliação estado nutricional total: 20 (sob risco de desnutrição).

Estado Cognitivo:

Mini-Mental State Examination (MMSE): Total 27 (sem déficit cognitivo)

Estado Afetivo/ Humor:

Escala de depressão geriátrica de Yesavage (versão curta): Total 6 (depressão ligeira)

Risco de Queda:

Teste Time Up and Go: Tempo: 26.06 segundos – Alto risco de Queda

Consegue caminhar sem dificuldades? Sim Não

Utiliza algum auxiliar de marcha? Sim Não

Qual? Bengala (contudo a sua utilização não é eficiente/eficaz, apresentando-se mal-adaptada ao uso da bengala).

Sente necessidade de ser acompanhado/a por outra pessoa na deambulação?

Sim Não

Indique as barreiras que oferecem mais dificuldades na sua deambulação:

- Portas Tapetes / Carpetes Piso Irregular Piso molhado
 Rampas Escadas Distribuição do Mobiliário Divisões Pequenas
 Ausência de corrimão Ausência de barras de apoio Iluminação
 Ausência de vigilância/supervisão

Outros: identifica a ausência de corrimão nos corredores; restantes problemas de mobiliário, iluminação e dimensões das divisões, identifica só nos quartos.

Que tipo de calçado utiliza?

- Chinelo fechado Chinelo Sapatilhas
 Sapato c/ cordões Sapato outro: sapato fechado sem atacadores, com sola antiderrapante.

Nos últimos doze meses sofreu alguma queda? Sim Não

Quantas vezes caiu? 3 vezes (6/06/21; 21/08/21; 17/09/21)

Em que local caiu?

- Casa de Banho Escadas Quarto Corredor
 Sala de Convívio Refeitório Pátio Varanda Elevador

Outro: _____

Qual a causa/motivo da queda?

As três quedas ocorreram no quarto, sem supervisão e não foram presenciadas. Caiu no chão do quarto, não sabe o motivo de nenhuma, refere que se arrastou pelo chão até chegar ao telemóvel, contactando diretamente para o gabinete de enfermagem.

Teve alguma lesão consequente da queda? Sim Não

Qual(ais)? 6/06/21- hematoma no ombro direito;

21/08/21- Hematoma no membro superior (não sabe especificar qual);

17/09/21 – Dor localizada na região lombar e grelha costal.

Teve necessidade de ser assistido/a? Sim Não

Foi hospitalizado/a? Sim Não

Tem medo de cair novamente? Sim Não

Escala Medo de cair (*Falls Efficacy Scale* versão portuguesa): pontuação total 87 (Sem medo de cair).

Planeamento de Cuidados/Intervenções:

- Divulgação dos resultados obtidos pela avaliação multidimensional junto da equipa multidisciplinar;
- Referenciação da problemática das insónias, para juntos promover e planear os períodos de sono e repouso;
- Vigilância e monitorização da dor;

- Referenciação para dietista/nutricionista dado o risco de subnutrição;
- Promover momentos de diálogo com a utente junto da equipa multidisciplinar, afim desta expressar as suas emoções e sentimentos;
- Discussão junto da equipa multidisciplinar das barreiras referenciadas pela utente para a sua deambulação;
- Referenciação para enfermeiro de reabilitação e fisioterapeuta, pelo uso ineficaz e má adaptação ao uso da ajuda técnica (bengala), bem como pelas alterações da marcha apresentadas;
- Realização de ensinios à utente na gestão do ambiente físico, referenciando as medidas e cuidados a ter para prevenir episódios de queda;
- Realização de ensinios à utente sobre as medidas a ter na ocorrência de episódio de queda;
- Envolvimento da equipa multidisciplinar no planeamento das medidas de prevenção de quedas;
- Sensibilizar a equipa visto que utente fazer terapêutica anticoagulante, pelo aumento do risco de lesão associado á queda;

Apêndice X

Jornal de aprendizagem

**Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de
Intervenção à Pessoa Idosa**

Jornal de Aprendizagem

**Tiago Gonçalves Carvalho
n.º 10478**

**Lisboa
novembro 2021**

**Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de
Intervenção à Pessoa Idosa**

Jornal de Aprendizagem

**Tiago Gonçalves Carvalho
n.º 10478**

Professora Orientadora:
Professora Sónia Ferrão

**Lisboa
novembro 2021**

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. DIÁLOGO ENTRE A PRÁTICA E A TEORIA	5
2. CONSIDERAÇÕES FINAIS	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	10

INTRODUÇÃO

A elaboração deste jornal de aprendizagem enquadra-se numa das atividades propostas no meu projeto de estágio, a desenvolver-se na unidade curricular de Estágio com Relatório do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção à Pessoa Idosa.

O pensamento reflexivo e o pensamento crítico, são elementos-chave relevantes para o exercício da prática de enfermagem, a reflexão permite a análise e impacto da situação, enuncia e descreve de modo objetivo e sistemático os elementos da mesma, procede à análise destes elementos explorando alternativas e mobilizando conhecimentos. Disponibiliza a integração de novos conhecimentos e permite um julgamento/avaliação da situação (Cooney, 1999). Neste trabalho recorri ao ciclo reflexivo de Gibbs permitindo-me desenvolver competências na esfera do pensamento reflexivo.

A elaboração deste trabalho consiste na descrição de situações vivenciadas durante o estágio, que decorre numa estrutura residencial para idosos, na interação com pessoas idosas e profissionais da instituição. As situações que irei relatar e toda a reflexão emergem de uma das intervenções de enfermagem na prevenção de quedas na pessoa idosa identificadas na revisão integrativa da literatura que elaborei.

Para a construção e orientação do jornal de aprendizagem, procurei uma metodologia de prática reflexiva da vivência profissional no estágio, centrada na minha pessoa, recorrendo como já foi referido ao ciclo reflexivo de Gibbs, com o objetivo de proporcionar análise, reflexão, discussão, fundamentação e argumentação, entre a prática de cuidados e o meu percurso de desenvolvimento de competências, sustentados em evidência científica.

Na sua estrutura, e após esta introdução, o trabalho é constituído por um diálogo entre a prática e a teoria, integrando uma temática que emergiu com a elaboração da revisão integrativa da literatura. Encerro o trabalho com considerações finais e as respetivas referências bibliográficas, de acordo com as normas da *American Psychological Association*, 7ª edição.

1. DIÁLOGO ENTRE A PRÁTICA E A TEORIA

Começo por descrever as situações por mim vivenciadas, de forma a iniciar o diálogo entre a prática e a teoria, que suporta esta reflexão de aprendizagem.

A situação de cuidados que irei descrever reporta-se a vivências com três pessoas idosas, Sr. Casimiro, Sr.^a Armandina e Sr.^a Frederica (nomes fictícios), preferindo chamar as pessoas por um nome fictício, salvaguardando a sua identidade e anonimato, ao invés de usar uma letra para mencionar essa pessoa, o que no meu entender acaba por despersonalizá-las.

Durante o estágio realizei diversas avaliações multidimensionais a pessoas idosas, emergindo destes momentos três relatos distintos sobre a utilização das grades da cama na prevenção de quedas. O Sr. Casimiro expressou gostar de ter as grades da cama elevadas quando permanece deitado pelo receio de cair desta. Já a Sr.^a Armandina referiu que quando permanece deitada prefere ter apenas uma das grades elevada, usando-a como apoio na alternância de decúbitos. Por sua vez a Sr.^a Frederica no seu relato referiu não querer usar grades na cama elevadas, pela ansiedade causada por se sentir “presa”. Partilhou que quando foi admitida na instituição (no ano de 2020), durante a noite, as assistentes operacionais elevavam sempre as grades da cama, mesmo quando esta pedia para não o fazerem. Esta situação levou a Sr.^a Frederica a solicitar junto da equipa a mudança para uma cama sem grades, tendo sido concedido o seu pedido.

Com a análise e reflexão destes relatos vivenciados, na minha perspetiva à semelhança de Huynh et al (2021) o uso de grades da cama para a prevenção de quedas em pessoas idosas é controverso. A evidência atual da literatura é inconclusiva sobre se o uso de grades de proteção isoladamente previne quedas, pois os estudos não respondem claramente a esta questão (Huynh et al, 2021).

A utilização das grades de proteção é considerada como uma medida preventiva primária, sendo que o seu uso atravessa todas as sociedades e culturas e são usadas indiscriminadamente na prática dos cuidados (Marques et al, 2017), evidenciando-se esta mesma questão no relato da Sr. Frederica quando afirma que elevavam sempre as grades da cama.

Na tomada de decisão para o uso de grades de proteção, destaca-se a interação entre a mobilidade da pessoa idosa e o seu estado mental, como benefício ou potencial risco de queda e ou lesão (O’Keeffe, 2013). As pessoas idosas ao terem as grades de proteção elevadas podem tentar escalá-las, colocando-se em risco de lesões mais graves decorrente da queda (Huynh et al, 2021). O uso de grades promove fenômenos de agitação e ansiedade, assim como, causa sentimentos de restrição e solidão, dada a impossibilidade de a pessoa idosa realizar atividades autonomamente (National Patient Safety Agency, 2007), sentimentos estes expressados no relato da Sr. Frederica.

As grades de proteção também podem servir como ferramenta para promoção do conforto e bem-estar da pessoa idosa, mediante solicitação da mesma, em situações que servem de apoio para a alternância de decúbitos, evitar que rolem da cama e diminuem o *stress* causado pelo medo de cair (Huynh et al, 2021), benefícios estes referenciados no relato da Sr.^a Armandina por preferir o uso de uma grade para ajuda em alternar decúbitos e no relato do Sr. Casimiro por usar grades como estratégia de conforto, pelo medo de cair da cama.

Mobilizo para esta reflexão os achados da revisão integrativa da literatura que elaborei, afirmando que as grades de proteção não são a ferramenta mais eficaz de prevenção de quedas na pessoa idosa e esta intervenção não deve integrar por rotina os cuidados de enfermagem (Huynh et al, 2021). As grades da cama são consideradas como uma restrição física que devem ser usadas como uma intervenção de último recurso (DGS, 2011; Huynh et al, 2021).

Após uma reflexão individual dos três relatos identifiquei a necessidade de intervir na equipa sobre a tomada de decisão do uso de grades de proteção como intervenção preventiva de quedas na pessoa idosa. Partindo desta premissa procurei em momentos informais e formais, nomeadamente, na sessão de formação sobre a prevenção de quedas na pessoa idosa, partilhar a toda a equipa multidisciplinar a atual evidência científica sobre esta intervenção.

Analisando os relatos de cuidados apresentados e situando-me numa perspetiva ética, realço que foi assegurado o princípio ético da autonomia, também denominado de princípio de liberdade, pois estabelece o respeito pela autodeterminação das pessoas, pelas suas escolhas e decisões autónomas e livres. Este princípio decorrente da doutrina da dignidade humana e dos direitos humanos fundamentais, quando aplicado na prática

clínica pressupõe que os profissionais de saúde tenham em atenção e respeitem a vontade da pessoa. Por outro lado, com base neste princípio, o profissional de saúde deve promover, sempre que possível, comportamentos autónomos por parte das pessoas idosas, informando-as convenientemente, assegurando a compreensão da informação facultada e respeitando a sua livre decisão, desde que se encontre em pleno uso das suas faculdades mentais (Nunes et al, 2005), como é o caso das pessoas idosas referidas no relato.

Analisando a natureza da experiência situacional relatada pela Sr.^a Frederica, não dissociando os conceitos de cuidado centrado na pessoa e individualização da intervenção de enfermagem, num primeiro momento este não foi assegurado, pois elevavam as grades de proteção contra a sua vontade. Sendo a individualização da intervenção de enfermagem um cuidado que tem em consideração a apreciação, recolha de informação sobre as suas preferências e necessidades da pessoa de modo a adequar objetivamente a prestação de cuidados a esta (Suhonen et al, 2008), posso afirmar que a intervenção não foi centrada na pessoa.

No entanto realço, que após a Sr.^a Frederica solicitar junto da equipa a mudança para uma cama sem grades, a intervenção apropriou-se do que é preconizado na individualização da intervenção de enfermagem, uma vez que esta requer ir conhecendo a pessoa (Suhonen et al, 2008), atendendo a uma abordagem holística, os enfermeiros devem dirigir a sua intervenção para a centralidade da pessoa de forma a satisfazer os seus cuidados fundamentais (Kitson, 2018) com recurso à comunicação verbal e não verbal, reconhecer o outro mediante aquilo que ele próprio manifesta ou revela de si (Gevaert, 1991).

Sendo o cuidado centrado na pessoa sustentado por valores como o respeito, direito à autodeterminação, compreensão, *empowerment*, promotores ao desenvolvimento da prática (McCormack&McCance, 2017), nesta situação foi promovida com a Sr.^a Frederica a sua participação na tomada de decisão (Suhonen et al, 2008), reforçando a importância de conhecer a pessoa e de intervir com a pessoa e não para a pessoa, envolvendo-a assim na tomada de decisão (McCormack & McCance, 2006).

Na formação realizada durante o estágio à equipa multidisciplinar, incidi na intervenção do uso de grades de proteção para a prevenção de quedas na pessoa idosa, despertando a equipa para a necessidade de esta intervenção ser avaliada e adequada

individualmente, ou seja, caso a caso. Nos relatos descritos vivenciados, as três pessoas idosas apresentam argumentos distintos, uns referem benefícios para o uso das grades enquanto no caso da Sr.^a Frederica identifica-se risco e prejuízo no uso das mesmas, indo ao encontro da evidência científica.

Com o relato destas vivências, conectadas entre si, no âmbito do estágio do curso de mestrado em enfermagem na área de intervenção à pessoa idosa, considero que estas experiências contribuíram para o meu percurso de desenvolvimento de competências de mestre e enfermeiro especialista.

A elaboração deste jornal de aprendizagem permitiu-me identificar o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019) no meu percurso de estágio, nomeadamente na melhoria contínua da qualidade, assegurando um papel dinamizador, com a realização da formação à equipa multidisciplinar, desenvolvendo práticas de qualidade de forma a garantir um ambiente terapêutico e seguro na área da prevenção de quedas à pessoa idosa.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal refleti sobre os princípios éticos e na garantia da prática de cuidados que respeitem os direitos humanos, que se encontram espelhados na presente reflexão.

No domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, baseei a praxis clínica em evidência científica, no desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, inclusive mobilizando os achados da revisão integrativa da literatura.

Para além destas competências, a reflexão inerente a este jornal de aprendizagem permitiu-me também identificar o desenvolvimento de competências do grau de mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018), nomeadamente a capacidade de resolver problemas, de responder a questões complexas e até mesmo comunicar conclusões, tal como o realizei com a partilha de conclusões da revisão integrativa da literatura, onde se preconiza que as intervenções de enfermagem não devam ser desenvolvidas isoladamente, mas sim combinadas e integradas num plano de prevenção de quedas com o envolvimento da pessoa idosa.

Todas estas vivências e aprendizagens permitiram-me desenvolver competências que serão mobilizadas na minha prática de cuidados, enquanto futuro mestre e enfermeiro especialista no cuidar a pessoa idosa.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção da prática reflexiva com o recurso à narrativa da experiência profissional, potenciou a mobilização de conhecimentos entre a prática e a teoria, tornando-se reveladora da proximidade existente entre estes dois domínios, na disciplina de Enfermagem.

Enfermagem é uma união dialética entre a teoria e a prática, uma praxis (Vale et al, 2009), com capacidade de reflexão, pensamento crítico, prática baseada na evidência e autonomia na tomada de decisão. Tomar decisões baseadas nos conhecimentos adquiridos através de estudos científicos, com o uso da melhor evidência disponível, da perícia clínica e valores da pessoa alvo dos cuidados é a base da prática baseada na evidência.

Sendo a evidência científica um instrumento para a tomada de decisão em enfermagem, sobre os cuidados a prestar, baseado na localização e na integração dos melhores resultados científicos procedentes da investigação original e aplicáveis às diferentes dimensões da prática de enfermagem. A utilização da evidência leva assim à construção de uma reflexão crítica e construtiva das práticas na enfermagem, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados com a prática baseada na evidência.

Através desta metodologia, foi possível refletir sobre a prática, centrada na pessoa, procurando proporcionar análise, reflexão, discussão, fundamentação e argumentação entre o exercício profissional e conhecimentos teóricos.

Enquanto futuro mestre e enfermeiro especialista, espero que oriente a minha prática alicerçada em competências avançadas, espelhando a visibilidade do cuidar de enfermagem, na sua esfera holística, promovendo o cuidado centrado na pessoa, através do uso de estratégias e ferramentas na promoção de ambientes seguros como na prevenção de quedas, para assegurar a qualidade dos cuidados, numa perspetiva de enfermagem avançada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cooney, A. (1999). Reflection demystified. Answering some common questions. *British Journal of Nursing*, 8 (22), 1530-1534. <https://doi.org/10.12968/bjon.1999.8.22.6429>
- Decreto-Lei n.º 65/2018. Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- Direção Geral da Saúde (2011). *Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente*.
- Gevaert, J. (1991). *El problema del hombre - Introducción a la antropología filosófica* (8ª ed.). Ediciones Sígueme.
- Huynh, D., Lee, O. N., An, P. M., Ens, T. A., & Mannion, C. A. (2021). Bedrails and falls in nursing homes: A systematic review. *Clinical Nursing Research*, 30(1), 5–11. <https://doi.org/10.1177/1054773820907805>
- Kitson, A. (2018). The fundamentals of care framework as a point-of-care nursing theory. *Nursing Research*, 67 (2), 99-107. doi: 10.1097/NNR.0000000000000271
- Marques, P., Queirós, C., Apóstolo, J. & Cardoso, D. (2017). Effectiveness of bedrails in preventing falls among hospitalized older adults. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(10), 2527–2554. doi:10.11124/JBISRIR-2017-003362
- McCormack, B. & McCance, T. (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.
- McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-centred practice in nursing and health care – Theory and practice* (2ª ed.). Wiley-Blackwell.
- National Patient Safety Agency. (2007). *Resources for reviewing or developing a bedrail policy*.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise de casos*. Ordem dos Enfermeiros.
- O'Keeffe, S. (2013). Bedrails rise again?. *Age and Ageing*, 42(4), 426–427. doi:10.1093/ageing/aft062
- Regulamento n.º 140/ 2019 (2019). Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, Série II (n.º 26 de 2019-02-06), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Suhonen, R., Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualized nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 843-860. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01979.x
- Vale, E., Pagliuca, L. & Quirino, R. (2009). Saberes e práxis em enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(1), 174-180.

Apêndice XI

Formulário de registo de incidente de queda

Registo de Incidente de Quedas

Data do Incidente:	Clique ou toque para introduzir uma data.
Hora do Incidente:	Clique ou toque aqui para introduzir texto.
Turno em que ocorreu o incidente:	Escolha um item.
Nome do utente:	Clique ou toque aqui para introduzir texto.
Idade:	Clique ou toque aqui para introduzir texto.
Género:	Escolha um item.
Tipo de Queda:	Escolha um item.
Se Outro, qual?	Clique ou toque aqui para introduzir texto.
Motivo de Queda:	Escolha um item.
Se Estado de Saúde do utente:	Escolha um item.
Se Outro, qual?	Clique ou toque aqui para introduzir texto.
Se Fatores Ambientais:	Escolha um item.
Se Outro, qual?	Clique ou toque aqui para introduzir texto.
Se Outros Motivos:	Escolha um item.
Se Outro, qual?	Clique ou toque aqui para introduzir texto.
Envolvimento da Queda:	Escolha um item.
Se Outro, qual?	Clique ou toque aqui para introduzir texto.
Queda Presenciada:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se sim, Quem?	Clique ou toque aqui para introduzir texto.
Ocorreu alguma Lesão:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Tipo de dano:	<input type="checkbox"/> Dano Físico <input type="checkbox"/> Dano Psicológico <input type="checkbox"/> Outro tipo de dano
Se Outro tipo de dano, qual?	Clique ou toque aqui para introduzir texto.
Se Físico:	Escolha um item.
Se Outro, qual?	Clique ou toque aqui para introduzir texto.
Se Psicológico:	Escolha um item.
Se Outro, qual?	Clique ou toque aqui para introduzir texto.
Localização da lesão física - Descreva:	Clique ou toque aqui para introduzir texto.
Avaliação Risco prévio à queda:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se Sim, qual o risco?	Clique ou toque aqui para introduzir texto.
Descrição do Incidente:	Clique ou toque aqui para introduzir texto.
Medidas tomadas:	<input type="checkbox"/> Aplicação de gelo <input type="checkbox"/> Realização de penso <input type="checkbox"/> Monitorização estado consciência <input type="checkbox"/> Monitorização sinais vitais <input type="checkbox"/> Ensino ao utente <input type="checkbox"/> Imobilização fratura <input type="checkbox"/> Elevação das grades

	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Redução do nível do plano da cama<input type="checkbox"/> Encaminhamento para o serviço de urgência<input type="checkbox"/> Contenção mecânica<input type="checkbox"/> Contenção química/farmacológica<input type="checkbox"/> Contenção ambiental<input type="checkbox"/> Manutenção/reparação equipamento<input type="checkbox"/> Outras
<p>Se outras - Descreva: Clique ou toque aqui para introduzir texto.</p>	

Apêndice XII

Suporte da apresentação da formação realizada na ERPI

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa



Tiago Gonçalves Carvalho

Orientador de Estágio:

Professora Orientadora: Sónia Ferrão

8 novembro 2021

OBJETIVOS

- Sensibilizar para a problemática das quedas na pessoa idosa;
- Divulgar intervenções de segurança adequadas na prevenção de quedas;
- Envolver a equipa multidisciplinar nas intervenções de prevenção de quedas à pessoa idosa;



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

QUEDAS / DEFINIÇÃO

Uma queda é definida como um evento que leva uma pessoa inadvertidamente ao solo ou para um nível inferior.

(WHO, 2021)

É considerado um problema de saúde pública ainda subvalorizado.

(WHO, 2021).

GRUPOS DE RISCO



CHILDREN & ADOLESCENTS



WORKERS



OLDER PEOPLE

(WHO, 2021)

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROBLEMÁTICA DAS QUEDAS

As quedas são a segunda principal causa de morte por lesões acidentais (WHO, 2021).

A probabilidade de cair aumenta gradualmente na faixa etária acima dos 65 anos (WHO, 2021).

Um terço das pessoas idosas sofre uma queda por ano, sendo que 50% destes é recorrente neste tipo de incidente (WHO, 2021).

As quedas representam uma das principais causas de lesões evitáveis (Dykes et al, 2020).

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

Fatores de Risco de Queda

Fatores Intrínsecos

Estão associados às características da pessoa, às mudanças relacionadas com a idade e às condições de saúde.

Fatores Extrínsecos

Estão associados a condições do ambiente envolvente, características socioeconômicas e comportamentais.

(Morse, 2009; WHO, 2021)

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

Fatores de Risco Intrínsecos

- Idade avançada;
- Alterações fisiopatológicas;
- Diminuição da acuidade visual e auditiva;
- Alterações musculoesqueléticas;
- Disfunções da marcha;
- Alterações do equilíbrio;
- Perda da capacidade funcional;
- Doenças crónicas como neurológicas, cardiovasculares... ;
- Diminuição da força muscular;
- Alterações motoras;
- Fraqueza;
- Tonturas;
- Confusão;
- Sonolência
- Hipotensão
- Consequências do uso de fármacos como antihipertensores; digitálicos; diuréticos; psicofármacos entre outros...



(Almeida et al., 2010; Costa-Dias et al., 2013; Guimarães et al., 2019; WHO, 2021)

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

Fatores de Risco Extrínsecos

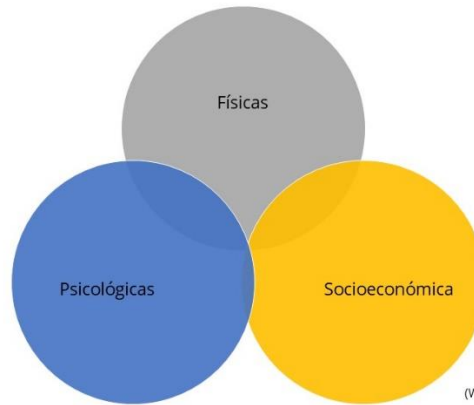
- Ausência de ajudas técnicas;
- Vestuário e calçado inadequado;
- Fraca iluminação;
- Inadequação dos espaços e mobiliário;
- Barreiras arquitetônicas;
- Existência de obstáculos;
- Piso molhado;
- Superfícies irregulares;
- Presença de tapetes soltos;
- Falta de interação social;
- Baixa escolaridade;
- Baixos rendimentos;
- Acesso limitado aos serviços de saúde e sociais;
- Sedentarismo;

(Guimarães et al., 2019; WHO, 2021)



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

CONSEQUÊNCIAS DAS QUEDAS



(WHO, 2021)

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

CONSEQUÊNCIAS DAS QUEDAS

Físicas:

- Dor;
- Escoriações;
- Hematomas;
- Lacerações;
- Fraturas;
- Traumatismo crânio-encefálico (principalmente hematomas subdurais);
- Traumatismo cervical e dorsolombar;
- Traumatismo torácico e/ou abdominal;
- Perda de independência;
- Morte.

Psicológicas:

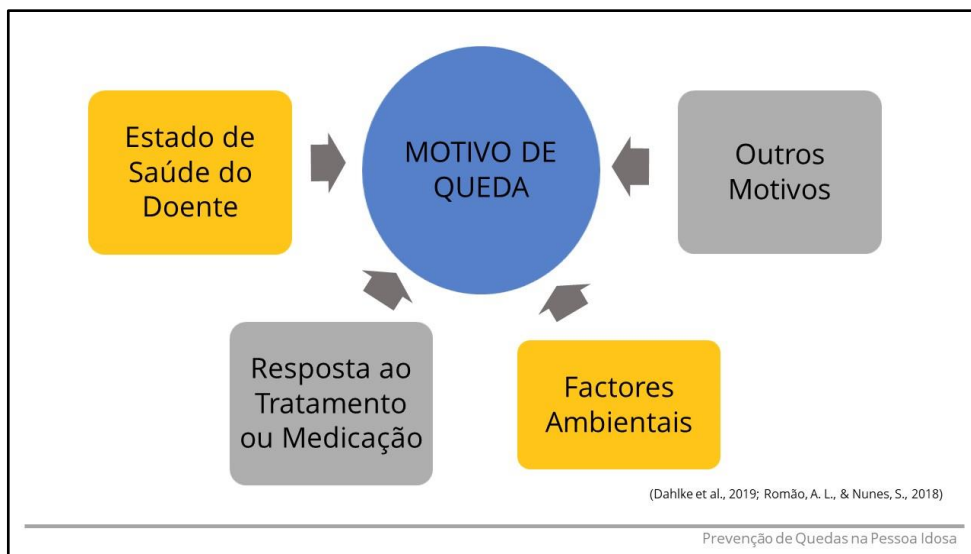
- Ansiedade;
- Depressão;
- Angústia;
- Vergonha;
- Perda de confiança;
- Perda de autoestima;
- Sentimento de solidão;
- Perda de crenças;
- Medo de voltar a cair.

Socioeconômicas:

- Custos em internamentos hospitalares, emergências e cirurgias;
- Aumento dos custos em recursos humanos e materiais;
- Processos jurídicos de litígio com hospitais e instituições prestadoras de cuidados de saúde, pela insatisfação dos familiares;
- Isolamento social;
- Abandono de atividades.

(Almeida et al., 2010; Costa-Dias et al., 2014; Dykes et al., 2020; Meyer et al., 2018; Romão & Nunes, 2018; While, 2020; WHO, 2021);

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa



CONTEXTOS DAS QUEDAS

Nas ERPI, por dificuldades de transição e adaptação aos novos ambientes, existe uma probabilidade acrescida de ocorrência de quedas, estando mais propensos a sofrer consequências graves em comparação com os idosos que vivem na comunidade.

Os quartos e as casas de banho das ERPI são os locais mais comuns para a ocorrência de quedas, sendo os horários que antecedem as refeições os períodos onde se registam maior número de quedas.

Paralelamente a estes dados, verifica-se nas ERPI uma maior incidência de lesões relacionadas com as quedas .

(WHO, 2021)

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa



AVALIAÇÃO RISCO DE QUEDA

- Sinalizar e identificar todas as Pessoas idosas residentes na ERPI com **ALTO RISCO DE QUEDA**, de forma a que toda a equipa multidisciplinar consiga aplicar as medidas de prevenção mais adequadas.



(Baixinho et al., 2018; Scheidenhelm et al., 2020)

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO

- Manter chão limpo e seco;
- Uso de piso/chão antiderrapante;
- Usar a sinalética de aviso de piso molhado;
- Intervenção o mais rápido possível no caso de derramamento de líquidos no chão;

(Baixinho et al., 2018; Gustavsson et al., 2017; Valipoor et al., 2020)



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO

- Evitar a presença de Rampas;
- Evitar o uso de Escadas e degraus;

(Gustavsson et al., 2017; Valipoor et al., 2020)



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO

- Manter o ambiente organizado;
- Manter área livre para deambulação, evitando a presença de obstáculos;
- Organização e disposição do mobiliário;

(Baixinho et al., 2018; Valipoor et al., 2020)

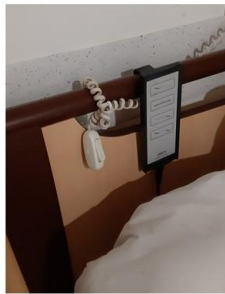


Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO

- Manter o sistema de chamada (campainha) acessível;
- Confirmar que todos os objetos pessoais estão ao alcance da pessoa idosa (água, óculos, livro, telemóvel, campainha, ...);

(Baixinho et al., 2018; Scheidenhelm et al., 2020; Valipoor et al., 2020)

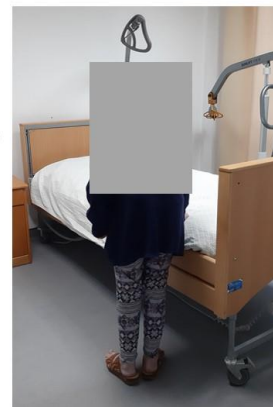
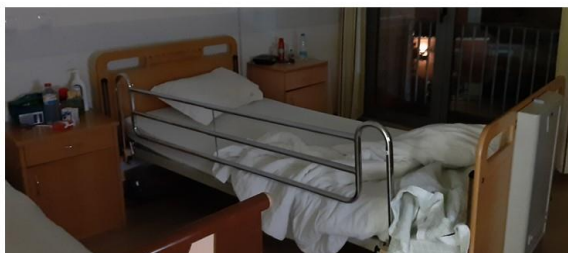


Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO

- Manter a altura da cama na posição mais baixa adequada à altura da pessoa;
- Elevação das grades da cama (sempre que a pessoa idosa o solicitar);

(Baixinho et al., 2018; Huynh et al., 2021; Scheidenhelm et al., 2020; Valipoor et al., 2020)



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO

- Camas, cadeirões, mesas de cabeceira, entre outros equipamentos sempre travados;
- Assegurar nas transferências das pessoas idosas que as cadeiras de rodas, camas ou cadeirões estão travados antes de realizar a mesma;

(Baixinho et al., 2018; Scheidenhelm et al., 2020; Vallipoor et al., 2020)

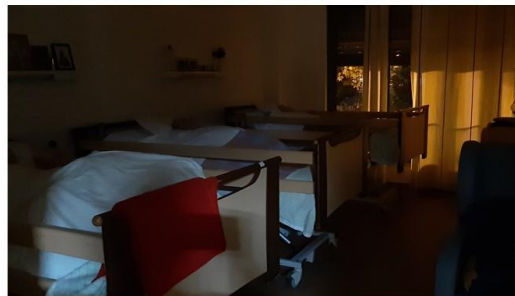


Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO

- Assegurar adequada iluminação nos espaços;
- Manter a iluminação adequada à noite com uso de luz de presença;

(Baixinho et al., 2018; Vallipoor et al., 2020)



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO

- Orientar a pessoa idosa no espaço do quarto/unidade e a sua proximidade relativamente à casa-de-banho;
- Reorientar pessoas idosas nos espaços físicos;

(Baixinho et al., 2018)



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO

- Utilizar calçado fechado e ajustado ao pé, de preferência antiderrapante (chinelos ou calçado sem atacadores);
- Evitar o uso de roupa que seja muito comprida e/ou larga, e adequado à marcha;

(Chari et al., 2016; WHO, 2021)



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO

- Uso de ajudas técnicas adequados e em condições seguras;
- Sinalizar equipamentos deteriorados;

(Baixinho et al., 2018; Scheidenhelm et al., 2020; Valipoor et al., 2020)



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO

- Promover o uso dos dispositivos de segurança (barras de apoio dos sanitários e chuveiros, corrimões) disponíveis e acessíveis em condições de utilização segura;
- Nos cuidados de higiene deve-se promover a proximidade dos objetos de higiene pessoal à pessoa idosa;
- Promover a utilização do sistema de chamada nas casas de banho;

(Baixinho et al., 2018; Scheidenhelm et al., 2020; Valipoor et al., 2020)



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO

- Evitar deixar as pessoas idosas sozinhas nas casas de banho ou áreas de risco;
- Vigilância frequente pelos profissionais de saúde;

(Baixinho et al., 2018; Scheidenhelm et al., 2020)



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO

- Disponibilização de equipamentos/idas frequentes ao WC;
- Evitar transferências de camas e mudanças das pessoas idosas para diferentes ambientes;

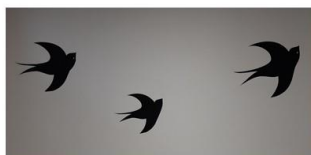
(Baixinho et al., 2018; Scheidenhelm et al., 2020; Toye et al., 2019)



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO

As intervenções na gestão do ambiente físico **contribuem para a redução da incidência de quedas** da pessoa idosa.



Preconiza-se que as intervenções não devam ser desenvolvidas isoladamente, mas sim **combinadas e integradas num plano de prevenção de quedas** com o envolvimento da pessoa idosa.

(Baixinho et al., 2018; Scheidenhelm et al., 2020; Valipoor et al., 2020).

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NA PREVENÇÃO DE QUEDAS

A necessidade de atualização da formação da equipa multidisciplinar, constitui um requisito para a prevenção de quedas à pessoa idosa em cuidados institucionais de longa duração.

- Envolver a equipa multidisciplinar de forma a estarem identificadas as pessoas idosas de Alto Risco de Queda;
- Promover as medidas de segurança adequadas;
- Validar que todos profissionais envolvidos nos cuidados têm conhecimentos necessários sobre a temática.

(Cunha et al., 2021; Dahlke et al., 2019; Registered Nurses' Association of Ontario, 2017)

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

ENVOLVER A PESSOA IDOSA E ENSINO

- Ensinos sobre a prevenção de quedas à pessoa idosa e sua família;
- Intervir sobre fatores de risco;
- Garantir a segurança da pessoa idosa;
- Aumentar a sua funcionalidade;
- Promover a mobilidade, a independência e autonomia da pessoa idosa.

(Dykes et al., 2019; Registered Nurses' Association of Ontario, 2017; Scheidenhelm et al., 2020)



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

BOAS PRÁTICAS DE TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA PREVENÇÃO DE QUEDAS

A ocorrência de quedas representa um sério problema, exigindo a **implementação de estratégias preventivas**.

As estratégias de prevenção devem enfatizar a **educação, a pesquisa, o treino, a criação de ambientes mais seguros de forma a reduzir os riscos**.

Garantir que **toda** a equipa multidisciplinar mantém um ambiente seguro e aplica as medidas de segurança implementadas no plano de prevenção de quedas à pessoa idosa;

(Baixinho et al., 2018; Dykes et al., 2019; Huynh et al., 2021; Scheidenhelm et al., 2020; Registered Nurses' Association of Ontario, 2017; Scheidenhelm et al., 2020; Valipour et al., 2020)

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

Dúvidas / Questões



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

Consideram que esta formação foi útil?

Permitiu novas aprendizagens?



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, R., Abreu, C., & Mendes, A. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 2), 163–172. <https://doi.org/10.12707/rrii1016>
- Baixinho, C., Dixe, M., & Henriques, M. A. (2018). Gestionar el ambiente para prevenir la caída en los ancianos institucionalizados: Validación de protocolo. *Index de Enfermería, 27*(1/2), 72–76. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin208&AN=132197733&site=ehost-live>
- Chari, S. R., McRae, P., Stewart, M. J., Webster, J., Fenn, M., & Haines, T. P. (2016). Point prevalence of suboptimal footwear features among ambulant older hospital patients: Implications for fall prevention. *Australian Health Review, 40*(4), 399–404. <https://doi.org/10.1071/AH14168>
- Costa-Dias, M., Ferreira, P., & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da escala de quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(nº 2), 7–17. <https://doi.org/10.12707/rrii1382>
- Costa-Dias, M., Oliveira, A., Moreira, C., Santos, A., Martins, T., & Araújo, F. (2013). Quedas dos doentes internados em serviços hospitalares, associação com os grupos terapêuticos. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 9), 105–114. <https://doi.org/10.12707/rrii12142>
- Cunha, L. F. C., Baixinho, C., Henriques, M. A., Sousa, L. M. M., & Dixe, M. (2021). Evaluation of the effectiveness of an intervention in a health team to prevent falls in hospitalized elderly people. *Revista Da Escola de Enfermagem, 55*(May), 1–8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019031403695>
- Dahlke, S. A., Hunter, K. F., & Negrin, K. (2019). Nursing practice with hospitalised older people: Safety and harm. *International Journal of Older People Nursing, 14*(1), 1–16. <https://doi.org/10.1111/ohn.12220>
- Despacho n.º 1400-A/2015, 2.ª série Diário da República 3882(2) (2015). <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/66463212/details/maximized?serie=II&dreId=66463210%5Cnhttps://dre.pt/application/file/66457154>
- Dykes, P. C., Adelman, J. S., Alfieri, L., Bogaisky, M., Carroll, D., Carter, E., Duckworth, M., Erickson, J. R. I., Flaherty, L. M., Hurley, A. C., Jackson, E., Khasnabish, S., Lindros, M. E., Manzano, W., Scanlan, M., & Spivack, L. B. (2019). The fall TIPS (Tailoring Interventions for Patient Safety) program: A collaboration to end the persistent problem of patient falls. *Nurse Leader, 17*(4), 365–370. <https://doi.org/10.1016/j.nln.2018.11.006>
- Dykes, P. C., Burns, Z., Adelman, J., Bennenyan, J., Bogaisky, M., Carter, E., Ergai, A., Lindros, M. E., Lipsitz, S. R., Scanlan, M., Shaykevich, S., & Bates, D. W. (2020). Evaluation of a patient-centered fall-prevention tool kit to reduce falls and injuries: A nonrandomized controlled trial. *JAMA Network Open, 3*(11), e2025889. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.25889>

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Guimarães, A. R. C., Teles, M. I. P., Fernandes, S. A. R., Ferreira, Ó., & Baixinho, C. L. (2019). Transição segura hospital - comunidade : Algoritmo para a prevenção de quedas na pessoa idosa. *Revista de Enfermeria Basada En La Evidencia*, 16, 1–9. Disponível em: <http://ciberindex.com/vc/ew/e11649pt>
- Gustavsson, J., Rahm, G. B., Jernbro, C., & Nilsson, F. (2017). Effects of impact-absorbing flooring in residential care from the perspectives of enrolled nurses. *Journal of Housing for the Elderly*, 31(4), 367–381. <https://doi.org/10.1080/02763893.2017.1335670>
- Huynh, D., Lee, O. N., An, P. M., Ens, T. A., & Mannion, C. A. (2021). Bedrails and falls in nursing homes: A systematic review. *Clinical Nursing Research*, 30(1), 5–11. <https://doi.org/10.1177/1054773820907805>
- Meyer, C., Renehan, E., Batchelor, F., Said, C., Haines, T., Elliott, R., & Goeman, D. (2018). "Falls not a priority": Insights on discharging older people, admitted to hospital for a fall, back to the community. *Australian Journal of Primary Health*, 24(1), 66–73. <https://doi.org/10.1071/PY17052>
- Morse, J.M. (2009). *Preventing patients falls: Establishing a fall intervention program*. (2ª edição). Springer.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2017). *Preventing falls and reducing injury from falls*. (4ªed.). https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/FALL_PREVENTION_WEB_1207-17.pdf
- Romão, A. L., & Nunes, S. (2018). Quedas em internamento hospitalar-causas, consequências e custos: Estudo de caso numa unidade hospitalar de Lisboa. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(1), 1–8. <https://doi.org/10.1159/000488073>
- Scheidenhelm, S., Astroth, K. S., Delong, K., Starkey, C., & Wolfe, D. (2020). Retrospective analysis of factors associated with a revised fall prevention bundle in hospitalized patients. *Journal of Nursing Administration*, 50(11), 571–577. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000939>
- Toye, C., Slatyer, S., Kitchen, S., Ingram, K., Bronson, M., Edwards, D., Van Schalkwyk, W., Plenaar, C., Wharton, P., Bharat, C., & Hill, K. D. (2019). Bed moves, ward environment, staff perspectives and falls for older people with high falls risk in an acute hospital: A mixed methods study. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 2223–2237. <https://doi.org/10.2147/CIA.S211424>
- Valipour, S., Pati, D., Kazem-Zadeh, M., Milhandoust, S., & Mohammadgorji, S. (2020). Falls in older adults: A systematic review of literature on interior-scale elements of the built environment. *Journal of Aging and Environment*, 34(4), 351–374. <https://doi.org/10.1080/02763893.2019.1683672>
- While, A. E. (2020). Falls and older people: understanding why people fall. *British Journal of Community Nursing*, 25(4), 173–177. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.4.173>
- WHO. (2021). *Strategies for preventing and managing falls across the life-course*.

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa



Tiago Gonçalves Carvalho

Orientador de Estágio: [REDACTED]

Professora Orientadora: Sónia Ferrão

novembro 2021

Apêndice XIII

Poster elaborado para a ERPI

EVITE A QUEDA:

Gestão do ambiente físico na prevenção de quedas

As intervenções na gestão do ambiente físico **contribuem para a redução da incidência de quedas** da pessoa idosa.

Orientar a pessoa no espaço físico

Manter chão limpo e seco

Uso de piso antiderrapante

Usar sinalética de aviso de piso molhado

Manter o ambiente organizado e livre de obstáculos

Manter sistema de chamada acessível (campainha)

Garantir proximidade dos objetos pessoais

Altura da cama adequada à pessoa



Evitar o uso de escadas e degraus

Travar equipamentos

Assegurar a iluminação nos espaços

Manter luzes de presença ligadas

Usar calçado adequado

Usar ajudas técnicas em condições seguras

Promover o uso de dispositivos de segurança (barras de apoio/corrimão)

Evitar deixar o idoso sozinho em áreas de risco



Preconiza-se que as intervenções não sejam desenvolvidas isoladamente, mas sim **combinadas e integradas num plano de prevenção de quedas** com o envolvimento da pessoa idosa.

TIAGO CARVALHO¹; ²; SÓNIA FERRÃO³

1. Mestrando do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção à Pessoa Idosa da ESEL

2. Professora Adjunta da ESEL; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa

BIBLIOGRAFIA

- Baixinho, C., Dixe, M., & Henriques, M. A. (2018). Gestionar el ambiente para prevenir la caída en los ancianos institucionalizados: Validación de protocolo. *Index de Enfermería*, 27(1/2), 72–76. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=132197733&site=ehost-live>
- Cameron, I. D., Dyer, S. M., Panagoda, C. E., Murray, G. R., Hill, K. D., Cumming, R. G., & Kerse, N. (2018). Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005465.pub4>
- Chari, S. R., McRae, P., Stewart, M. J., Webster, J., Fenn, M., & Haines, T. P. (2016). Point prevalence of suboptimal footwear features among ambulant older hospital patients: Implications for fall prevention. *Australian Health Review*, 40(4), 399–404. <https://doi.org/10.1071/AH14168>
- Gustavsson, J., Rahm, G. B., Jernbro, C., & Nilson, F. (2017). Effects of impact-absorbing flooring in residential care from the perspectives of enrolled nurses. *Journal of Housing for the Elderly*, 31(4), 367–381. <https://doi.org/10.1080/02763893.2017.1335670>
- Scheidenhelm, S., Astroth, K. S., Delong, K., Starkey, C., & Wolfe, D. (2020). Retrospective analysis of factors associated with a revised fall prevention bundle in hospitalized patients. *Journal of Nursing Administration*, 50(11), 571–577. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000939>
- Valipoor, S., Pati, D., Kazem-Zadeh, M., Mihanoust, S., & Mohammadigorji, S. (2020). Falls in older adults: A systematic review of literature on interior-scale elements of the built environment. *Journal of Aging and Environment*, 34(4), 351–374. <https://doi.org/10.1080/02763893.2019.1683672>

Apêndice XIV

Consentimento informado, esclarecido e livre para participação no
projeto

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

Eu, Tiago Gonçalves Carvalho, enfermeiro, aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho convidá-lo(a) a participar no meu projeto de mestrado.

Título do estudo: Promoção da segurança da pessoa idosa: intervenção especializada de enfermagem na prevenção de quedas.

Enquadramento: Projeto a desenvolver no Serviço de [REDACTED]. Este projeto tem como orientador a Professora Adjunta Sónia Alexandra da Silva Ferrão, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Explicação do estudo: Este projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, está centrado na promoção de um ambiente seguro na pessoa idosa que vivencia processos de transição. Pretende-se minimizar a magnitude do fenómeno das quedas na pessoa idosa hospitalizada, sendo expectável a sensibilização para a problemática, redução da incidência de quedas e ocorrência de lesão, através da promoção de ambientes seguros. A sua participação consiste na validação da informação preenchida num folheto, pelo investigador, a manter na sua unidade durante o internamento e consentir o uso dos dados recolhidos no âmbito do projeto.

Confidencialidade e anonimato: Está garantido o anonimato, confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo.

Data: ___ / ___ / ___ **Assinatura do Investigador:** _____

Dados do investigador: [REDACTED]

.....

Declaro ter compreendido o objetivo do estudo, explicado pelo investigador que assina o presente documento, ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas necessárias, para as quais obtive resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo nos meus direitos assistenciais se recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo a minha participação referida neste documento, bem como o registo, análise e divulgação científica das informações obtidas.

Identificação: _____

Assinatura: _____ **Data:** ___ / ___ / ___

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

Qualidade do representante legal: _____ **BI/CC N.º:** _____

Assinatura: _____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Apêndice XV

Suporte da apresentação da formação realizada no serviço de internamento hospitalar

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa: contexto hospitalar



Tiago Gonçalves Carvalho

Orientadora de Estágio: [REDACTED]

Professora Orientadora: Sónia Ferrão

dezembro 2021

OBJETIVOS

- Sensibilizar para a problemática das quedas na pessoa idosa;
- Divulgar intervenções adequadas na prevenção de quedas;
- Envolver a equipa multidisciplinar nas intervenções de prevenção de quedas à pessoa idosa;
- Apresentar à equipa multidisciplinar o programa *Fall TIPS*;

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

QUEDAS / DEFINIÇÃO

Uma queda é definida como um evento que leva uma pessoa inadvertidamente ao solo ou para um nível inferior.

(WHO, 2021)

É considerado um problema de saúde pública ainda subvalorizado.

(WHO, 2021).

GRUPOS DE RISCO



CHILDREN & ADOLESCENTS



WORKERS



OLDER PEOPLE

(WHO, 2021)

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROBLEMÁTICA DAS QUEDAS

As quedas são a segunda principal causa de morte por lesões acidentais.

A probabilidade de cair aumenta gradualmente na faixa etária acima dos 65 anos.

Um terço das pessoas idosas sofre uma queda por ano, sendo que 50% destes é recorrente neste tipo de incidente.

As quedas representam uma das principais causas de lesões evitáveis.

(Dykes et al., 2020; WHO, 2021)

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

Fatores de Risco de Queda

Fatores Intrínsecos

Estão associados às características da pessoa, às mudanças relacionadas com a idade e às condições de saúde.

Fatores Extrínsecos

Estão associados a condições do ambiente envolvente, características socioeconómicas e comportamentais.

(Morse, 2009; WHO, 2021)

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

Fatores de Risco Intrínsecos

- **Idade avançada;**
- Alterações fisiopatológicas;
- **Diminuição da acuidade visual e auditiva;**
- Alterações musculoesqueléticas;
- Disfunções da marcha;
- **Alterações do equilíbrio;**
- Perda da capacidade funcional;
- Doenças crónicas como neurológicas, cardiovasculares, ... ;
- **Diminuição da força muscular;**
- Alterações motoras;
- Fraqueza;
- Tonturas;
- **Confusão;**
- Sonolência;
- **Hipotensão;**
- **Consequências do uso de fármacos** como antihipertensores, digitálicos, diuréticos, psicofármacos entre outros;



(Almeida et al., 2010; Costa-Dias et al., 2013; Guimarães et al., 2019; WHO, 2021)

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

Fatores de Risco Extrínsecos

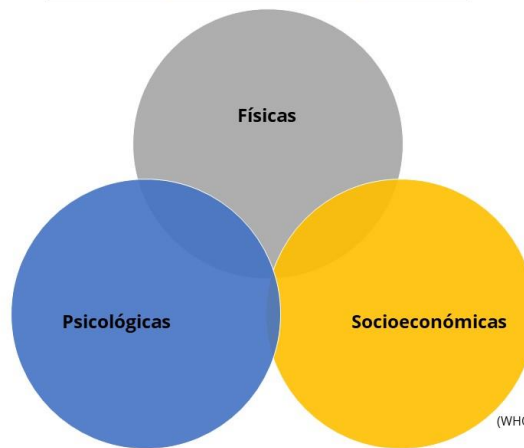
- Ausência de ajudas técnicas;
- **Vestuário e calçado inadequado;**
- **Fraca iluminação;**
- Inadequação dos espaços e mobiliário;
- **Barreiras arquitetônicas;**
- **Existência de obstáculos;**
- **Piso molhado;**
- Superfícies irregulares;
- Presença de tapetes soltos;
- Falta de interação social;
- Baixa escolaridade;
- Baixos rendimentos;
- Acesso limitado aos serviços de saúde e social;
- **Sedentarismo;**



(Guimarães et al., 2019; WHO, 2021)

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

CONSEQUÊNCIAS DAS QUEDAS



(WHO, 2021)

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

CONSEQUÊNCIAS DAS QUEDAS

Físicas:

- Dor;
- Escoriações;
- Hematomas;
- Lacerações;
- Fraturas;
- Traumatismo crânio-encefálico (principalmente hematomas subdurais);
- Traumatismo cervical e dorsolombar;
- Traumatismo torácico e/ou abdominal;
- Perda de independência;
- Morte.

Psicológicas:

- Ansiedade;
- Depressão;
- Angústia;
- Vergonha;
- Perda de confiança;
- Perda de autoestima;
- Sentimento de solidão;
- Perda de crenças;
- Medo de voltar a cair.

Socioeconômicas:

- Custos em internamentos hospitalares, emergências e cirurgias;
- Aumento dos custos em recursos humanos e materiais;
- Processos jurídicos de litígio com hospitais e instituições prestadoras de cuidados de saúde, pela insatisfação dos familiares;
- Isolamento social;
- Abandono de atividades.

(Almeida et al., 2010; Costa-Dias et al., 2014; Dykes et al., 2020; Meyer et al., 2018; Romão & Nunes, 2018; While, 2020; WHO, 2021);

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

CONTEXTOS DAS QUEDAS - HOSPITALAR



- Pessoas hospitalizadas apresentam risco acrescido de queda;
- As quedas são frequentes nos hospitais, sendo que a maioria destas ocorre nas pessoas idosas (com idade entre os 71 e os 85 anos);
- As pessoas idosas com necessidade de ajuda nas AVD, têm uma probabilidade de cair 14 vezes superior;
- Em ambiente hospitalar, as quedas surgem como os acidentes mais documentados (21% do total de incidentes notificados);
- As quedas são frequentes nos hospitais e originam lesões, hospitalizações mais prolongadas e atraso na reabilitação;
- Aumento dos custos hospitalares.

(Almeida et al., 2010; Despacho n.º1400-A/2015, 2015; Dykes et al., 2020; Romão & Nunes, 2018)

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

CONTEXTOS DAS QUEDAS - HOSPITALAR

Existe aumento acentuado do número de quedas em idosos hospitalizados



Motivado por:

- Melhoria dos sistemas de notificação de incidentes;
- Aumento da idade média e da deterioração da saúde das pessoas hospitalizadas;
- Tempo reduzido que os profissionais têm disponível para permanecer junto das pessoas idosas internadas;
- Aumento da prescrição e consumo de terapêutica sedativa;
- Défice de conhecimentos das pessoas idosas sobre estratégias de prevenção de quedas;
- Ambiente hospitalar que difere do ambiente habitual da pessoa idosa;

(Cunha et al., 2021; Romão & Nunes, 2018)

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

CONTEXTOS DAS QUEDAS - HOSPITALAR

- A segurança do doente é uma das áreas de crescente preocupação para os hospitais;
- Tem como objetivo prevenir e reduzir riscos, erros e danos que ocorrem em pessoas durante a prestação de cuidados de saúde;



Queda em ambiente hospitalar consiste num incidente a valorizar, uma vez que estas traduzem-se como um indicador de segurança do doente, pelo que realça-se a importância da promoção de ambientes seguros.

(Almeida et al., 2010; OCDE, 2018; Romão & Nunes, 2018; WHO, 2021)

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

AVALIAÇÃO RISCO DE QUEDA

- Sinalizar e identificar todas as pessoas idosas com **ALTO RISCO DE QUEDA**, de forma a que toda a equipa multidisciplinar consiga aplicar as medidas de prevenção mais adequadas.



(Baixinho et al., 2018; Scheidenhelm et al., 2020)

AVALIAÇÃO RISCO DE QUEDA

Escala de Avaliação do Risco de Queda do Doente
Escala de Morse – Itens da versão Portuguesa

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



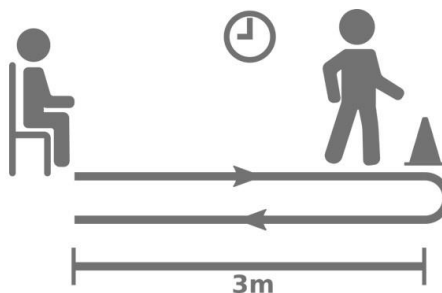
Sem Risco (SR) Pontuação 0 e ≤ 24	Baixo Risco (BR) Pontuação ≥ 25 e ≤ 50	Alto Risco (AR) Pontuação ≥ 51
---	--	--

Pontuação mínima – 0, Pontuação máxima – 125

(DGS, 2019)

AVALIAÇÃO RISCO DE QUEDA

Timed Up and Go Test



Avaliação iguais ou superiores a 13,5 segundos, são considerados elevado risco de queda

(DGS, 2019)

AVALIAÇÃO RISCO DE QUEDA

Medication Fall Risk Score (MFRS)

Alto Risco	Medio Risco	Baixo Risco	Score Final
Pontuação Grau de Risco 3	Pontuação Grau de Risco 2	Pontuação Grau de Risco 1	
Medicamentos: Opióides; antipsicóticos; anticonvulsivantes; benzodiazepinas e outros hipnótico-sedativos	Medicamentos: Antihipertensivos; medicamentos usados no tratamento de doenças cardiovasculares, antiarrítmicos e antidepressivos	Medicamentos: Diuréticos	Pontuação superior ou igual a 6 – alto risco de queda

(Beasley & Patatanian, 2009)

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

AVALIAÇÃO RISCO DE QUEDA

É recomendado que qualquer pessoa idosa em ambiente hospitalar com história de queda recente ou vítima de queda no presente internamento deva ser realizada uma **avaliação multifatorial**, de forma a identificar qualquer fator de risco que potencie um novo episódio de queda.



Permite uma avaliação mais abrangente onde explora em profundidade múltiplos fatores e condições que contribuem para o risco de queda, esta requer o envolvimento de uma equipa interdisciplinar.

Possibilita implementar intervenções sobre os fatores de risco identificados, sendo uma estratégia eficaz na redução de ocorrência de quedas, assim como do risco de queda da pessoa idosa.

(Guimarães et al., 2019; Registered Nurses' Association of Ontario, 2017; While, 2020)

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

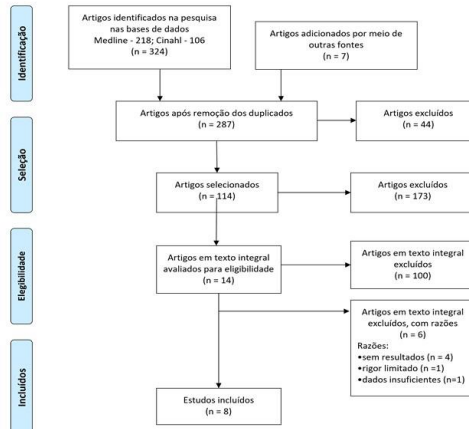
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Quais as intervenções de enfermagem na gestão do ambiente físico que previnem as quedas **(I)** da pessoa idosa **(P)**, em contexto hospitalar e cuidados institucionais de longa duração **(Co)**?

	Critérios	
	Inclusão	Exclusão
P	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pessoa idosa (com mais de 65 anos); 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adultos e crianças;
I	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenções no ambiente físico; ▪ Intervenções associadas a modificações ambientais; ▪ Comportamentos de segurança; ▪ Intervenções com impacto na redução do risco de queda; ▪ Intervenções que aumentam a segurança; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenções centradas nos fatores de risco intrínsecos;
Co	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudos em pessoas em contexto hospitalar ou institucionalizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudos no domicílio e na comunidade

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO

- Manter chão limpo e seco;
- Uso de piso/chão antiderrapante;
- Usar a sinalética de aviso de piso molhado;
- Intervenção o mais rápido possível no caso de derramamento de líquidos no chão;

(Baixinho et al., 2018; Gustavsson et al., 2017; Valipoor et al., 2020)



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO

- Manter o ambiente organizado;
- Manter área livre para deambulação, evitando a presença de obstáculos;
- Organização e disposição do mobiliário e equipamentos;

(Baixinho et al., 2018; Valipoor et al., 2020)



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO

- Manter o sistema de chamada (campainha) acessível;
- Confirmar que todos os objetos pessoais estão ao alcance da pessoa idosa (água, óculos, livro, telemóvel, campainha, ...);

(Baixinho et al., 2018; Scheidenhelm et al., 2020; Valipoor et al., 2020)



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO

- Manter a altura da cama na posição mais baixa adequada à altura da pessoa;
- Elevação das grades da cama (sempre que a pessoa idosa o solicitar);

(Baixinho et al., 2018; Huynh et al., 2021; Scheidenhelm et al., 2020; Valipoor et al., 2020)



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO

- Camas, cadeirões, mesas de cabeceira, entre outros equipamentos sempre travados;
- Assegurar nas transferências das pessoas idosas que as cadeiras de rodas, camas ou cadeirões estão travados antes de realizar a mesma;

(Baixinho et al., 2018; Scheidenhelm et al., 2020; Valipoor et al., 2020)



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO

- Evitar a presença e uso de rampas;
- Evitar o uso de escadas e degraus;
- Evitar que a pessoa se apoie nos móveis ou equipamentos com rodas;

(Gustavsson et al., 2017; Valipoor et al., 2020)



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO

- Assegurar adequada iluminação nos espaços;
- Manter a iluminação adequada à noite com uso de luz de presença;

(Baixinho et al., 2018; Valipoor et al., 2020)



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO

- Sinalização e identificação de pessoas de alto risco de queda;

(Baixinho et al., 2018; Scheidenhelm et al., 2020);



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO

- Orientar a pessoa idosa no espaço do quarto/unidade e a sua proximidade relativamente à casa-de-banho;
- Reorientar pessoas idosas nos espaços físicos;

(Baixinho et al., 2018)

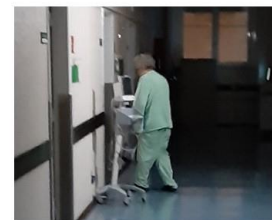


Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO

- Utilizar calçado fechado e ajustado ao pé, de preferência antiderrapante (chinelos ou calçado sem atacadores);
- Evitar o uso de roupa que seja muito comprida e/ou larga, e adequado à marcha;

(Chari et al., 2016; WHO, 2021)



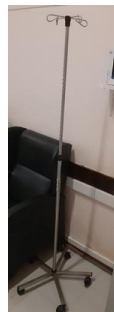
Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO

- Uso de ajudas técnicas adequadas e em condições seguras;
- Sinalizar equipamentos deteriorados;



(Baixinho et al., 2018; Scheidenhelm et al., 2020; Vallipour et al., 2020)



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO

- Promover o uso dos dispositivos de segurança (barras de apoio dos sanitários e chuveiros, corrimões) disponíveis e acessíveis em condições de utilização segura;
- Nos cuidados de higiene deve-se promover a proximidade dos objetos de higiene pessoal à pessoa idosa;
- Promover a utilização do sistema de chamada nas casas de banho;



(Baixinho et al., 2018; Scheidenhelm et al., 2020; Vallipour et al., 2020)



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO

- Evitar deixar as pessoas idosas sozinhas nas casas de banho ou áreas de risco;
- Disponibilização de equipamentos/idas frequentes ao WC;

(Baixinho et al., 2018; Scheidenhelm et al., 2020)



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO

- Vigilância frequente pelos profissionais de saúde;
- Manter a pessoa idosa (com maior risco de queda) mais próximo das áreas de melhor visualização;

(Baixinho et al., 2018; Scheidenhelm et al., 2020)



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO

- Evitar transferências de camas e mudanças das pessoas idosas para diferentes ambientes;

(Baixinho et al., 2018; Scheidenhelm et al., 2020; Toye et al., 2019)



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

RIL - CONCLUSÕES

As intervenções na gestão do ambiente físico **contribuem para a redução da incidência de quedas** da pessoa idosa.



Preconiza-se que as intervenções não devam ser desenvolvidas isoladamente, mas sim **combinadas e integradas num plano de prevenção de quedas** com o envolvimento da pessoa idosa.

(Baixinho et al., 2018; Scheidenhelm et al., 2020; Valpoo et al., 2020).

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

ENVOLVER A PESSOA IDOSA E FAMÍLIA

- Ensinos sobre a prevenção de quedas à pessoa idosa e sua família;
- Intervir sobre fatores de risco;
- Garantir a segurança da pessoa idosa;
- Aumentar a sua funcionalidade;
- Promover a mobilidade, a independência e autonomia da pessoa idosa.

(Dykes et al., 2019; Registered Nurses' Association of Ontario, 2017; Scheidenhelm et al., 2020)



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

The Fall TIPS Program (Tailoring Interventions for Patient Safety)

- Avaliação do risco queda (Escala Morse);
- Identifica fatores de risco específicos da pessoa;
- Redução das quedas em 25%;
- Redução de ocorrência de lesão 34%;
- A parceria da pessoa e família no planeamento dos cuidados mostrou-se benéfico na prevenção de quedas;
- Aumento da satisfação da pessoa e família com o envolvimento nos cuidados;

(Dykes et al, 2020)



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

The Fall TIPS Program (Tailoring Interventions for Patient Safety)

Implementação Programa na Cardiologia:

- Avaliação do risco queda (Escala Morse);
- Identificadas as pessoas com Alto Risco de Queda;
- Será preenchido o *Kit FALL TIPS*, em todas as pessoas com Alto Risco de Queda;
- Identificados fatores de risco específicos da pessoa com Alto Risco de Queda;
- Planeamento dos cuidados centrados na pessoa (com parceria e envolvimento da pessoa e sua família);



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A ocorrência de quedas representa um sério problema, exigindo a **implementação de estratégias preventivas**.
- As estratégias de prevenção devem enfatizar a **educação, a pesquisa, o treino, a criação de ambientes seguros de forma a reduzir os riscos**.
- Garantir que **toda** a equipa multidisciplinar mantém um ambiente seguro e aplica as medidas de segurança implementadas no plano de prevenção de quedas em parceria com pessoa e sua família;

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, R., Abreu, C., & Mendes, A. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 2), 163-172. <https://doi.org/10.12707/rrii101016>
- Baixinho, C., Dixe, M., & Henriques, M. A. (2018). Gestionar el ambiente para prevenir la caída en los ancianos institucionalizados: Validación de protocolo. *Index de Enfermería, 27*(1/2), 72-76. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=132197733&site=ehost-live>
- Beasley, B. & Patatanian, E. (2009). Development and implementation of a pharmacy fall prevention program. *Hospital Pharmacy, 44*(12), 1095-1102. doi:[10.1310/hpj4412-1095](https://doi.org/10.1310/hpj4412-1095)
- Chari, S. R., McRae, P., Stewart, M. J., Webster, J., Fenn, M., & Haines, T. P. (2016). Point prevalence of suboptimal footwear features among ambulant older hospital patients: Implications for fall prevention. *Australian Health Review, 40*(4), 399-404. <https://doi.org/10.1071/AH14168>
- Costa-Dias, M., Ferreira, P., & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da escala de quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(nº 2), 7-17. <https://doi.org/10.12707/rrii11382>
- Costa-Dias, M., Oliveira, A., Moreira, C., Santos, A., Martins, T., & Araújo, F. (2013). Quedas dos doentes internados em serviços hospitalares, associação com os grupos terapêuticos. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 9), 105-114. <https://doi.org/10.12707/rrii12142>
- Cunha, L. F. C., Baixinho, C., Henriques, M. A., Sousa, L. M. M., & Dixe, M. (2021). Evaluation of the effectiveness of an intervention in a health team to prevent falls in hospitalized elderly people. *Revista Da Escola de Enfermagem, 55*(May), 1-8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019031403695>
- Dahlke, S. A., Hunter, K. F., & Negrin, K. (2019). Nursing practice with hospitalised older people: Safety and harm. *International Journal of Older People Nursing, 14*(1), 1-16. <https://doi.org/10.1111/ijn.12220>
- Despacho n.º 1400-A/2015, 2.ª série Diário da República 3882(2) (2015). <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/66463212/details/maximized?serie=II&drelid=66463210955Cnhttps://dre.pt/application/file/66457154>
- Dykes, P. C., Adelman, J. S., Alferi, L., Bogaisky, M., Carroll, D., Carter, E., Duchworth, M., Erickson, J. R. I., Flaherty, L. M., Hurley, A. C., Jackson, E., Khasnabish, S., Lindros, M. E., Manzano, W., Scanlan, M., & Splivack, L. B. (2019). The fall TIPS (Tailoring Interventions for Patient Safety) program: A collaboration to end the persistent problem of patient falls. *Nurse Leader, 17*(4), 365-370. <https://doi.org/10.1016/j.nl.2018.11.006>
- Dykes, P. C., Burns, Z., Adelman, J., Benneyan, J., Bogaisky, M., Carter, E., Ergal, A., Lindros, M. E., Lipsitz, S. R., Scanlan, M., Shaykevich, S., & Bates, D. W. (2020). Evaluation of a patient-centered fall-prevention tool kit to reduce falls and injuries: A nonrandomized controlled trial. *JAMA Network Open, 3*(11), e2025889. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.25889>

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Guimarães, A. R. C., Teles, M. I. P., Fernandes, S. A. R., Ferreira, O., & Baixinho, C. L. (2019). Transição segura hospital - comunidade: Algoritmo para a prevenção de quedas na pessoa idosa. *Revista de Enfermagem Basada En La Evidencia, 16*, 1-9. Disponível em: <http://ciberindex.com/c/ew/e11649pt>
- Gustavsson, J., Rahm, G. B., Jernbro, C., & Nilson, F. (2017). Effects of impact-absorbing flooring in residential care from the perspectives of enrolled nurses. *Journal of Housing for the Elderly, 31*(4), 367-381. <https://doi.org/10.1080/02763893.2017.1335670>
- Huynh, D., Lee, O. N., An, P. M., Ens, T. A., & Mannion, C. A. (2021). Bedrills and falls in nursing homes: A systematic review. *Clinical Nursing Research, 30*(1), 5-11. <https://doi.org/10.1177/1054773820907805>
- Meyer, C., Renehan, E., Batchelor, F., Said, C., Haines, T., Elliott, R., & Goeman, D. (2018). "Falls not a priority": Insights on discharging older people, admitted to hospital for a fall, back to the community. *Australian Journal of Primary Health, 24*(1), 66-73. <https://doi.org/10.1071/PY17052>
- Morse, J.M. (2009). *Preventing patients falls: Establishing a fall intervention program*. (2ª edição). Springer.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2017). *Preventing falls and reducing injury from falls*. (4ª ed.). https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/FALL_PREVENTION_WEB_1207-17.pdf
- Romão, A. L., & Nunes, S. (2018). Quedas em internamento hospitalar-causas, consequências e custos: Estudo de caso numa unidade hospitalar de Lisboa. *Portuguese Journal of Public Health, 36*(1), 1-8. <https://doi.org/10.1159/000488073>
- Scheidenhelm, S., Astroth, K. S., Delong, K., Starkey, C., & Wolfe, D. (2020). Retrospective analysis of factors associated with a revised fall prevention bundle in hospitalized patients. *Journal of Nursing Administration, 50*(11), 571-577. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000939>
- Toye, C., Slatyer, S., Kitchen, S., Ingram, K., Bronson, M., Edwards, D., Van Schalkwyk, W., Plenaar, C., Wharton, P., Bharat, C., & Hill, K. D. (2019). Bed moves, ward environment, staff perspectives and falls for older people with high falls risk in an acute hospital: A mixed methods study. *Clinical Interventions in Aging, 14*, 2223-2237. <https://doi.org/10.2147/CIA.S211424>
- Valipour, S., Pati, D., Kazem-Zadeh, M., Mihandoust, S., & Mohammadgorji, S. (2020). Falls in older adults: A systematic review of literature on interior-scale elements of the built environment. *Journal of Aging and Environment, 34*(4), 351-374. <https://doi.org/10.1080/02763893.2019.1683672>
- While, A. E. (2020). Falls and older people: understanding why people fall. *British Journal of Community Nursing, 25*(4), 173-177. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.4.173>
- WHO. (2021). *Strategies for preventing and managing falls across the life-course*.

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

Dúvidas / Questões



Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa

Apêndice XVI

Folheto informativo na prevenção de quedas

EVITE A QUEDA

Preconizamos o seu envolvimento e da sua família no plano de prevenção de quedas, através da implementação deste conjunto de intervenções de forma integrada e combinada.

BIBLIOGRAFIA

- Baixinho, C., Dixe, M., & Henriques, M. A. (2018). Gestionar el ambiente para prevenir la caída en los ancianos institucionalizados: Validación de protocolo. *Index de Enfermería*, 27(1/2), 72–76. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=132197733&site=ehost-live>
- Cameron, I. D., Dyer, S. M., Panagoda, C. E., Murray, G. R., Hill, K. D., Cumming, R. G., & Kerse, N. (2018). Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005465.pub4>
- Chari, S. R., McRae, P., Stewart, M. J., Webster, J., Fenn, M., & Haines, T. P. (2016). Point prevalence of suboptimal footwear features among ambulant older hospital patients: Implications for fall prevention. *Australian Health Review*, 40(4), 399–404. <https://doi.org/10.1071/AH14168>
- Gustavsson, J., Rahm, G. B., Jernbro, C., & Nilson, F. (2017). Effects of impact-absorbing flooring in residential care from the perspectives of enrolled nurses. *Journal of Housing for the Elderly*, 31(4), 367–381. <https://doi.org/10.1080/02763893.2017.1335670>
- Scheidenhelm, S., Astroth, K. S., Delong, K., Starkey, C., & Wolfe, D. (2020). Retrospective analysis of factors associated with a revised fall prevention bundle in hospitalized patients. *Journal of Nursing Administration*, 50(11), 571–577. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000939>
- Valipoor, S., Pati, D., Kazem-Zadeh, M., Mihandoust, S., & Mohammadigorji, S. (2020). Falls in older adults: A systematic review of literature on interior-scale elements of the built environment. *Journal of Aging and Environment*, 34(4), 351–374. <https://doi.org/10.1080/02763893.2019.1683672>

EVITE A QUEDA

GESTÃO DO AMBIENTE FÍSICO NA PREVENÇÃO DE QUEDAS



<https://pixabay.com/pt>

TIAGO CARVALHO¹; [REDACTED]; SÓNIA FERRÃO³

¹ Mestrando do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção à Pessoa Idosa da ESEL

² [REDACTED]

³ Professora Adjunta da ESEL; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa

janeiro 2022

Existem cuidados relacionados com a gestão do ambiente físico que podem **evitar a ocorrência de quedas**.

- Assegure-se que o chão está seco e livre de obstáculos;
- Tenha em atenção às sinaléticas de aviso de piso molhado;



- Mantenha os seus objetos pessoais e campainha perto de si;
- Utilize a campainha sempre que precise de ajuda;



- Assegure-se que tem a cama ou cadeirão travados antes de se levantar ou sentar;
- Mantenha a altura da cama baixa (adequada à sua altura);



- Não se apoie nos móveis ou nas ajudas técnicas com rodas (por exemplo suportes de soro);
- Solicite a elevação das grades da cama, caso se sinta mais seguro quando se encontra deitado;



- Procure conhecer o espaço físico (localização dos quartos, salas de enfermagem e proximidade às casas de banho);
- Evite as escadas, degraus ou rampas;



- Use as barras de apoio e corrimões nos chuveiros e casas de banho;
- Assegure-se que tem consigo os objetos de higiene pessoal antes de iniciar os cuidados de higiene;



- Utilize calçado antiderrapante, fechado, ajustado ao pé e sem atacadores;
- Evite o uso de roupa muito larga e comprida;



- Acenda a luz à noite ao levantar-se da cama, caso a luz de presença seja insuficiente;
- Se apresentar dificuldade em levantar-se e andar, solicite ajuda e evite andar sozinho;



Apêndice XVII

Poster elaborado para o serviço de internamento hospitalar

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DO AMBIENTE FÍSICO PARA A PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

TIAGO GONÇALVES CARVALHO¹; SÓNIA ALEXANDRA DA SILVA FERRÃO²

1. Enfermeiro no serviço de [redacted] Mestrando do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção à Pessoa Idosa da ESEL

2. Professora Adjunta da ESEL; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa

As intervenções na gestão do ambiente físico **contribuem para a redução da incidência de quedas** da pessoa idosa.

Identificaram-se 3 domínios na intervenção de enfermagem:

- Apresentar os espaços físicos;
- Orientar a pessoa idosa pelos diferentes ambientes (dando ênfase à localização do quarto e casas de banho);
- Observar as pessoas nas atividades de vida diária;
- Incentivar para o uso do sistema de chamada;
- Manter objetos pessoais ao alcance da pessoa idosa;
- Incentivar ao uso de calçado adequado;
- Educar sobre fatores de risco ambientais;

(Baixinho et al., 2018; Chari et al., 2016; Scheidenhelm et al., 2020).

- Sinalizar as pessoas com alto risco de queda, com recurso a sinaléticas nas unidades e uso de pulseiras;
- Vigiar as pessoas idosas nas áreas/espacos de maior risco;
- Minimizar mudanças de cama e transferências de serviço;

(Baixinho et al., 2018; Cameron et al., 2018; Scheidenhelm et al., 2020; Toye et al., 2019).

CENTRADAS NA PESSOA



MONITORIZAÇÃO E VIGILÂNCIA

CENTRADAS NO ESPAÇO FÍSICO

- Promover um ambiente organizado e livre de obstáculos;
- Manter o chão limpo e seco;
- Usar sinalética de aviso de piso molhado;
- Manter a altura da cama baixa;
- Assegurar equipamentos travados;
- Usar sistemas de alarme nas cadeiras e camas;
- Assegurar iluminação adequada;
- Adequar a disposição de móveis e equipamentos;
- Usar sistema de chamada, barras de apoio e corrimões;
- Utilizar piso de absorção de impacto;

(Baixinho et al., 2018; Gustavsson et al., 2017; Scheidenhelm et al., 2020; Valipour et al., 2020).

Preconiza-se que as intervenções não sejam desenvolvidas isoladamente, mas sim **combinadas e integradas num plano de prevenção de quedas** com o envolvimento da pessoa idosa.

O presente poster está sustentado nos resultados obtidos na Revisão Integrativa da Literatura realizada e apresentada em formato de poster no Webinar "Formação, Investigação e Exercício Clínico" do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica Adulto e Idoso da ESEL, a 10 novembro 2021. **CONSULTE AQUI O EBOOK DO EVENTO** págs. 92-94



BIBLIOGRAFIA

- Aromataris E., & Muun Z. (2020). Chapter 1: JBI Systematic Reviews. In Aromataris E., & Muun Z. (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. DOI: 10.46658/IBIMES-20-01 • Baixinho, C., Dixe, M., & Henriques, M. A. (2018). Gestionar el ambiente para prevenir la caída en los ancianos institucionalizados: Validación de protocolo. *Index de Enfermería*, 27(1/2), 72-76. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=132197733&site=ehost-live> • Cameron, I. D., Dyer, S. M., Panagoda, C. E., Murray, G. R., Hill, K. D., Cumming, R. G., & Kerse, N. (2018). Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005465.pub4> • Chari, S. R., McRae, P., Stewart, M. J., Webster, J., Fenn, M., & Haines, T. P. (2016). Point prevalence of suboptimal footwear features among ambulant older hospital patients: Implications for fall prevention. *Australian Health Review*, 40(4), 399-404. <https://doi.org/10.1071/AH14168> • Dykes, P. C., Burns, Z., Adelman, J., Benneyan, J., Bogalsky, M., Carter, E., Ergai, A., Lindros, M. E., Lipsitz, S. R., Scanlan, M., Shaykevich, S., & Bates, D. W. (2020). Evaluation of a patient-centered fall-prevention tool kit to reduce falls and injuries: A nonrandomized controlled trial. *JAMA Network Open*, 3(11), e2025889. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.25889> • Gustavsson, J., Rahm, G. B., Jernbro, C., & Nilson, F. (2017). Effects of impact-absorbing flooring in residential care from the perspectives of enrolled nurses. *Journal of Housing for the Elderly*, 31(4), 367-381. <https://doi.org/10.1080/02763893.2017.1335670> • Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E.-O., Hilfinger-Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12-28. [10.1097/00012272-200009000-00006](https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006) • Registered Nurses' Association of Ontario. (2017). *Preventing falls and reducing injury from falls*. (4ed.). https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/FALL_PREVENTION_WEB_1207-17.pdf • Scheidenhelm, S., Astroth, K. S., Delong, K., Starke, C., & Wolfe, D. (2020). Retrospective analysis of factors associated with a revised fall prevention bundle in hospitalized patients. *Journal of Nursing Administration*, 50(11), 571-577. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000939> • Valipour, S., Pati, D., Kazem-Zadeh, M., Milhandoust, S., & Mohammadigorji, S. (2020). Falls in older adults: A systematic review of literature on interior-scale elements of the built environment. *Journal of Aging and Environment*, 34(4), 351-374. <https://doi.org/10.1080/02763893.2019.1683672> • WHO. (2021). *Strategies for preventing and managing falls across the life-course*.

Fevereiro 2022



Apêndice XVIII

Relatório da primeira avaliação das condições físicas e ambientais

RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES FÍSICAS E AMBIENTAIS

POTENCIAIS FATORES DE RISCO DE QUEDA

Para a realização desta avaliação das condições físicas e ambientais com potenciais fatores de risco de queda, foi utilizada a grelha de auditoria presente no procedimento multissetorial na área da prevenção e monitorização das quedas de utentes em ambiente hospitalar da própria instituição.

Nesta observação são avaliados equipamentos (cadeiras de rodas, cadeirões, cadeiras de higiene), suportes de soro, camas, calçado, campainhas, condições de iluminação, corrimão e barras de apoio e por fim condições do piso.

Avaliação foi realizada durante o turno da manhã do dia 13/12/2021 no serviço [REDACTED], de forma a identificar não conformidades e relatar as mesmas para serem sinalizadas aos responsáveis de serviço.

Na avaliação dos equipamentos iniciamos pela análise às cadeiras de rodas. O serviço dispõe de 3 cadeiras para todo o serviço e hospital de dia. As cadeiras de rodas apresentam rodas e travões, contudo os mesmo não travam de forma eficaz. Os pneus encontram-se cheios e as rodas possibilitam a mobilidade da cadeira, contudo todas as estruturas das próprias cadeiras de rodas estão desgastadas, o que confere instabilidade na mobilização de utentes nas mesmas. Nenhuma das cadeiras tem cinto e em duas das cadeiras existe alguma resistência na remoção dos braços de apoio lateral, dado o desgaste do material. Relativamente ao apoio de pés, nem todas as cadeiras apresentam os dois, ou seja, apenas têm um e os mesmos não são ajustáveis.

Relativamente à avaliação das cadeiras de higiene, foram avaliadas as três cadeiras que o serviço dispõe. As três apresentam rodas com os pneus em condições seguras e têm travões. Em todas as cadeiras os travões são eficazes e toda a estrutura permite uma mobilização eficaz das mesmas. Nenhuma destas cadeiras contém cinto, relativamente aos braços, estes podem ser facilmente removidos em duas, contudo em uma das cadeiras o mesmo não é possível, dado que a própria estrutura não possibilita a remoção dos mesmos. Em uma das

cadeiras não existe apoio de pés, contudo numa outra cadeira esse apoio é composto apenas por uma barra em ferro.

Na observação dos cadeirões, foram avaliados um total de 25 cadeirões, 21 no internamento e quatro no hospital de dia. Todos os cadeirões têm rodas e 23 têm travões, em dois cadeirões não existem sistema de travagem das rodas. Dos 23 cadeirões com sistema de travagem o mesmo encontra-se funcionando em todos. Nos 25 cadeirões as rodas permitem a mobilização eficaz, nenhum dispõem de cinto e relativamente à remoção dos apoios de braços e a possibilidade de ajuste do apoio para os pés, apenas os quatro cadeirões do hospital de dia apresentam estas mesmas características. Vários destes cadeirões apresentam estofos rotos onde torna visível a espuma, provocando dificuldades em cumprir com o procedimento correto de higienização dos mesmos.

Foram avaliados oito suportes de soro, onde dois apresentam sistema de travagem nas suas rodas. Em três dos suportes, as rodas não deslizam, impossibilitando os mesmos de rodar/andar. Um outro suporte tem uma das rodas partida, que fica a encavar a rodagem das restantes. Em três destes suportes têm pelo menos um "gancho" para suportar a soroterapia partida, o que impossibilita o seu uso.

As 35 camas do serviço permitem ajustar a altura do plano às necessidades das pessoas, todas têm grades que sobem e baixam facilmente. As grades ficam seguras/fixas quando se encontram elevadas. Todas as camas têm travões e os mesmos travam eficazmente.

O calçado disponibilizado pelo hospital tem sola antiderrapante, contudo os mesmo não são fechados, não são ajustados aos pés e não oferecem estabilidade ao andar.

Existem campainhas nas 39 unidades com possibilidade de estarem acessíveis a todos os utentes. Todas estão funcionantes e o som dos alarmes das campainhas é audível nas salas de trabalho. Existem também sistemas de alarme em todas as casas de banho e chuveiros (total 15 campainhas) e todas estas estão funcionantes.

O serviço dispõe de um andarilho, que apresenta as borrachas de segurança nas pontas em condições e o mesmo apresenta e confere estabilidade durante a sua utilização.

Relativamente à avaliação do ambiente e no âmbito das condições de iluminação, em todos os quartos de enfermeira e todas as zonas comuns, existem luzes de presença funcionantes.

Todos os chuveiros e casas de banho têm corrimões e barras de apoio disponíveis para utilização de forma segura. Por sua vez, os corredores não apresentam corrimões.

Na avaliação referente às condições do piso em todo o serviço apresenta chão e piso antiderrapante, contudo no corredor têm algumas zonas onde existe falha no piso.

Nas duas casas de banho dos homens o piso das mesmas não é antiderrapante, oferecendo elevado risco de queda tanto para utentes como para os profissionais, nestas mesmas áreas de risco.

Apêndice XIX

Relatório da segunda avaliação das condições físicas e ambientais

RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES FÍSICAS E AMBIENTAIS **COM POTENCIAIS FATORES DE RISCO DE QUEDA**

Decorrente do desenvolvimento das atividades integradas no projeto de estágio que procuram intervir na gestão do ambiente físico do serviço [REDACTED], surge esta avaliação das condições físicas e ambientais com potenciais fatores de risco de queda.

Foi realizada inicialmente uma primeira avaliação durante o turno da manhã do dia 13/12/2021 no serviço [REDACTED]. Após as atividades do presente projeto com os objetivos de sensibilizar e promover a capacitação da equipa multidisciplinar para as intervenções de um ambiente seguro e promover a melhoria das condições físicas e ambientais que pudessem ser potenciadoras de riscos de queda para as pessoas internadas no serviço, surge assim esta segunda avaliação que foi realizada durante o turno da manhã do dia 11/02/2022, de forma a identificar não conformidades e relatar as mesmas para serem sinalizadas aos responsáveis de serviço.

Para a realização destas avaliações das condições físicas e ambientais com potenciais fatores de risco de queda, foi utilizada a grelha de auditoria presente no procedimento multissetorial na área da prevenção e monitorização das quedas de utentes em ambiente hospitalar da própria instituição.

Nesta observação são avaliados equipamentos (cadeiras de rodas, cadeirões, cadeiras de higiene), suportes de soro, camas, calçado, campainhas, condições de iluminação, corrimão e barras de apoio e por fim condições do piso.

Na avaliação dos equipamentos iniciamos pela análise às cadeiras de rodas. O serviço dispõe atualmente de sete cadeiras para todo o serviço e hospital de dia. Foram adquiridas quatro cadeiras novas e estas apresentam travões, rodas, pneus, suportes de braços e pés com todas as condições adequadas para ser usada em condições seguras. As restantes três cadeiras de rodas mantêm as características descritas na primeira observação, ou seja, apresentam rodas e travões, contudo os mesmo não travam de forma eficaz. Os pneus encontram-se cheios e as rodas possibilitam a mobilidade da cadeira, contudo todas as estruturas das próprias cadeiras de rodas estão desgastadas, com ferrugem, o que confere instabilidade na mobilização de utentes nas mesmas. Nenhuma das cadeiras tem cinto e em duas das cadeiras existe alguma resistência na remoção dos braços de apoio lateral pela presença de ferrugem, para além do desgaste

do material. Quanto ao apoio de pés, (das três cadeiras antigas, nem todas apresentam os dois, ou seja, apenas têm um e os mesmos não são ajustáveis. Desta forma existe melhoria nesta avaliação, motivada pela presença de novos equipamentos.

Posso concluir que da primeira para a segunda avaliação, ocorreu uma melhoria, dado que foram adquiridas para o serviço quatro cadeiras de rodas novas com condições adequadas e seguras. Mantendo-se as antigas com pedido de reparação.

Relativamente à avaliação das cadeiras de higiene não surgiram alterações da primeira observação para a segunda. Foram novamente avaliadas as três cadeiras que o serviço dispõe e todas apresentam rodas com os pneus em condições seguras e têm travões. Em todas as cadeiras os travões são eficazes e toda a estrutura permite uma mobilização eficaz das mesmas. Nenhuma destas cadeiras contém cinto, relativamente aos braços, estes podem ser facilmente removidos em duas, contudo em uma das cadeiras o mesmo não é possível, dado que a própria estrutura não possibilita a remoção dos mesmos. Em uma das cadeiras não existe apoio de pés, contudo numa outra cadeira esse apoio é composto apenas por uma barra em ferro.

Na observação dos cadeirões, foram avaliados um total de 25 cadeirões na primeira observação e 16 na segunda, 12 no internamento e quatro no hospital de dia. Esta diminuição do número de cadeirões avaliados, deve-se ao facto de nove cadeirões terem sido enviados para reparação.

Todos os cadeirões têm rodas e 15 têm travões, em um dos cadeirões não existe sistema de travagem das rodas. Dos 15 cadeirões com sistema de travagem o mesmo encontra-se funcional em todos. Nos 16 cadeirões as rodas permitem a mobilização eficaz, nenhum dispõem de cinto e relativamente à remoção dos apoios de braços e a possibilidade de ajuste do apoio para os pés, apenas os quatro cadeirões do hospital de dia apresentam estas mesmas características. Posso concluir que da primeira para a segunda avaliação, ocorreu uma melhoria, dado que os cadeirões que se apresentavam mais danificados e com anomalias foram para reparação, após a primeira avaliação.

Foram avaliados oito suportes de soro, onde dois apresentam sistema de travagem nas suas rodas. Em três dos suportes, as rodas não deslizam, impossibilitando os mesmos de rodar/andar. Um outro suporte tem uma das rodas partida, que encrava a rodagem das restantes. Três destes suportes têm pelo menos um “gancho” para suportar a

soroterapia partido, o que impossibilita o seu uso. Iniciou-se um processo de aquisição de novos suportes e foi pedida a reparação de alguns dos existentes.

Relativamente às 35 camas do serviço, estas permitem ajustar a altura do plano às necessidades das pessoas, todas têm grades que sobem e baixam facilmente. As grades ficam seguras/fixas quando se encontram elevadas. Todas as camas têm travões e os mesmos travam eficazmente, não existindo divergências entre as duas avaliações.

O calçado disponibilizado pelo hospital tem sola antiderrapante, contudo os mesmos não são fechados, não são ajustados aos pés e não oferecem estabilidade ao andar, dada a ocorrência de várias quedas motivadas pelo uso do calçado/ chinelo hospitalar, concluiu-se que mantém-se a necessidade de intervenção nesta área.

Existem campainhas nas 39 unidades com possibilidade de estarem acessíveis a todos os utentes. Todas estão funcionantes e o som dos alarmes das campainhas é audível nas salas de trabalho. Existem também sistemas de alarme em todas as casas de banho e chuveiros (total 15 campainhas) e todas estas estão funcionantes. Mantêm-se as conformidades da primeira para a segunda observação.

O serviço dispõe de um andarilho, que apresenta as borrachas de segurança nas pontas em condições e o mesmo apresenta e confere estabilidade durante a sua utilização, registando-se os mesmos resultados da primeira para a segunda avaliação.

Relativamente à observação do ambiente e no âmbito das condições de iluminação, em todos os quartos de enfermaria e todas as zonas comuns, existem luzes de presença funcionantes, tal como na primeira avaliação.

Todos os chuveiros e casas de banho têm corrimões e barras de apoio disponíveis para utilização de forma segura. No entanto, os corredores não apresentam corrimões, conforme já havia sido documentado na primeira avaliação.

Na observação referente às condições do piso, todo o serviço apresenta chão e piso antiderrapante, contudo no corredor têm algumas zonas onde existe falha no piso. Nas duas casas de banho dos homens o piso das mesmas não é antiderrapante, oferecendo elevado risco de queda nestas mesmas áreas, esta mesma não conformidade foi documentada na primeira avaliação e mantém-se sobreponível na segunda.

Apêndice XX

Grelha de observação da aplicação de estratégias promotoras de um ambiente seguro

GRELHA DE OBSERVAÇÃO

Aplicação de estratégias promotoras de um ambiente seguro

Data: ___ / ___ / ___ N.º observações: _____

ESTRATÉGIA/ INTERVENÇÃO		SIM	NÃO	N/A	OBSERVAÇÕES
Intervenções Centradas na Pessoa					
Manter sistema de chamada acessível					
Manter proximidade e alcance da pessoa aos seus objetos pessoais					
Usar calçado antiderrapante, fechado e ajustado ao pé, sem atacadores					
Usar de roupa adequada (sem peças muito largas ou compridas)					
Disponibilizar equipamentos para as necessidades de eliminação					
Intervenções Centradas no Espaço Físico					
Manter Iluminação adequada dos espaços					
Manter o chão limpo e seco					
Usar sinalética de aviso do piso molhado					
Manter o ambiente organizado e livre de obstáculos					
Manter a altura da cama baixa (adequada à altura da pessoa)					
Assegurar Equipamentos travados	Suportes de soros				
	Cama				
	Cadeirão				
	Mesa de cabeceira				
	Cadeira de rodas				
	Outro				
Usar ajudas técnicas de forma adequada e em condições seguras					
Usar de barras de apoio e corrimões					

Intervenções de Monitorização e Vigilância				
Sinalizar o utente de alto risco queda				
Evitar deixar a pessoa sozinha em áreas de risco				
Evitar transferências de camas internas para diferentes ambientes				

Apêndice XXI

Relatório da primeira observação da aplicação das estratégias
promotoras de um ambiente seguro

GRELHA DE OBSERVAÇÃO

Aplicação de estratégias promotoras de um ambiente seguro

Data: 07/12/2021

N.º observações: 39 Utentes

ESTRATÉGIA/ INTERVENÇÃO	SIM	NÃO	N/A	OBSERVAÇÕES
Intervenções Centradas na Pessoa				
Manter sistema de chamada acessível	13	26		Total 39 Utentes
Manter proximidade e alcance da pessoa aos seus objetos pessoais	28	11		Total 39 Utentes
Usar calçado antiderrapante, fechado e ajustado ao pé, sem atacadores	7	32		Total 39 Utentes
Usar de roupa adequada (sem peças muito largas ou compridas)	30	9		Total 39 Utentes
Disponibilizar equipamentos para as necessidades de eliminação	10	16	13	Total 26 Utentes (enfermaria de homens mais Hospital Dia)
Intervenções Centradas no Espaço Físico				
Manter Iluminação adequada dos espaços	15	0		Total 15 áreas
Manter o chão limpo e seco	10	5		Total 15 áreas (das 5 área com não conformidade, apenas em 1 encontrava-se uma funcionaria da limpeza)
Usar sinalética de aviso do piso molhado	1	4		Das 5 áreas que não tinham o piso limpo e seco, 4 não tinham sinalética presente
Manter o ambiente organizado e livre de obstáculos	8	7		Total 15 áreas
Manter a altura da cama baixa (adequada à altura da pessoa)	32	7		Total 39 Utentes
Assegurar Equipamentos travados	Suportes de soros	0	5	Total 5 suportes em uso
	Cama	33	2	Total 35 camas
	Cadeirão	7	18	Total 25 cadeirões em uso
	Mesa de cabeceira	0	39	Total 39 mesas
	Cadeira de rodas	0	2	Foram observadas 2 cadeiras em uso
	Outro	-	-	

Usar ajudas técnicas de forma adequada e em condições seguras	1	7		8 ajudas técnicas em uso (5 suportes, 2 cadeiras de rodas e 1 andarilho)
Usar de barras de apoio e corrimões	1	2		3 observações nas casas de banho
Intervenções de Monitorização e Vigilância				
Sinalizar o utente de alto risco queda	0	5		5 utentes ARQ (Escala de Morse)
Evitar deixar a pessoa sozinha em áreas de risco	4	2		6 observações
Evitar transferências de camas internas para diferentes ambientes	32	7		Total 39 Utentes (sim - contempla todos os utentes em que se evitou transferências internas no serviço)

RELATÓRIO:

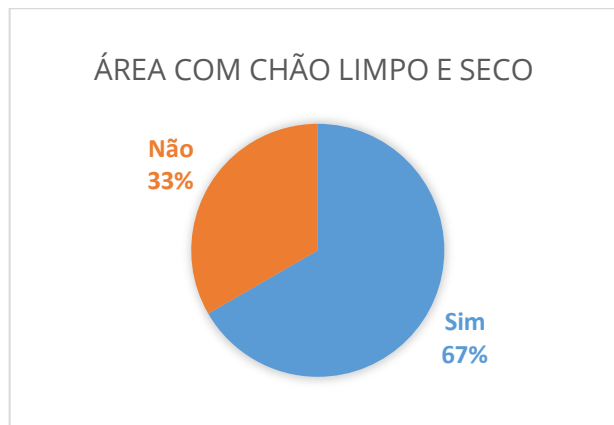
Avaliação realizada durante o turno da manhã do dia 07/12/2021 no serviço de Cardiologia Internamento.

Estando presente um total de 39 utentes (internados ou em regime de hospital de dia). Foram abrangidas na avaliação todas as áreas comuns (corredor e refeitório), como também todos os quartos da enfermaria, duas casas-de-banho comuns para senhores, uma casa-de-banho para senhoras, o isolamento (SARS-CoV-2) e o hospital de dia. Tendo esta avaliação contabilizado um total de 15 áreas distintas.

Dos 39 utentes internados no serviço, 35 destes encontravam-se em unidades com camas, sendo que quatro utentes internados em regime de hospital de dia permaneciam em unidades com cadeirões.

Da avaliação da presença de iluminação adequada nos espaços/áreas físicas do serviço, constatou-se que as 15 áreas se encontravam com iluminação adequada, não comprometendo o risco de queda. Esta avaliação decorreu durante o dia, altura em que o serviço também apresenta mais iluminação.

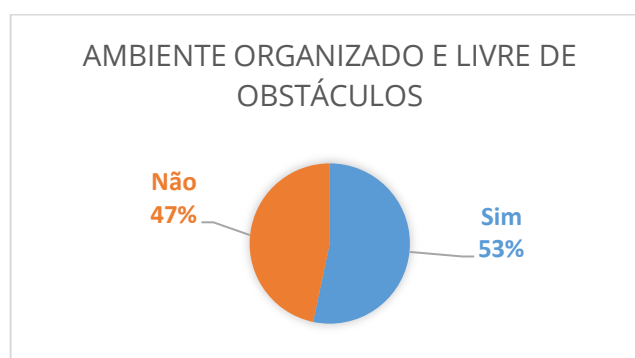
Quanto á presença do chão limpo e seco nas áreas do serviço, verificou-se que em 10 destes espaços físicos encontravam-se em conformidade (67%), mas nas restantes cinco áreas encontrava-se o chão molhado (33%) e em apenas um desses espaços, estava presente uma funcionária da limpeza em funções.



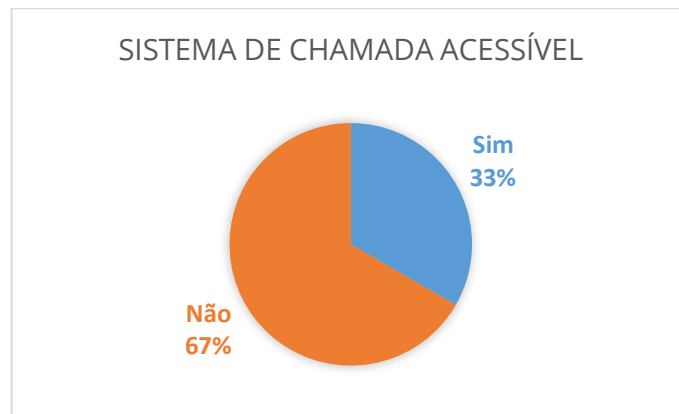
Os espaços físicos em não conformidade, eram 3 casas de banho, pela presença de águas provenientes dos banhos dos utentes, um quarto de enfermaria que junto ao lavatório se encontrava água no chão e o corredor do serviço que se encontrava com o chão húmido, mas com a presença da funcionária da limpeza.

Na intervenção do uso de sinalética de aviso de piso molhado, constatou-se que em uma das áreas, no corredor, encontrava-se uma funcionária da limpeza e esta área tinha presente uma placa de aviso de piso molhado á entrada da mesma. Nos restantes quatro espaços em que se encontrou o piso molhado, não estava presente nenhuma sinalética de aviso de piso molhado ou escorregadio.

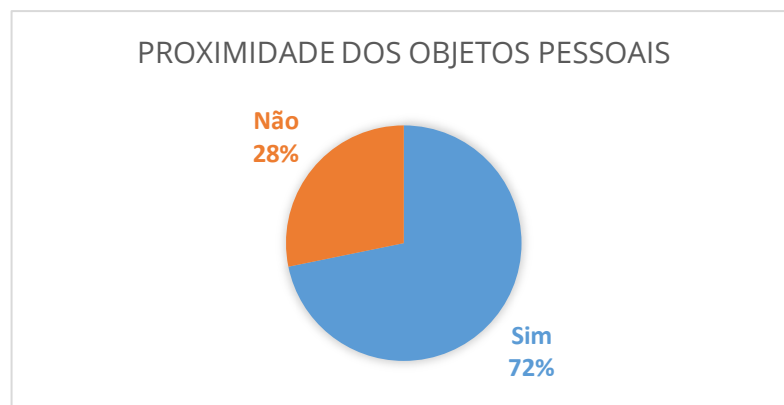
Das 15 áreas observadas, verificou-se que em sete encontraram-se espaços desorganizados e com presenças de obstáculos (47%), ao contrário das restantes oito que se encontravam em conformidade (53%). Destas sete áreas constam quatro quartos de enfermaria com ambientes desorganizados e áreas de risco como ambas as casas-de-banho dos senhores e o corredor.



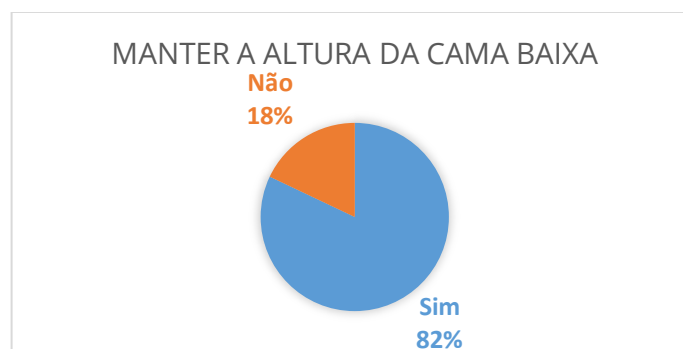
Na avaliação da intervenção da presença do sistema de chamada acessível ao utente, verificou-se que dos 39 utentes presentes no serviço, 13 tinham a campainha junto a si (33%), enquanto 26 não tinham a campainha de acesso fácil (67%).



Relativamente à proximidade de alcance da pessoa aos seus objetos pessoais, verificou-se que dos 39 utentes, 28 tinham proximidade dos seus objetos pessoais (72%) e 11 não (28%).

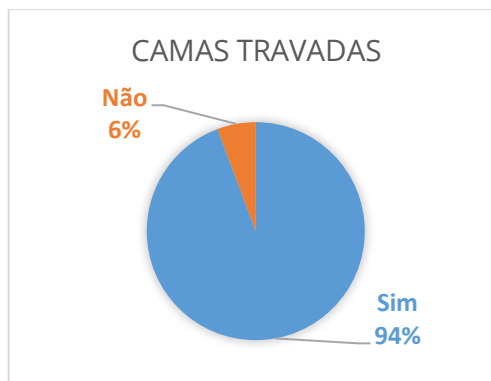


No cumprimento da estratégia de manter a altura da cama baixa, verificou-se que em 32 unidades a cama encontrava-se a uma altura adequada á própria pessoa (82%), enquanto em sete camas não (18%).

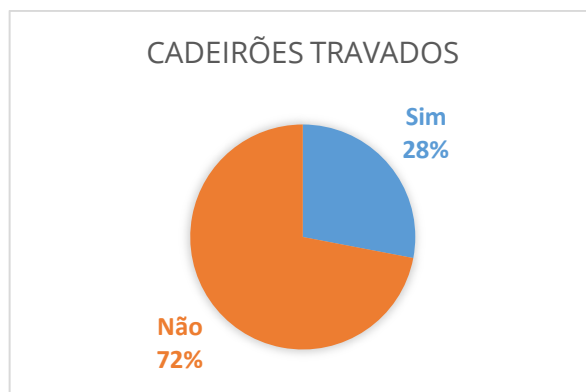


Nas intervenções referentes em assegurar que os equipamentos (suportes de soro, camas, cadeirões, mesas de cabeceiras, e cadeiras de rodas), se encontram travados, apenas foram avaliados os que se encontravam a uso no momento da avaliação.

Dos cinco suportes de soro em utilização pelos utentes, nenhum se encontrava travado (100%). Relativamente às camas, 33 encontravam-se travadas (94%) e duas não se encontravam travadas (6%).



Relativamente aos cadeirões travados, dos 25 cadeirões observados, sete (28%) estavam travados (onde quatro pertenciam ao hospital de dia e três nos quartos das enfermarias) e 18 não se encontravam travados (72%).

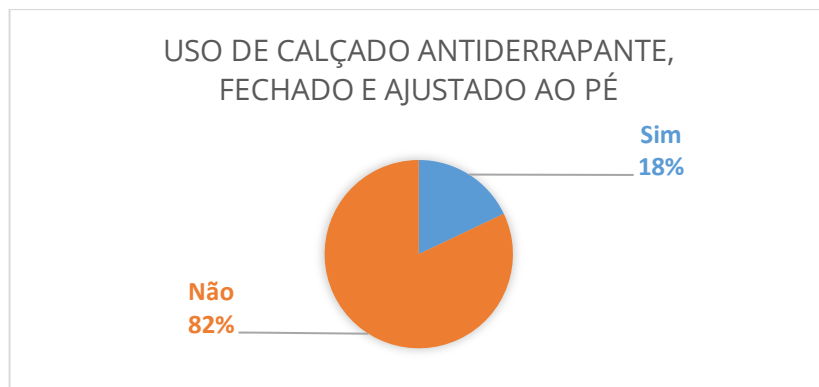


Das 39 mesas de cabeceiras observadas, nenhuma se encontrava travada (100%). Foram observadas duas cadeiras de rodas em uso e nenhuma se encontrava travada.

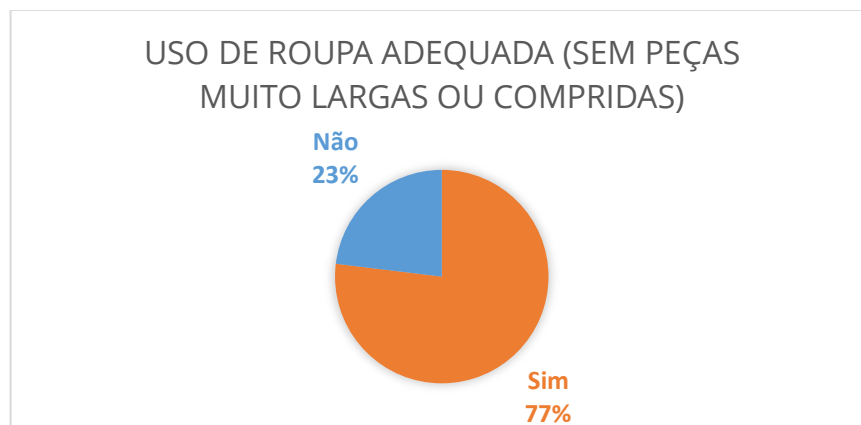


Analisando os dados obtidos relativamente ao uso de calçado antiderrapante, fechado, ajustado ao pé e sem atacadores, foram efetuadas 39 observações, e sete

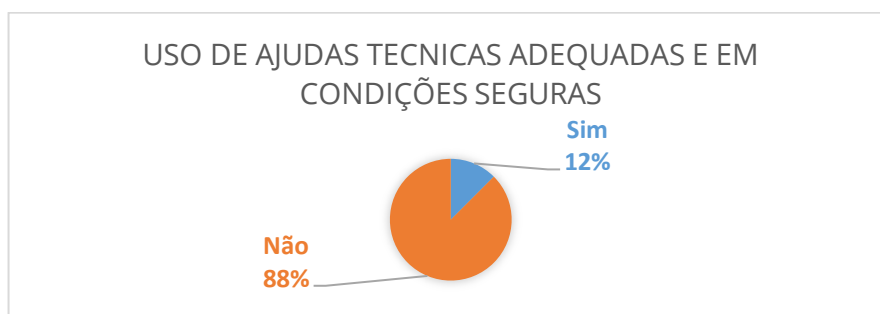
tinham condições de segurança no calçado (18%), sendo que 32 não se encontravam em conformidade (82%).



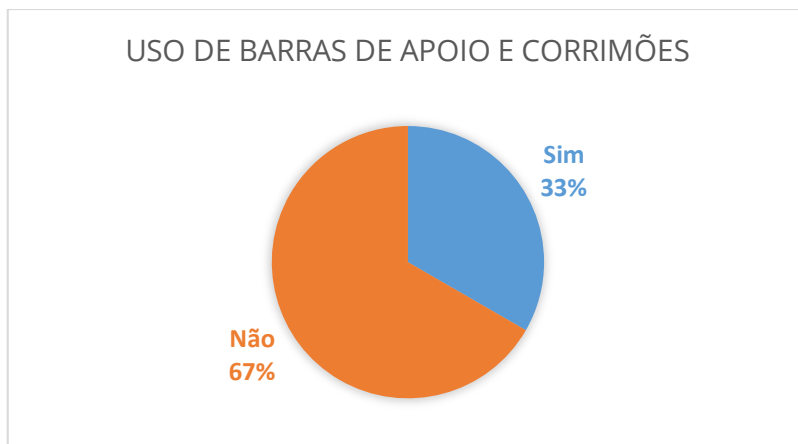
Na intervenção relativa ao uso de roupa muito larga e cumprida, das 39 observações, 30 pessoas apresentavam roupa que não representaria risco (77%), enquanto nove pessoas apresentavam roupa larga e/ou comprida (23%).



Relativamente ao uso de ajudas técnicas adequadas e em condições seguras foram observados cinco suportes de soro, um andarilho e duas cadeiras de rodas, totalizando oito observações de ajudas técnicas em uso. Apenas o andarilho apresentava condições seguras (12%), enquanto as restantes não apresentavam condições seguras (88%).

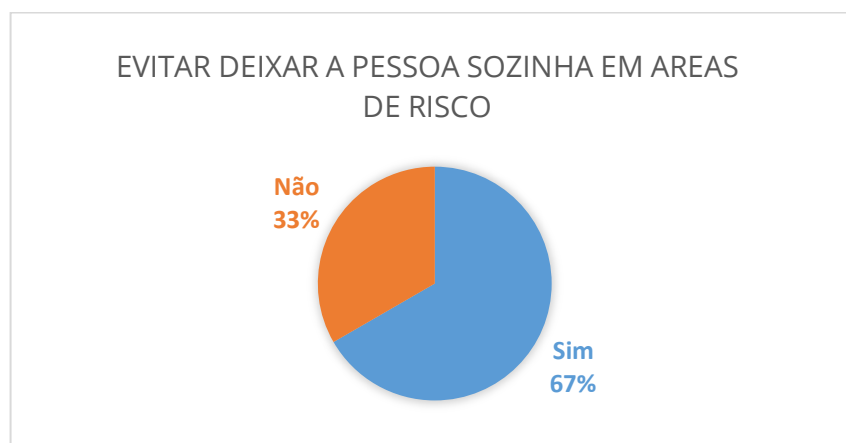


Na intervenção do uso de barras de apoio e corrimões, foram efetuadas três observações, onde duas dessas não usaram nem os corrimões, nem as barras de apoio como estratégia de segurança (67%).



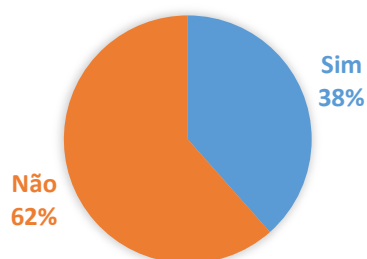
Na estratégia de sinalização do utente de alto risco de queda, das 39 pessoas internadas, cinco apresentavam alto risco de queda. A avaliação do risco de queda foi efetuada nas 39 pessoas utilizando a Escala de Morse. Dos cinco utentes com alto risco de queda nenhum se encontrava sinalizado (100%).

Na avaliação da intervenção referente ao evitar deixar a pessoa sozinha em áreas de risco, das seis situações observadas, em duas destas as pessoas permaneceram sozinhas nas casas-de-banho (33%).



Na intervenção referente á disponibilização de equipamentos para as necessidades de eliminação (urinol), foram observadas um total de 26 pessoas, onde 10 tinham disponíveis dispositivos de eliminação urinária (38%) e 16 não tinham (62%).

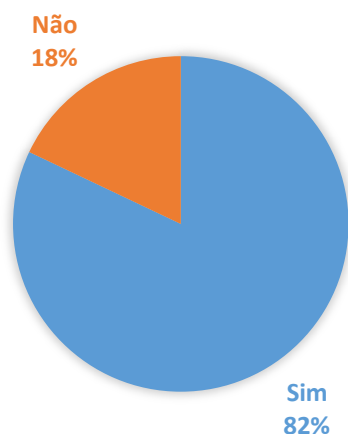
DISPONIBILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS PARA AS NECESSIDADES DE ELIMINAÇÃO



Relativamente à estratégia de evitar transferências de camas para diferentes ambientes, foram avaliados a cada um dos utentes se houve mudanças de ambientes ao longo do internamento dentro do próprio serviço.

Desta forma, das 39 avaliações, em 32 utentes foram evitadas as mudanças por diferentes ambientes hospitalares (82%), no entanto em 7 pessoas foram sujeitas a mudanças de ambiente (18%).

EVITAR TRANSFERENCIAS DE CAMAS INTERNAS PARA DIFERENTES AMBIENTES



Apêndice XXII

Relatório da segunda observação da aplicação das estratégias
promotoras de um ambiente seguro

GRELHA DE OBSERVAÇÃO

Aplicação de estratégias promotoras de um ambiente seguro

Data: 02/02/2021 N.º observações: 39 Utentes

ESTRATÉGIA/ INTERVENÇÃO		SIM	NÃO	N/A	OBSERVAÇÕES
Intervenções Centradas na Pessoa					
Manter sistema de chamada acessível		29	10		Total 39 Utentes
Manter proximidade e alcance da pessoa aos seus objetos pessoais		33	6		Total 39 Utentes
Usar calçado antiderrapante, fechado e ajustado ao pé, sem atacadores		19	20		Total 39 Utentes
Usar de roupa adequada (sem peças muito largas ou compridas)		32	7		Total 39 Utentes
Disponibilizar equipamentos para as necessidades de eliminação		15	6	18	Total 21 Utentes (enfermaria de homens mais Hospital Dia)
Intervenções Centradas no Espaço Físico					
Manter Iluminação adequada dos espaços		15	0		Total 15 áreas
Manter o chão limpo e seco		12	3		Total 15 áreas (das 3 área com não conformidade, apenas em 2 encontrava-se uma funcionária da limpeza)
Usar sinalética de aviso do piso molhado		2	1		Das 3 áreas que não tinham o piso limpo e seco, 1 não tinha sinalética presente
Manter o ambiente organizado e livre de obstáculos		12	3		Total 15 áreas
Manter a altura da cama baixa (adequada à altura da pessoa)		36	3		Total 39 Utentes
Assegurar Equipamentos travados	Suportes de soros	1	6		Total 7 suportes em uso
	Cama	34	1		Total 35 camas
	Cadeirão	11	5		Total 16 cadeirões em uso
	Mesa de cabeceira	29	10		Total 39 mesas
	Cadeira de rodas	3	1		Foram observadas 4 cadeiras em uso

	Outro	2	0		Foram observadas 2 cadeiras higiênicas em uso
Usar ajudas técnicas de forma adequada e em condições seguras		7	7		14 ajudas técnicas em uso (7 suportes, 4 cadeiras de rodas e 2 cadeiras higiene, e 1 andarilho)
Usar de barras de apoio e corrimões		5	0		5 observações nas casas de banho
Intervenções de Monitorização e Vigilância					
Sinalizar o utente de alto risco queda		6	0		6 utentes ARQ (Escala de Morse)
Evitar deixar a pessoa sozinha em áreas de risco		5	0		5 observações
Evitar transferências de camas internas para diferentes ambientes		34	5		Total 39 Utentes (sim – contempla todos os utentes em que se evitou transferências internas no serviço)

RELATÓRIO (SEGUNDA OBSERVAÇÃO):

Decorrente do desenvolvimento das atividades integradas no projeto de estágio que procuram intervir na gestão do ambiente físico do serviço de cardiologia, surge esta segunda observação do cumprimento das intervenções promotoras de um ambiente seguro.

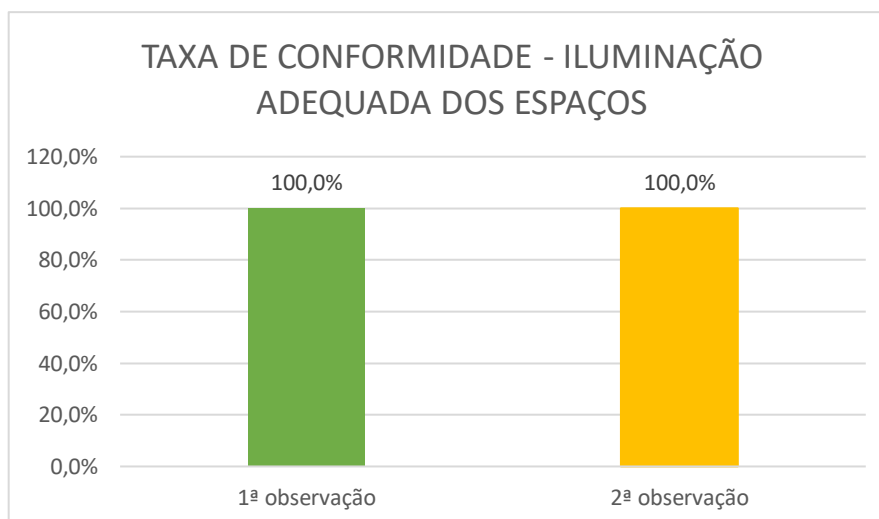
Inicialmente foi realizada uma primeira observação do cumprimento destas estratégias a 07/12/2021. Após as atividades do presente projeto com o objetivo de sensibilizar e promover a capacitação da equipa multidisciplinar para as intervenções de um ambiente seguro, surge esta segunda observação com o objetivo de comparar resultados.

A segunda observação foi realizada durante o turno da manhã do dia 02/02/2022 no serviço de Cardiologia Internamento (quase dois meses depois da primeira observação).

Estavam presentes um total de 39 utentes (internados ou em regime de hospital de dia). Foram abrangidas na avaliação todas as áreas comuns (corredor e refeitório), como também todos os quartos da enfermaria, duas casas-de-banho comuns para senhores, uma casa-de-banho para senhoras, o isolamento (SARS-CoV-2) e o hospital de dia. Tendo esta avaliação contabilizado um total de 15 áreas distintas.

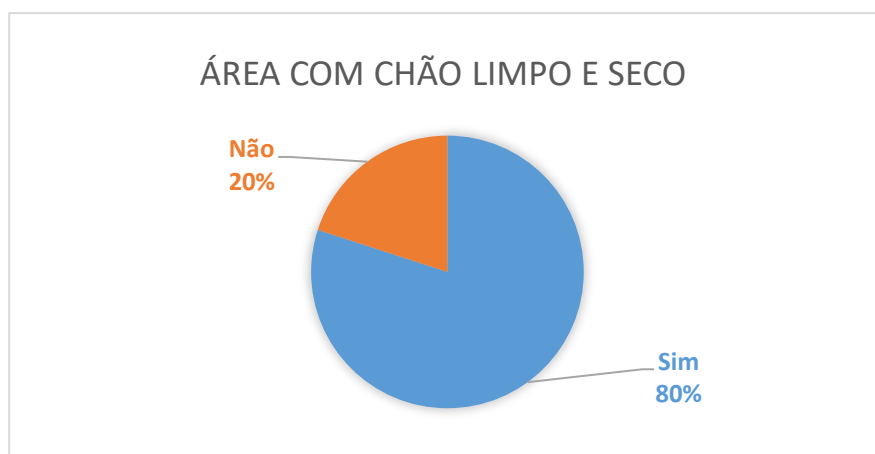
Dos 39 utentes internados no serviço, 35 destes encontravam-se em unidades com camas, sendo que quatro utentes internados em regime de hospital de dia permaneciam em unidades com cadeirões.

Da avaliação da presença de iluminação adequada nos espaços/áreas físicas do serviço, constatou-se que as 15 áreas se encontravam com iluminação adequada. Esta avaliação decorreu durante o dia, altura em que o serviço também apresenta maior intensidade de luz. Com esta segunda observação obteve-se os mesmos resultados que na primeira, podendo referir-se que durante o dia qualquer destas áreas observadas encontrava-se com luz suficiente, não comprometendo riscos para os utentes.

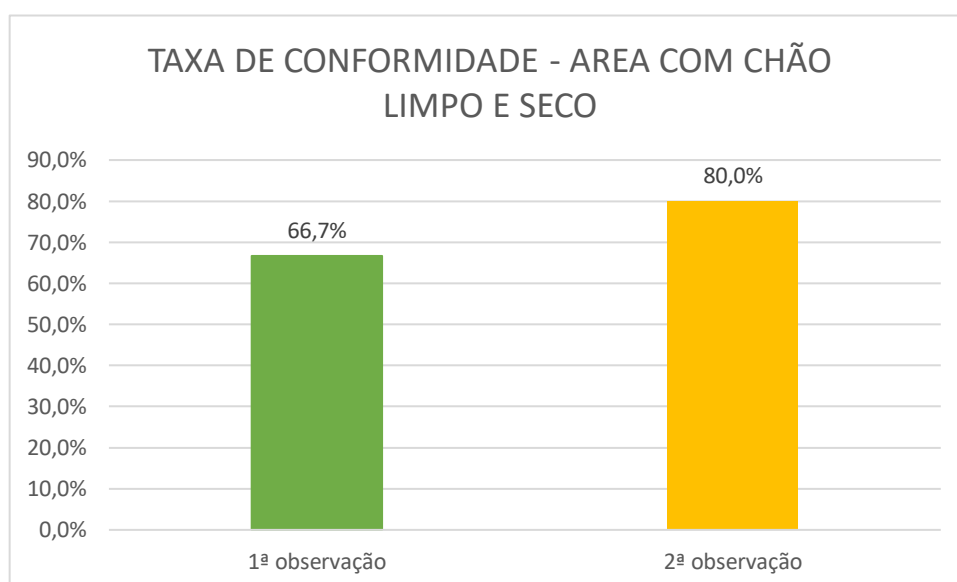


Contudo seria relevante posteriormente efetuar a avaliação da conformidade desta intervenção num período noturno, de forma a avaliar a intensidade da luz do serviço, nomeadamente das luzes de presença no escuro.

Quanto à presença do chão limpo e seco nas áreas do serviço, verificou-se que 12 destes espaços físicos encontravam-se em conformidade (80%), mas nas restantes três áreas encontrava-se o chão molhado (20%), contudo em dois desses espaços estava presente uma funcionária da limpeza em funções.

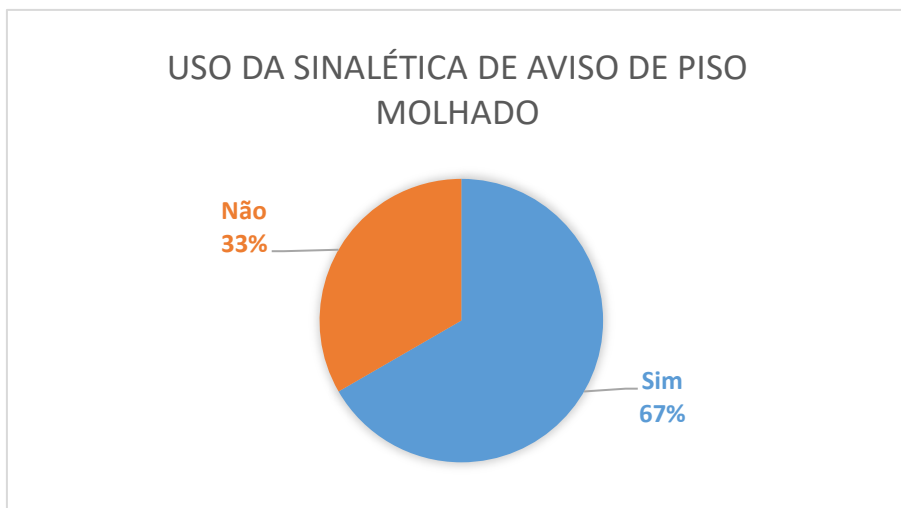


Comparando resultados da primeira para a segunda observação, encontra-se uma melhoria da taxa de conformidade de 66,7% para 80%, totalizando um aumento de 13,3%.

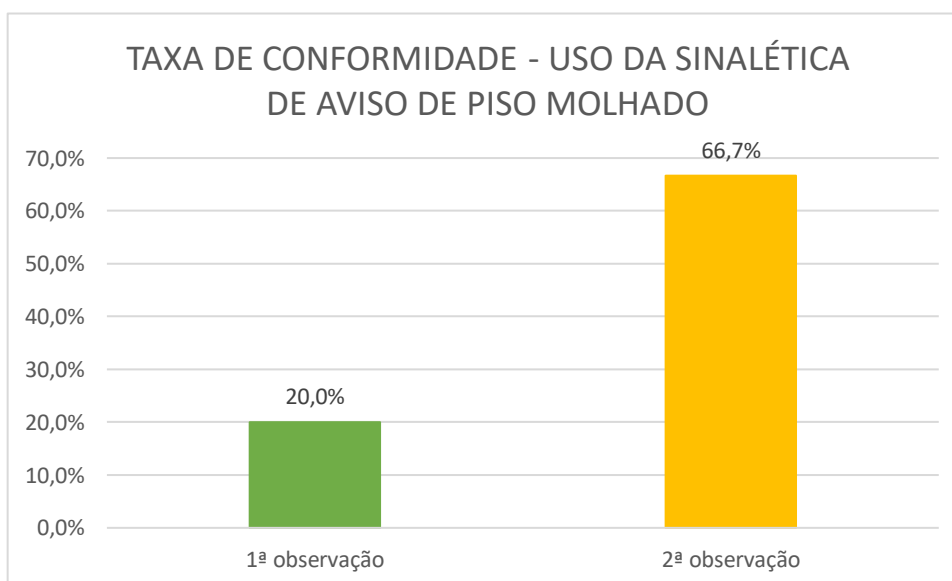


Os espaços físicos em não conformidade na segunda observação, eram 3 casas de banho, pela presença de águas provenientes dos banhos dos utentes, mas em duas destas casas de banho estavam presentes funcionárias da limpeza.

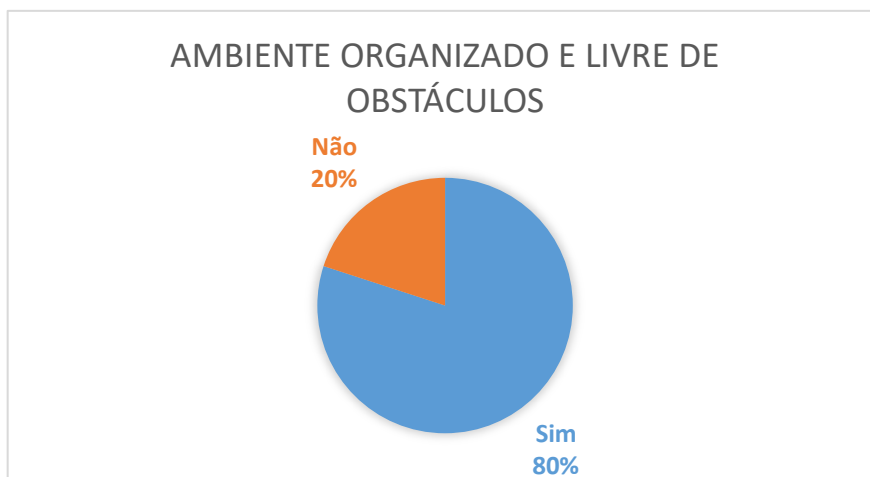
Na intervenção do uso de sinalética de aviso de piso molhado, constatou-se que em duas áreas (2 casas de banho), encontrava-se uma funcionária da limpeza e em ambas tinham presente sinaléticas de aviso de piso molhado à entrada das mesmas. Na terceira casa de banho (uma área) em que se verificou o piso molhado, não estava presente nenhuma sinalética de aviso de piso molhado ou escorregadio.



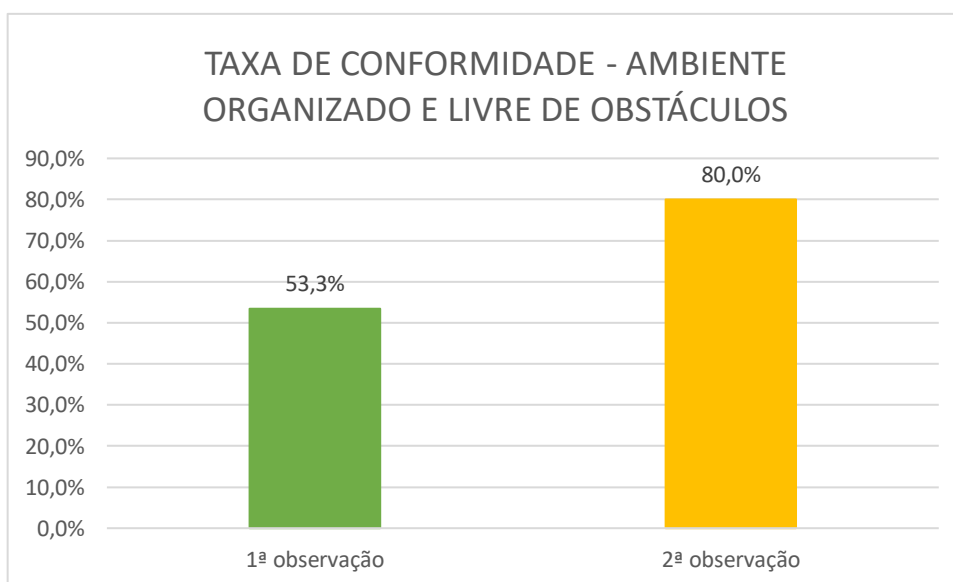
Na segunda observação foi atingida uma taxa de conformidade de 66,7% e na primeira observação uma taxa de 20%, correspondendo a um aumento de 46,7% de taxa de conformidade da primeira para a segunda observação. Contudo é importante referir que existiu um número reduzido de observações em cada uma das avaliações (três na primeira e cinco na segunda), sendo importante alargar o número de observações para se obter dados mais robustos.



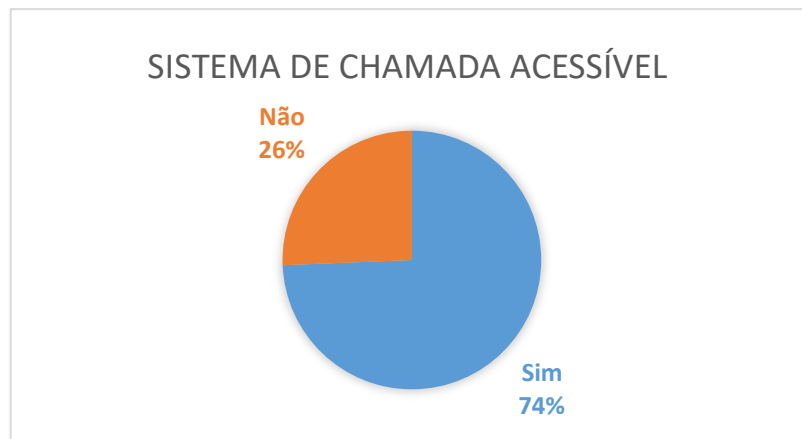
Das 15 áreas observadas, verificou-se que em três encontraram-se espaços desorganizados e com presenças de obstáculos (20%), ao contrário das restantes 12 que se encontravam em conformidade (80%). Destas três áreas constam dois quartos de enfermaria e uma casa de banho com ambientes desorganizados que apresentavam riscos para a passagem dos utentes.



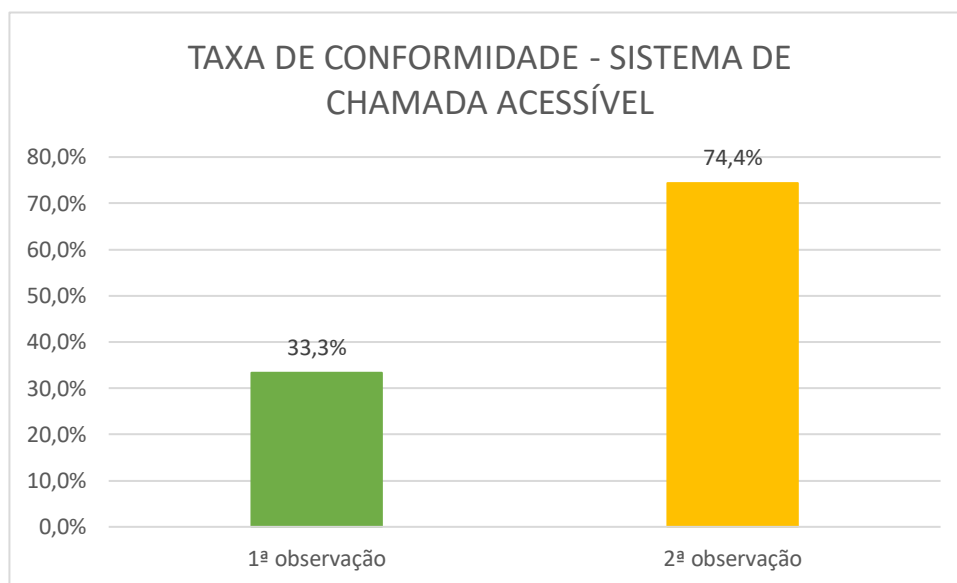
Contudo da primeira observação (53,3% taxa de conformidade) para a segunda observação (80% taxa de conformidade), verificou-se um aumento de 26,7% desta conformidade, relativo a esta estratégia de gestão do ambiente físico.



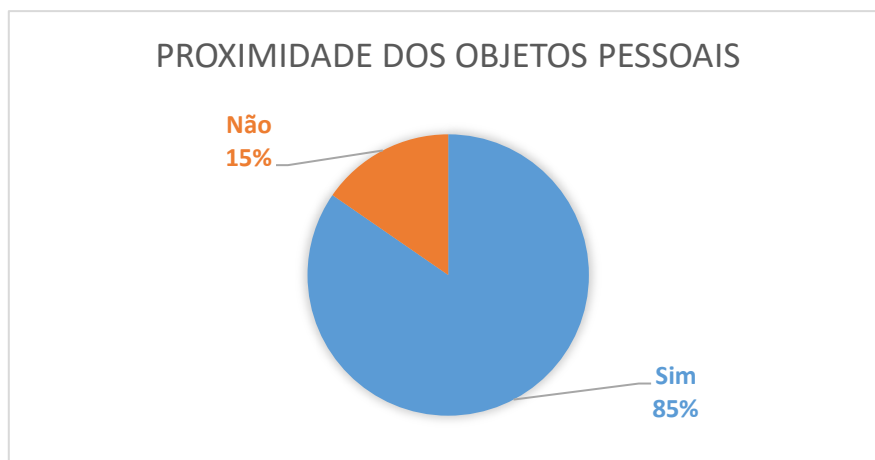
Na avaliação da intervenção da presença do sistema de chamada acessível ao utente, verificou-se na segunda observação que dos 39 utentes presentes no serviço, 29 tinham a campainha junto a si (74%), enquanto 10 utentes não tinham a campainha de acesso fácil (26%).



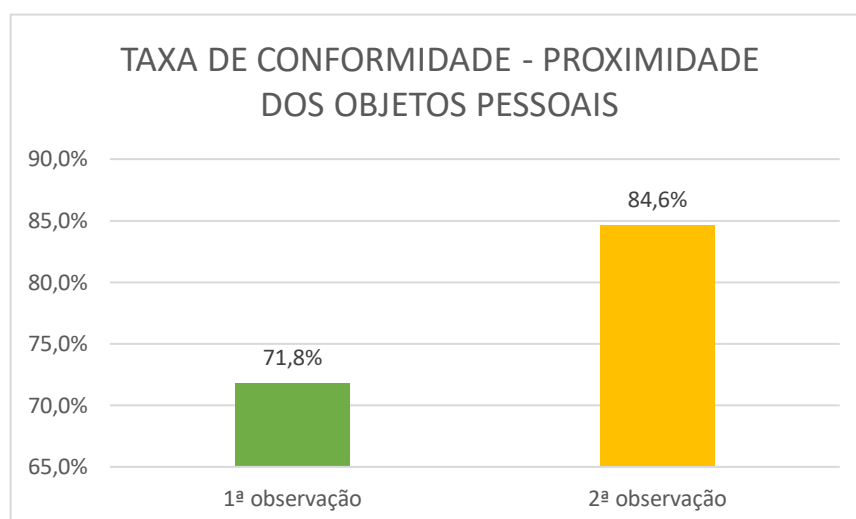
Comparando as taxas de conformidade da primeira para a segunda observação, verificou-se um aumento de 33,3% para 74,4%, representando um acréscimo de 41,1% no valor da taxa de conformidade.



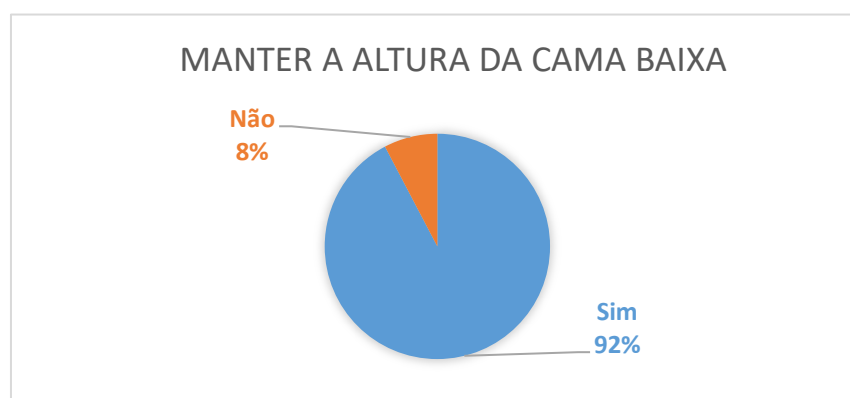
Relativamente à proximidade de alcance da pessoa aos seus objetos pessoais, verificou-se que dos 39 utentes, 33 tinham proximidade dos seus objetos pessoais (85%) e 6 não (15%).



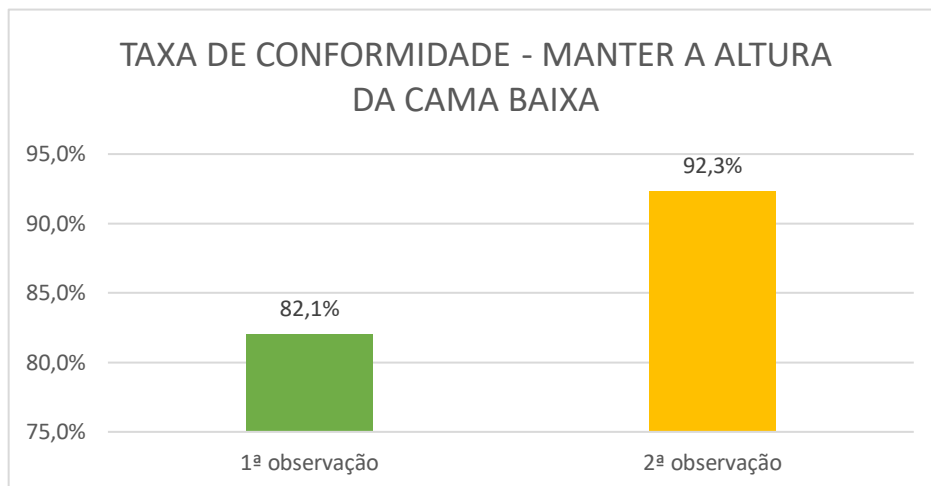
Analisando os resultados obtidos em ambas as observações, verifica-se uma melhoria da taxa de conformidade de 12.8%, tal como comprova o gráfico seguinte.



No cumprimento da estratégia de manter a altura da cama baixa, verificou-se que em 36 unidades encontravam-se a uma altura adequada á própria pessoa (92%), enquanto em três não (8%).

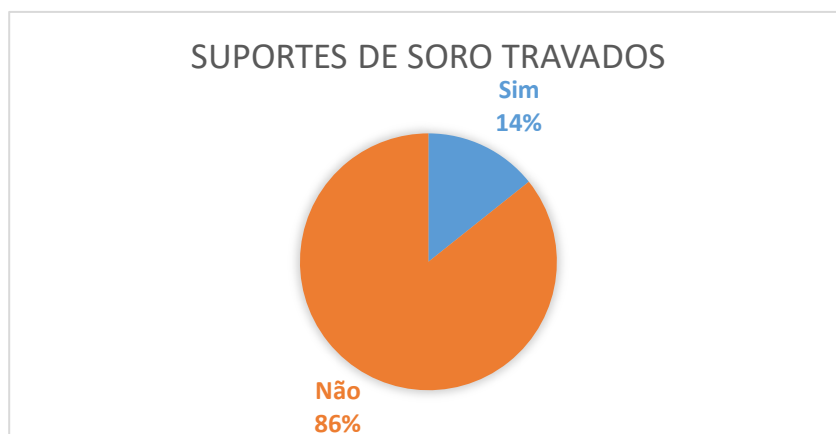


Estes dados representam um aumento de 82,1% para 92,3% de taxa de conformidade, refletindo um acréscimo de 10,2% entre as duas observações.

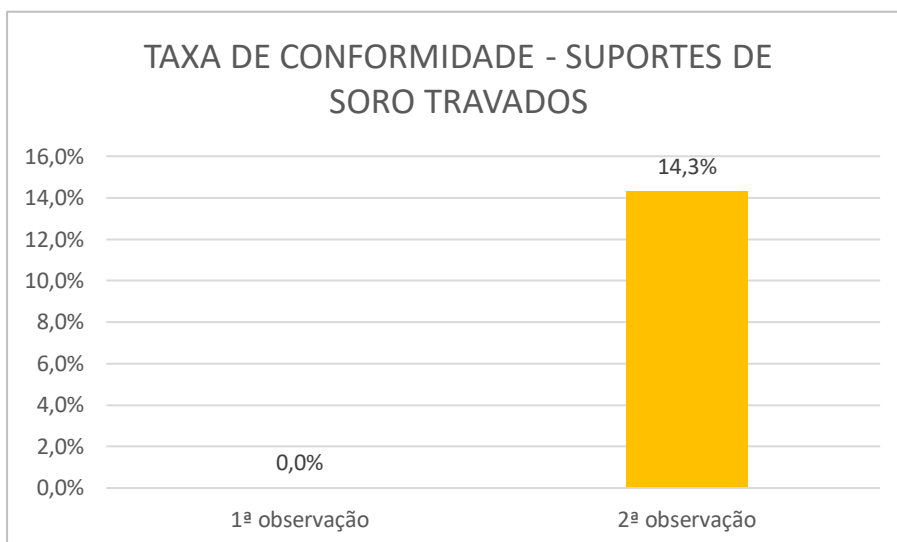


Na intervenção de assegurar equipamentos travados, foram observados suportes de soros, camas, cadeirões, mesas de cabeceira, cadeiras de rodas e cadeiras de higiene, e foram analisados de acordo com a sua tipologia.

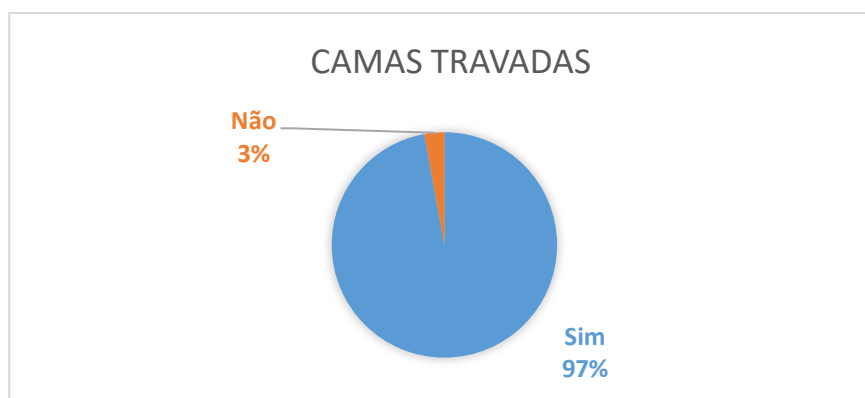
Dos sete suportes de soro em utilização pelos utentes, apenas um se encontrava travado (14%). Contudo há a referir que nem todos os suportes de soro em uso contêm sistema de travagem funcional, o que impossibilita o cumprimento da mesma intervenção.



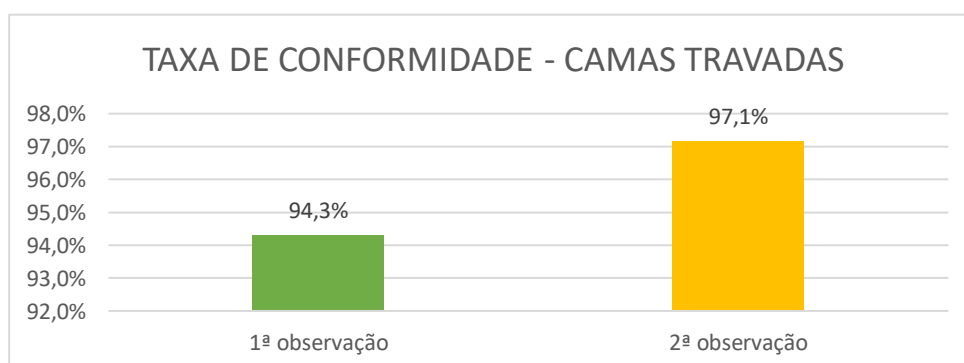
Neste sentido, concluiu-se que existe necessidade de reparação/ intervenção em alguns destes mesmos equipamentos. Na primeira observação nenhum destes suportes de soro se encontrava travado, pelo que existe um aumento da taxa de conformidade de 14,3%. A referir que o número de observações dos suportes de soros em uso foi reduzido em ambos os momentos (cinco na primeira e sete na segunda).



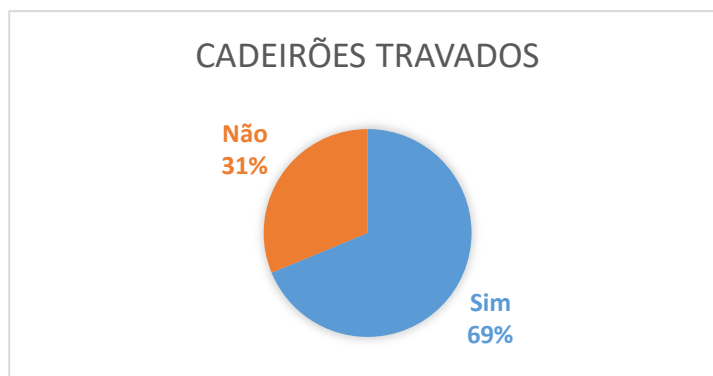
Relativamente às camas, 34 encontravam-se travadas (97%) e uma única cama não se encontrava travada (3%).



Estes dados representam um aumento da taxa de conformidade de 2,9%, ou seja, de 94,3% para 97,1%, da primeira para a segunda observação.

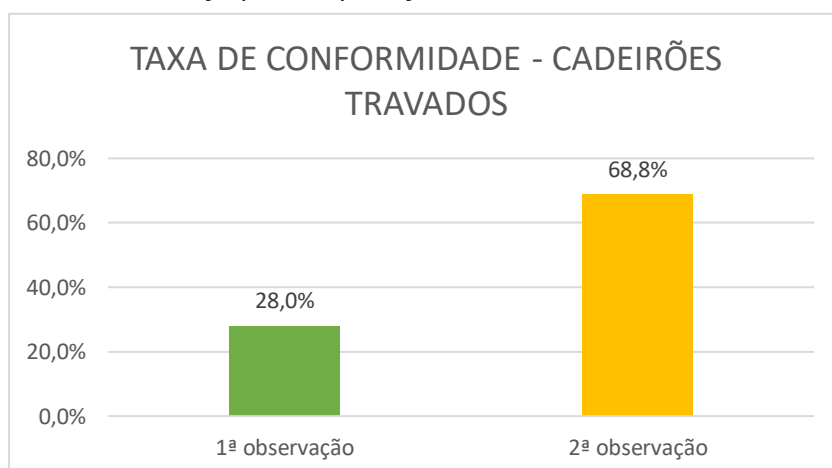


Relativamente aos cadeirões travados, dos 16 cadeirões observados, onze (69%) estavam travados (onde quatro pertenciam ao hospital de dia e sete nos quartos do internamento), 5 cadeirões não se encontravam travados (31%).

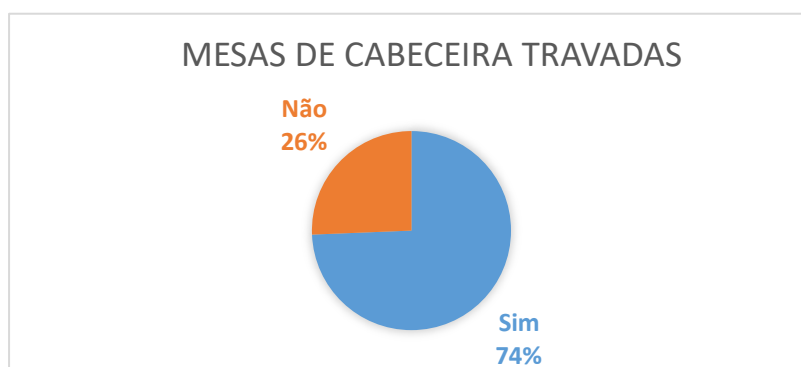


Analisando a taxa de conformidade obtida nas duas observações constata-se um aumento de 28% para 68,8% o que equivale a um acréscimo de 40,8%.

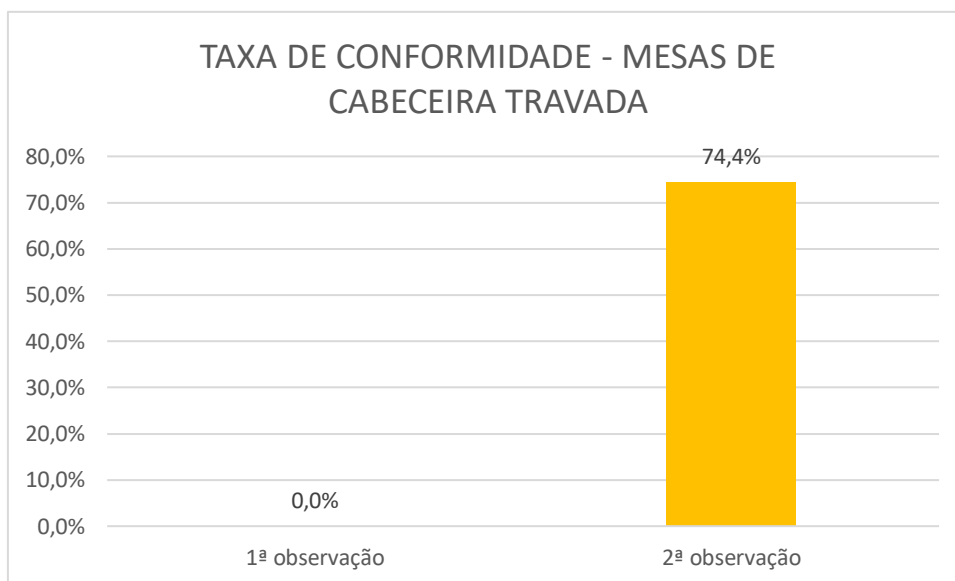
A referir que o número de observações dos cadeirões em uso foi reduzido na segunda observação comparativamente à primeira (dado que se encontram cerca de 9 cadeirões ausentes do serviço para reparação).



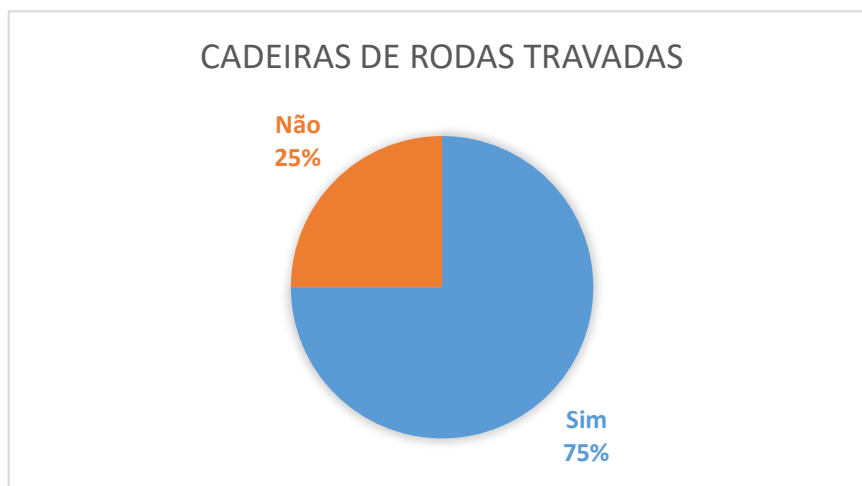
Na segunda observação efetuada às mesas de cabeceiras travadas, das 39 mesas de cabeceiras observadas, 29 mesas de cabeceira encontravam-se travadas (74%) e 10 encontravam-se destravadas (26%).



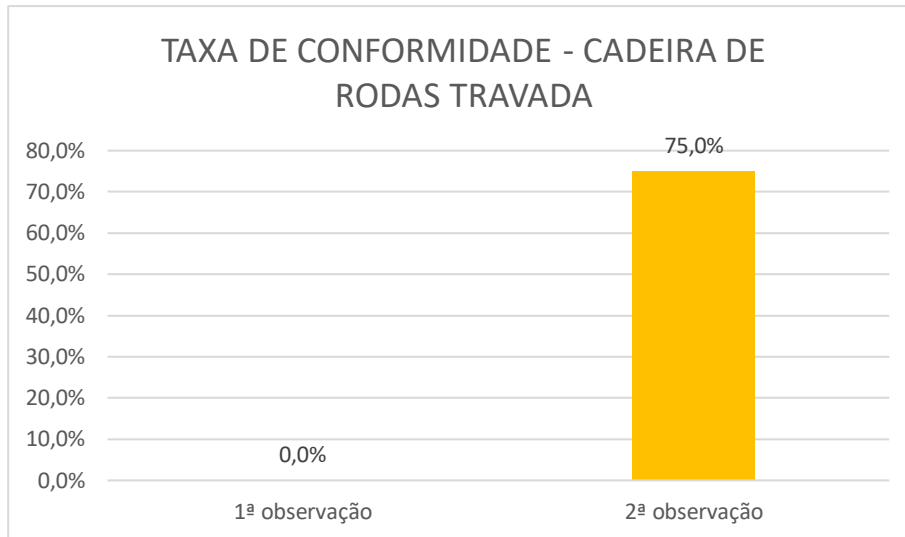
Dado que na primeira observação nenhuma das mesas de cabeceira se encontrava travada, verifica-se uma melhoria da taxa de conformidade de 74,4%. Representando uma das melhorias mais significativas de todas as intervenções.



Foram observadas quatro cadeiras de rodas em uso, e destas, três encontravam-se travadas (75%).



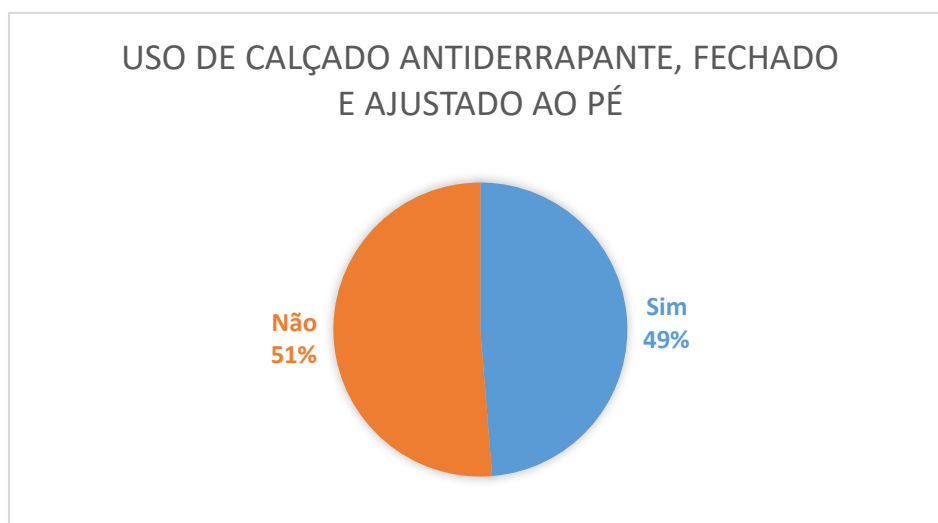
Representando um aumento da taxa de conformidade nesta intervenção de 75%, uma vez que na primeira observação não se observou nenhuma cadeira de rodas travada.



A referir que o número de observações das cadeiras de rodas em uso foi em número reduzido em ambas as observações, o que faz com que este aumento de taxa de conformidade possa não ser totalmente representativo da realidade.

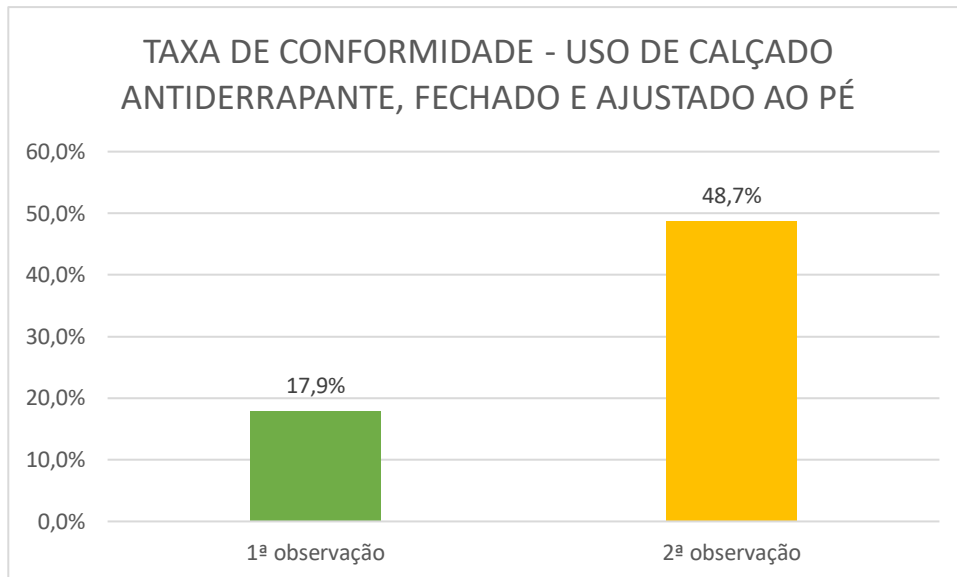
Apenas na segunda avaliação observaram-se cadeiras higiénicas em uso, neste caso foram observadas 2 cadeiras, ambas tinham o sistema de travagem ativado (taxa de conformidade de 100%).

Analisando os dados obtidos relativamente ao uso de calçado antiderrapante, fechado, ajustado ao pé e sem atacadores, foram efetuadas 39 observações, onde 19 utentes tinham condições de segurança no calçado (49%), sendo que em 20 utentes o calçado não se encontrava em conformidade (51%).

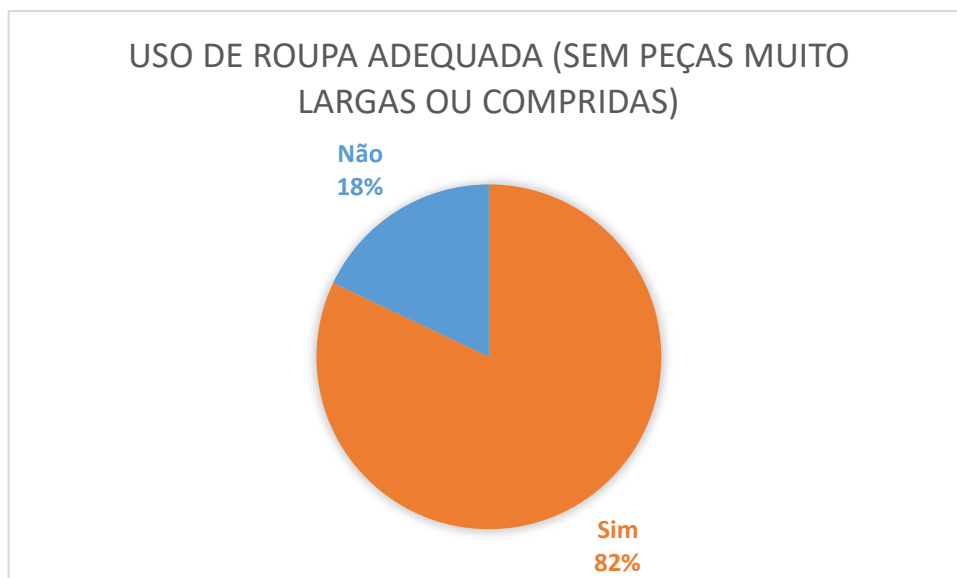


Comparando os resultados obtidos entre as duas observações, constata-se um aumento da taxa de conformidade em 30,8% na segunda avaliação do cumprimento do

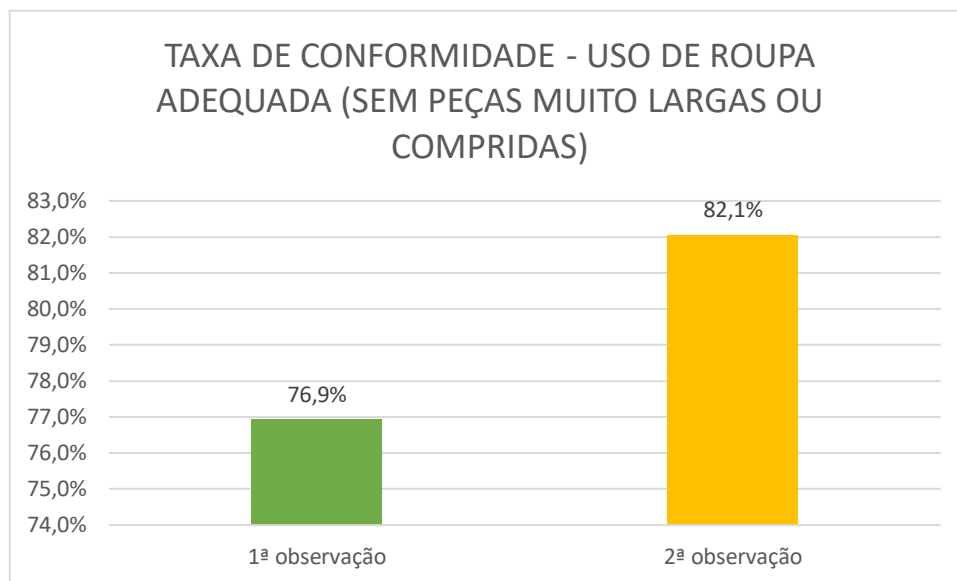
uso de calçado adequado para a deambulação. Com estes dados, apesar do aumento da taxa de conformidade, identifica-se a necessidade de melhoria nesta intervenção.



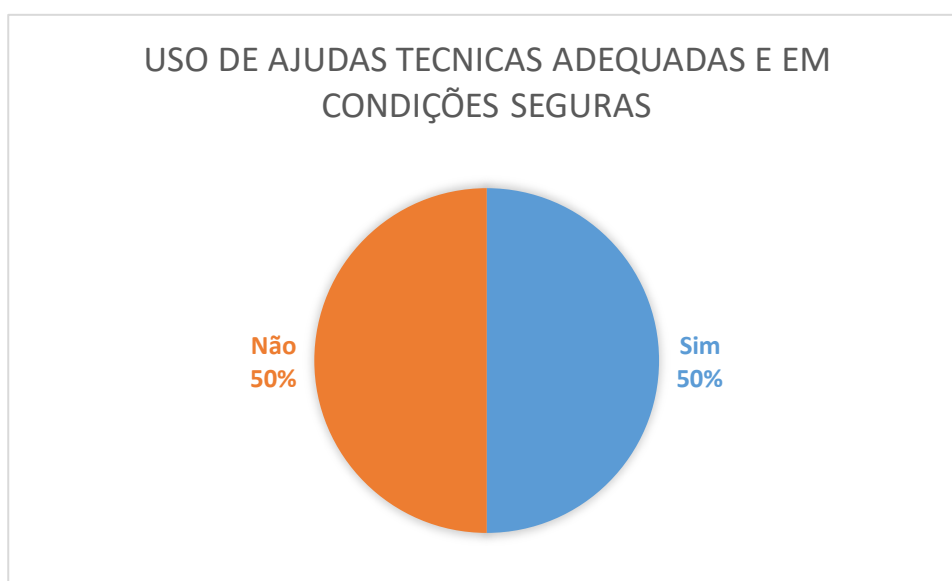
Na intervenção relativa ao uso de roupa muito larga e comprida, das 39 observações, 32 pessoas apresentavam roupa que não representaria risco (82%), enquanto sete pessoas apresentavam roupa larga e/ou comprida (18%).



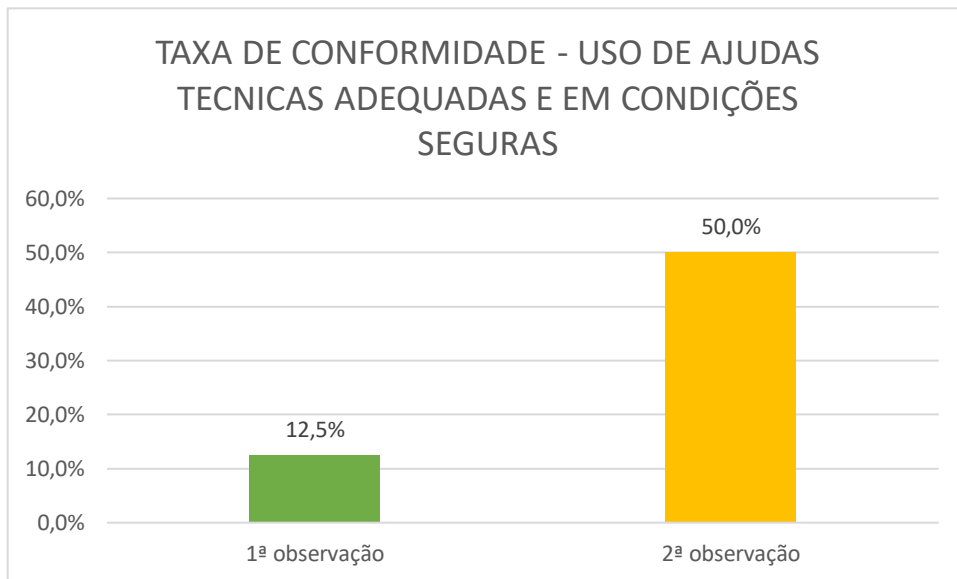
Apresentando um aumento da taxa de conformidade relativamente ao cumprimento desta intervenção de 5,1% entre ambas as observações.



Relativamente ao uso de ajudas técnicas adequadas em condições seguras foram observados sete suportes de soro, um andarilho, quatro cadeiras de rodas e duas cadeiras de higiene, totalizando 14 observações de ajudas técnicas em uso. Um suporte de soro, três cadeiras de rodas, duas cadeiras de higiene e um andarilho encontravam-se a ser utilizados em condições seguras (50%), enquanto os restantes seis suportes de soro e uma cadeira de rodas não (50%).

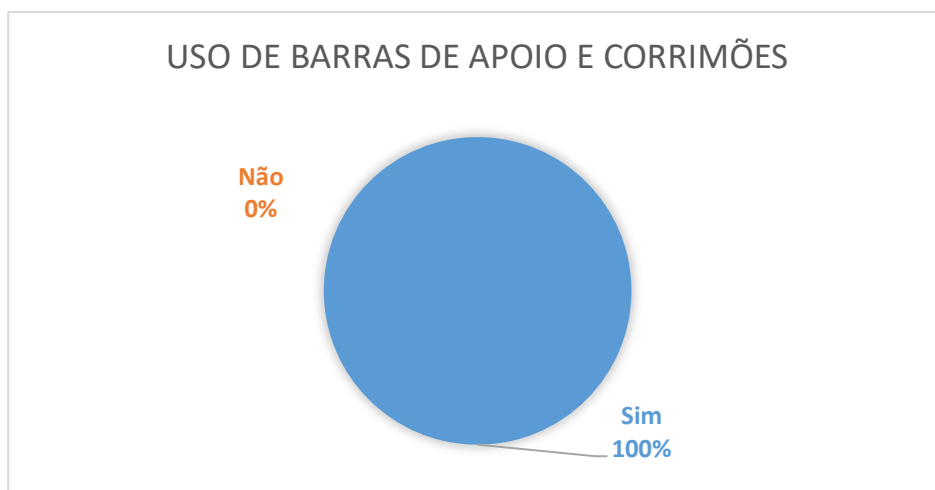


Representando uma melhoria da taxa de conformidade no cumprimento desta intervenção de 37,5% da primeira para a segunda observação.

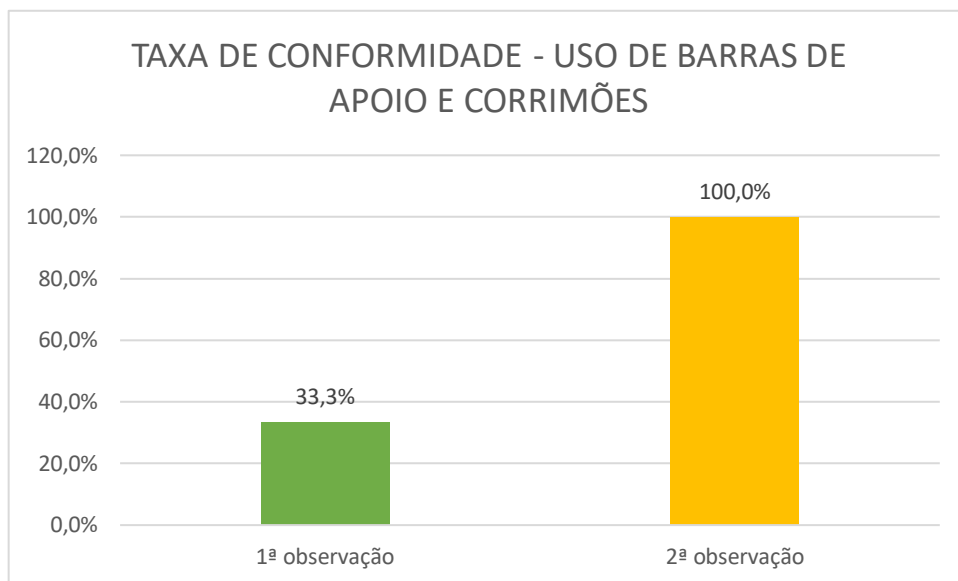


A referir que o número de observações das ajudas técnicas adequadas e em condições seguras em uso foi reduzido em ambas as observações.

Na intervenção do uso de barras de apoio e corrimões, foram efetuadas cinco observações, onde foram usados os corrimões e/ou barras de apoio como estratégia de segurança (100%).



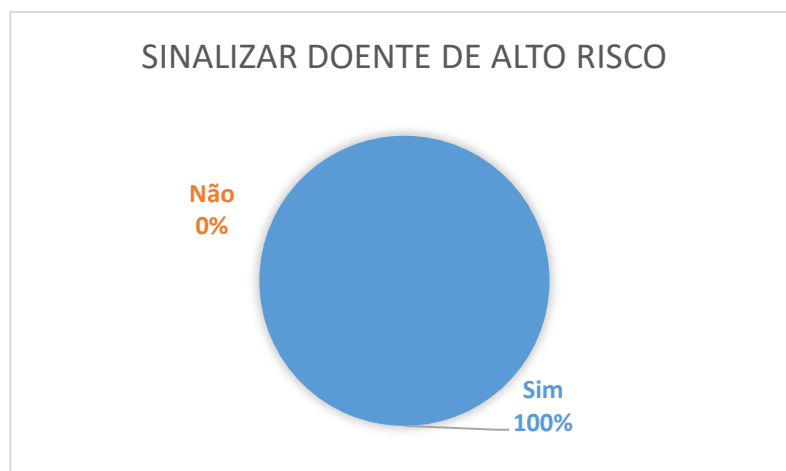
Esta intervenção atingiu um aumento de 66,7% de taxa de conformidade da primeira para a segunda observação.



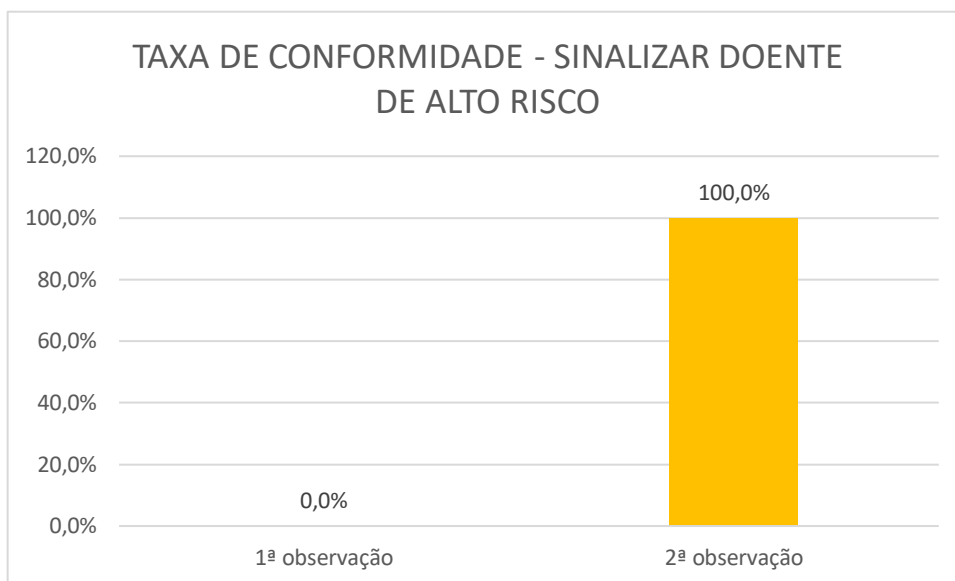
O número de observações tanto na primeira como na segunda observação (três na primeira e cinco na segunda) é demasiado pequeno pelo que este aumento de taxa de conformidade não é representativo.

Na estratégia de sinalização do utente de alto risco de queda, das 39 pessoas internadas, cinco utentes apresentavam alto risco de queda. A avaliação do risco de queda foi efetuada nas 39 pessoas utilizando a Escala de Morse.

Dos cinco utentes com alto risco de queda identificados na segunda observação todos se encontravam sinalizado (100%).



Acabando por apresentar um aumento da taxa de conformidade de 100% relativamente ao cumprimento desta mesma intervenção, quando comparados os resultados da primeira com a segunda observação.

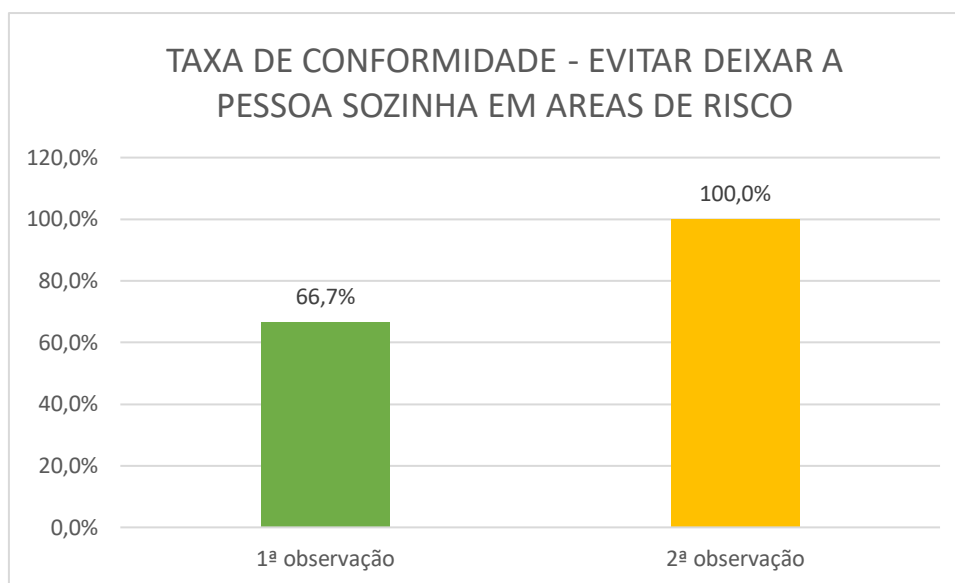


No momento da primeira avaliação ainda não existia nenhum método de sinalização do utente de alto risco queda para toda a equipa multidisciplinar, pelo que leva a esta aumento significativo da taxa de conformidade.

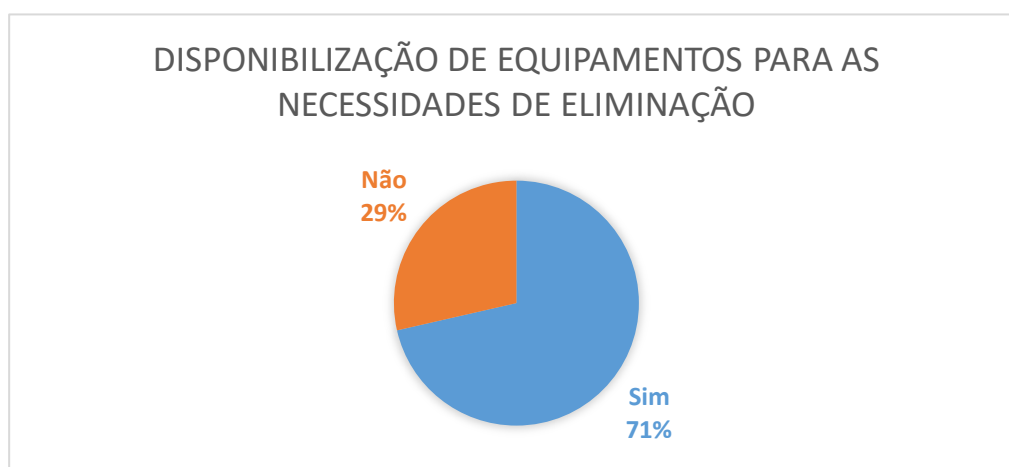
Na avaliação da intervenção referente ao evitar deixar a pessoa sozinha em áreas de risco, das cinco situações observadas, em nenhuma destas as pessoas permaneceram sozinhas nas casas-de-banho, permanecendo sempre um profissional no local (100%).



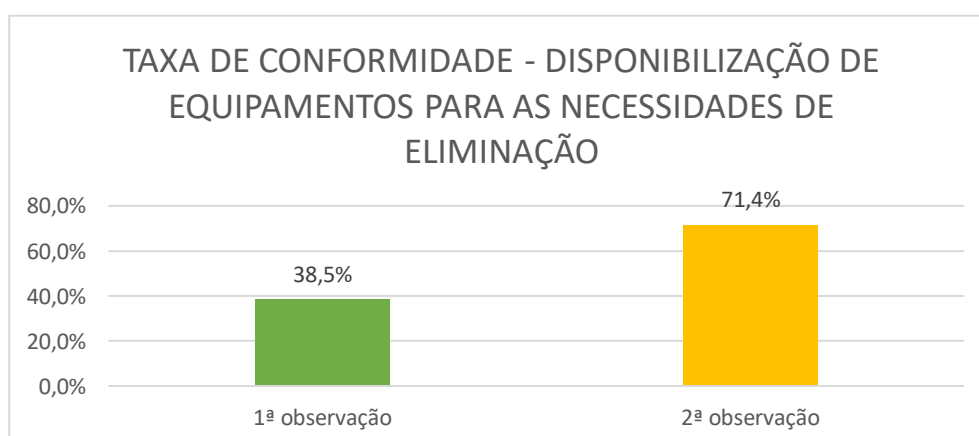
O que representa um aumento de 33,3% da taxa de conformidade no cumprimento desta intervenção da primeira para a segunda avaliação.



Na intervenção referente à disponibilização de equipamentos para as necessidades de eliminação (urinol), foram observadas um total de 21 pessoas, onde 15 tinham disponíveis dispositivos de eliminação urinária (71%) e apenas 6 não (29%).

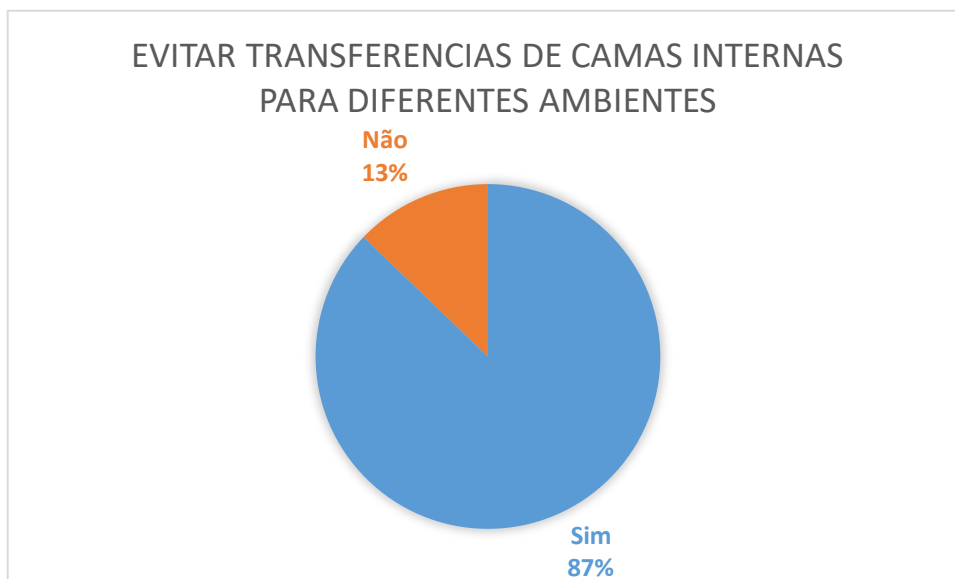


Conferindo um aumento de 33% de taxa de conformidade no cumprimento desta estratégia da primeira para a segunda observação.

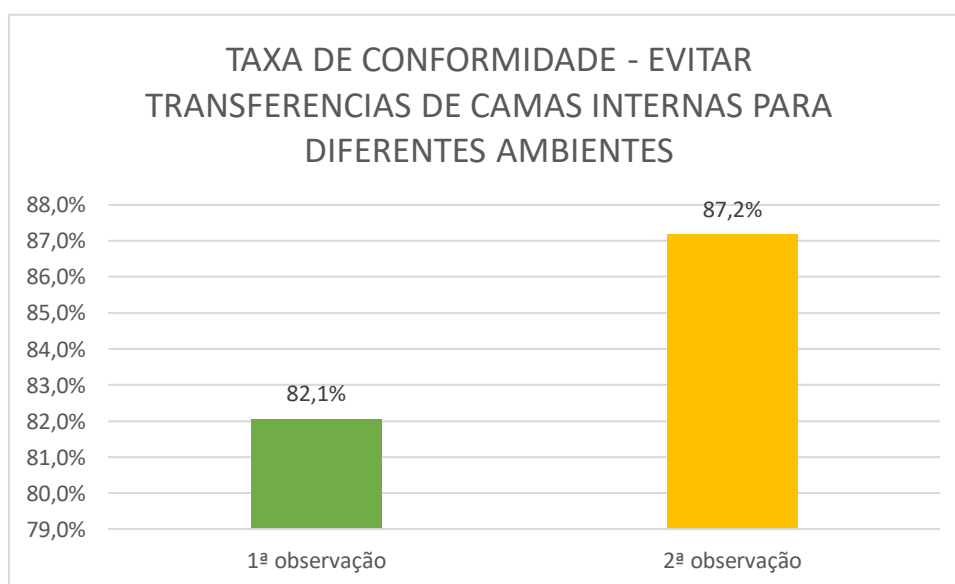


Relativamente à estratégia de evitar transferências de camas para diferentes ambientes, foram avaliados a cada um dos utentes se houve mudanças de ambientes ao longo do internamento dentro do próprio serviço.

Desta forma, das 39 avaliações, em 34 utentes foram evitadas mudanças por diferentes ambientes hospitalares dentro do serviço (87%), no entanto em cinco pessoas não foram evitadas essas mudanças de ambiente (13%).



Apresentando um aumento de 82,1% para 87,2%, ou seja 5,1% de aumento da taxa de conformidade relacionada com o cumprimento desta intervenção da primeira para a segunda avaliação.



Apêndice XXIII

Comunicação do *IX Congreso Internacional Virtual Iberoamericano*
Enfermería

Intervenções de enfermagem na gestão do ambiente físico para a prevenção de quedas na pessoa idosa em internamento hospitalar

AUTORES:

TIAGO GONÇALVES CARVALHO

SÓNIA ALEXANDRA DA SILVA FERRÃO

março, 2022

ÍNDICE

- Palavras-chave
- Introdução
- Objetivo
- Materiais e métodos
- Resultados e discussão
- Conclusão
- Bibliografia

PALAVRAS-CHAVE

Acidentes por quedas

Ambiente de instituições de saúde

Enfermagem

Hospitais

Pessoa idosa

INTRODUÇÃO

- As quedas são consideradas um problema de saúde pública ainda subvalorizado (1).
- As pessoas idosas constituem um dos grupos populacionais com maior risco de queda (1).
- Um internamento em contexto hospitalar, provoca alterações dos hábitos de vida dos idosos, o que associado a uma saúde frágil (2), aumenta o seu risco de queda (1,2).
- As quedas podem gerar consequências físicas, psicológicas e sócio-económicas (1-3).

INTRODUÇÃO

- As quedas em contexto hospitalar originam lesões, aumento do tempo de internamento, aumento dos custos hospitalares e atrasos na reabilitação (1-3).
- Uma queda em ambiente hospitalar consiste num incidente a valorizar, traduzindo-se como um indicador de segurança do doente (4).
- Preconiza-se a promoção de ambientes seguros nos hospitais, que visem a prevenção de quedas, bem como a redução de lesões associadas, onde se incluem intervenções ambientais, de monitorização e gestão do ambiente físico (5).
- É importante envolver a equipa multidisciplinar na gestão do ambiente físico para a prevenção de quedas (3).

OBJETIVO

Contribuir para a melhoria contínua dos cuidados, na gestão do ambiente físico para a prevenção de quedas na pessoa idosa, em contexto hospitalar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As intervenções encontram-se agrupadas em três dimensões (7).



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Intervenção Centradas Na Pessoa	1ª Observação	2ª Observação	Varição (%)
Manter o sistema de chamada próximo do alcance da pessoa idosa	33,3%	74,4%	+ 41,0% ↑
Manter objetos pessoais ao alcance da pessoa idosa	82,1%	92,3%	+ 10,3% ↑
Incentivar ao uso de calçado antiderrapante, fechado e ajustado ao pé, sem atacadores	17,9%	48,7%	+ 30,8% ↑
Incentivar ao uso de roupa adequada (sem peças muito largas ou compridas)	76,9%	82,1%	+ 5,1% ↑

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Intervenção Centradas no Espaço Físico	1ª Observação	2ª Observação	Varição (%)
Assegurar iluminação adequada	100,0%	100,0%	0,0% =
Manter o chão limpo e seco	66,7%	80,0%	+ 13,3% ↑
Usar sinalética de aviso de piso molhado	20,0%	66,7%	+ 46,7% ↑
Assegurar equipamentos travados	37,7%	77,6%	+ 39,9% ↑
Manter a altura da cama baixa	82,1%	92,3%	+ 10,3% ↑
Promover um ambiente organizado e livre de obstáculos	53,3%	80,0%	+ 26,7% ↑

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Intervenção Monitorização e Vigilância	1ª Observação	2ª Observação	Variação (%)
Sinalizar as pessoas com alto risco de queda	0,0%	100,0%	+ 100,0% ↑
Vigiar as pessoas idosas nas áreas/espacos de maior risco	66,7%	100,0%	+ 33,3% ↑
Minimizar mudançãs de cama e transferências de serviço	82,1%	87,2%	+ 5,1% ↑

CONCLUSÃO

- A disseminação da evidência científica através da formação, acompanhamento e reflexão crítica, contribuem para que as equipas adotem boas práticas na gestão do ambiente físico para a prevenção de quedas na pessoa idosa.
- Realçamos a importância da elaboração de *bundles* de intervenção para a prevenção de quedas à pessoa idosa em contexto hospitalar.
- Este projeto pode constituir uma boa ferramenta para a prática dos cuidados, na otimização da gestão do ambiente físico na prevenção de quedas na pessoa idosa, podendo gerar nas equipas a adoção de boas práticas integradas em projetos de melhoria contínua.

BIBLIOGRAFIA

1. WHO. (2021). *Strategies for preventing and managing falls across the life-course*
2. Romão, A. L., & Nunes, S. (2018). Quedas em internamento hospitalar-causas, consequências e custos: Estudo de caso numa unidade hospitalar de Lisboa. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(1), 1-8. <https://doi.org/10.1159/000488073>
3. Dykes, P. C., Burns, Z., Adelman, J., Benneyan, J., Bogalsky, M., Carter, E., Ergai, A., Lindros, M. E., Lipsitz, S. R., Scanlan, M., Shaykevich, S., & Bates, D. W. (2020). Evaluation of a patient-centered fall-prevention tool kit to reduce falls and injuries: A nonrandomized controlled trial. *JAMA Network Open*, 3(11), e2025889. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.25889>
4. OCDE (2018). Measuring patient safety opening the black box. Acedido em 21-05-2021. Disponível em: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Measuring-Patient-Safety-April-2018.pdf>
5. Registered Nurses' Association of Ontario. (2017). *Preventing falls and reducing injury from falls*. (4th ed.). https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/FALL_PREVENTION_WEB_1207-17.pdf
6. Porritt, K.; McArthur, A.; Lockwood, C. & Munn, Z. (Editors). JBI Handbook for evidence implementation. JBI, 2020. Available from: <https://implementationmanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMEI-20-01>
7. Carvalho, T. & Ferrão, S. (2022). Intervenções de enfermagem na gestão do ambiente físico para a prevenção de quedas na pessoa idosa: Revisão integrativa da literatura. In Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso (DEMC-AI) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Ed.), *E-Book do Webinar do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso da ESEL* (pp. 92-94). <http://hdl.handle.net/10400.26/39558>



Apêndice XXIV

Questionário de avaliação de satisfação do projeto

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE PROJETO

Com a implementação do programa *Fall* TIPS procura-se alcançar melhores resultados dentro da problemática das quedas, promovendo a gestão do ambiente físico de forma a prevenir as quedas. Mas nenhum projeto de melhoria contínua evoluiu sem a participação e contributo de todos os elementos da equipa multidisciplinar, neste sentido a opinião de todos é importante... de forma anónima gostaria que respondessem ao presente questionário

1. Indique o seu grau de concordância relativamente à seguinte afirmação: “Com a implementação do projeto *Fall* TIPS, fiquei mais sensível à problemática das quedas nas pessoas idosas internadas no serviço”.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Não concordo nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

2. Indique o seu grau de concordância relativamente à seguinte afirmação: “Com a implementação do projeto *Fall* TIPS, fiquei mais desperto para a gestão do ambiente físico como estratégia de prevenção de quedas”.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Não concordo nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

3. Considera o *Fall* TIPS uma ferramenta útil para sinalizar as pessoas com alto risco de queda, à equipa multidisciplinar?

- Extremamente útil
- Muito útil
- Útil
- Pouco útil
- Nada útil

4. Como classifica a ferramenta *Fall TIPS* relativamente à facilidade de interpretação?

- Extremamente fácil
- Muito fácil
- Fácil
- Pouco fácil
- Nada fácil

5. Como classifica a ferramenta *Fall TIPS* relativamente à facilidade de aplicação?

- Extremamente fácil
- Muito fácil
- Fácil
- Pouco fácil
- Nada fácil

6. Considera a ferramenta *Fall TIPS* útil para o planeamento individualizado dos cuidados na prevenção de quedas?

- Extremamente útil
- Muito útil
- Útil
- Pouco útil
- Nada útil

7. Considera a ferramenta *Fall TIPS* útil no envolvimento da pessoa idosa internada no seu plano de prevenção de quedas?

- Extremamente útil
- Muito útil
- Útil
- Pouco útil
- Nada útil

Obrigado
fevereiro 2022

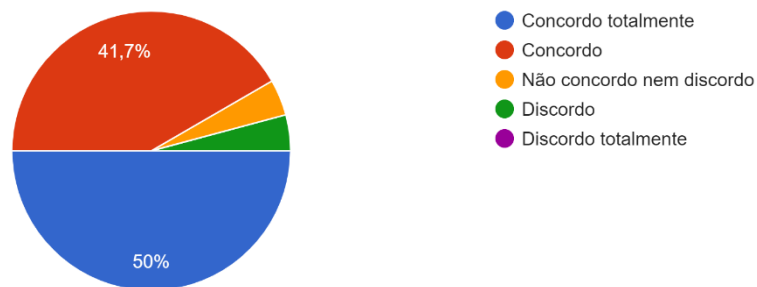
Apêndice XXV

Resultados do questionário de avaliação da equipa de enfermagem

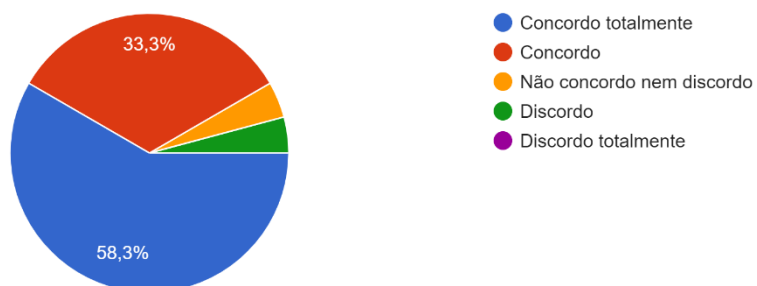
Resultados do questionário de avaliação do projeto da equipa de enfermagem

Dos 27 questionários enviados, obteve-se um total de 24 preenchidos, ou seja, com uma adesão de 88,9%.

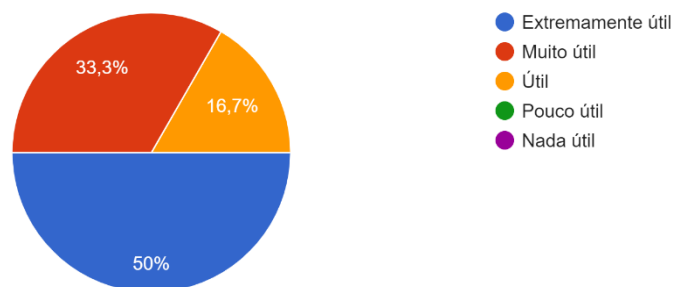
1. Indique o seu grau de concordância relativamente à seguinte afirmação: “Com a implementação do projeto *Fall TIPS*, fiquei mais sensível à problemática das quedas nas pessoas idosas internadas no serviço”.



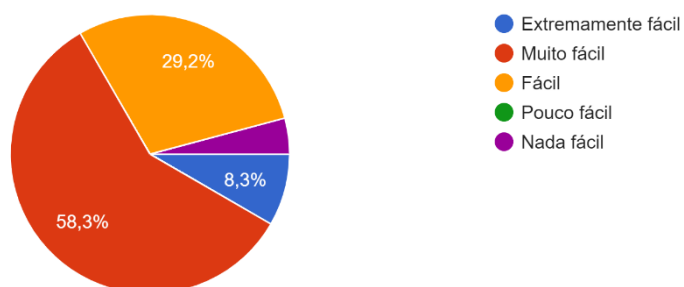
2. Indique o seu grau de concordância relativamente à seguinte afirmação: “Com a implementação do projeto *Fall TIPS*, fiquei mais desperto para a gestão do ambiente físico como estratégia de prevenção de quedas”.



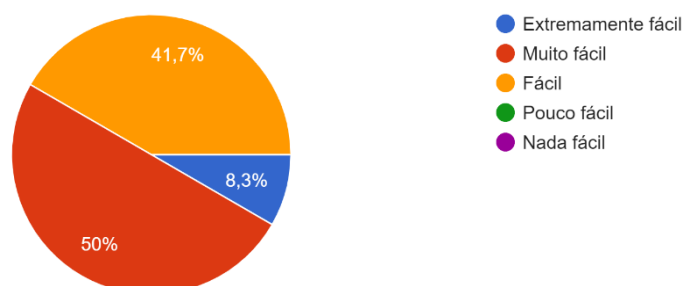
3. Considera o *Fall* TIPS uma ferramenta útil para sinalizar as pessoas com alto risco de queda, à equipa multidisciplinar?



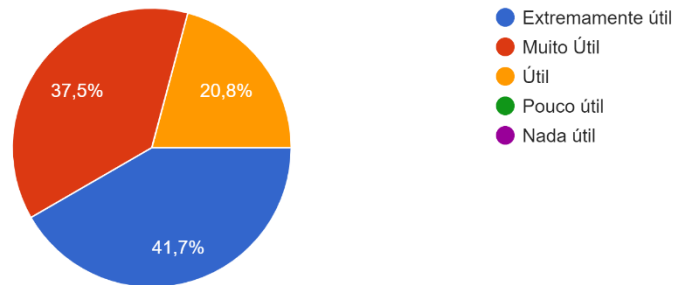
4. Como classifica a ferramenta *Fall* TIPS relativamente à facilidade de interpretação?



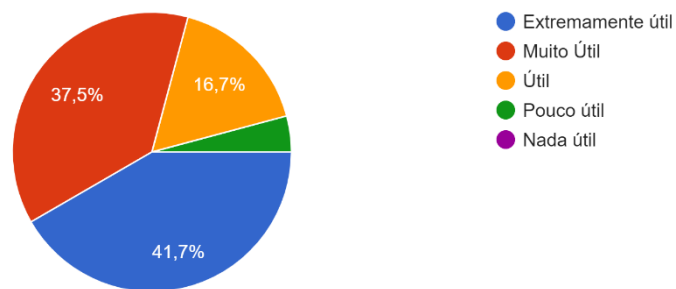
5. Como classifica a ferramenta *Fall* TIPS relativamente à facilidade de aplicação?



6. Considera a ferramenta *Fall TIPS* útil para o planeamento individualizado dos cuidados na prevenção de quedas?



7. Considera a ferramenta *Fall TIPS* útil no envolvimento da pessoa idosa internada no seu plano de prevenção de quedas?



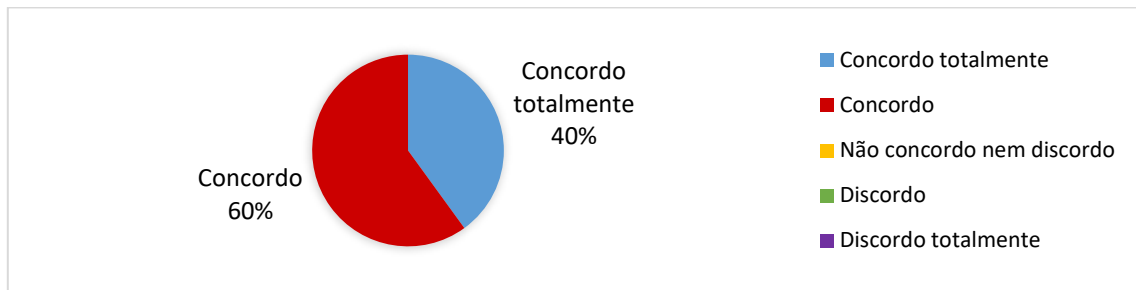
Apêndice XXVI

Resultados do questionário de avaliação da equipa de assistentes operacionais

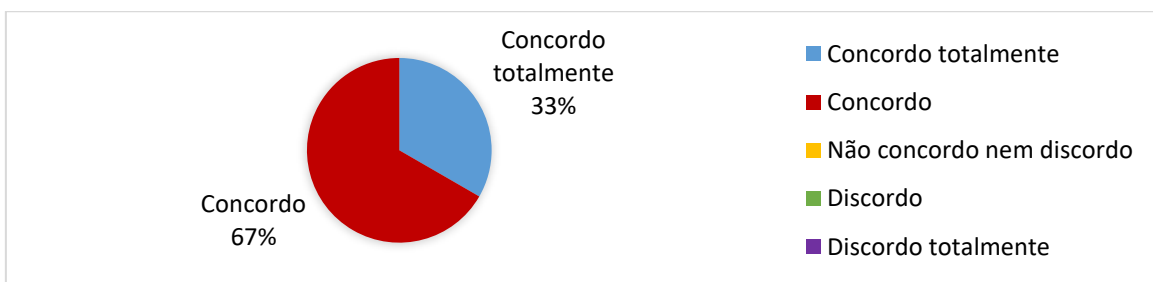
Resultados do questionário de avaliação do projeto da equipa de assistentes operacionais

Obteve-se a totalidade dos 15 questionários preenchidos, ou seja, com uma adesão de 100%.

1. Indique o seu grau de concordância relativamente à seguinte afirmação: “Com a implementação do projeto *Fall TIPS*, fiquei mais sensível à problemática das quedas nas pessoas idosas internadas no serviço”.



2. Indique o seu grau de concordância relativamente à seguinte afirmação: “Com a implementação do projeto *Fall TIPS*, fiquei mais desperto para a gestão do ambiente físico como estratégia de prevenção de quedas”.



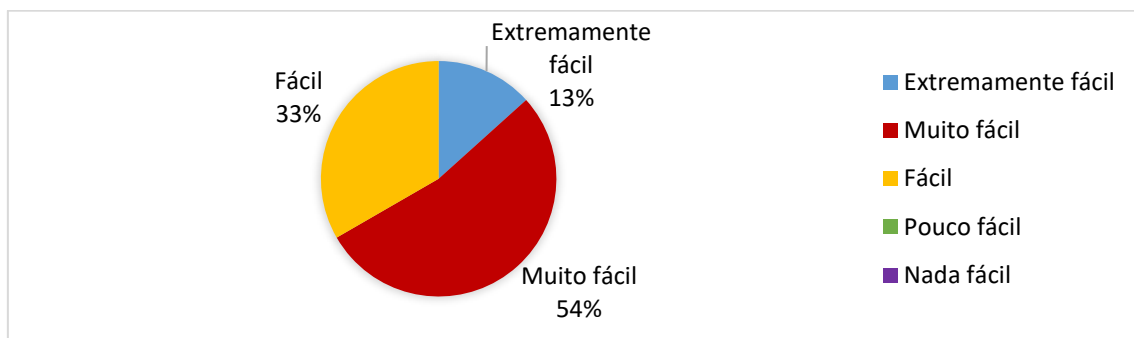
3. Considera o *Fall* TIPS uma ferramenta útil para sinalizar as pessoas com alto risco de queda, à equipa multidisciplinar?



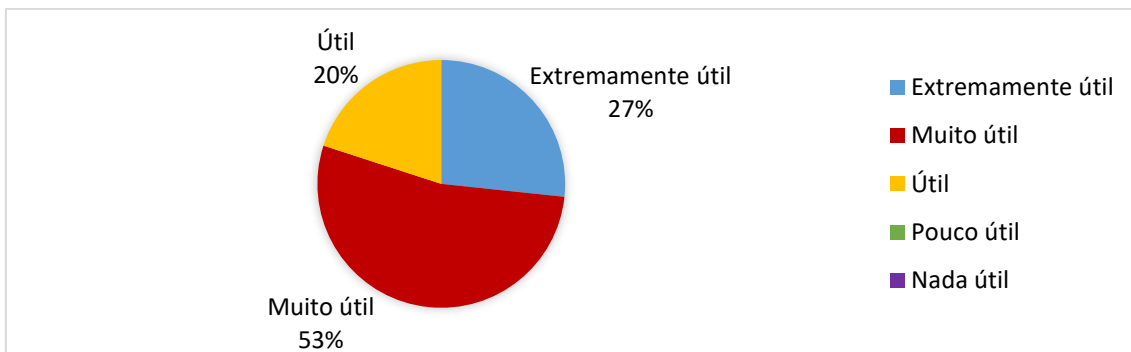
4. Como classifica a ferramenta *Fall* TIPS relativamente à facilidade de interpretação?



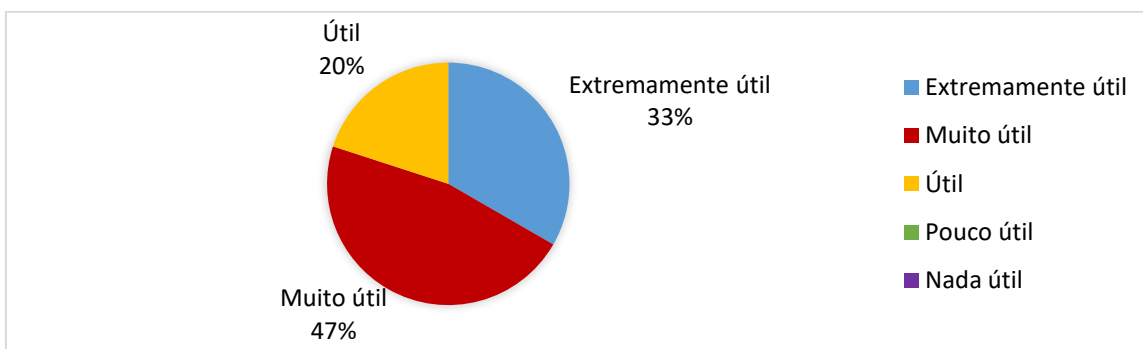
5. Como classifica a ferramenta *Fall* TIPS relativamente à facilidade de aplicação?



6. Considera a ferramenta *Fall TIPS* útil para o planeamento individualizado dos cuidados na prevenção de quedas?



7. Considera a ferramenta *Fall TIPS* útil no envolvimento da pessoa idosa internada no seu plano de prevenção de quedas?



Apêndice XXVII

Newsletter divulgada na intranet da instituição hospitalar

Gestão do Ambiente Físico na Prevenção de Quedas

Autoria: Tiago Gonçalves Carvalho (

).

Os hospitais são reconhecidos como um contexto com elevado risco de queda¹. Um internamento em contexto hospitalar, provoca alterações dos hábitos de vida das pessoas, o que associado a uma saúde frágil aumenta consideravelmente o seu risco de queda².

Decorrente das quedas surge uma diversidade de consequências que podem ser de natureza física, psicológica e socioeconómica¹. Todas estas consequências, têm um impacto significativo na qualidade de vida das pessoas e suas famílias¹ e impacto negativo nos profissionais de saúde³.

Estão descritos fatores de risco que predispõem a ocorrência de queda, estando divididos em fatores biológicos, comportamentais, socioeconómicos e ambientais¹. Realça-se a importância da promoção de ambientes seguros⁴, visto que um ambiente desconhecido e não familiar potencia perigos ambientais relacionados com o risco de queda, pelos desafios na mobilidade e orientação¹.

As instituições de saúde devem desenvolver políticas na promoção de ambientes seguros e prevenção de quedas, bem como na redução de lesões, através da realização de programas de formação sobre esta problemática. Devem igualmente implementar precauções universais na prevenção de quedas, identificar e modificar equipamentos e outros fatores no ambiente físico e estrutural, que contribuem para o risco de queda⁵.

As intervenções na gestão do ambiente físico contribuem para a redução da incidência de quedas da pessoa em contexto hospitalar⁴, pelo que se preconiza a implementação das intervenções enunciadas no cartaz.

Referências Bibliográficas

1. WHO. (2021). *Strategies for preventing and managing falls across the life-course*.
2. Romão, A. L., & Nunes, S. (2018). Quedas em internamento hospitalar-causas, consequências e custos: Estudo de caso numa unidade hospitalar de Lisboa. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(1), 1–8. <https://doi.org/10.1159/000488073>
3. Stockwell-Smith, G., Adeleye, A., Chaboyer, W., Cooke, M., Phelan, M., Todd, J. & Grealish, L. (2020). Interventions to prevent in-hospital falls in older people with cognitive impairment for further research: A mixed studies review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(17–18), 3445–3460. <https://doi.org/10.1111/jocn.15383>
4. Carvalho, T. & Ferrão, S. (2022). Intervenções de enfermagem na gestão do ambiente físico para a prevenção de quedas na pessoa idosa: Revisão integrativa da literatura. In Departamento

de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso (DEMC-AI) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Ed.), *E-Book do Webinar do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso da ESEL* (pp. 92-94). <http://hdl.handle.net/10400.26/39558>

5. Registered Nurses' Association of Ontario. (2017). *Preventing falls and reducing injury from falls*. (4th ed.). https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/FALL_PREVENTION_WEB_1207-17.pdf

Apêndice XXVIII

Cartaz da *newsletter*

INTERVENÇÕES NA GESTÃO DO AMBIENTE FÍSICO PARA A PREVENÇÃO DE QUEDAS



Centradas na Pessoa

- Apresentar os espaços físicos
- Orientar a pessoa pelos diferentes ambientes
- Avaliar a pessoa na realização das suas atividades de vida diária
- Incentivar para o uso do sistema de chamada
- Manter objetos pessoais ao alcance da pessoa
- Incentivar ao uso de calçado adequado
- Educar sobre fatores de risco ambientais

- Promover um ambiente organizado e livre de obstáculos
- Manter o chão limpo e seco
- Usar sinalética de aviso de piso molhado
- Manter a altura da cama baixa
- Assegurar equipamentos travados
- Usar sistemas de alarme nas cadeiras e camas
- Assegurar iluminação adequada
- Adequar a disposição de móveis e equipamentos
- Usar sistema de chamada, barras de apoio e corrimões
- Utilizar piso de absorção de impacto

Centradas no Espaço Físico

Monitorização e Vigilância

- Identificar/sinalizar as pessoas com alto risco de queda
- Vigiar a pessoa nas áreas/espacos de maior risco
- Minimizar mudanças de cama e transferências de serviço

SCAN ME





















Preconiza-se que as intervenções não sejam desenvolvidas isoladamente, mas sim combinadas e integradas num plano de prevenção de quedas com o envolvimento da pessoa.

ANEXOS

Anexo I

Toolkit do programa Fall TIPS

 Patient Name: _____ Date: _____	
Fall Interventions <i>(Circle selection based on color)</i>	
Communicate Recent Fall and/or Risk of Harm 	Walking Aids  Crutches  Cane  Walker
IV Assistance When Walking 	Toileting Schedule: Every _____ hours  Bed Pan  Assist to Commode  Assist to Bathroom
Bed Alarm On 	Assistance Out of Bed  ① 1 person  ② 2 people Bed Rest
Increased Risk of Harm If You Fall <input type="checkbox"/>	
Fall Risks <i>(Check all that apply)</i>	
History of Falls  <input type="checkbox"/>	
Medication Side Effects  <input type="checkbox"/>	
Walking Aid  <input type="checkbox"/>	
IV Pole or Equipment  <input type="checkbox"/>	
Unsteady Walk  <input type="checkbox"/>	
May Forget or Choose Not to Call  <input type="checkbox"/>	

Fall Tips ©Brigham & Women's Hospital 2016; do not alter without written permission.

Anexo II

Certificado de apresentação do Poster

Certificado

Certifica-se que Tiago Carvalho apresentou um poster intitulado: "Intervenções de Enfermagem na Gestão do Ambiente Físico Para a Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa: Revisão Integrativa da Literatura", no Webinar do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica/Adulto e Idoso "**FORMAÇÃO, INVESTIGAÇÃO E EXERCÍCIO CLÍNICO**", realizado online no dia 10 novembro de 2021, com a duração de 4 horas.

A coordenadora do GaFDP

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento



Anexo III

Certificado de participação no XI Congresso Internacional: Gestão de
Feridas Complexas

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(DECRETO REGULAMENTAR Nº 35/2002 DE 23 DE ABRIL)


CERTIFICA-SE QUE **TIAGO GONÇALVES CARVALHO** NATURAL DE **FUNDÃO** NASCIDO(A) A
26-12-1985 NACIONALIDADE **PORTUGUESA** DO SEXO **MASCULINO** PORTADOR(A) DO
CARTÃO DE CIDADÃO **13014631** , FREQUENTOU:

XI CONGRESSO INTERNACIONAL GESTÃO DE FERIDAS COMPLEXAS

QUE DECORREU DE **24 DE SETEMBRO DE 2021** A **25 DE SETEMBRO DE 2021**, LOCAL:
PLATAFORMA DIGITAL, ZOOM, COM A DURAÇÃO DE **14 HORAS**.

Coimbra. 25 de setembro de 2021

O Responsável pela FORMASAU



FORMASAU
FORMAÇÃO E SAÚDE, LDA

Certificado Nº **7023 / 2021**



SAÚDE
• Saúde
• Enfermagem
• Trabalho social e orientação

Anexo IV

Autorização da autora para implementação do programa *Fall* TIPS

RE: Require a official permission to use the Fall T.I.P.S. tool

Dykes, Patricia C. <[REDACTED]>

qui, 22-04-2021 13:23

Para: TIAGO GONÇALVES CARVALHO <[REDACTED]>

Dear Tiago,

You have permission to use the Fall TIPS Toolkit as long as you do not make any changes without written permission. Our toolkit (in several languages) is available on our website: www.FallTIPS.org.

Best

Patricia C. Dykes, PhD, RN, FAAN, FACMI

Program Director Research

Center for Patient Safety, Research, and Practice

Brigham and Women's Hospital

Associate Professor of Medicine

Harvard Medical School



BRIGHAM HEALTH



**BRIGHAM AND
WOMEN'S HOSPITAL**



**HARVARD MEDICAL SCHOOL
TEACHING HOSPITAL**

Chair/President, American Medical Informatics Association Board of Directors

Anexo V

Parecer da comissão de ética da instituição hospitalar

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE
Parecer

Data: 22.12.2021

Processo n.º: [REDACTED]

Título: “Promoção da segurança da pessoa idosa: intervenção especializada de enfermagem na prevenção de quedas”

Relator: [REDACTED]

Investigador Principal: Tiago Gonçalves Carvalho, [REDACTED]

Investigador associado: Sónia Alexandra da Silva Ferrão (Prof. ESEL, orientadora)

Local: [REDACTED]

Projeto no âmbito do Mestrado na Área de Especialização Gestão em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa (ESEL). Estudo clínico, de investigação acção.

Este projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, centrado na promoção de ambiente seguro na pessoa idosa que vivencia processos de transição, parte da problemática do fenómeno das quedas na pessoa idosa.

O objetivo principal é desenvolver competências de mestre e enfermeiro especialista na promoção da segurança da pessoa idosa em internamento hospitalar, na prevenção de quedas.

Como objetivos específicos pretende-se envolver a equipa interdisciplinar na promoção da segurança e prevenção de quedas, implementar boas práticas promotoras de segurança, na prevenção de quedas, implementar estratégias promotoras de um ambiente seguro, e avaliar indicadores de processo das estratégias implementadas na promoção da segurança.

Trata-se de um projeto de Investigação-ação, procurando inicialmente identificar o problema e definir estratégias de intervenção. Numa 2ª etapa é aplicada a intervenção, baseada sobretudo em actividades formativas e eventualmente ações concretas de intervenção no ambiente.

Sendo um projeto de investigação-ação, os materiais de intervenção e de monitorização/avaliação das ações a desenvolver, serão construídos durante o projeto. As grelhas de recolha de dados associados às intervenções previstas serão aplicadas durante as intervenções, de forma observacional, como descrito na tabela de descrição de tarefas e resultados esperados, existente no protocolo.

O projecto direciona-se para o grupo profissional dos enfermeiros. A recolha de dados de doentes refere-se apenas a casuística de incidentes de quedas, sem identificação dos doentes, que funcionará como elemento de monitorização da intervenção. Foi facultada a informação e consentimento informado a aplicar junto dos participantes.

Apresentam parecer hierárquico da Enfermeira Responsável da Unidade funcional, mas não tem parecer dos responsáveis coordenadores.

Não estão previstos encargos financeiros para o [REDACTED]

Conclusão:

Assim sendo, o estudo em análise não levanta questões do ponto de vista ético, pelo que esta Comissão entende emitir parecer favorável à sua realização.

O Vice-Presidente da Comissão de Ética



Anexo VI

Grelha de avaliação das condições físicas e ambientais com potenciais fatores de risco de queda

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES FÍSICAS E AMBIENTAIS
POTENCIAIS FATORES DE RISCO DE QUEDA**

Unidade Clínica				
Data: ___/___/___	Auditor			
	SIM	NÃO	N/A	Observações
EQUIPAMENTO				
1. Cadeiras de rodas e de higiene/cadeirões de repouso/ cadeiras e carros de transporte/ cadeiras de alimentação				
Têm rodas				
As rodas têm travões				
Os travões travam eficazmente				
Os pneus são maciços ou estão cheios				
As rodas permitem a mobilização eficaz da cadeira (não estão vazias nem empenadas)				
Têm cinto (este tem de estar operacional)				
Os braços da cadeira são facilmente retirados para as transferências				
Os apoios para os pés são ajustáveis (altura, posição, etc.) às necessidades do doente.				
Existem cadeiras de rodas que permitem ajustar ao peso do doente (Ex: doente com amputação dos MI)				
2. Suporte de Soros				
O suporte de soro tem dispositivo de fixação (parte superior/inferior) funcionante				
As rodas deslizam facilmente em todas as direções e não encravam				
O suporte tem uma base de cinco rodas permitindo manter a sua estabilidade				
3. Camas/Macas/Berços				
As camas/macás permitem ajustar a altura às necessidades do doente				
As camas/macás têm grades				
As grades da cama/berço/maca sobem e baixam facilmente				
As grades da cama/berço/maca ficam seguras quando elevadas				
As grades ocupam o espaço necessário para impedir a saída/queda do doente				
As camas/berços têm travões				
Os travões travam eficazmente a cama /berços/maca				
4. Calçado				
Chinelos disponibilizados pelo hospital têm solas antiderrapantes				
Calçado do doente é antiderrapante				

	AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES FÍSICAS E AMBIENTAIS POTENCIAIS FATORES DE RISCO DE QUEDA
--	--

5. Campainhas				
Existem à cabeceira de todas as camas				
Estão acessíveis ao doente em todas as camas				
Estão funcionantes				
O som do alarme da campainha é audível na sala de trabalho/copa				
Estão acessíveis em todas as casas de banho				
Fio que aciona o alarme está em boas condições				
6. Andarilhos /Canadianas /Pirâmides				
Borrachas de segurança das pontas estão em boas condições				
São estáveis				
AMBIENTE				
7. Condições de iluminação				
Existem luzes de presença em todos os quartos				
As luzes de presença dos quartos funcionam				
Existem luzes de presença em todas as zonas comuns				
As luzes de presença das zonas comuns funcionam				
8. Corrimão / Barras de apoio				
Nos chuveiros				
Casas de banho				
Corredores				
9. Condições do piso				
Sem irregularidades				
Material antiderrapante nas casas de banho				
Material antiderrapante no resto do serviço				
Desníveis assinalados				

Anexo VII

Certificado de comunicação oral no *IX Congreso Internacional Virtual Iberoamericano Enfermería*



D. José María Vázquez Chozas

Presidente de la Fundación para la Cooperación Investigación y Desarrollo de la Enfermería FUNCIDEN



Certifica que:

CARVALHO, TIAGO

Autor principal

[Redacted]

Primer coautor

FERRÃO, SÓNIA

Segundo coautor

Han participado con la Comunicación:

Intervenções de enfermagem na gestão do ambiente físico para a prevenção de quedas na pessoa idosa em internamento hospitalar

En el **IX Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería**

"Avance de la Enfermería en tiempos de Pandemia"

Celebrado en la Plataforma de Congresos de la Fundación para la Cooperación, Investigación y Desarrollo de la Enfermería **FUNCIDEN**

Desde el día 23/3/2022 al 30/3/2022.

31/3/2022

Publicado en el CD-ROM del Congreso

Sala 2 Área temática 1 Capítulo 60

Editado por **FUNCIDEN**

ISBN CD-ROM: 978-84-16679-17-1

Depósito Legal: M-37431-2021



José María Vázquez Chozas
Presidente FUNCIDEN

Congreso declarado de Interés Científico y Profesional

Anexo VIII

Certificado de publicação de capítulo no livro do *IX Congreso Internacional Virtual Iberoamericano Enfermería*



Fundación para la Cooperación
Investigación y Desarrollo de la Enfermería
FUNCIDEN

D. José María Vázquez Chozas

Presidente de la Fundación para la Cooperación Investigación y Desarrollo de la Enfermería FUNCIDEN



**IX CONGRESO INTERNACIONAL
VIRTUAL IBEROAMERICANO DE
ENFERMERÍA**

"Avance de la Enfermería en Tiempos de Pandemia"

23-30 MARZO 2022
ACCESO 24 HORAS

INSCRIPCIÓN:
CONGRESO.FUNCIDEN.ORG



MÁS INFORMACIÓN:
WWW.CAPITOFUNCIDEN.COM

Certifica que:

CARVALHO, TIAGO

Autor principal



Primer coautor

FERRÃO, SÓNIA

Segundo coautor

Han participado con el Capítulo de Libro:

Intervenções de enfermagem na gestão do ambiente físico para a prevenção de quedas na pessoa idosa em internamento hospitalar

En el **IX Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería**

"Avance de la Enfermería en tiempos de Pandemia"

Celebrado en la Plataforma de Congresos de la Fundación para la Cooperación, Investigación y Desarrollo de la Enfermería **FUNCIDEN**

Desde el día 23/3/2022 al 30/3/2022.

31/3/2022

Publicado en el CD-ROM del Congreso

Sala 2 Área temática 1 Capítulo 60

Editado por **FUNCIDEN**

ISBN CD-ROM: 978-84-16679-17-1

Depósito Legal: M-37431-2021



José María Vázquez Chozas
Presidente FUNCIDEN

Congreso declarado de Interés Científico y Profesional

Anexo IX

Certificado de participação na formação "Queda do Doente
Internado - Partilha de Experiências"



DECLARAÇÃO

Declara-se que **TIAGO GONÇALVES CARVALHO** frequentou a **Acção de Formação** **“Queda do Doente Internado: Partilha de experiências”** realizada no dia **29 de Novembro de 2021**, com a duração total de **2 horas e 30 minutos**.

Lisboa, 02 de Dezembro de 2021

A Área de Gestão da Formação

Catarina Soeiro
Técnica Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração N.º 10735/2021/MC

CARDIOLOGIA/HSM

Anexo X

Certificado de participação no "VI Encontro - Histórias da Segurança do Doente



Certifica-se que

TIAGO GONÇALVES CARVALHO

participou na sessão

“VI Encontro - Histórias da Segurança do Doente”

Realizada no dia 16 de Dezembro de 2021, on-line, com a duração total de 3 horas e 30 minutos.

Susana Ramos

Gabinete de Segurança do Doente - CHULC



Catarina Soeiro

Área de Gestão da Formação - CHULC

Anexo XI

Certificado de participação no "Webinar: Quedas nos Idosos"

WEBINAR

QUEDAS NOS IDOSOS

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que

Tiago Gonçalves Carvalho

assistiu ao Webinar Quedas nos Idosos, organizado pelo Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, que decorreu na manhã de dia 5 de Fevereiro de 2022.

Sofia Duque

SOFIA DUQUE
COORDENADORA GERMI

