

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

A intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na prevenção de quedas
na pessoa idosa residente na comunidade

Bebiano da Graça Will Pires dos Santos

Lisboa
2019



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

A intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na prevenção de quedas
na pessoa idosa residente na comunidade

Bebiano da Graça Will Pires dos Santos

Orientadora: Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“A finalidade da reabilitação – que é ambiciosa – será, neste caso, a análise, a prevenção e a gestão dos obstáculos que dão ou podem dar origem a uma condição de desvantagem.”

Walter Hesbeen

AGRADECIMENTOS

O percurso conducente ao grau de Mestre e Especialista em Enfermagem de Reabilitação sendo longo e exigente, obrigou a um permanente confronto com desafios angustiantes, barreiras e incidentes inesperados, muitos dos quais, só possíveis de ultrapassar graças a um cordão humano de solidariedade presente em momentos críticos, ao qual quero exprimir a minha profunda gratidão.

Muito embora esta manifestação se dirija a todos, cuja participação tenha sido direta ou indireta, importa distinguir personalidades que se destacaram, quer pela sua dedicação abnegada, quer pelo acompanhamento contínuo a esta causa.

Assim, dedico os meus mais sinceros e reconhecidos agradecimentos, especialmente:

À minha tutora, Professora Cristina Baixinho, pela exemplar orientação pautada por humanismo e elevado rigor científico, visão crítica e assertiva, empenho incondicional (saudável e exigente), que, em muito contribuíram para enriquecer e construir o presente relatório.

À minha esposa, pela partilha de momentos conturbados, apoio incondicional e companheirismo ao longo de todo este percurso, agradeço pela compreensão e generosidade.

Aos meus filhos, muitas vezes privados da figura paterna e que sempre souberam tolerar as minhas longas ausências, espero poder compensá-los com horas de dedicação, carinho e afeto.

À equipa de profissionais da USF - Rodrigues Miguéis pela confiança depositada em mim e pela prontidão no reconhecimento de mais-valias que o meu percurso académico traria para a nossa Unidade.

Finalmente, às Enfermeiras da USF - Rodrigues Miguéis pelo reconhecido esforço no sentido de garantirem o regular funcionamento dos serviços durante as minhas ausências.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD – Atividades de Vida Diária

DGS – Direção Geral de Saúde

EER– Especialização em Enfermagem de Reabilitação

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

FES – Falls Efficacy Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

TUGT–Timed Up and Go Test

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

A população idosa a residir no domicílio, pela sua vulnerabilidade, enfrenta riscos que podem provocar quedas. Estas, quando ocorrem, podem ter como consequências: a imobilidade, o isolamento social e o declínio funcional e cognitivo, que levam a perda de qualidade de vida. Estes efeitos nefastos atingem o indivíduo, a família e, em última instância, a sociedade, sobretudo pelos elevados custos que tais eventos acarretam no que diz respeito aos tratamentos e reintegração social. Pela sua magnitude, a queda, quando respeitante à população com idade superior aos 65 anos, representa um problema de saúde pública e um desafio para a Enfermagem de Reabilitação.

A esmagadora maioria de investigação acerca de fatores de risco relacionados com quedas na população idosa versa, sobretudo, fatores de índole bio fisiológico em detrimento dos relacionados com o ambiente. Todavia, com base em evidências patenteadas na revisão de literatura que suporta o presente relatório, há a comprovação de que intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação dirigidas ao meio ambiente podem traduzir-se em ganhos para esta população.

Assim, este relatório pretende, com base na prática clínica, desenvolver intervenções de Enfermagem de Reabilitação em meio natural (casa) do indivíduo idoso capazes de promover segurança, acessibilidade e o autocuidado.

Estas intervenções têm como linhas orientadoras: avaliação do risco ambiental; aconselhamento sobre modificações ambientais; adaptação do espaço e equipamentos; assessoria na aquisição de produtos de apoio que aumentam a segurança do ambiente e estratégias cognitivo-comportamentais que aumentam a segurança do idoso na utilização do espaço físico da casa.

Palavras-chave: Idoso; Queda; Habitação; Enfermagem; Reabilitação; Acessibilidade; Segurança da Casa.

ABSTRACT

The elderly population that resides at home, due to their vulnerability, faces risks that may result in falls. These, when they occur, can have as consequences: immobility, social isolation and functional and cognitive decline, which leads to loss of quality of life. These harmful effects reach the individual, the family and, ultimately, society, especially because of the high costs that such events entail in terms of treatment and social reintegration. Due to its magnitude, the fall, when referring to the population older than 65 years, represents a public health problem and a challenge for rehabilitation nursing. The overwhelming majority of research on risk factors related to falls in the elderly population, above all, are bio-physiological factors to the detriment of those related to the environment. However, based on evidence patented in the literature review that supports this report, there is proof that interventions of the nurse specializing in rehabilitation nursing directed to the environment can be translated into gains for this population. Thus, this report intends, based on clinical practice, to develop interventions of nursing rehabilitation in the natural environment (home) of the elderly person capable of promoting safety, accessibility and self-care. These interventions will have the following guidelines: environmental risk assessment; Advice on environmental modifications; Adaptation of space and equipment; Advising on the acquisition of support products that increase the safety of the environment and cognitive-behavioral strategies that increase the safety of the elderly in the use of the physical space of the house.

Keywords: Elderly; Accidental Falls; Housing; Nursing; Rehabilitation; Accessibility; Home Safety.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA	19
1.1. Enquadramento Conceptual	19
1.1.1. A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	24
1.1.2. Quadro de referência em Enfermagem	28
2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	31
2.1. Descrição e Análise das Atividades Desenvolvidas em Função dos Objetivos	33
2.2. Análise e Reflexão das Competências Desenvolvidas em Ensino Clínico.....	41
2.3. Avaliação Global do Trabalho desenvolvido no âmbito do Ensino Clínico.....	45
2.4. Considerações Finais e Perspetivas Futuras	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	51

APÊNDICES

APÊNDICE I – Revisão Integrativa de Literatura: A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prevenção de quedas na pessoa idosa residente na comunidade.

APÊNDICE II - Certificado de comunicação e artigo apresentado no 8º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa

APÊNDICE III - Projeto de Estágio

APÊNDICE IV - Objetivos e Atividades

APÊNDICE V - Cronograma do Projeto

APÊNDICE VI- Jornal de aprendizagem

APÊNDICE VII - Estudo de Caso – UCC

APÊNDICE VIII - Estudo de Caso - Hospital

APÊNDICE IX - Sessão de formação apresentada na UCC

APÊNDICE X - Sessão de formação apresentada no Hospital

APÊNDICE XI – Guia de Ajudas Técnicas

ANEXOS

Anexo I – Teste -TUGT (Timed Up and Go Test)

Anexo II – Escala FES (Falls Efficacy Scale)

Anexo III - Registo de observação de segurança do ambiente físico e barreiras arquitetónicas no domicílio

Anexo IV – Competências Comuns do EE e Específicas do EEER definidas pela OE

Anexo V – Competências Comuns do EE e Específicas do EEER, face aos Objetivos definidos para o Projeto

INTRODUÇÃO

Ser mestrando na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação (EER), além do orgulho que transporta, significa um passo em frente na formação que deve ser continuada no tempo e também um olhar atento ao desenvolvimento de competências pessoais e profissionais em prol dos cuidados de saúde imersos em contextos de grandes complexidades, para os quais se exige mestria humanizada e assente em evidências científicas.

Baseada numa filosofia diametralmente oposta à formação inicial, a formação de adultos considera o sujeito o centro da sua aprendizagem, impelindo-o para a construção do seu próprio percurso. Assim, ao formando, impõe-se a adaptação e integração num processo cuja finalidade corrobore para o desenvolvimento de habilidades e atitudes, garantidas de uma aprendizagem de excelência (Pereira, 2010).

Estar habilitado para prestar cuidados especializados de reabilitação exige competências que ultrapassem de longe a esfera teórica do conhecimento científico, uma vez que, cada indivíduo deve ser observado no âmbito da sua singularidade, no seu contexto dotado de estritas particularidades e, sobretudo, no seu ambiente. Nestes termos, cuidar do outro é uma relação de troca e de proximidade que só faz sentido na Enfermagem de Reabilitação (ER), quando a esteira do conhecimento científico se conjuga com a prática por evidência alicerçada em forte pendor humanístico. Só assim, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) estará habilitado a focar-se na individualização de cuidados, alterando a sua forma de observar as mais variadas realidades de modo a adotar sábias e adequadas alternativas de agir perante as necessidades humanas (Hesbeen, 2003).

A partir da revisão integrativa de literatura (Apêndice I), foi possível identificar o estado da arte e compreender a dimensão do problema para a prática clínica. Este estudo secundário, divulgado no 8º Congresso Ibero-Americano de Investigação Qualitativa (Apêndice II), levou-nos a ousar questionar a dura realidade com que é confrontada a população idosa no seu ambiente (casa), considerado refúgio de estabilidade e, concomitantemente, fértil em “agentes potencialmente nocivos” para os quais os idosos desconhecem estratégias que os contrariem (Meyer et al., 2018).

O presente relatório inserido no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Reabilitação constitui, assim, o expoente máximo de uma trajetória de aprendizagem especializada. O projeto de formação sob a temática “A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prevenção de quedas na pessoa idosa residente na comunidade” (Apêndice III) possibilitou o desenho do percurso do Ensino Clínico.

O ora mestrando desenvolve a sua prática profissional numa Unidade de Saúde Familiar (USF), sediada numa freguesia pertencente ao concelho de Lisboa, cujo “índice de envelhecimento subiu de 103, em 2001, para 117 em 2011” (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011, p.5). Analisando e refletindo acerca de questões relacionadas com o envelhecimento, os números apresentados são manifestamente expressivos, alertando-nos para um exponencial aumento de uma franja populacional particularmente vulnerável e exposta aos mais diversos riscos.

Das visitas domiciliárias realizadas em contexto de promoção de saúde e/ou tratamento de doença, pôde-se constatar que todo o ambiente habitacional pode representar um perigo (Direção Geral de Saúde [DGS], 2010) acrescido para o idoso e que caberá aos profissionais de saúde especializados (Oxtoby, 2017) encontrar respostas para estas realidades.

Por outro lado, a DGS (2010) elege como áreas de intervenção prioritária, para a promoção da saúde da população idosa, a promoção da cidadania, da saúde e da segurança em ambientes específicos (casa) e também a prevenção de acidentes (quedas).

A prevalência de quedas na população idosa mundial é assustadora, subsistindo uma relação direta entre a queda e o envelhecimento, uma vez que a frequência aumenta com a idade (Terroso, Rosa, Torres Marques, & Simões, 2014).

Apesar de haver uma multiplicidade de fatores que concorrem para a queda da pessoa idosa “entre portas”, percebe-se que “os elementos ambientais são um alvo particular de atenção da enfermagem de reabilitação para o exercício do cuidar, participando ativamente na definição de estratégias que (...) promovam a plena integração da pessoa” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018, p.11).

Cerca de 28-35% de indivíduos com 65 anos ou mais caem a cada ano. Estes números aumentam para 32-42% após os 70 anos (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2007) sendo que, por razões relacionadas com a osteoporose e menor força muscular, é no sexo feminino que se regista o maior número de ocorrências (OMS, 2012).

Por seu turno, as lesões relacionadas com quedas nesta faixa etária tendem a ser mais graves, representando para estas pessoas períodos superiores de internamento hospitalares e eventuais complicações fatais (OMS, 2012). São exemplos as fraturas da extremidade proximal do fémur, que envolvem elevados custos financeiros no que diz respeito aos internamentos hospitalares e também às intervenções relacionadas com o processo de reabilitação. Associadas àquelas, os riscos ambientais justificam entre um quarto a metade do número de quedas (OMS, 2012), factos que exigem uma especial observância do EEER, profissional de saúde dotado de elevado nível de conhecimentos e experiência que lhe

garantem a tomada de decisão relacionada com a promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e por último, reabilitação (OE, 2010a).

Como se pode concluir, uma das grandes causas de deterioração da qualidade de vida do idoso e que interfere, direta ou indiretamente, com a sua capacidade para o autocuidado é a queda. A sua ocorrência representa um problema para a saúde pública (OMS, 2007), expresso numa magnitude que abrange o utente, a família e a sociedade.

Acresce o facto de que os indivíduos idosos, pela sua vulnerabilidade, estão sujeitos ao risco de queda, por fatores biológicos, comportamentais, socioeconómicos e ambientais (Despacho nº 1400-A/2015, 2015), habitualmente geradores de compromisso no autocuidado e que se insere numa das áreas emergentes para a investigação em Enfermagem de Reabilitação (ER) (OE, 2015a).

Assim, torna-se imperiosa a intervenção do EEER, na prevenção de quedas, passando pela avaliação e monitorização do risco como condição de melhoria de qualidade de vida desta população e redução de custos que estas ocorrências representam para o erário público (Despacho nº 1400-A/2015, 2015).

O supracitado justifica a pertinência da dimensão prática do projeto inicial. Estruturado em duas partes que se suplementam, este relatório, começa pela introdução, onde são espelhados os fundamentos e inquietações que motivaram o estudante para a escolha da temática em causa, bem como os objetivos do mesmo.

No enquadramento teórico, serão abordados aspetos relacionados com o risco de queda na população idosa e o modelo conceptual de Enfermagem que sustenta o projeto, enquanto construção rigorosa de ideais com vista a tentativa de resolução/visão de fenómenos (Chin & Kramer, 1995) relacionados com a magnitude da humanidade. Esta abordagem, pelo teor científico que incorpora, tem particular relevância, na medida em que constituiu a base fundamentada para a construção inicial e conseqüente materialização do projeto de estágio.

Segue-se a descrição e análise pormenorizada de atividades desenvolvidas durante os ensinamentos clínicos, inerentes ao EEER e definidas pela OE, visando "...a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar" (OE, 2010a, p.2). Este conjunto de determinantes articula-se com as resoluções acordadas, pelos descritores de Dublin, para o 2º ciclo, no sentido de conferir ao estudante o grau de mestre a partir de "...um estágio de natureza profissional objeto de relatório final, consoante os objetivos específicos visados, nos termos que sejam fixados pelas respetivas normas regulamentares" (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2006, p. 2249).

Para finalizar, as considerações finais servirão de mote para que o estudante apresente as suas inferências alusivas ao processo de desenvolvimento de competências. Importa,

contudo, sublinhar que ao longo do relatório serão feitas referências a documentos essenciais (partes integrantes do processo formativo) e que poderão ser consultados como apêndices ou anexos.

Afigura-se também, como significativo, que a construção deste relatório, sendo complementar a todo o processo formativo, teve como objetivo geral:

- Desenvolver as Competências Comuns e Específicas para o EEER definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

E como objetivos específicos:

- Integrar a equipa multidisciplinar;
- Apreciar a pessoa idosa, residente na comunidade, utilizando instrumentos validados e recomendados para a clínica do EER;
- Planear intervenções de enfermagem de reabilitação para a promoção da segurança, da acessibilidade e prevenção da queda na pessoa idosa residente na comunidade;
- Capacitar a pessoa idosa e sua família para a identificação dos fatores de risco de queda (individuais, comportamentais, ambientais) e medidas preventivas;
- Intervir no espaço físico da habitação para aumentar a segurança e a mobilidade “dentro de portas”;
- Assessorar a pessoa idosa e família na escolha de produtos de apoio para o autocuidado que promovam a independência funcional e a segurança;
- Promover a reflexão e a discussão em equipa multidisciplinar sobre a intervenção primária no e sobre o domicílio como garante para a segurança, promoção da independência e autonomia da pessoa idosa.

Para a elaboração deste relatório, optamos pela Norma da American Psychological Association (APA) (APA, 2001).

1. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

Um projeto académico, essencialmente focado no desenvolvimento de competências, deve ser dotado de evidência científica capaz de gerar informação credível. Esta caminhada pela construção do EEER pretende, munir o futuro prestador de cuidados de Enfermagem diferenciados de ferramentas e atribuições capazes de o ajudar a questionar o seu próprio caminho, a sua missão em prol da humanidade, independentemente de valores éticos ou morais (Hesbeen, 2003), na busca permanente da autonomia e da qualidade de vida para os mais vulneráveis.

Assim, foi realizada uma revisão de literatura que suporta o enquadramento concetual do projeto e deste relatório.

1.1. Enquadramento Conceptual

O envelhecimento da população mundial é um facto ao qual nenhuma sociedade (sistema de saúde) deve estar indiferente, pois arrasta consigo questões ligadas à vulnerabilidade e morbilidade associadas à degradação molecular e celular (OMS, 2015), habitualmente causadoras de dependência de autocuidados que justificam a perda de qualidade de vida.

De acordo com o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, 2012), o envelhecimento da população mundial faz-se a um ritmo acelerado, constituindo desta forma uma tendência do século XXI em concordância com as projeções da OMS em 2002, que previa entre os anos 1970 e 2025 um aumento de 223% para a população idosa (EUNESE, 2005).

Segundo o índice global de envelhecimento, em 2013, Portugal apresentava uma taxa de envelhecimento de 26.6%, sendo que se perspetiva para o ano de 2025 a chegada aos 40.74%, o que implicará que o país, no universo de 195 nações, ocupará a segunda posição (Nogueira et al., 2014). Por outro lado, a sociedade portuguesa assiste nos últimos anos a um substancial aumento da esperança média de vida: 77,61 anos para homens e 83,33 anos para mulheres (INE, 2017), uma realidade para a qual os cuidados de saúde não são alheios.

A este ritmo de crescimento o risco de quedas nesta população afigura-se como potencial, obrigando a medidas imediatas. A opção pela observância de promover ambientes habitacionais desprovidos de riscos de queda, embora possam ser reportados como gastos para o sistema de saúde, traduzem-se, em última instância, em investimento, na medida em que espelham no seu retorno uma melhor qualidade de vida da população idosa (OMS, 2015).

As quedas destacam-se entre as causas finais e externas de lesões não intencionais, sendo-lhes atribuídas respetivamente os códigos (E880-E888) e (W00-W19) da Classificação Internacional de Doenças (ICD-9) e (ICD-10) (OMS, 2007). Estas classificações incorporam uma vasta gama de eventos, salientando-se aqueles que ocorrem de forma inadvertida e que consistem no ato de cair no chão ou num espaço de nível inferior àquele em que nos encontramos ou deslocamos (OMS, 2007).

Habitualmente as quedas surgem associadas a alterações decorrentes do equilíbrio e da marcha, à polimedicação e a um conjunto multifactorial de riscos que, atuando de forma conjugada ou isolada, condicionam o aparecimento deste evento e de lesões secundárias ao mesmo. Com impacto à escala mundial, o flagelo da queda na população idosa é, cada vez mais, motivo de atenção prioritária para as instituições de saúde, chamando a si a definição de políticas para a prevenção e a intervenção.

Um estudo realizado por Turner, Kisser e Rogmans (2015) estima que 3535,848 adultos com idade superior a 65 anos morram na sequência de quedas, sendo que 88% terão idade superior a 75 anos. No que diz respeito a custos associados aos tratamentos de lesões, o mesmo estudo aponta para valores que rondam os 25 milhões de euros por ano (Turner, Kisser & Rogmans, 2015).

Grossman et al., (2018) asseguram que nos Estados Unidos a queda surge como a principal causa de morbidade e mortalidade relacionada com lesões acidentais. Os mesmos autores referem que, em 2014, 28,7% de adultos com 65 e mais anos, residentes na comunidade, registaram ocorrências de queda, o que se traduziu em 29 milhões de quedas (37,5% das quais necessitaram de tratamento médico ou restrição de atividades por um ou mais dias) e uma estimativa de 33 000 mortes para o ano de 2015 (Grossman et al., 2018). Anteriormente, Stubbs, Brefka, e Denkinger (2015) já haviam reportado que no ano de 2010 este acidente teria custado cerca de 30 biliões de dólar em termos de custo direto de prestação de cuidados de saúde.

Em Portugal, o custo médio por episódio de queda com danos envolvendo um idoso com idade igual ou superior aos 65 anos, no ano 2006, rondava, em média, os 2900 euros (DGS, 2015).

De acordo com Stubbs et al.,(2015), as quedas chegam a afetar 30% de indivíduos com idade superior a 65 anos residentes na comunidade, o risco aumenta com a idade (Grossman et al., 2018) e são causa direta de dependência no autocuidado, interferindo na capacidade para realizar as Atividades de Vida Diária (AVD) (Baixinho & Dixe, 2015).

Refletindo sobre as projeções em relação ao envelhecimento, pode-se inferir que o exponente crescimento da população com mais de 65 anos, vai influenciar o aumento dos

acidentes com a população idosa. Algumas projeções estimam que em 2050 as quedas possam atingir 60% desta população, o que se poderá traduzir em 60.000 óbitos (Turner, Kisser & Rogmans, 2015).

Reportando à realidade portuguesa, de acordo com DGS (2010; 2012), a habitação é o local onde mais ocorrem quedas nos idosos com idade superior a 75 anos, chegando a atingir uma prevalência de 52%, sobretudo entre as mulheres, numa proporção de três para um (Baixinho & Dixe, 2015).

O primeiro passo para a sua prevenção é a determinação dos idosos que têm risco de queda. A OMS classifica esses riscos em quatro grupos: biológicos, comportamentais, socioeconómicos e ambientais, sendo os últimos diretamente relacionados com os perigos existentes no contexto da habitação, pela escassez de estruturas e barreiras à mobilidade (OMS, 2007; DGS, 2015) e ainda responsáveis por mais de 30% das quedas (Torgerson et al., 2019).

Habitualmente as quedas são o resultado de uma multiplicidade de fatores, integrando os que se relacionam com o próprio indivíduo (intrínsecos) e os que dizem respeito ao meio ambiente e hábitos de vida que se podem constituir como risco (extrínsecos) (Lains et al., 2014).

De facto, a DGS (2010) já referia que os acidentes em casa (incluindo as quedas) estavam associados a objetos e a outras situações desencadeantes, lesando pessoas idosas para quem todo o ambiente habitacional poderia representar perigo. De entre outros exemplos e com equivalente relevância para acidentes são de referir: a presença de tapetes soltos e sem superfícies antiderrapantes; gaveta(s) ou porta(s) de um armário abertas; um fio do telefone solto; escadas desprovidas do corrimão; pisos escorregadios ou irregulares; iluminação insuficiente em zonas de passagem ou para o exterior; fichas, tomadas e interruptores elétricos em mau estado de funcionamento (Torgerson et al., 2019).

Terroso e colaboradores (2014) referem, na sua revisão de literatura, a existência de uma multiplicidade de patologias inerentes ao envelhecimento que podem levar à queda na população idosa, distribuídas em quatro categorias: neurológicas, músculo-esqueléticas, cardiovasculares e outras. Os mesmos autores citam as patologias neurológicas e músculo-esqueléticas como sendo as mais referenciadas pela literatura analisada. São exemplos de patologias neurológicas o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (13,7%), a demência (10,3%), os distúrbios vestibulares/equilíbrio (10,3%) e o Parkinson (9,1%). No que concerne a patologias do foro músculo-esquelético são referidas a osteoporose (16%), a perda de densidade muscular (9,1%) e artrite 6,8%, respetivamente.

Por seu lado, Deandrea et al. (2013) asseguram que alguns fatores são preditores de queda na população idosa residente na comunidade, nomeadamente história de quedas, alterações de marcha, uso de auxiliares de marcha, vertigem, Parkinson e antiepiléticos.

O medo de cair (ptofobia) que surge na sequência da queda, mas que também pode estar presente sem esta ter acontecido, é nomeado com um fator de risco de difícil mensuração e com traduções muito acentuadas na funcionalidade da pessoa idosa (Baixinho, & Dixe, 2015; Oliveira, Baixinho, & Henriques, 2018). Na mesma linha de pensamento, Lains et al (2014), referem que “a existência de história prévia de quedas constitui-se também como um importante risco nesta população e está associada a um risco de recorrência de cerca de 50%.” (p.354). Para os mesmos autores, qualquer programa que envolva prevenção de quedas deve priorizar a identificação destes fatores como forma de salvaguardar a sua eficiência (Lains et al., 2014).

No entanto, os fatores que mais vezes são referidos como preditores de queda são os bio fisiológicos, com destaque para o declínio funcional, as alterações de marcha e de equilíbrio (Baixinho & Dixe, 2015; Baixinho, Dixe & Henriques, 2018). Assim, consubstanciam-se em fatores condicionantes para a deterioração da qualidade de vida, surgindo, muitas vezes, associados a quedas na população idosa e motivando a perda de capacidade para o autocuidado (Baixinho, 2011).

Em relação aos riscos ambientais, Chacko, Thangaraj e Gm (2017) concluíram no seu estudo que quase todas as casas apresentam fatores de risco concorrentes para quedas. Nessa ordem de ideias, foram identificados potenciais riscos de queda, traduzidos em percentagens que a seguir se espelham: má iluminação da sala de estar (95%) e quarto (94%); ausência de interruptor de luz perto da cama (63%); localização de casas de banho no exterior da casa (73%); presença de superfícies irregulares/escorregadias (41,6%); presença de casa de banho pessoal no interior das casas (62%), sendo que 66% se encontravam no exterior; inexistência de corrimão (98%) e casa de banho (62%) e presença à entrada da casa (área que circunda a casa) de pedras, folhas e outros obstáculos (44,7%).

As manifestações mais visíveis da queda são as lesões. Os estudos apontam incidências diferentes, sendo as fraturas consequência de 35,2% dos eventos, precedidas de feridas superficiais 30,4%, feridas abertas 23,2% e, por último, traumatismos crânio encefálicos, entorses, luxações e distensões com 5,6% de prevalência (Deandrea et al., 2013). Os resultados da investigação de Lains et al. (2014) demonstram que 40% a 60% das quedas têm como resultado lesões, donde 7% a 10% requerem tratamento médico. Para os mesmos autores, a fratura da extremidade proximal do fémur emerge como uma das principais

consequências da queda, com necessidade de cirurgia, longos períodos de imobilidade e maior permanência em internamento hospitalar.

De salientar que, a idade avançada e a fragilidade da pessoa idosa são condicionantes para o internamento hospitalar na sequência de lesões atribuíveis às quedas (OMS, 2007). Estima-se que o período de internamento ronde os 14/15 dias e que cerca 20% de indivíduos idosos com o diagnóstico de fratura da extremidade proximal do fémur ocorrida na sequência de uma queda venham a morrer após um ano (Despacho nº 1400-A/2015, 2015).

Sabe-se também, que um em cada vinte indivíduos idosos acometidos por fratura da extremidade superior do fémur acaba por morrer no hospital e de entre os que regressam ao domicílio estima-se uma perda de funcionalidade que ronda os 17 a 33% (OCDE/EU, 2013; Baixinho, 2011).

Reportando ao estudo realizado por Grossman et al., (2018), mais de 90% de fraturas da extremidade proximal do fémur estão relacionadas com a queda, sendo que em 25% das mesmas os idosos acabam por falecer ao fim de 6 meses.

Convém referir que, de acordo com a OE (2015a), os fatores geradores de dependência no autocuidado em contexto domiciliário, como as quedas, pela relevância que acarretam para os cuidados de Enfermagem, integram-se no âmbito das áreas consideradas emergentes para a investigação em ER, exigindo do EEER iniciativas inovadoras e proativas, tanto na prevenção, como na implementação de cuidados após a sua ocorrência para controlar o medo, a queda e o síndrome de imobilidade (por medo ou dor associada à lesão). De salientar que nos episódios em que resulta fratura da extremidade proximal do fémur, dificilmente a pessoa consegue recuperar a marcha e a independência nas AVD para os níveis pré-fratura (Baixinho, 2011). Como tal, a intervenção do EEER tem de prever a promoção do autocuidado, a reabilitação motora, o controlo do medo de queda e a promoção da socialização (Grossman et al., 2018), evitando o isolamento social, também ele preditor de queda.

Percebe-se, desta maneira, que as quedas, pela sua magnitude, acarretam um importante impacto financeiro para o utente, família e sociedade na sua globalidade (Despacho nº 1400-A/2015, 2015) e, tratando-se de um diagnóstico de enfermagem (NANDA, 2002) com implicações para a qualidade de cuidados de saúde prestados (Soares Branco, 2013), determina a que o EEER as observe como um problema para a população idosa que reside em casa e, sobretudo, um grande desafio para a especialidade.

Salvo raras exceções, a partir dos 65 anos, por via do declínio fisiológico decorrente do envelhecimento do organismo, a relação entre o indivíduo e o meio ambiente patenteia sinais de desajustamento. A mesma habitação, local que num passado recente serviu de meio

ambiente protetor, onde tapetes, ausência de iluminação adequada, pavimentos irregulares, ausência de barras na casa de banho entre outros, (DGS, 2015) que outrora não constituíam perigo, nesta fase, passam a representar autênticas barreiras arquitetónicas, capazes de originar quedas com consequências para o autocuidado em contexto domiciliário (DGS, 2015).

Sabe-se, porém, que esta etapa do ciclo vital coincide com o período de reforma laboral, o que funciona como adjuvante para a permanência da pessoa idosa por mais tempo no interior da sua habitação, aumentando simultaneamente o período de exposição a potenciais riscos.

Contrariamente a elevados custos associados a recursos humanos e materiais que envolvem medidas que visam a modificação de alguns fatores intrínsecos (farmacológicas e outras), a atuação conducente à modificação de riscos ambientais pode ser uma medida custo-efetiva mais vantajosa, sobretudo quando complementada pela capacitação da pessoa e dos cuidadores, traduzindo-se em ganhos consideráveis em saúde (Cabrita & José, 2013; Wilson, et al., 2017).

1.1.1. A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Observando as quedas enquanto acidente doméstico, com especial incidência na população idosa, é importante distinguir os principais fatores nelas envolvidos bem como os mecanismos associados, como medida cimeira para a sua redução (Contreras, Rodrigues, & Nunes 2011; Pape, Schemmann, Foerster, & Knobe, 2015).

Grande parte de estudos e artigos de investigação científica focados na problemática da queda reporta-se, sobretudo, ao domínio multifatorial de fatores para a justificação das mesmas, deixando para o segundo plano a investigação dirigida única e exclusivamente aos fatores extrínsecos que, em muitos casos, emergem como preditores da degradação da qualidade de vida de uma população carente em recursos fisiológicos. Por tudo isso, afigura-se como de especial relevância para a prática de ER, nesta área específica do saber, a busca de evidências científicas norteadas por revisões sistemáticas de literatura, fundamentais para guiar a prática clínica (Sampaio & Mancini, 2007).

As respostas às necessidades da população idosa vulnerável e exposta ao risco de queda no seu ambiente natural (casa) devem constituir um grande desafio para o EEER enquanto profissional de saúde, detentor de conhecimentos específicos e capaz de maximizar

a funcionalidade de indivíduos (OE, 2011), com vista a manutenção da sua autonomia para a realização das AVD.

Fazendo jus às suas atribuições, urge, cada vez mais, a necessidade de Intervenções do EEER de modo a promover o diagnóstico precoce e acções preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (...) (OE, 2010a, p.1).

De acordo com Oxtoby (2017), as habitações, sendo locais de residência de idosos, alojam potenciais perigos para os mesmos, exigindo dos especialistas (EEER) a devida avaliação. A mera verificação de segurança de casas pode ajudar a identificar e prevenir os riscos de queda, nomeadamente se o indivíduo idoso usa calçados/chinelos desgastados, se há fios soltos, presença de tapetes soltos, e se a iluminação é inadequada - especialmente em corredores e escadas. Por outro lado, a capacitação de profissionais de saúde sobre o risco de quedas da pessoa idosa é uma parte vital do processo de prevenção (Rimland et al., 2016; Rimland et al., 2017; Oxtoby, 2017).

Para Gomes e Camacho (2017), compete ao EEER desenvolver uma busca ativa, avaliando riscos ambientais e fatores predisponentes para quedas e ainda adotar simultaneamente uma prática preventiva e promotora da independência e da autonomia da pessoa idosa.

A prática do EEER deve contribuir para melhores condições cognitivas e funcionais no processo de envelhecimento, considerando o idoso na sua totalidade, (hábitos, ambiente domiciliário, ambiente da comunidade, família ou cuidadores) (Gomes & Camacho, 2017). Por outro lado, de acordo com Chua (2013), o EEER promove a capacitação do indivíduo idoso no sentido deste próprio assumir a responsabilidade pela prevenção de quedas.

Nos últimos anos têm surgido investigadores preocupados com os efeitos nefastos da queda para a população idosa decorrentes dos fatores ambientais. Nos seus relatos, trazem-nos uma visão de construção de conhecimento acerca de causas, não tão diluídas em fatores multidimensionais, mas dirigidas à avaliação do risco ambiental como promotor de queda. Avin et al. (2015), observaram no seu estudo de revisão bibliográfica que há a possibilidade de prevenção de quedas através da triagem de fatores de risco e pela prescrição de intervenções adaptadas advindas da avaliação ambiental. Assim, recomendam uma especial atenção para tapetes soltos e a avaliação de pés e calçado, bem como a avaliação e

modificação do ambiente da casa para pessoas idosas que caíram e as que estão em risco de queda (Avin et al., 2015).

Outra intervenção importante é a assessoria ao idoso e sua família. Kamei et al. (2015), a partir de um estudo cujo grupo de intervenção recebeu informação e assessoria sobre segurança ambiental na residência, concluíram que, relativamente ao mesmo grupo, em 12 semanas registou-se uma diminuição da prevalência de quedas nos idosos com 75 anos em 18,5%.

A modificação ambiental com vista a redução do risco de queda melhora a qualidade de vida da pessoa idosa e contribui para a manutenção da mesma na sua residência por mais tempo (Maggi et al., 2018). Por outro lado, Pega, Kvizhinadze, Blakely, Atkinson e Wilson (2016) afixam que os resultados da intervenção (avaliação da segurança e modificações ambientais em casa do idoso) geram vantagens económicas. Ressaltam ainda que as intervenções quando dirigidas a indivíduos com antecedentes de quedas tornam-se manifestamente promissoras (Pega et al., 2016).

De igual modo, Oliveira, Baixinho e Henriques (2018) enfatizam no seu estudo a importância da assessoria na modificação ambiental e o reforço comportamental como forma de mitigar a prevalência de quedas. Ressalvam ainda a visita domiciliária realizada pelo EEER como uma estratégia importantíssima para a avaliação do risco de queda relacionado com fatores ambientais, possibilitando não só a intervenção imediata, mas também o planeamento de intervenções futuras.

Podemos aferir que são, sobretudo, os indivíduos com antecedentes de quedas, os mais propensos a desenvolver o medo de cair (Lains et al., 2014). Posto isto, urge por parte do EEER uma intervenção atempada, com vista a assessoria para a aquisição de meios auxiliares de mobilidade (em situações comprovadamente necessárias) bem como a capacitação de idosos e seus familiares para o uso adequado dos mesmos.

Ainda nesse âmbito, Schub e Engelk, (2017) concluíram nos seus achados relativos a um estudo acerca do ensino do uso de auxiliares de marcha à população idosa que as cadeiras de rodas estiveram envolvidas em dois terços dos acidentes (quedas), seguido de canadianas (25%) e andarilhos (8%), sendo que 60% dos mesmos ocorreram no ambiente doméstico: escadas, rampas e superfícies molhadas. Para os mesmos autores, o ambiente doméstico deve ser adequado para que o auxiliar de mobilidade seja usado com segurança, ficando desprovido de cabos elétricos, tapetes soltos, ou superfícies escorregadias (Schub & Engelk, 2017).

No que diz respeito às ajudas técnicas relacionadas com a acessibilidade e segurança do idoso, dada a multiplicidade de ofertas existentes no mercado, compete ao EEER, no âmbito das suas atribuições (OE, 2010a), garantir a assessoria técnica junto do idoso,

familiares ou cuidadores, nomeadamente na aquisição de rampas de acesso, dispositivos auxiliares de marcha ou outros, garantes de redução de risco de queda, com benefícios que se estendem à saúde, à redução de custos financeiros, à família e sociedade (Maggi et al., 2018).

Esta intervenção ganha maior visibilidade e importância quando um dos indicadores de qualidade de exercício profissional do EEER a monitorizar, integrado nos descritivos de Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (PQ CER), se relaciona com o número de pareceres técnicos emitidos pelo EEER, visando a eliminação de barreiras arquitetónicas no contexto da vida dos cidadãos (OE, 2015b).

Nestes termos, podemos inferir que dotar o indivíduo idoso de meios adequados, estruturas e capacidades para melhor responder às necessidades de mobilidade e acessibilidade dentro de portas, é, sem dúvida, uma aposta do EEER. Este, inserido numa equipa multidisciplinar, deverá iniciar um programa de prevenção de quedas, que vise a apreciação do ambiente domiciliário do idoso e intervir no sentido de modificar os fatores de risco associados à queda, presentes no domicílio (Garcia et al., 2013; Cabrita & José, 2013; Avin et al., 2015; Rimland et al., 2016; Rimland et al., 2017; Gomes & Camacho, 2017; Oxtoby, 2017; Chacko, Thangaraj, & Gm, 2017; Oliveira, Baixinho & Henriques, 2018).

Por outro lado, acreditamos que, outrora, muitos idosos com 65 e mais anos, atualmente reféns do seu próprio refúgio (casa), não imaginariam que fatores ambientais como a ausência de um corrimão pudessem vir a concorrer para o condicionamento dos seus autocuidados. Na verdade, barreiras arquitetónicas, por si só, não geram desconforto. No entanto, afiguram-se como fonte de desvantagens a partir do momento em que, sendo exteriores ao indivíduo, podem provocar danos com influência negativa para o seu desempenho enquanto membro de uma comunidade (Hesbeen, 2003), cabendo ao EEER a avaliação, intervenção e prescrição de terapêutica adequada, num âmbito muito além dos aspetos médicos, habitualmente privilegiados (Hesbeen, 2003).

Assim, o programa terá por objetivo identificar idosos em alto risco de queda, com vista a que sejam determinadas recomendações adequadas aos mesmos, pautadas por uma abordagem holística, integrada na unicidade do idoso e em linha de conta com o seu bem-estar (Hesbeen, 2003).

Tendo como enfoque os idosos a residir em casa, o EEER deve considerar um número de pequenos fatores para identificar os que apresentam risco aumentado para quedas, nomeadamente a idade, a história de quedas, declínio da mobilidade, dificuldade na marcha e desequilíbrio (Grossman et al., 2018).

A literatura sugere vários instrumentos para avaliação do risco de queda, na comunidade: Escala de Morse; STRATIFY Tool; Escala de Hendrich; Escala de Downton;

Timed Up and go test; Teste de equilíbrio de Berg; Test de Tinetti; índice de Barthel, entre outros (Sousa et al., 2016).

Assim, o recurso ao Teste – Timed Up and Go Test (TUGT) (Anexo I) durante a prática clínica pode afigura-se como instrumento válido, fiável e capaz de determinar quem está, ou não, em risco de cair (Amann, 2012; Bridenbaugh et al., 2013; Sousa et al., 2016). Durante a sua realização é medido o tempo gasto pelo idoso, em segundos, desde o momento em que se levanta de uma cadeira com braços, caminha três metros, dá uma volta de 180 graus e regressa ao ponto de partida, sentando-se na cadeira (Sousa et al., 2016). Um resultado do teste TUGT com valores superiores a 14 segundos deverá ser interpretado como preditor de queda (Hunter, Voaklander, Hsu, & Moore, 2013). No entanto, estudos mais recentes asseguram que os idosos que realizem o TUGT num espaço temporal igual ou superior aos 12.6 segundos, devem ser considerados com alto risco de queda (Oliveira, Baixinho, & Henriques, 2018).

Recursos igualmente válidos e úteis para a avaliação do risco de queda em casa nos idosos são a escala Falls Efficacy Scale (FES) (Anexo II), vocacionada para a avaliação do medo de cair e o Registo de observação de segurança do ambiente físico e barreiras arquitetónicas no domicílio (Anexo III), para a determinação dos riscos na habitação (iluminação, ausência de corrimão, barreiras arquitetónicas dificultadoras de marcha, pavimentos escorregadio, etc.) (Oliveira, Baixinho, & Henriques, 2018).

1.1.2. Quadro de referência em Enfermagem

O referencial teórico na disciplina de Enfermagem suporta o desenvolvimento do conhecimento, e constitui-se como estruturante para o pensamento e articulação teoria-prática.

Assim, o projeto intitulado “A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prevenção de quedas na pessoa idosa na comunidade”, do qual resulta o atual relatório, suporta-se no modelo de autocuidados de Dorothea Orem e na Teoria das Transições de Afaf Meleis.

A teoria das transições enquanto quadro concetual integra diversos conceitos com vista à compreensão de fenómenos relacionados com a humanidade: tipos e padrões de transições; propriedades de transição e experiências; condições de transição (facilitadores e inibidores); indicadores de processo; resultados indicadores e terapêutica de enfermagem (Meleis, 2007).

Com efeito, e centrando no âmbito dos tipos de transições, os idosos residentes na comunidade vivenciam transições que envolvem o desenvolvimento (inerentes ao processo de

envelhecimento); saúde e doença (relacionadas com quadros de doenças crônicas ou processos de recuperação após alta hospitalar) e/ou situacionais (associados ao desempenho de papéis sociais) (Meleis & Trangenstein, 1994). Estas transições, associadas a uma queda, podem ter consequências no autocuidado, promovendo a dependência, aumentando o risco de imobilidade, de isolamento social e de institucionalização (Oliveira, Baixinho & Henriques, 2018).

As transições referidas, por vezes, são simultâneas, levando a que alguns idosos experimentem, no mesmo período de tempo, dois, ou mais, tipos de transição (Meleis, 2007), exigindo-se do EEER sabedoria, capacidade interpretativa e experiência para responder à vulnerabilidade da pessoa/família (Guimarães & Silva, 2016).

Reportando a Meleis et al. (2000), todas as mudanças que ocorram na saúde dos indivíduos são causadoras de processos de transição, podendo gerar um quadro de maior vulnerabilidade e riscos capazes de pôr em perigo o estado de saúde e a qualidade de vida. Posto isto, impõe-se como necessário a compreensão da teoria de transição pelo EEER, com vista à promoção e desenvolvimento em ambiente domiciliário (casa do idoso), de terapêuticas de enfermagem, no âmbito do domínio da especialidade, de forma a responder às experiências e expectativas individuais do utente/família e gerar transições saudáveis. Percebe-se, desta maneira, cada vez mais presente, que a intervenção do EEER na capacitação da pessoa idosa no seu ambiente natural (com enfoque na mitigação de riscos e segurança) e na educação para a saúde, pode ser um fator condicionante positivo para ajudar a gerir o risco de queda e também desenvolver a mestria do utente/família geradora de auto-suficiência em contexto de cuidados (Meleis, 2010).

Assim, diferentes transições podem influenciar o autocuidado, implicando que o EEER necessite de ensinar, treinar e monitorizar intervenções promotoras de autocuidado, prescritas e complexas. A sua efetivação exige conhecimento e competências especializados do EEER, no sentido de disponibilizar cuidados de qualidade ao indivíduo que necessita de ajuda para se recuperar da doença ou lesão ou para enfrentar os seus efeitos (Orem, 1993).

Para os profissionais de enfermagem o autocuidado deve ser visto como um recurso ou processo para a funcionalidade e promoção de transições com mestria. Enquanto recurso, o autocuidado constitui-se como uma ação para manutenção, promoção e/ou melhoria das capacidades funcionais da população idosa, bem como para a prevenção de doenças e disfunções orgânicas. Neste sentido, esta capacidade está associada ao potencial do cliente para a satisfação das suas necessidades de auto-realização, na medida em que contribui para o bem-estar e independência (Hoy, Wagner & Hall, 2007).

Se por um lado a promoção do autocuidado está inserida no âmbito da intervenção do EEER como componente essencial para a promoção da saúde, será igualmente consensual que a dependência no autocuidado em contexto domiciliário, represente uma área de emergência para a investigação em Enfermagem e a promoção do envelhecimento ativo, uma área prioritária (2015-2025) (OE, 2015a). Como refere Hoeman (2011), para que a reabilitação cumpra o seu objetivo, isto é, ser eficiente, poderá ser condição indispensável, a mobilização de competências para o ambiente natural do indivíduo (domicílio) da qual resulte autonomia e independência do próprio.

Nesse sentido, podemos afirmar que a intervenção do EEER leva a que os indivíduos (utentes) se apropriem de conhecimentos e capacidades, o que lhes confere a aquisição de competências para a promoção e proteção da saúde (OE, 2011).

2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

O projeto subordinado ao tema “A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prevenção de quedas na pessoa idosa residente na comunidade” pretende espelhar o quão importante é a intervenção do EEER, numa sociedade onde se regista um aumento exponencial de indivíduos com idade igual ou superior aos 65 anos, que aliado à grande vulnerabilidade podem experienciar um conjunto de transições que colocam em risco a sua capacidade para autocuidado e por inerência, a independência e a qualidade de vida.

Com base no mesmo, foram definidos um objetivo geral e sete específicos, tendo como linha orientadora as competências comuns para o Enfermeiro especialista e as específicas para o EEER vaticinadas pela OE (OE, 2010b; OE2010a). Note-se, porém, que tais objetivos e respetivas atividades associadas (Apêndice IV) encontraram o seu desenvolvimento e cabal cumprimento, em ambos os locais de ensino clínico previamente estabelecidos para o efeito.

Considerada, por definição, um momento de formação prática cuja finalidade se prende com o desenvolvimento de “competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação a pessoas com problemas de incapacidade, limitação da atividade ou restrição de participação (...) e reintegração social” (ESEL, 2018, p.2), esta etapa decorreu em contexto de supervisão clínica, gerador de reflexões e devidamente acompanhado por EEER seniores (Bond & Holland, 2011) em ambiente de empatia, interajuda e afetividade (Costa & Morais, 2013).

Muitos foram os contributos para a concretização de tais objetivos, nomeadamente, as aprendizagens teóricas ministradas em período letivo; as vastas e aprofundadas pesquisas bibliográficas em busca da evidência científica, que constituíram o alicerce para reflexões e pensamento crítico; o recurso a processos normativos e regulamentos vigentes nos serviços; as reuniões de equipa multidisciplinar; as reuniões e trocas de experiências com os enfermeiros orientadores e, as reuniões de acompanhamento e orientação tutoriais ocorridas ao longo de todo o percurso.

Aos estudantes estagiários é suposto, durante o processo formativo, mobilizarem conhecimentos teóricos para a aprendizagem prática, com vista ao desenvolvimento de competências, isto é, “a noção de processo, da possibilidade de desenvolver habilidades e atitudes, as quais lhes permitirão condições de uma aprendizagem mais efetiva, mais construtiva” (Pereira, 2010, p. 113).

Por outro lado, em prol do desenvolvimento dos cuidados especializados em ER, caberá a cada EEER aprofundar conhecimentos em áreas que lhe faça sentido estudar ou estejam relacionadas com o âmbito da sua prática laboral, tendo como horizonte a inovação e a evolução da disciplina (OE, 2015a). Nestes termos, no que diz respeito ao ensino clínico em meio hospitalar, optamos por uma Unidade de referência em Cuidados Respiratórios, sendo certo que as competências aí desenvolvidas constituiriam mais-valias qualitativas de aplicabilidade prática na USF, local onde atualmente o estudante exerce funções.

Divididos em dois momentos de aprendizagem conforme o cronograma (Apêndice V), o primeiro ensino clínico decorreu no Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória de um Hospital, no período compreendido entre 24 de setembro e 23 de novembro de 2018 e o segundo teve lugar numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), pertencente a um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) entre 26 de novembro de 2018 e 8 de fevereiro de 2019.

A Unidade de Reabilitação Respiratória integrada no Serviço de Pneumologia do mesmo hospital e está em funcionamento desde setembro de 2011, das 8h às 18h de 2^a à 6^a feira, para dar apoio aos utentes em regime de ambulatório.

No internamento, este acompanhamento é feito de 2^a a 6^a feira, no mesmo horário. Ao sábado, é realizado entre as 8h e 30m e as 16h.

A sua estrutura física é composta por uma área com quatro unidades individuais para a prestação de cuidados de cinesiterapia e drenagem postural e um ginásio equipado com passadeira, cicloergómetro, um sistema de roldanas, espaldar, entre outros equipamentos que possibilitam aos doentes a realização de programas específicos de ginásio. Como estruturas adjacentes destacam-se, entre outras, um gabinete ocupado pela enfermeira chefe, uma sala de trabalho, uma arrecadação, copa e um hall à entrada que funciona como sala de espera para os doentes. Existem ainda dois gabinetes médicos sendo um destinado à consulta de utentes com patologia de foro respiratório e outro situado no exterior da unidade exclusivamente dedicado a consultas de Fibrose Quística.

A proveniência de doentes atendidos é diversa. De acordo com o local de referência, podem ser encaminhados de Centros de Saúde, Consulta de Pneumologia, Consultas Externas de outras especialidades médicas e ainda por serviços de internamentos.

A equipa multidisciplinar é composta por uma médica pneumologista, oito EEER, sendo que um deles tem funções de chefia, uma secretária clínica e três assistentes operacionais.

Relativamente à UCC, esta foi criada pelo ACeS e fica situada em Lisboa. Fazem parte da sua área geográfica de influência duas freguesias com 7,94 quilómetros quadrados e

4,02 quilómetros quadrados respetivamente. De acordo com os resultados de Censos (INE, 2011), esta Unidade de saúde abrange uma população de 60137 habitantes.

Esta UCC tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da sua população-alvo. Nesse sentido, comporta, entre outras atribuições, a prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social no domicílio e na comunidade dirigidos a utentes, famílias, grupos de risco e ainda a utentes com necessidade de acompanhamento de proximidade por dependência (física/funcional/doença), apostando na educação para a saúde e na integração em redes comunitárias de apoio à família (Ministério da Saúde, 2009).

A sua equipa nuclear integra profissionais em permanência na UCC e é constituída por uma Enfermeira Chefe e Coordenadora (Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica); uma secretária clínica; uma Enfermeira (EER); uma Enfermeira Especialista em Médico-Cirúrgica; uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; uma Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e quatro Enfermeiras de Cuidados Gerais. Estes profissionais praticam um horário semanal superior a 19 horas.

Importa referir que esta UCC incorpora uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), cuja responsável é a EEER. Os restantes profissionais fazem parte da equipa multidisciplinar que colabora com a UCC a tempo parcial e são provenientes de outras Unidades Funcionais do ACeS, nomeadamente um médico, uma técnica de serviço social e um psicólogo.

2.1. Descrição e Análise das Atividades Desenvolvidas em Função dos Objetivos

Este capítulo terá como foco principal a análise detalhada das atividades desenvolvidas ao longo dos dois contextos clínicos, tendo como horizonte o alcance dos objetivos definidos para o projeto.

Assim, reportando ao primeiro objetivo (Integrar a equipa multidisciplinar), muitos foram os fatores que contribuíram para a integração plena do estudante no âmbito das equipas em que esteve inserido. No contexto hospitalar, logo no primeiro dia, participou numa reunião com a enfermeira chefe do serviço e o enfermeiro orientador. Foram abordados, entre muitos assuntos referentes ao ensino clínico, a dinâmica organizacional da unidade, os seus objetivos, valores e metas. A seguir, o estudante foi apresentado aos restantes elementos da equipa multidisciplinar, que passaram a ser, durante todo o percurso do ensino, parceiros privilegiados para a tomada de decisão sobre aspetos relacionados com os utentes com patologia de foro respiratório, em reuniões multidisciplinares. Outro aspeto digno de registo

terá sido a consulta e análise crítica de normas e protocolos vigentes no serviço e que sustentam a qualidade da prática de cuidados naquela unidade. Dada a dinâmica (caráter ambulatorio) do serviço, este não integra a habitual passagem de turno. No entanto, diariamente é realizada uma reunião que antecede a saída dos EEER para os serviços de internamento onde prestam cuidados, na qual é partilhada e discutida informação relevante acerca dos utentes, bem como a distribuição dos mesmos pelos profissionais.

Numa dessas sessões, o estudante teve oportunidade de apresentar o seu projeto à equipa e discutir os objetivos do estágio com a mesma. Nos vários serviços por onde prestou cuidados de Reeducação Funcional Respiratória (RFR), nomeadamente, Medicinas e Unidade de Cuidados Intensivos, discutiu intervenções específicas de ER com a equipa e também com o seu orientador. Um exemplo prático encontra-se testemunhado no jornal de aprendizagem (Apêndice VI) no qual questiona a eventual negligência dos direitos da pessoa alvo de cuidados do ER. De acordo com o enfermeiro orientador, esta reflexão traduziu-se num contributo útil para a unidade, na medida em que poderá colaborar para futuras tomadas de decisão da equipa quando confrontada com questões de natureza ética.

À semelhança do contexto hospitalar, o processo de integração na equipa multidisciplinar da UUC foi manifestamente satisfatório.

Exercendo funções na área dos Cuidados de Saúde Primários, muitos aspetos normativos e protocolares já faziam parte do quotidiano do estudante, nomeadamente o sistema informático/plataforma de registos, planeamento de alta, transferências e encaminhamentos para a RNCCI. Nesta medida, e pelas palavras da sua orientadora, revelou-se mais um elemento da equipa, agindo e colaborando para a reflexão acerca do desenvolvimento do seu percurso de aprendizagem e apoiando os Enfermeiros dos Cuidados Gerais na tomada de decisão sobre os cuidados a prestar e a continuidade do programa de reabilitação.

Constatamos, dessa forma, a prática de uma integração bem-sucedida, que, de acordo com Chiavenato (2004), garante a inclusão numa equipa como sinal de excelência, evidenciando a adaptação (autoconfiança para o desempenho de atividades) do individuo ao novo contexto, fator promotor de desenvolvimento de competências profissionais e pessoais (Carvalho, 2016) e gerador de ganhos para a organização.

Estas constatações versam um vasto leque de domínios profissionais. Entretanto, quando relacionadas com a ER, obrigam a que instituições de saúde envolvidas assegurem condições capazes de garantir integrações em função de padrões de qualidade de cuidados (Carvalho, 2016).

Tendo o nosso projeto como segundo objetivo: “Apreciar a pessoa idosa, residente na comunidade, utilizando instrumentos validados e recomendados para a clínica do EEER”, será importante referir que as atividades conducentes ao cumprimento do mesmo levaram-nos a identificar necessidades de intervenção junto da pessoa idosa, com vista à sua capacitação para prevenção de quedas.

Assim, a aplicação do teste TUGT é recomendado para a avaliação do risco de queda. No caso do utente reportado (Apêndice VII), após avaliação dos resultados, chegamos à conclusão que apresenta um alto risco de queda, um registo muito similar aos dos outros idosos por nós avaliados.

No que diz respeito ao registo de observação do ambiente físico e barreiras arquitetónicas (Anexo III), observamos, entre outros achados, a presença de pavimentos irregulares no exterior e no interior de habitações, a presença de animais de estimação bem como tapetes desprovidos de superfície antiderrapante. Esta avaliação relacionada com a segurança e riscos presentes na habitação está recomendada para indivíduos com idade igual ou superior aos 65 anos com alto risco de queda (Karlsson et al., 2013; Garcia et al., 2013; Avin et al., 2015; Rimland et al., 2016; Rimland et al., 2017; Gomes & Camacho, 2017; Chacko, Thangaraj, & Gm, 2017; Oxtoby, 2017).

Constata-se desta forma que os instrumentos de medida foram um recurso indispensável ao cumprimento do objetivo, tendo sido aplicados, durante todo o ensino clínico, aquando da apreciação/avaliação dos utentes com vista a elaboração de diagnósticos e consequentes definições de programas de reabilitação a serem implementados. Para o estudo de caso (Apêndice VII), o recurso ao TUGT, FES e a avaliação do risco associado ao ambiente físico da casa revelaram-se de grande importância.

O facto de os resultados obtidos após aplicação da FES apontarem para a predominância do medo de cair, significa dizer que representa um fator de risco prioritário a integrar num programa de prevenção de quedas (Lains et al., 2014). Por outro lado, os 18,8 segundos apresentados como resultado do teste TUGT (Apêndice VII), refletem claramente um risco elevado de queda (Oliveira et al., 2018) e que quando associados à instabilidade da marcha têm consequências devastadoras, com morbilidade e mortalidade substanciais (Villiers & Kalula, 2015), exigindo do EEER intervenção adequada.

Após a determinação do risco de queda e da avaliação multidimensional do mesmo, estabeleceu-se um plano de intervenção para controlo do risco e do medo de cair, que são comuns em pelo menos um terço das pessoas após o evento (queda), resultando em declínio funcional (Villiers & Kalula, 2015) e condicionando a realização das AVD.

Desta forma, garantimos o cumprimento do terceiro objetivo proposto, tendo sido integrado nos planos de cuidados desenvolvidos para os utentes em causa. Destes, destacam-se como linhas orientadoras: a individualização de medidas preventivas de queda em função do risco; a priorização da intervenção; a discussão em equipa de medidas a serem implementadas e, por último, o planeamento de um programa de reabilitação motora com impacto no risco de queda e no medo de cair, refletido num dos exemplos apresentados (Apêndice VII). Esta configuração, de acordo com Hoeman, Lizner, & Alverzo, (2011) quando reportada ao treino de marcha, é especialmente indicada aos idosos residentes em casa, pois contribui para a melhoria da sua estabilidade dinâmica.

Sabe-se, porém, que o envolvimento da família no planeamento das atividades de aprendizagem amplia o potencial de reabilitação do utente, assegurando metas realistas (Hoeman, 2011). Além disso, esta envolvência (EEER/ pessoa idosa/ cuidadores) promove um estreitamento de parceria assente num pendor gerador de uma relação de confiança, evitando assim, a aplicação de planos uniformizados e muitas vezes repudiados pelo utente/cuidador (Hoeman, Lizner, & Alverzo, 2011).

Todos os contributos acima referidos, incluindo os decorrentes do ensino clínico em contexto hospitalar (Apêndice VIII), colaboraram para o alcance deste objetivo, proporcionando ainda momentos de reflexão, partilha de conhecimentos e experiências entre as partes envolvidas, até pela necessidade de capacitar a pessoa idosa e sua família para a identificação dos fatores de risco de queda (individuais, comportamentais, ambientais) e medidas preventivas (quarto objetivo do projeto).

Nesse sentido, para o estudo de caso apresentado (Apêndice VII), bem como em todas as situações de prática clínica, foram implementadas intervenções promotoras de independência no autocuidado, nomeadamente, as relacionadas com o treino de utilização de barras de apoio na casa de banho; o treino de marcha com auxílio de andarilho; o ensino e o treino de transferências para a cadeira de duche e a realização de ensinamentos à cuidadora de como assistir no banho, de forma a promover a independência do utente sem o substituir.

De acordo com Hoeman et al. (2011), pessoas com patologias crónicas ou incapacidades resultantes de traumatismos apresentam um elevado risco de desenvolver complicações relacionadas com a funcionalidade, necessitando, em determinados casos, de usar dispositivos adaptados de mobilidade.

Tendo isso em linha de conta, as limitações funcionais associadas à imobilidade constituem, em si, um enorme desafio para o EEER no sentido da promoção e responsabilização do utente pelo autocuidado. Através desta intervenção, o EEER ajuda o utente a desenvolver potencialidades, com vista a maximização da autonomia e da

independência, consideradas promotoras de qualidade de vida (Hoeman et al., 2011), com ênfase na realização das AVD e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Ainda segundo os mesmos autores, o treino de marcha é um valioso contributo para idosos residentes em casa com défice de equilíbrio, especialmente por promover melhorias na estabilidade postural e dinâmica (Hoeman et al., 2011).

O quinto objetivo traçado para o projeto foi intervir no espaço físico habitação para aumentar a segurança e a mobilidade “dentro de portas”. Tratando-se de um dos objetivos fundamentais de todo o processo, consideramos importante avaliar a segurança da habitação das pessoas a quem prestamos cuidados, com idade igual ou superior aos 65 anos, visitados em contexto domiciliário. Avaliamos um total de 21 pessoas idosas, às quais foram aplicados o TUGT e a escala FES, com vista a avaliar o risco e o medo de cair. Em todas as casas, foi utilizado um instrumento de registo de observação de segurança do ambiente físico e barreiras arquitetónicas, como medida necessária para a análise e gestão de risco ambiental que poderia estar na origem de défice para autocuidado (Hesbeen, 2003; Oliveira et al., 2018).

Analísámos 21 processos clínicos de 14 idosas e 7 idosos, e os resultados advindos da aplicação de instrumentos utilizados para avaliar os fatores de risco de queda nas pessoas idosas, a quem prestámos cuidados de ER. Os resultados permitem constatar que a população alvo de cuidados é bastante idosa, com uma média de idades de $82,19 \pm 6,493$ e apresenta uma prevalência de quedas elevada com 85,7% (n=18) a sofrer queda nos últimos 6 meses e 61,9% utiliza um auxiliar de marcha. Desta amostra, somente 57,1% (n=12) pessoas conseguiram realizar o TUGT; igual percentagem calçava sapatos adequados à marcha (fechados e antiderrapantes) e 71,4% encontrava-se com roupa adequada para a realização do teste. Todos os idosos que realizaram no TUGT demoraram mais de 12,6 segundos (ponto de corte para determinar o risco de queda), registando-se um valor mínimo de 13,7 segundos e um máximo de 44 segundos na realização do mesmo.

No que concerne, à variável medo de queda, 23,8% (n=5) da população em análise obteve um total de 10 pontos, o que manifesta uma perda total na confiança de execução das AVD em segurança. O máximo obtido foi de 89 pontos, mas só um idoso pontuou este valor. A média da pontuação da FES foi de $37,48 \pm 25,545$. As AVD onde os idosos demonstram mais medo de queda foram:

- a) pequenas compras $2,05 \pm 2,291$
- b) chegar aos armários $3 \pm 2,646$
- c) Trabalho doméstico ligeiro $3,05 \pm 2,974$
- d) preparar uma refeição ligeira $3,33 \pm 3,554$

Em relação aos fatores de risco ambiental, constatamos que a casa do idoso apresenta perigos diversos como demonstram os resultados da aplicação do registo de observação da segurança do ambiente físico e barreiras arquitetónicas no domicílio (quadro 1).

Quadro 1 - Segurança do ambiente físico e barreiras arquitetónicas no domicílio. Lisboa, 2019.

Fator de risco		%(n)	
Presença de Animais “Soltos”	Exterior da Casa	14,3 (3)	
	Interior da Casa	23,8 (5)	
Presença de Escadas/Degraus	Acesso da rua à habitação	76,2(16)	
	Interior da habitação	33,3 (7)	
Presença de Pavimentos Irregulares	Exterior da Casa	52,4(11)	
	Interior da Casa	28,6(6)	
Presença de Tapetes	Hall de Entrada/Sala	Presente	38,1(8)
		Seguro	23,8 (5)
	Corredor	Presente	33,3(7)
		Seguro	23,8 (5)
	Quarto, junto à cama	Presente	57,1 (12)
		Seguro	23,8 (5)
	Cozinha	Presente	23,8 (5)
		Seguro	23,8 (5)
	Casa de banho	Presente	33,3 (7)
		Seguro	19 (4)
	Luz Adequada	Hall de Entrada/Sala	90,5 (19)
		Corredor	90,5 (19)
Quarto		85,7 (18)	
Cozinha		85,7 (18)	

Ambiente Doméstico	Fios elétricos/telefone no chão	38,1 (8)
	Gavetas Abertas	4,8 (1)
	Mobília Instável	47,6 (10)
	Soleiras das portas niveladas com o chão	42,9(9)
Mobiliário	Articulações coxofemoral e do joelho fazem ângulo de 90° - cadeira	90,5 (19)
	Articulações coxofemoral e do joelho fazem ângulo de 90° - cama	90,5 (19)
	Circulação com 1m de distância ao redor da cama	42,9 (9)
	Permite o acesso e a circulação em cadeira de rodas/andarilho	57,1 (12)
	Presença de mobiliário nas zonas de passagem	71,4 (15)
	Desenhos confusos de pavimentos/ ladrilhos	19 (4)
	Largura das Portas superior a 1 m	14,3 (3)
	Largura dos Corredores superior a 1 m	14,3 (3)
Casa de Banho	Presença de Banheira	61,9 (13)
	Presença de barras de apoio na banheira	38,1(8)
	Presença de Duche/Poliban	38,1(8)
	Presença de barras de apoio no Duche	19(4)
	Duche com debrum	23,8 (5)

Uma análise mais pormenorizada leva-nos a concluir que, entre vários fatores de risco ambientais avaliados, alguns destacaram-se como sendo mais representativos. Assim, no que diz respeito à presença de escadas/degraus, estas encontram-se sobretudo no acesso da rua à habitação (76,2%) contra (33,3%) no interior das mesmas.

Quanto à presença de pavimentos irregulares, é também no exterior da casa que se faz sentir a sua maior presença (52,4%) em oposição aos (28,6%) que se registaram no interior das habitações avaliadas.

Por outro lado, verificamos uma marcada incidência de tapetes inseguros, isto é, desprovidos de superfícies antiderrapantes (33,3%), confinados maioritariamente aos quartos e em menor escala nas casas de banho. Tanto o mobiliário instável (47,6%) como os fios

elétricos/telefone no chão (38,1%) destacaram-se como significativos riscos para a ocorrência de queda.

No que diz respeito à mobilidade no interior da habitação, registamos a presença de mobiliário nas zonas de passagem (71,4%) e também, o facto da largura das portas e dos corredores ser inferior a 1 metro em 18 casas (85,7%).

De acordo com a OE (2010a), aos enfermeiros especialistas em ER, tendo em conta o seu elevado grau de competência, a assessoria técnica insere-se no âmbito das suas competências. Assim, e com base no sexto objetivo do projeto (Assessorar a pessoa idosa e família na escolha de produtos de apoio para o autocuidado que promovam a independência funcional e a segurança), foram desenvolvidas intervenções em vários contextos domiciliários, nomeadamente, relacionadas com a prescrição de calçado antiderrapante, a seleção e prescrição de alteadores sanitários, a prescrição de andarilhos e o aconselhamento relativo à escolha de rampas (Apêndice VII), entre outros, promotores de mobilidade e/ou função (Hoeman, Lizner, & Alverzo, 2011).

Importa referir que, de acordo com Hoeman, Lizner e Alverzo (2011), algumas das intervenções alocadas à assessoria para produtos de apoio devem ser criticamente avaliadas tendo em conta variáveis como: a relação custo-benefício, o estilo de vida do utente e a manutenção dos mesmos produtos. Por outro lado, estas intervenções, pela expectativa que geram, nomeadamente, na segurança e bem-estar da pessoa idosa, devem ter em linha de conta a relação custo/eficácia, de modo a que se adequem às condições socioeconómicas do utente/família (Rodrigues, 2012). Reitera-se, desta forma, a importância das AVD no contexto da ER enquanto atividades desempenhadas diariamente e de forma rotineira pelos indivíduos, como forma de os manter funcionais e independentes (OE, 2011), pugnando pela realização concomitante das AIVD.

Estar inserido numa equipa multidisciplinar obriga a que o futuro EEER desenvolva competências de liderança, motivando os elementos da equipa para o objetivos pré-definidos (Hoeman, 2011) e que digam respeito ao desenvolvimento do projeto em curso.

Nesta ordem de ideias, prosseguimos com o nosso sétimo objetivo: promover a reflexão e a discussão em equipa multidisciplinar sobre a intervenção primária no e sobre o domicílio, como garante para a segurança, promoção da independência e autonomia da pessoa idosa.

Com vista a alcançar tal desiderato, foi dinamizada uma sessão de formação (Apêndice IX) dirigida à equipa multidisciplinar na UCC. Importa sublinhar que durante o ensino clínico em contexto hospitalar foi também realizada num serviço de Medicina a sessão

de formação sob a temática “Impacto na Funcionalidade e Segurança; Apreciação e Intervenção na prevenção de quedas nos idosos” (Apêndice X).

Este modelo formativo, embora diferente do formato inicialmente proposto por nós, surgiu na sequência da auscultação aos enfermeiros orientadores acerca das reais necessidades dos serviços em termos de formação/atualização de conhecimentos. É nossa convicção de que terá respondido afirmativamente ao objetivo traçado.

Ambas as sessões de formação, ao evidenciarem aspetos da prática clínica suportada por evidência científica, obrigaram a um planeamento estruturado e suportado por investigação.

No contexto comunitário (cuidados de saúde primários) para além da formação, construímos um guia ilustrado de ajudas técnicas relacionadas com a melhoria de autocuidado/qualidade de vida do idoso em risco de queda no domicílio (Apêndice XI). De acordo com observações reportadas pela equipa, revelou-se útil e adequado, na medida em que, para além de comportar imagens e notas explicativas, apresenta preços de vários artigos em valores aproximados, o que contribui para uma tomada de decisão consentânea por parte do utente/família face aos encargos financeiros que tais recursos acarretam.

Foi nosso intuito, com base na estrutura do Team Stepps enquanto método de intervenção em equipa (Spiva et al., 2014; Godlock, Christiansen, & Feider, 2016), fornecer algumas “ferramentas” aos enfermeiros não especialistas em ER, como medida adicional para a promoção da melhoria de qualidade de cuidados a nível da organização (Unidade de Saúde). Esta decisão baseou-se na perspetiva de que uma equipa devidamente treinada e que mantém uma comunicação eficaz entre os seus elementos acerca do risco de cair apresenta garantias de redução da taxa de prevalência de queda (Spiva et al., 2014).

Por outro lado, é inegável a importância do papel desempenhado pelas equipas na implementação de prática baseada em evidência (Fixsen et al., 2011) bem como a sua disseminação por outras unidades de saúde em prol da qualidade de cuidados.

2.2. Análise e Reflexão das Competências Desenvolvidas em Ensino Clínico

O conjunto de atividades e intervenções realizadas pelo estudante durante os ensinamentos clínicos foi guiado por objetivos previamente estabelecidos, que abriram caminho ao desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do EEER (Anexo IV), ambas exigidas pela OE para a atribuição do grau de Especialista. Assim, este capítulo será pautado pela reflexão acerca de experiências vivenciadas em ambos os contextos

clínicos e que contribuíram para o desenvolvimento de saberes e competências para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados.

Tendo em conta os objetivos acima referidos, passamos à análise dos mesmos, isoladamente, ressaltando os contributos e estratégias observadas para o seu cumprimento.

Importa, contudo, sublinhar que o desenho dos objetivos estabelecidos para este projeto de aprendizagem foi preferencialmente dirigido aos cuidados na comunidade, onde se verificou um maior impacto. No entanto, tendo em conta o desenvolvimento de competências noutras áreas de atuação inerentes ao EEER (promotoras de desenvolvimento profissional e pessoal) foram desenvolvidas atividades em contexto hospitalar no âmbito de RFR (Apêndice VIII) e que abrangeram um vasto leque de intervenções levadas a cabo junto de muitos utentes assistidos durante o ensino clínico e que passaremos a mencionar:

- Intervenção com base num relacionamento terapêutico/relação de ajuda, empática, na conceção, organização, planeamento, execução e implementação de programas de RFR;

- Interpretação e análise de meios complementares de diagnóstico (raio x do tórax, estudos analíticos, Tomografia computadorizada, entre outras), assim como a realização de pesquisas no âmbito teórico para fundamentar e sustentar práticas;

- Realização de auscultação pulmonar enquanto prática de baixo custo e imprescindível para a avaliação clínica de patologias pulmonares (Cordeiro & Menoita, 2012).

- Identificação das necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função nos vários níveis, nomeadamente, intervenção no âmbito da RFR;

- Execução de técnicas respiratórias, nomeadamente reeducação costal global, seletiva, diafragmática seletiva e manobras acessórias tais como vibração e percussão;

- Execução de técnicas de posicionamento (drenagem postural modificada; terapêutica de posição e correção postural);

- Instrução acerca de técnicas respiratórias (controle e dissociação de tempos respiratórios);

- Instrução e treino de técnicas respiratórias (ciclo ativo de técnicas respiratórias e exercícios de expansão torácica);

- Treino da tosse para a limpeza das vias aéreas, entre outros.

É importante assinalar que as atividades acima referidas foram desenvolvidas enquanto parte integrante de programas de RFR, nos quais exigiram especial atenção de fatores como: a individualização de cuidados, patologias associadas, a gravidade da situação, a idade do utente, entre outros (Cordeiro & Menorita, 2012), aos quais se juntam a priorização da intervenção, a discussão em equipa multidisciplinar e o planeamento.

Sabe-se, porém, que a RFR, enquanto terapêutica, baseia-se no movimento como recurso principal da sua intervenção, atuando sobre a ventilação externa como forma de otimizar a ventilação alveolar (Heitor, Canteiro, Ferreira, Olazabal, & Maia, 1988). Nesse sentido, é de facto fundamental que o futuro EEER, com base na experiência prática, se apodere de habilidades técnicas capazes de responder às exigências cada vez mais complexas desta área da ER. No que diz respeito à formação em contexto de ensino clínico hospitalar, depois de auscultar a opinião do enfermeiro orientador acerca das necessidades de formação que se cruzavam com o risco de quedas, chegamos à conclusão que os destinatários seriam os enfermeiros dum serviço de medicina. Assim, foi elaborada a ação de formação sob a temática “Equilíbrio: Impacto na Funcionalidade e Segurança; Apreciação e Intervenção na prevenção de quedas nos idosos” (Apêndice X) e apresentada aos correspondentes destinatários (Enfermeiros Generalistas e EEER). Contribuíram para a sua elaboração suportes académicos oriundos das unidades curriculares inseridas no contexto teórico deste curso, assim como o recurso a pesquisas bibliográficas.

No domínio da prática clínica, registou-se, por seu lado, em todos os momentos de atuação, a adequação de cuidados prestados à pessoa de forma holística e em parceria, no âmbito de decisões tomadas em equipa e no respeito e cumprimento do dever ético e deontológico a que obrigam as leis que regulam o exercício da profissão de Enfermagem (OE, 2015c).

Isto significa dizer que, relativamente ao primeiro objetivo do projeto, as atividades acima discriminadas deram vasão às competências A1, A2, C1 e D1 (Anexo V), incluindo o sétimo objetivo cujas competências se fazem presentes em D1, B1 e B2 (Anexo V) na vertente de prevenção de quedas nos idosos.

Como vimos anteriormente, foi durante a realização do estágio na UCC que se concretizou a grande maioria dos objetivos propostos para o projeto e, por inerência, fizeram-se presentes muitas respostas às competências do EEER.

Os estágios clínicos, e particularmente os relacionados com a ER, revestem-se de particular importância pela relação de ajuda/supervisão que se estabelece entre o estudante/orientador/tutor, resultando para o futuro EEER numa apropriação de conhecimentos indispensáveis para dar resposta às necessidades das pessoas (Benner, 2001).

Com base no acompanhamento tutelado foram desenvolvidas atividades com vista a apreciação da pessoa idosa, na sua residência, tendo sido, para o efeito, aplicados instrumentos de avaliação validados para a prática clínica em ER e que gerou a implementação de um programa de reabilitação, conforme exemplo (Apêndice VII). Nesta ordem de ideias, consideram-se atingidas as competências referentes a J1 (anexo V).

Muitos foram os utentes idosos acompanhados no decorrer do ensino clínico, onde, na tríade (Utente idoso/Cuidadores/EEER), conforme referido anteriormente, foram planeadas intervenções no sentido da prevenção de queda no idoso. Para isso consideraram-se critérios de acessibilidade e segurança (Day, 2013; EL-Khoury, Cassou, Charles & Dargent-Molina, 2013; Hardigan, Schwartz, & Hardigan, 2013) favorecedores de processos de transição saúde/doença, tendo como enfoque a promoção do autocuidado e a melhoria da condição de vida.

Desta forma, analisando a descrição das atividades desenvolvidas face aos objetivos do nosso projeto, verificamos ter respondido satisfatoriamente às Unidades de Competências J1.2. e J1.3., bem como aos respetivos Critérios de avaliação das competências específicas do EEER J1.2.1., J1.2.2., J1.2.3., J1.2.4., J1.3.2.1., J1.3.2 e J1.3. 3..

Uma das etapas subsequentes de todo e qualquer planeamento de intervenções é a sua implementação, tendo como objetivo otimizar e/ou reeducar funções aos vários níveis, o que durante o ensino clínico ocorreu tanto ao nível hospitalar como nos cuidados de saúde primários.

Tratando-se de uma fase na qual emerge a terapêutica de Enfermagem como suporte de referência, representa, contudo, um desafio para o EEER, dado que obriga à construção de respostas individualizadas e/ou sistémicas dirigidas a indivíduos/ famílias com necessidades de reabilitação, para os quais, muitas vezes os sistemas de saúde não respondem satisfatoriamente (Martins, Martins, & Martins, 2017), no que diz respeito às despesas a elas associadas.

Tendo em conta a descrição das atividades desenvolvidas face aos objetivos do projeto, consideramos ter respondido satisfatoriamente às Unidades de Competências J1.3., bem como aos respetivos Critérios de avaliação das competências específicas do EEER J1.3.1., J1.3.2.2. e J1.3.3., conforme descrito em anexo (anexo V).

No decurso do seu desenvolvimento e sobretudo em contexto domiciliário, foi uma das prioridades do projeto garantir intervenções capazes de prover ambientes domiciliários de idosos em risco de queda de elevados níveis de segurança, acessibilidade e mobilidade. Desta forma, com o intuito da promoção de saúde da pessoa idosa em contexto domiciliário, o EEER, através de ações maioritariamente desprovidas de alta tecnologia (Hesbeen, 2003), promove a prática de autocuidados.

Assim, e considerando a descrição das atividades desenvolvidas face aos objetivos do nosso projeto, verificamos ter respondido satisfatoriamente às Unidades de Competências B3. e J1.2., com especial ênfase para os Critérios de avaliação das competências específicas do EEER J1.2.1., J1.2.2. e J1.3. 3..

Amplamente explorada no sentido de instruir quer os utentes/cuidadores familiares, quer os Enfermeiros dos Cuidados Gerais, a assessoria para a escolha de produtos de apoio promotores de independência funcional ocupou, a nosso ver, um lugar de destaque, tendo em conta o impacto causado na equipa.

Desta forma, tendo por base a descrição das atividades desenvolvidas face aos objetivos do projeto, consideramos ter respondido às Unidades de Competências J1.2., J1.3., J1.2. e J2.

A revisão de literatura permitiu constatar que os profissionais de saúde concentram a sua atuação predominantemente no controle dos fatores de risco bio fisiológico, o que é importante, mas não abrange o universo de todas as medidas preventivas. Sabe-se, porém, que a prevalência de acidentes domésticos (quedas) é elevada e continuamos a observar durante as visitas domiciliárias a coabitação entre indivíduos idosos e a presença de barreiras arquitetónicas condicionantes da sua mobilidade e acessibilidade. Assim, é urgente um olhar atento e diferenciado do EEER dirigido à assessoria e modificação ambiental enquanto boa prática clínica e indispensável para a promoção do autocuidado e salvaguarda da qualidade de vida desta população.

Um projeto focado no ambiente (casa), com avaliação multidimensional do risco e intervenção sobre o mesmo, exige por parte do futuro EEER sólidos padrões de conhecimentos acerca da temática em causa no sentido da sua estruturação, para posterior partilha no seio da equipa multidisciplinar enquanto intervenção diferenciada e especializada.

No sentido de dar resposta a este tópico e indo de encontro à necessidade de formação dos respetivos serviços, optamos por desenvolver nos dois momentos de estágio clínico, ações de formação dirigidas às equipas multidisciplinares.

Desta forma, e de acordo com a descrição das atividades desenvolvidas, consideramos ter respondido satisfatoriamente às Unidades de Competências (B1., B.2. e J1.2.,) conforme descrito em anexo V.

2.3. Avaliação Global do Trabalho desenvolvido no âmbito do Ensino Clínico

O projeto de formação que agora chega ao fim, traduzido em relatório, teve como ponto de partida a questão de pesquisa – “Quais as intervenções de enfermagem de reabilitação que aumentam a segurança (incluindo a acessibilidade) do domicílio da pessoa idosa?”. A sua longa trajetória de construção teórica e conseqüente implementação prática foi, sem dúvida, meritória, na medida em que granjeou o desenvolvimento de competências

inerentes ao exercício da ER. Ao longo deste percurso, recorreremos à revisão integrativa de literatura enquanto instrumento vocacionado para explicar, responder aos fenómenos de natureza humana e sistematizar acontecimentos (Benner, 2001), com vista a aplicabilidade prática do projeto.

Só através da implementação deste projeto foi possível aliar o “saber saber” (conhecimento) ao “saber fazer” (habilidades), tendo como meta o desenvolvimento de competências (Benner, 2001) que se relacionam com o aprofundamento de aptidões vinculadas ao enfermeiro especialista (OE, 2010b), às quais se juntam as atribuíveis ao EEER, conferindo-lhe perícias para “promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto-estima” (OE, 2010a, p.1).

O primeiro ensino clínico pautou-se por algumas dificuldades de adaptação, nomeadamente ao meio hospitalar, considerando que o ora estudante trabalha há vinte anos nos cuidados de saúde primários. Todavia, o impacto inicial do regresso ao hospital foi-se dissipando pela urgente necessidade de se adaptar a uma nova realidade (Unidade de Cuidados Intensivos), onde impera a complexidade de cuidados. Deste campo de ensino assimilou uma notável experiência no domínio da RFR que, no âmbito dos cuidados de saúde primários se traduzirá necessariamente em ganhos para a população residente em casa.

Importa também sublinhar o extraordinário contributo conferido pelas Unidades Curriculares deste Curso de Mestrado (aulas teóricas e práticas) que, pelo seu carácter didático, promoveu aprendizagens significativas e plenas de mobilização de conhecimentos interdisciplinares, nos quais o aprender a aprender e o aprender a fazer foram tónicas dominantes.

O ensino clínico na comunidade, tendo ocupado um papel central no projeto, revelou-se fundamental no processo de desenvolvimento de competências, dado que grande parte dos objetivos se confinavam à população idosa em ambiente domiciliário.

Na prática, levámos a cabo a implementação de múltiplos Programas de Reabilitação dirigidos à pessoa idosa na comunidade a vivenciar transições de desenvolvimento, saúde/doença e/ou situacionais que associadas a risco de uma queda podem implicar com o autocuidado. Desta forma, com base na intervenção do EEER, planeamos e executamos um conjunto de terapêuticas de enfermagem, com a finalidade de promover a capacitação da pessoa, visando a sua mestria e a gestão do seu ambiente, sendo fatores condicionantes positivos para gerir o risco de queda e ajudar a pessoa a viver uma transição saudável (Meleis, 2010). Este conjunto de ações integram-se num contexto mais amplo: o autocuidado, que envolve atividades realizadas por indivíduos, em benefício próprio, para manutenção da vida, saúde e qualidade de vida (Orem, 1991).

Assim, a prestação de cuidados especializados de ER pautou-se pelo desenvolvimento de atividades como: apreciação multidimensional da pessoa idosa e sua família, avaliação da segurança e modificações ambientais em casa do idoso, identificação de idosos com alto risco de queda, e por fim, a concepção e execução de planos de intervenção em estreita parceria com a pessoa idosa /cuidadores, tendo como meta a capacitação para a gestão do autocuidado.

Chegados ao fim desta formação que se prevê contínua, podemos afirmar com modéstia convicção que os nossos objetivos foram integralmente atingidos, tendo-se registado o desenvolvimento de competências inerentes ao EEER. No que diz respeito à perícia e não descorando a vigência de um longo caminho a trilhar, somos impelidos a reconhecer-lhe a existência, na medida em que esta se desenvolve quando o EEER “testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações de prática real” (Benner, 2001, p.32).

2.4. Considerações Finais e Perspetivas Futuras

O grande objetivo deste projeto foi explorar e mapear as intervenções no domicílio da pessoa idosa com vista à prevenção de quedas, garantindo acessibilidade e segurança em ambiente natural (casa) que em tempos mais recuados se afigurava como livre de perigo.

Um dos obstáculos com que nos defrontámos foi o predomínio de artigos relacionados com fatores de risco bio fisiológicos em detrimento dos relacionados com a temática em análise.

Importa, contudo, salientar que, de entre os escassos artigos que abordam o risco relacionado com o ambiente, a linha orientadora não o evidencia como fator exclusivo e responsável pela ocorrência de quedas, sendo identificado como uma das variáveis associadas ao universo de outras, isto é, guiado por uma dimensão multifatorial.

Ficou também patente o consenso entre os autores relativamente à importância de se tornar seguro o ambiente natural da pessoa idosa envolta em vulnerabilidades.

A revisão de literatura permitiu identificar as seguintes intervenções a serem implementadas: avaliação do risco ambiental; aconselhamento sobre modificações ambientais; adaptação do espaço e equipamentos; assessoria na aquisição de produtos de apoio que aumentem a segurança do ambiente e estratégias cognitivo-comportamentais que aumentam a segurança do idoso na utilização do espaço físico da casa.

Nestes termos, constatamos o quão importante é o saber teórico, facto que nos permitiu elaborar programas de reabilitação individualizados à pessoa e sua família suportados pela evidência.

Futuramente e no âmbito das atividades a serem desenvolvidas na Unidade de Saúde em que o ora mestrando em ER desenvolve a sua atividade profissional, será equacionada, no Plano de Ação aprovado bienalmente, a integração de uma carteira adicional destinada essencialmente a uma abordagem preventiva da população idosa em risco de queda no domicílio, integrando também um programa de reabilitação motora, assessoria e modificação ambiental como forma de colmatar uma urgente necessidade dos utentes.

Sendo o conhecimento em Enfermagem uma construção sólida suportada por evidência científica, no que diz respeito ao EEER este legado adquire uma dimensão maior, na medida em que todo e qualquer processo gerador de interrogações promove reflexões que se traduzem em saberes. Nesse sentido, sobressairá a necessidade de partilha e disseminação de conhecimento pela equipa antes da sua implementação.

Estruturado em duas etapas distintas no que diz respeito à sua materialização, a primeira fase será um compacto de sessões de formação a serem apresentadas em sede de reuniões de equipa multidisciplinar (formação em serviço). Nestas, o enquadramento teórico da problemática da queda, enquanto realidade nefasta para a população idosa a residir em casa e, por inerência, problema de saúde pública, será a tónica dominante. Pretender-se-á com estas abordagens à equipa, realizadas pelo EEER enquanto líder do programa, dinamizar sessões formativas capazes de promover o envolvimento da mesma bem como a capacitação dos demais profissionais para a melhoria de cuidados prestados. Assim, serão consideradas, entre outras, as seguintes temáticas fundamentais para a prática de ER e que se relacionam com a melhoria da qualidade de vida da população idosa:

- Promoção de uma sociedade inclusiva, onde indivíduos idosos e mais vulneráveis, sejam considerados de pleno direito e merecedores de uma vida com qualidade;

- Envelhecimento acentuado da população face à previsão do seu aumento que aponta para 32% da população total no ano 2050. Consequências para o Sistema Nacional de Saúde e um verdadeiro desafio para o EEER;

- Intervenção do EEER junto da pessoa com necessidades especiais independentemente do contexto em que está inserida visando a manutenção de autocuidados com vista à obtenção de ganhos em saúde;

- Monitorização de ganhos e indicadores sensíveis aos cuidados de ER integrados em programas de melhoria contínua da qualidade.

A segunda fase do projeto coincidirá com a implementação prática do mesmo, podendo vir a ser replicado pelo ACeS como forma de abranger um maior número de indivíduos idosos com necessidades especiais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amann, G. P. von. (2012). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Lisboa: *Direcção Geral de Saúde e Fundação MAPFRE*
- American Psychological Association (APA). (2001). Publication. Manual of the American Psychological Association (5th ed.). Washington, DC: Autor.
- Avin, K. C., Hanke, T. A., Kirk-sanchez, N., Mcdonough, C. M., Shubert, T. E., Hardage, J., & Hartley, G. (2015). Management of Falls in Community- Dwelling Older Adults: Clinical Guidance Statement From the Academy of Geriatric Physical Therapy of the American Physical Therapy Association. *Phys Ther*, 95(6), 815–834. doi: 10.2522/ptj.20140415. Epub 2015 Jan 8.
- Baixinho (2011). Funcionalidade após fratura do colo do fémur. *Rev. Baiana Enf.*, 25(3):311-319. doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v25i3.5480>
- Baixinho, C.L., & Dixe, M.A. (2015). Falls in institutions for older adults: characterization of fall occurrences and associated risk factors. *Rev. Eletr. Enf*; 17(4). doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.31858>.
- Baixinho, C. L., & Dixe, M. dos A. (2016). Construction and Validation of the Scale of Practices and Behaviors of Institutionalized Elderly to Prevent Falls. *UJPH*; 4(3), 139–143. <https://doi.org/10.13189/ujph.2016.040303>
- Baixinho, C.L., Dixe, M. A., & Henriques, M.A. (2018). Gestionar el ambiente para prevenir la caída en los ancianos institucionalizados: validación de protocolo. *Index Enfermería*, 27(1-2), 72-76. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000100015&lng=es.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bond, M., & Holland, S. (2011). *Skills of Clinical Supervision for Nurses: A Practical Guide for Supervisees, Clinical Supervisors and Managers* (2nd editio). Milton Keynes, United Kingdom: Open University Press.
- Bridenbaugh, S.A., Beauchet, O., Annweiler, C., Allali, G., Herrmann, F., & Kressig, R.W. (2013). Association between dual task-related decrease in walking speed and real versus imagined Timed Up and Go test performance. *Aging Clin Exp Res*; 25(3):283-89 DOI: 10.1007/s40520-013-0046-5

- Cabrita, M.F.G., & José, H.M.G. (2013). The elderly person in the equipe de cuidados continuados integrados: nursing program for prevention of falls. *Revista de Enfermagem UFPE on line [em linha]* 7:1 (2013) 96-103. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i1a10209p96-103-2013>
- Carvalho, A.I.T. (2016). A supervisão clínica no processo de integração de enfermeiros. Escola Superior de Enfermagem do Porto: Dissertação de Mestrado.
- Chacko, T.V., Thangaraj, P., & Muhammad, G.M. (2017). Epidemiology of fall and its risk factors among elders in a rural area of Coimbatore, India. *Int J Community Med Public Health*; 4(10):3864-9.
- Chiavenato, I. (2014). *Gestão de pessoas*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Contreiras, T., Rodrigues, E., & Nunes, B. (2011). *Adelia 2006-2008-Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada*. Lisboa: INSA.
- Cordeiro, M.C.O., & Menoita, E. C. P. C. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência.
- Costa, M. A. C. M., & Morais, S. V. (2013). Supervisão Clínica em Enfermagem: A importância da relação supervisiva na partilha e construção de conhecimento. *Sinais Vitais*; 111:12-21. Disponível em http://eformasau.pt/files/Revistas/RSV111/RSV_111.pdf
- Chinn, P.L., & Kramer, M.K. (1995). *Theory and nursing: a systematic approach* (4th ed.) ST. Louis: Mosby.
- Chua P. (2013). Work in progress: integrated care for the greying population in Singapore. *IJIC*;13(8). DOI:<http://doi.org/10.5334/ijic.1483>
- Day, L. M. (2013). Fall Prevention Programs for Community-Dwelling Older People Should Primarily Target a Multifactorial Intervention Rather Than Exercise as a Single Intervention. *J Am Geriatr Soc*; 61(2), 284-285. doi: 10.1111/jgs.12095_3.
- Despacho no 1400-A/2015. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário Da República*, 28(2): 4–9. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Direcção Geral da Saúde (2010). *Programa Nacional para a saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS

- Direcção Geral de Saúde (2012). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes (PNPA). Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- El-Khoury, F., Cassou, B., Charles, M. A., & Dargent- Molina, P. (2013). The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: Systematic review and meta- analysis of randomised controlled trials, *BMJ*; 47:f6234. doi: 10.1136/bmj.f6234.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2018). Guia da UC Estágio com Relatório (9º curso de Mestrado em enfermagem – Área de Enfermagem de reabilitação. Curso de Pós-Licenciatura de especialização em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: ESEL.
- EUNESE. (2005). European Network for Safety among Elderly (EUNESE). Greece: Center for Research and Prevention of Injuries. Disponível em: https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action3/docs/2003_3_13_inter_en.pdf
- Fixsen, D., Scott, V., Blasé, K., Naoom, S., & Magar, L. (2011). When evidence is not enough: the challenge of implementing fall prevention strategies. *J Safety Res*, 42(6): 419-422. doi: 10.1016/j.jsr.2011.10.002. Epub 2011 Oct 31.
- Godlock, G., Christiansen, M., & Feider, L. (2016). Implementation of an Evidence-Based Patient Safety Team to Prevent Falls in Inpatient Medical Units. *Medsurg Nurs.*;25(1):17-23. doi: PMID 27044124
- Garcia, J. M. G., Garcia, J. P. S. P., Garcia, M. B., German, R. T., Gerong, M. S. C., & Grajo, A. J. B. G. (2013). A Multinomial Regression Model of Risk for Falls (RFF) Factors Among Filipino Elderly in a Community Setting. *Educational Gerontology*, 39(9), 669–683. doi: <https://doi.org/10.1080/03601277.2012.661338>
- Gomes, F., & Camacho, A. (2017). Elderly and Urban Mobility: a Reflective Approach To Nursing. *Rev Enf UFPE*, 11(12): 5066–5073. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a23068p5066-5073-2017>
- Grossman, D. C., Curry, S. J., Owens, D. K., Barry, M. J., Caughey, A. B., Davidson, K. W., ... Tseng, C. W. (2018). Interventions to prevent falls in community-dwelling older adults us Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*; 319(16): 1696–704. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.3097>
- Guimarães, MSF. & Silva, LR. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. [internet]. Disponível em: <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das->

- Hardigan, P. C., Schwartz, D. C., & Hardigan, W. D. (2013). Using latent class analysis to model prescription medications in the measurement of falling among a community elderly population. *BMC Med Inform Decis Mak*, 25;13:60. doi: 10.1186/1472-6947-13-60.
- Heitor, C.; Canteiro, M. C.; Ferreira, J. M. R.; Olazabal, Mr. & Maia, M. (1998). *Reeducação funcional respiratória* (3 Ed.). Lisboa: Boehringer Ingelheim.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação - aplicação e processo de Reabilitação*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. P., Lizner, K., & Alverzo, J. (2011). Mobilidade Funcional nas Actividades de Vida Diária. In: *Enfermagem de Reabilitação. Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª Ed.), pp. 209–270. Loures: Lusodidacta.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Hoy, B., Wagner, L., & Hall, E. (2007). Self-care as a health resource for elders: An integrative review of the concept. *Scand J Caring Sci*; 21(4): 456-466. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00491.x>
- Hunter, K. F., Voaklander, D., Hsu, Z. Y., & Moore, K. N. (2013). Lower urinary tract symptoms and falls risk among older women receiving home support: A prospective cohort study. *BMC Geriatr*, 13: 46. doi: 10.1186/1471-2318-13-46.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos (2011). Resultados Definitivos - Região Lisboa*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). “Tábuas de Mortalidade 2014-2016.” Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Karlsson, M. K., Magnusson, H., Schewelov, T. von, & Rosengren, B. E. (2013). Prevention of falls in the elderly: A review. *Scand J Public Health*; 41(5):442-54. doi: 10.1177/1403494813483215. Epub 2013 Apr 3.
- Kamei, T. , Kajii, F. , Yamamoto, Y. , Irie, Y. , Kozakai, R. , Sugimoto, T. , Chigira, A. & Niino, N. (2015). Effectiveness of a home hazard modification program for reducing

- falls in urban community-dwelling older adults: A randomized controlled trial. *Jpn J Nurs Sci*;12(3):184-97. doi: 10.1111/jjns.12059. Epub 2014 Sep 12.
- Lains, J., Campos, I., Almeida, A.R., Melo, D.M., Morais, F.F., Violante, M., & Constantino, J. (2014). *Quedas no Idoso*. In M.T. Veríssimo (Coord.), *Geriatría fundamental – Saber e Praticar* (pp. 345-352). Universidade de Coimbra: Editor LIDEL
- Maggi, P., A.M., Delye, S., Cès, S., Macq, J., Gosset, C., & Declercq, A. (2018). Fall determinants and home modifications by occupational therapists to prevent falls: Facteurs déterminants des chutes et modifications du domicile effectuées par les ergothérapeutes pour prévenir les chutes. *Can J Occup Ther*. 85(1):79–87. doi: <https://doi.org/10.1177/0008417417714284>
- Martins, M. M., Martins, A. C., & Martins, A. R. (2017). Reeducação Familiar/Social-Reconstrução da Vida Familiar e Social no Processo de Reabilitação. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*, pp. 67–76. Loures: Lusociência.
- Meleis, A.I. (2007). *Theoretical Nursing: development and progress*. 4^a Ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Meleis, A.I. (2010). *Transition Theory: Middle range and situation theories in Nursing research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A.I., & Trangenstein, P. (1994) Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. *Nurs Outlook*, 42, 255-259. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](http://dx.doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)
- Meleis, A.I., L. .. Sawyer, Eun-Ok Im, DeAnne Hilfinger-Messias, and K. Schumacher. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci* 23(1):12–28.
- 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. *Aust J Prim Health*; 24(1): 66–73. doi: 10.1071/PY17052.
- Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior. (2006). Decreto-lei n^o 74/2006. *Diário Da República*, 60(1), 2242–2258.
- Ministério da Saúde. (2009). Despacho n.º 10142/2009. *Diário Da República*, 2.^a série(N.º74), 15438–15440.

- Nogueira, P., Afonso, D., Alves, M. I., Vicêncio, P. O., Silva, J., Rosa, M. V., & Costa, A. S. (2014). Idade Maior em Números - 2014. *Direção Geral de Saúde*, 18–25.
- North American Diagnosis Association (2002). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2001-2002*. Porto Alegre: Artmed
- OECD/European Commission. (2013). A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing.
- Oliveira, T., Baixinho, C. L., & Henriques, M. A. (2018). Risco multidimensional de queda em idosos. *Rev Bras Promoç Saúde*, 31(2), 1–9. doi: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7058>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem Dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: *Ordem Dos Enfermeiros*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Parecer nº 12/2011. Lisboa: MCEER.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto: *Ordem Dos Enfermeiros*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Core de Indicadores por Categorias de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (PQCER)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) – Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro. *Ordem Dos Enfermeiros*, 39(5), 561–563.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing Concepts of practice* (4th ed.). St. Louis: Mosby.
- Orem, D. E. (1993). Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson -Salvat Enfermería.
- Oxtoby, K. (2017). Preventing falls in older people. *Br J Community Nurs*; 22(1):683. doi: 10.12968/bjcn.2017.22.1.683
- Organização Mundial da Saúde (2007). WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Geneva: World Health Organization.

- Organização Mundial da Saúde (2012). World Health Statistics 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/1/9789241564441_eng.pdf?ua=1
- Organização Mundial da Saúde (2015). WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim report. Geneva: World Health Organization.
- Palvanen, M., Kannus, P., Piirtola, M., Niemi, S., ParKKari, J., & Jarvinen, M. (2014). Effectiveness of the Chaos Falls Clinic in preventing falls and injuries of home-dwelling older adults: A randomised controlled trial. *Injury*. 45(1):265-71. doi: 10.1016/j.injury.2013.03.010. Epub 2013 Apr 8.
- Pape, H. C., Schemmann, U., Foerster, J., & Knobe, M. (2015). The 'Aachen Falls Prevention Scale' - development of a tool for self-assessment of elderly patients at risk for ground level falls. *Patient Saf Surg*, 9, 7. doi:10.1186/s13037-014-0055-0
- Pega, F., Kvizhinadze, G., Blakely, T., Atkinson, J., & Wilson, N. (2016). Home safety assessment and modification to reduce injurious falls in community-dwelling older adults: cost-utility and equity analysis. *Inj Prev*; 22(6):420-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/injuryprev-2016-041999>
- Rodríguez- Molinero, A., Narvaiza, L., Gálvez-Barrón, S., *et al.* (2015). Falls in the Spanish elderly population: Incidence, consequences and risk factors. *Rev Esp Geriatr Gerontol*; 50(6):274-80. doi: 10.1016/j.regg.2015.05.005. Epub 2015 Jul 10.
- Pereira, D. (2010). O ato de aprender e o sujeito que aprende. *Const. Psicopedag.*; 18(16):112-28.
- Rimland, J.M., Abraha, I., Dell'Aquila, G. *et al.* (2016). [Effectiveness of Non-Pharmacological Interventions to Prevent Falls in Older People: A Systematic Overview. The SENATOR Project ONTOP Series. PLoS One.](#) 25;11(8):e0161579. doi: 10.1371/journal.pone.0161579. eCollection 2016.
- Rimland, J. M., Abraha, I., Dell'Aquila, G., *et al.* (2017). Non-pharmacological interventions to prevent falls in older patients: Clinical practice recommendations – the SENATOR ONTOP Series. *EGM*; 8(5-6),413-8. doi: 10.1016/j.eurger.2017.07.013
- Rodrigues, P. (2012). A importância do treino de atividade de vida diária face à qualidade de vida do idoso em Situação de Acidente Vascular Cerebral. Dissertação de Mestrado. Santarém: Escola Superior de saúde de Santarém.

- Sampaio, R. & Mancini, M. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev Bras Fisioter*; 11(1), 83–89. doi: 10.1590/S1413-35552007000100013
- Schub, T. & Engelk, Z. (2017). Patient Education: Teaching the Patient about Safe Use of Mobility Aids. *CINAHL Nursing Guide*. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T704849&site=nrc-live>
- Soares Branco, P.P.V.G. (2013). *Avaliação e modificação do risco de queda em idosos com recurso à posturografia dinâmica computadorizada*. Tese de doutoramento. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
- Spiva, L., Robertson, B., Delk, M. L., Patrick, S., Kimrey, M. M., Green, B., & Gallagher, E. (2014). Effectiveness of team training on fall prevention. *J Nurs Care Qual*, 29(2):164-73. doi:10.1097/NCQ.0b013e3182a98247
- Stubbs, B., Brefka, S., & Denking, M. D. (2015). What Works to Prevent Falls in Community-Dwelling Older Adults? Umbrella Review of Meta-analyses of Randomized Controlled Trials. *Phys Ther*, 95(8): 1095–1110. doi: <https://doi.org/10.2522/ptj.20140461>
- Sousa, L.M.M, Marques-Vieira, C., Caldevilla, M.N.G.N., Henriques, C.M.A.D., Severino, S.S.P., & Caldeira, S. (2016). Instrumentos de avaliação do risco de quedas em idosos residentes na comunidade. *Enfermaria Global*; 42: 506-521. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/b65a/6f1686150cd91f317b413c4a180abeb64e19.pdf>
- Terroso, M., Rosa, N., Torres Marques, A., & Simoes, R. (2014). Physical consequences of falls in the elderly: A literature review from 1995 to 2010. *Eur Rev Aging Phy Act*, 11(1): 51–59. doi: 10.1007/s11556-013-0134-8
- Torgerson, D. J., Pighills, A. C., Sherrington, C., Stark, S., Lamb, S. E., & Clemson, L. (2019). Environmental interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1–14. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013258>
- Turner, S., Kisser, R., & Rogmans, W. (2015). Falls among older people in the EU-28: key facts from the available statistics. Amesterdão: EuroSafe.
- UNFPA. (2012). Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. *Fundo de População Das Nações Unidas (UNFPA)*, 12. <https://doi.org/978-0-89714-981-5>

Wilson, N., Kvizhinadze, G., Pega, F., Nair, N., & Blakely, T. (2017). Home modification to reduce falls at a health district level: Modeling health gain, health inequalities and health costs. *PLoS ONE*, *12*(9), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184538>

Villiers, L., & Kalula, S. Z. (2015). An approach to balance problems and falls in elderly persons. *S Afr Med J*, *105*(8): 695. doi: <https://doi.org/10.7196/SAMJnew.8037>

APÊNDICE I – Revisão Integrativa de Literatura: A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prevenção de quedas na pessoa idosa residente na comunidade.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

9º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Revisão Integrativa de Literatura

**Intervenções de enfermagem no espaço físico da casa para
prevenir a queda no idoso.**

Discente: Bebiano Santos, nº 8427

Docente Orientador: Profª Cristina Baixinho

Lisboa,

novembro de 2018

**Intervenções de enfermagem no espaço físico da casa para prevenir a queda no idoso:
Revisão Integrativa da Literatura**

Bebiano Will dos Santos¹; Cristina Lavareda Baixinho²

1 – Mestrando em Enfermagem de Reabilitação; USF-Rodrigues Miguéis; Lisboa; Portugal.

2 – Doutora em Enfermagem, UI&DE, CiTechCare; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Lisboa; Portugal.

Resumo: As quedas são um síndrome geriátrico complexo com consequências nefastas para a funcionalidade da população idosa mais vulnerável. Os eventos adversos que resultam em lesão associados ao medo de nova queda geram um ciclo vicioso promotor de imobilidade, isolamento social, declínio físico e mental. A investigação sobre o tema tem sido frutífera, mas está muito centrada nos fatores de risco do domínio biofisiológico. A evidência sobre as intervenções para controlar o risco ambiental é menor, usualmente associada a outras intervenções, o que dificulta a análise do seu custo-efetividade. Esta revisão Integrativa da Literatura tem por objetivo identificar as intervenções de enfermagem de reabilitação no espaço físico da habitação do idoso que promovam a segurança e a acessibilidade ‘dentro de portas’. Foram definidos critérios de elegibilidade para a amostra bibliográfica e os 13 estudos que a constituem respondem à questão de investigação. As intervenções sobre o ambiente da habitação do idoso que promovem a segurança, controlo do risco e aumentam a mobilidade e qualidade de vida estão organizadas em cinco categorias: avaliação do risco ambiental; aconselhamento sobre modificações ambientais; adaptação do espaço e equipamentos; assessoria na aquisição de produtos de apoio que aumentem a segurança do ambiente e estratégias cognitivo-comportamentais que aumentam a segurança do idoso na utilização do espaço físico da casa.

Palavras-chave: Idoso; Queda; Habitação; Enfermagem; Reabilitação; Segurança de Equipamentos.

Abstract:

Keywords: Elderly; Accidental Falls; Housing; Nursing; Rehabilitation; Equipment Safety.

Introdução

As quedas são a terceira causa de incapacidade crônica em idosos. Reconhecidas como uma “*growth area*”, pelo impacto negativo que têm na funcionalidade do idoso, sendo responsáveis por uma elevada morbidade, mortalidade, sofrimento e aumento do custo com o tratamento das lesões secundárias a este evento (Houry, Florence, Baldwin, Stevens & McClure, 2016; Oliveira, Baixinho & Henriques, 2018).

A prevalência de quedas é elevada na população idosa, cerca de 30% cai, pelo menos, uma vez por ano e uma em cada cinco exige cuidados de saúde, porque provoca lesões moderadas ou graves, tendo um em cada dez incidentes de queda como resultado uma fratura (Baixinho & Dixe, 2016; Oliveira, Baixinho & Henriques, 2018). Mitchell, Aitken e Court-Brown (2013) relatam que 1/3 dos idosos caem em contexto comunitário sendo que a queda em casa tem consequências graves, porque é geradora de incapacidade funcional e contribui para o aumento da dependência do idoso, e é, uma das principais causas de institucionalização dos idosos, todavia, a institucionalização vai continuar a afetar o idoso já que a prevalência de queda é superior nestes locais (Baixinho & Dixe, 2015; Rodriguez-Moliner *et al.*, 2015). Assim, as quedas, pela sua prevalência e impacto no indivíduo, família e sociedade, constituem uma preocupação para a saúde pública (Avin *et al.*, 2015).

Pelo supracitado, a implementação de uma política de prevenção de queda nesta população desafia os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros de reabilitação dos cuidados de saúde primários, a identificarem os fatores de risco e a implementarem medidas individuais preventivas adequadas, nomeadamente a introduzir medidas que aumentem a segurança do ambiente (espaço físico e acessibilidades) da habitação (Gillespie *et al.*, 2012; Kim *et al.*, 2015; Sherrington *et al.*, 2016). A intervenção deve visar a prevenção da queda, mas também a sua recorrência. Todavia, a revisão da literatura leva-nos a corroborar a opinião de Oliveira, Baixinho e Henriques, (2018) ao afirmarem que as *guidelines* internacionais e os resultados da investigação não atribuem o valor devido à visita domiciliária do enfermeiro e às intervenções que este pode implementar em casa da pessoa idosa, sobretudo nas que estão mais vulneráveis.

Na investigação de Luck *et al.* (2013) os resultados apontam que a assessoria na modificação ambiental e reforço comportamental diminuem a prevalência de quedas. Para além destas alterações, incutir visões adaptativas e realistas sobre o risco de queda através da reestruturação cognitiva, aumentar a atividade e o comportamento seguro através da definição de metas e o planeamento de ações, ajuda a minimizar as preocupações sobre a possibilidade de um evento

adverso, a evasão de atividade relacionada com o medo de queda e a incapacidade (Dorresteijn *et al.*, 2016).

É consensual que as intervenções, de cuidados saúde primários, prestadas no domicílio permitem prestar serviços a populações com diferentes riscos para a saúde e possibilitam uma diversidade de cuidados que abrange desde a prevenção de quedas até aos cuidados paliativos (Behm, Ivanoff & Zidén, 2013). Os programas de visitas preventivas favorecem a manutenção da saúde e independência e consequentemente previnem incapacidades e hospitalizações desnecessárias, reduzindo custos (Behm, Ivanoff & Zidén, 2013; Oliveira, Baixinho & Henriques, 2018).

A visita domiciliária por si só, é uma estratégia importantíssima para a avaliação do risco de queda relacionado com fatores ambientais (Grant *et al.*, 2014), para a prevenção da queda nas pessoas mais velhas na comunidade (Luck *et al.*, 2013), não só pela intervenção imediata, mas também o planeamento de intervenções futuras, incluindo o envolvimento de outros profissionais (Grant *et al.*, 2014), porém as conclusões dos estudos não são claras quanto à eficácia de algumas intervenções efetuadas no domicílio sobre a redução do risco e prevalência de queda (Mayo-Wilson *et al.*, 2014).

É objetivo desta Revisão Integrativa da Literatura (RIL) identificar as intervenções de enfermagem de reabilitação no espaço físico da habitação do idoso que promovam a segurança e a acessibilidade ‘dentro de portas’.

Método

Este estudo pretende responder à seguinte questão de pesquisa, formulada em consonância com a mnemónica PICO (população, fenómeno de interesse e contexto): Quais as intervenções (de enfermagem de reabilitação) no espaço físico da habitação da pessoa idosa que aumentam a segurança (incluindo acessibilidade) e diminuem o risco, ou a prevalência de quedas? Desta forma, tivemos como principal finalidade explorar as intervenções no domicílio da pessoa idosa para a prevenção de quedas, garantindo acessibilidade e segurança em casa.

A seleção do método justifica-se por permitir a síntese do conhecimento e a incorporação dos resultados de estudos significativos na prática (Sousa *et al.*, 2017). Seguimos o protocolo definido por Mendes, Silveira e Galvão (2008) que compreende seis etapas: (1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa, (2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, (3) definição das informações a serem extraídas, (4) avaliação dos estudos incluídos, (5) interpretação dos resultados e (6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

A seleção de estudos foi realizada de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, previamente definidos: artigos cuja população fosse representada por indivíduos com idade igual ou superior aos 65 anos (P); artigos cujas intervenções tenham tido lugar no espaço físico da casa, que aumentem a segurança, a acessibilidade e tenham impacto, positivo, no risco de cair e na queda (I) e por último, artigos cujo contexto se reporta ao domicílio do indivíduo idoso (Co). Na tabela 1 estão representados os critérios de elegibilidade.

Tabela 1 – Critérios de elegibilidade dos estudos, Lisboa, 2018.

Critérios de inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes: Idosos	Participantes: Adulto Criança
Intervenção: Intervenções no espaço físico da habitação e/ou associadas a modificações ambientais e/ou comportamentos de segurança na utilização do espaço da casa	Intervenção: Intervenções sobre os fatores de risco intrínsecos
Contexto Estudos em ambiente domiciliar	Contexto Estudos efetuados com idosos hospitalizados ou institucionalizados

A pesquisa foi realizada de maio a junho de 2018, nos idiomas de português, espanhol e inglês nas bases de dados disponíveis nos motores de busca da EBSCO, B-On, SCOPUS, ISI (Web of Science) e JBI. Restringiu-se a pesquisa aos anos de 2013 a 2018. Os termos de busca (descritores Mesh) utilizados na pesquisa booleana foram: (“interventions” or “prevention”) and (“community” or “home visit” or “home hazard modification” or home modifications) and (“elderly” or “aging”) and (“falls” or “accidental falls”) and (architectural accessibility or safety or security measures or equipment safety or patient safety).

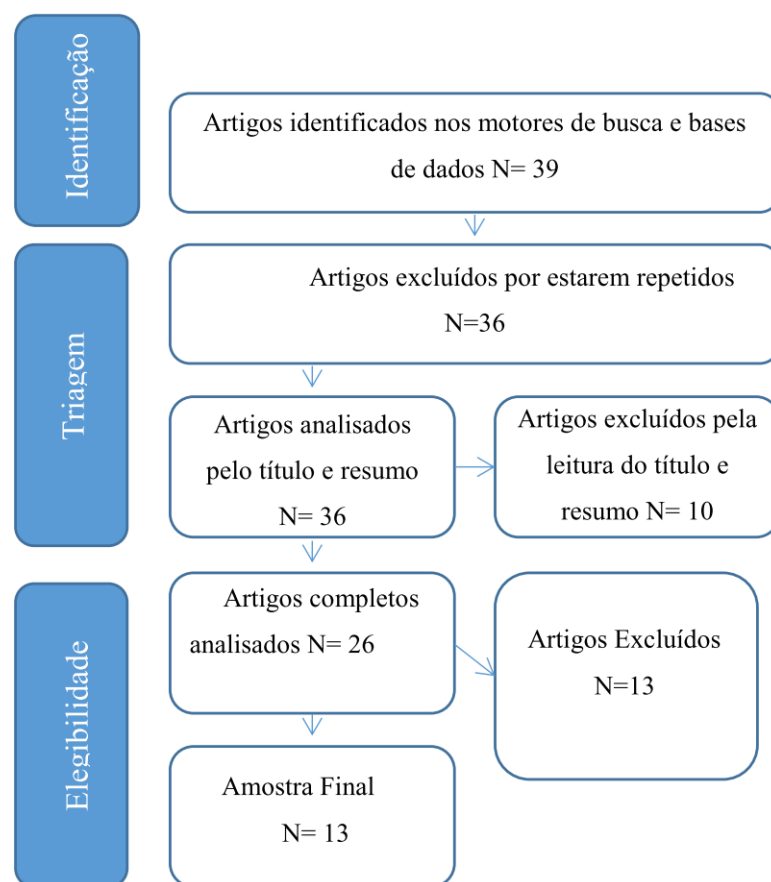
Determinou-se as informações a serem extraídas dos estudos e construiu-se um instrumento com identificação do título do artigo/obra; autor(es), ano de publicação, tipo de artigo; objetivo(s), métodos (se aplicável); avaliação do rigor metodológico; nível de evidência e principais resultados/conclusões.

A informação extraída que permitia dar resposta à questão de pesquisa foi submetida a análise de conteúdo. Na definição das categorias garantiu-se a representatividade, a exaustividade, a homogeneidade e a pertinência das mesmas para o objeto de estudo. Dois investigadores fizeram a codificação, que foi posteriormente aferida pelos outros para aumentar a fidedignidade da análise.

Resultados

Com recurso à estratégia acima descrita, foram identificados 39 artigos nas diferentes bases de dados. Pela leitura do título e autores excluíram-se 3 por se repetirem. A análise do resumo permitiu excluir 10 artigos que não cumpriam os critérios de inclusão. Após leitura integral de 26 artigos, metade foi excluída por não responder à questão de investigação, os restantes 13 artigos constituem a amostra bibliográfica final (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos, elaborado a partir das recomendações PRIS-MA. Lisboa; 2018.



Os estudos obtidos nesta RIL, e que constituem a amostra bibliográfica, são heterogéneos, quanto aos objetivos, método e resultados. Apesar da diferença das fontes e da metodologia, a sua interpretação permite dar resposta à questão de investigação. As 13 publicações têm níveis de evidência diferentes, métodos e resultados, conforme o descrito na Tabela 2.

Tabela 2 – Amostra Bibliográfica, Lisboa, 2018.

Código	Autores (ano)	Tipo de Estudo	Principais Resultados
E1	Oliveira, Baixinho e Henriques (2018)	Scoping review	A assessoria na modificação ambiental e reforço comportamental diminuem a prevalência de quedas. A visita domiciliar por si, é uma estratégia importantíssima para a avaliação do risco de queda relacionado com fatores ambientais, possibilitando não só a intervenção imediata, mas também o planeamento de intervenções futuras.
E2	Oxtoby (2017)	Revisão da literatura	A mera verificação de segurança de casas pode ajudar a identificar e prevenir os riscos de queda, nomeadamente se o indivíduo idoso usa calçados/chinelos desgastados, se há fios soltos, presença de tapetes soltos, e se a iluminação é inadequada - especialmente em corredores e escadas. A capacitação de profissionais de saúde sobre o risco de quedas de um paciente mais velho é uma parte vital do processo de prevenção. Esta avaliação deve ser realizada por um profissional de saúde com habilidades e experiência apropriadas (especialista).
E3	Cabrita e José (2013)	Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa	Os idosos da ECCI estão sujeitos a determinados fatores (ambientais) que a literatura caracteriza como representativos riscos de quedas, os quais podem ser minimizados ou eliminados através da implementação de medidas preventivas de gestão de risco e promoção da segurança da pessoa idosa na comunidade.
E4	Palvanen et al. (2014)	Estudo randomizado	O programa de prevenção multifatorial que inclui a modificação ambiental é eficaz na prevenção de quedas, reduz a taxa de quedas e lesões relacionadas em quase 30%.
E5	Avin et al. (2015)	Revisão Sistemática	Há evidências de que quedas podem ser prevenidas através da triagem de fatores de risco e pela prescrição de intervenções adaptadas de avaliação ambiental. Recomenda uma especial atenção para tapetes soltos e a avaliação de pés e calçado. Recomendam a avaliação e modificação do ambiente da casa para pessoas idosas que caíram e os que estão em risco de quedas. A avaliação de risco em casa não deve ser conduzida sem acompanhamento e modificação.
E6	Kamei et al. (2015)	Estudo randomizado	O grupo de intervenção recebeu informação e assessoria sobre segurança ambiental na residência usando uma maquete residencial. As quedas ocorridas em casa às 52 semanas foram reduzidas 11,7% no grupo de intervenção em comparação com o controlo grupo (HR = 0,397, IC 95% = 0,151-1,045; log-rank teste, P = 0,052), mas não apresentou redução significativa de riscos de queda em casa. A informação sobre os fatores de risco ambiental e comportamentos relacionados com a modificação ambiental diminuiu a prevalência em 12 semanas, nos idosos com 75 anos, em 18,5%.
E7	Maggi et al. (2018)	Quasi-experimental	A modificação ambiental foi associada à redução de risco de quedas nos idosos mais vulneráveis. As modificações em casa contribuem para a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa bem como para a manu-

			tenção da mesmo no domicílio por mais tempo.
E8	Wilson, Kvizhinadze, Pega, Nair e Blakely (2017)	Estudo de modelagem	Os resultados da intervenção, que inclui avaliação da segurança e modificações ambientais na casa do idoso, apontam para que esta possa produzir consideráveis ganhos de saúde e ser custo-efetiva. Os investigadores recomendam a sua implementação nas pessoas idosas com quedas prejudiciais anteriores por pelo seu potencial económico.
E9	Pega, Kvizhinadze, Blakely, Atkinson e Wilson (2016)	Estudo de modelagem	Os resultados da intervenção, que inclui avaliação da segurança e modificações ambientais na casa do idoso, provam que há vantagens económicas. Direcionar a intervenção para pessoas idosas com quedas anteriores é uma abordagem inicial promissora.
E10	Ueda et al. (2017)	Estudo randomizado	O programa de educação no grupo de intervenção com modificação de pavimento foi importante para reduzir as quedas nos idosos após alta hospitalar de um serviço ortopédico. O grupo de intervenção teve 75% menos quase-quedas em comparação com o grupo controle (hazard ratio, 0.25; 95% confidence interval, 0.09–0.75).
E11	Rimland et al. (2017)	Estudo metodológico, qualitativo (Painel de peritos)	Aos idosos residentes na comunidade, com alto risco de cair, é recomendada a avaliação de segurança em casa e modificação, para reduzir a prevalência (forte recomendação, evidência de qualidade moderada).
E12	Stark et al. (2018)	Estudo randomizado	A modificação domiciliária é viável e recomendada para idosos com vulnerabilidade na comunidade. O grupo de intervenção diminuiu a prevalência, o risco e melhorou o desempenho da atividade diária em 12 meses em comparação com o grupo controle (F = 4,13; p = 0,024).
E13	Rimland et al. (2016)	Revisão Sistemática	Os riscos ambientais são causas frequente de quedas em idosos. A intervenção ambiental deve, por esta razão, incluir a avaliação da segurança e dos riscos de casa, bem como a realização de modificações (por exemplo, empregando altos níveis de iluminação e de noite luzes para a iluminação baixa e desigual, substituir pisos escorregadios por pisos antiderrapantes, retirar ou colocar tapetes soltos, abrindo caminhos para passagens obstruídas, a instalação de barras de apoio quando ausente no banheiro (chuveiro, banheira, WC), usando um elevador de sanitário quando necessário, instalação de corrimãos, quando não está presente em escadas, modificando escadas ou a instalação de rampas em escadas íngremes ou estreitas. Esta intervenção complexa reduziu a taxa e o número de quedas, mas apenas em indivíduos com maior risco de queda (pessoas com histórico de queda ou fatores de risco).

A análise de conteúdo aos artigos da amostra permitiu identificar seis categorias relacionadas com a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação: 1) avaliação do

risco ambiental; 2) aconselhamento sobre modificações ambientais; 3) adaptação do espaço e equipamentos; 4) assessoria na aquisição de produtos de apoio que aumentem a segurança do ambiente e 5) estratégias cognitivo-comportamentais que aumentam a segurança do idoso na utilização do espaço físico da casa.

Discussão

A amostra bibliográfica desta investigação é constituída por 13 estudos que obedecem aos critérios de elegibilidade previamente definidos e que permitem dar resposta à questão de investigação.

As investigações são heterogéneas do ponto de vista do desenho do estudo e em termos de amostra, intervenção implementada, conceitos usados, medidas e momentos de avaliação da efetividade da intervenção o que dificulta a comparação dos resultados. Predominam os estudos primários (n= 9) a investigação quantitativa (n=8), com quatro RCT, dois estudos de modelagem, um estudo quasi-experimental, um estudo descritivo, quatro estudos são revisões aprofundadas da literatura e um estudo é qualitativo e metodológico (painel de peritos).

Na maioria dos estudos a amostra diz respeito a idosos. Todavia, no E11 os participantes foram profissionais de saúde (médicos geriátricos, um epidemiologista, um investigador de enfermagem). Nos estudos de natureza quantitativa as médias de idades dos idosos são diferentes, bem como os critérios de inclusão relativos a esta variável, por exemplo no estudo 4, os 1314 idosos tinham idade igual ou superior a 70 anos, o que pode alterar os resultados e dificulta comparações, com as outras pesquisas. O aumento da idade tem sido associado ao aumento do risco, da prevalência e das lesões associadas à queda, sendo que a maior prevalência de risco de queda (50,5%) é encontrada nos idosos com idade \geq 80 anos (Hammarlund, Hagell & Westergren, 2016).

O fator idade é importante, apesar dos idosos serem estereotipados como um grupo homogéneo não o são, e a diferença de idades entre os 65 anos e os 92 anos (E1) implica diferenças grandes do ponto de vista da experiência única de envelhecimento e da probabilidade da existência, ou não, de declínio funcional e cognitivo, e por isso a abordagem na prevenção da queda e da sua recorrência, a gestão do risco ambiental, e não só, bem como da implementa-

ção de intervenções deve ser adequada a essa heterogeneidade (Oliveira, Baixinho & Henriques, 2018).

Em relação à categoria avaliação do risco ambiental emerge a indicação que os idosos residentes na comunidade, sobretudo os que têm alto risco de queda, devem ter uma avaliação de segurança da sua casa (Rimland et al., 2017). A visita domiciliária, para esse efeito, pode, por si, ajudar a identificar e prevenir os riscos de queda (Avin et al., 2015; Oxtoby, 2017), promovendo a prescrição de intervenções individualizadas e adaptadas a partir da identificação dos riscos ambientais (Avin et al., 2015; Rimland et al., 2017), possibilitando não só a intervenção imediata, mas também o planeamento de intervenções futuras, incluindo o envolvimento de outros profissionais (Grant *et al.*, 2014), com impacto na satisfação do cliente (Behm, Ivanoff & Zidén, 2013) e este indicador de avaliação não deve ser descurado (Oliveira, Baixinho & Henriques, 2018).

Nesse sentido, afiguram-se como de elevada importância para o idoso em casa, as intervenções do EEER enquanto membro de uma especialidade multidisciplinar e dotado de conhecimentos e práticas específicas, capazes de garantir ao utente a maximização do seu potencial de funcionalidade e independência (OE, 2010). Para a consecução de tal desígnio são enunciados os seguintes objetivos:

promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010, p.1).

Todavia, estas recomendações continuam a ser um desafio importante tanto ao nível dos profissionais, como dos decisores políticos a adequação da avaliação do risco e da implementação das medidas preventivas que o controlam (Grant *et al.*, 2014), até porque os resultados da intervenção provam que há vantagens económicas nesta associação (Pega et al, 2016).

No estudo Behm, Ivanoff e Zidén (2013) os investigadores avaliaram a variação na experiência de idosos com idade igual ou superior a 80 anos em relação a uma única visita domiciliária preventiva e concluem que a visita domiciliária preventiva, estruturada, pode empoderar os participantes, fortalecer a autoestima, dar informações que permitem o controlo e torna os idosos mais conscientes da importância da prevenção para se manterem ativos durante mais tempo.

No que concerne ao aconselhamento sobre as modificações ambientais os achados demonstram que há evidência de que quedas podem ser evitadas através desta intervenção (Avin et al., 2015). O aconselhamento deve incidir sobre todos os fatores de risco que afetem a segurança do idoso, com uma recomendação de especial atenção para os tapetes soltos e a avaliação de pés e calçado (Avin et al., 2015). Luck *et al.* (2013) apontam que a assessoria na modificação ambiental e o reforço comportamental diminuem a prevalência de quedas e os 159 estudos que integram a revisão sistemática da literatura da Cochrane, amplamente aceita pela comunidade científica e várias vezes citada na bibliografia específica sobre o tema, reforçam-no ao aconselhar as mudanças no ambiente da casa que diminuam os obstáculos e aumentem a mobilidade e a segurança (Gillespie *et al.*, 2012).

As orientações sugerem que a avaliação e a modificação do ambiente da casa devam ser prioritárias para as pessoas idosas que caíram e para as que têm alto risco de queda (Avin et al., 2015), facilitando a gestão dos recursos humanos e promovendo a discriminação positiva na introdução das intervenções necessárias. Corroboram para a mesma linha de ação, as técnicas específicas do EEER com especial incidência na capacitação do utente, familiares e/ ou cuidadores, garantindo a continuidade de cuidados na comunidade como forma de melhoria de qualidade de vida e plena integração na sociedade (OE, 2010).

De salientar que os resultados de Kamei et al. (2015) com a utilização de uma maquete residencial para informar e assessorar os idosos em relação à questão da segurança habitacional, traduzem-se com eficiência na diminuição da prevalência de quedas nos idosos com idade igual ou superior a 75 anos. Estudos futuros deverão explorar o impacto de outras estratégias, nomeadamente as novas tecnologias como um recurso para a clínica, possibilitando uma melhor gestão dos recursos e disseminando a evidência.

Na categoria adaptação de espaço e equipamentos incluem-se as intervenções efetivas que introduzem mudanças no espaço da casa. De salientar, que o programa de prevenção multifatorial levado a cabo por Palvanen *et al.* (2014) que incluiu a modificação ambiental demonstrou ser eficaz na prevenção de quedas, reduzindo a taxa de quedas e lesões relacionadas em quase 30%.

Para além do aconselhamento os profissionais devem conduzir e acompanhar as alterações (Avin *et al.*, 2015), motivando o idoso e a sua família para a modificação efetiva do risco, ponderando o custo-efetividade, bem como os recursos económicos e da comunidade disponíveis para o efeito. Algumas modificações podem não implicar gastos elevados, como por

exemplo, o retirar tapetes, afastar mobiliário que dificulta a mobilidade ‘dentro portas’, retirar fios soltos, entre outros. (Rimland *et al.*, 2016; Oxtoby, 2017).

Os estudos de impacto económico apontam que esta intervenção pode produzir ganhos consideráveis de saúde e ser custo-efetiva, por isso os investigadores recomendam a sua implementação nas pessoas idosas com quedas anteriores (Pega *et al.*, 2016; Wilson *et al.*, 2017), diminuindo a prevalência, o risco e melhorando o desempenho na atividade diária (Stark *et al.*, 2018).

Apesar de poder haver alguma resistência às mudanças importa que o idoso compreenda que as modificações em casa contribuem tanto para a melhoria da qualidade de vida bem como para a sua manutenção no domicílio por mais tempo (Maggi *et al.*, 2018).

Em grupos com condições de saúde específicos, como por exemplo, ter sofrido queda anterior com fratura, a introdução de uma intervenção singular como a modificação de pavimento foi importante para reduzir as quedas nos idosos após alta hospitalar de um serviço ortopédico, com o grupo de intervenção a ter 75% menos quase-quedas em comparação com o grupo controle (Ueda *et al.*, 2017).

Em relação à assessoria na aquisição de produtos de apoio que aumentem a segurança do ambiente Rimland *et al.* (2016) recomendam um conjunto de intervenções ambientais que envolvem a assessoria na aquisição de produtos de apoio que promovam a segurança da casa, tais como: sistema de luzes que permitam a iluminação adequada dos espaços, nomeadamente durante a noite; a substituição do piso ou adaptação para soluções antiderrapantes; a aquisição e instalação de barras de apoio para facilitar a independência no autocuidado (higiene, arranjo pessoal e eliminação); escolha e utilização de alteador que facilite o sentar e levantar da sanita; seleção e instalação de corrimãos nos corredores e nas escadas para facilitar o apoio na marcha e no subir e descer as escadas e até na assessoria na escolha de materiais para a transformação de escadas em rampas. Como podemos perceber, a interdisciplinaridade é, a todos os níveis um fator inerente a este processo. No entanto, importa sublinhar que caberá ao EE-ER a orientação no sentido de minimizar os efeitos nocivos de barreiras arquitetónicas no domicílio do utente (OE, 2010), assumindo o papel de assessor junto à família para assuntos relacionados com alterações do ambiente, aquisição de materiais e eventual utilização de dispositivos de apoio.

Na categoria relacionada com as estratégias cognitivo-comportamentais que aumentam a segurança do idoso na utilização do espaço físico da casa, incluem-se as ações que promovam a

motivação do idoso para adequar a segurança da casa às suas necessidades específicas e manter um conjunto de comportamentos seguros na utilização dos espaços e equipamentos. O recurso a estratégias cognitivo-comportamentais tem um efeito positivo na redução da mortalidade, da institucionalização, das quedas, do declínio funcional e da institucionalização, (Oliveira, Baixinho & Henriques, 2018). Na pesquisa conduzida por Dorresteijn e colaboradores (2016) o recurso a estratégias cognitivo-comportamentais mostrou também efeitos positivos na redução da evicção da atividade associado ao medo de cair. A ptofobia tem consequências físicas e psicossociais, que aumentam a probabilidade de declínio funcional, de ocorrência de queda, por falta de confiança na realização das AVD, restrição de atividade e menor participação social (Baixinho & Dixe, 2016).

Limitações

As limitações do estudo prendem-se com os critérios previamente definidos, nomeadamente a inclusão de artigos publicados em inglês, português e espanhol em detrimento de outros idiomas, o que pode ter empobrecido os achados.

Conclusões

O objetivo desta revisão RIL foi explorar e mapear as intervenções no domicílio da pessoa idosa com vista à prevenção de quedas, garantindo acessibilidade e segurança em casa. As intervenções identificadas foram organizadas em cinco categorias: avaliação do risco ambiental; aconselhamento sobre modificações ambientais; adaptação do espaço e equipamentos; assessoria na aquisição de produtos de apoio que aumentem a segurança do ambiente e estratégias cognitivo-comportamentais que aumentam a segurança do idoso na utilização do espaço físico da casa.

Importa sublinhar a escassa produção de artigos relacionados com o tema em análise, comparativamente aos relacionados com os fatores de risco biofisiológico e as medidas preventivas para esses fatores de risco. Mesmo nos estudos que abordam a questão do controlo do risco ambiental, são poucos aqueles cuja orientação está dirigida única e exclusivamente para o ambiente enquanto fator preditor para o risco de quedas.

Assim, na sua grande maioria, o ambiente surge referido como uma das intervenções integradas no universo de outras variáveis como o exercício físico, força muscular, a nutrição, e a revisão terapêutica. Isto leve-nos a concluir que tais estudos se guiam por uma dimensão mul-

tifatorial com vista à exploração das causas de ocorrência e risco de quedas na população idosa. Todavia, os autores são consensuais acerca da importância de tornar seguro o ambiente da casa da pessoa idosa. Nesse sentido, chamamos a atenção sobre a necessidade de investigação numa área que se afigura como relevante para a saúde pública e particularmente para a Enfermagem de Reabilitação.

Os achados desta revisão promovem a discussão clínica sobre as intervenções clínicas a implementar na casa do idoso, com queda anterior ou com alto risco de cair e levanta questões importantes para investigações futuras.

Referências

Avin, K. C., Hanke, T. A., Kirk-sanchez, N., Mcdonough, C. M., Shubert, T. E., Hardage, J., & Hartley, G. (2015). Management of Falls in Community- Dwelling Older Adults: Clinical Guidance Statement From the Academy of Geriatric Physical Therapy of the American Physical Therapy Association. *Phys Ther*, 95(6), 815–834. doi: 10.2522/ptj.20140415. Epub 2015 Jan 8.

Baixinho, C.L., & Dixe, M.A. (2015). Falls in institutions for older adults: characterization of fall occurrences and associated risk factors. *Rev. Eletr. Enf*; 17(4). doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.31858>.

Baixinho, C.L., & Dixe, M.A. (2016). Valuation of fall risk factors by elderly. *IJMSCI*; 3(12): 2496-2508. doi: <https://dx.doi.org/10.18535/ijmsci/v3i12.16>

Behm, L., Ivanoff, S.D., & Zidén, L. (2013). Preventive home visits and health – experiences among very old people. *BMC Public Health*;23(13):378. doi: 10.1186/1471-2458-13-378.

Cabrita, M.F.G., & José, H.M.G. (2013). The elderly person in the equipe de cuidados continuados integrados: nursing program for prevention of falls. *Revista de Enfermagem UFPE on line [em linha]* 7:1 (2013) 96-103. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i1a10209p96-103-2013>

Dorresteijn, T.A.C., Rixt Zijlstra, G.A., Ambergen, A.W., Delbaere, K., Vlaeyen, J.W.S., & Kempen, G.I.J.M., (2016). Effectiveness of a home-based cognitive behavioral program to manage concerns about falls in community-dwelling, frail older people: results of a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*; 6(16):2. doi: 10.1186/s12877-015-0177-y

Gillespie, L.D., Robertson, M.C., Gillespie, W.J., et al. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Is-

sue 2. Art. No.: Cd007146. doi:10.1002/145651858.CD007146.pub2, 2012.

Grant, S., Parsons, A., Burton, J., Montgomery, P., Underhill, K., & Mayo-Wilson, E. (2014). Home Visits for Prevention of Impairment and Death in Older Adults: A Systematic Review. *Campbell Systematic Reviews* 2014:3. doi: 10.4073/csr.2014.3

Hammarlund, C.S., Hagell, P., & Westergren, A. (2016). Fall Risk and Its Associated Factors among Older Adults without Home-Help Services in a Swedish Municipality. *BMC Geriatr.* 2016; 16: 2. doi: [10.1186/s12877-015-0177-y](https://doi.org/10.1186/s12877-015-0177-y)

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. *Am J Lifestyle Med.*;10(1):74-77. doi: 10.1177/1559827615600137.

Kamei, T. , Kajii, F. , Yamamoto, Y. , Irie, Y. , Kozakai, R. , Sugimoto, T. , Chigira, A. & Niino, N. (2015). Home modification for fall reduction. *Japan Journal of Nursing Science*, 12: 184-197. doi:[10.1111/jjns.12059](https://doi.org/10.1111/jjns.12059)

Kim, E.J., Arai, H., Chan, P., Chen, L.K., Hill, K.D., Kong, B., & Won, C.W. (2015). Strategies on fall prevention for older people living in the community: A report from a round-table meeting in IAGG 2013. *JCGG.*; 6(2):39-44. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2015.02.004>

Luck, T., Motzek, T., Luppa, M., *et al.* (2013). Effectiveness of preventive home visits in reducing the risk of falls in old age: a randomized controlled trial. *Clin Interv Aging.*; 8:697-702. doi: 10.2147/CIA.S43284. Epub 2013 Jun 12.

Maggi, P., Almeida Mello, J. de, Delye, S., Cès, S., Macq, J., Gosset, C., & Declercq, A. (2018). Fall determinants and home modifications by occupational therapists to prevent falls: Facteurs déterminants des chutes et modifications du domicile effectuées par les ergothérapeutes pour prévenir les chutes. *Can J Occup Ther.* 85(1):79–87. doi: <https://doi.org/10.1177/0008417417714284>

Mayo-Wilson, E., Grant, S., Burton, J., *et al.* (2014) Preventive Home Visits for Mortality, Morbidity, and Institutionalization in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 9(3): e89257. doi:10.1371/journal.pone.0089257

Mendes, K.D.S., Silveira, R.C.C.P., & Galvão, C.M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*;17(4):758-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

Mitchell, S.E., Aitken, S.A., & Court- Brown, C.M. (2013). The Epidemiology of Fractures Caused by Falls Down Stairs. *ISRN Epidemiology*. Article ID 370340, 6p. doi: <http://dx.doi.org/10.5402/2013/370340>.

- Oliveira, T., Baixinho, C.L., Henriques, M.A. (2018). Prevention of Falls - Interventions in the Home Visits to the Elderly: Scoping Review. *International Journal of Clinical Skills*; 12(1). doi: <http://dx.doi.org/10.4172/Clinical-Skills.1000134>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Oxtoby, K. (2017). Preventing falls in older people. *British journal of community nursing*; 22(1):683. doi: 10.12968/bjcn.2017.22.1.683
- Palvanen, M., Kannus, P., Piirtola, M., Niemi, S., ParKKari, J., & Jarvinem, M. (2014). Effectiveness of the Chaos Falls Clinic in preventing falls and injuries of home-dwelling older adults: A randomised controlled trial. *Injury*. 45(1):265-71. doi: 10.1016/j.injury.2013.03.010. Epub 2013 Apr 8.
- Pega, F., Kvizhinadze, G., Blakely, T., Atkinson, J., & Wilson, N. (2016). Home safety assessment and modification to reduce injurious falls in community-dwelling older adults: cost-utility and equity analysis *Injury Prevention*; 22:420-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/injuryprev-2016-041999>
- Rodríguez- Molinero, A., Narvaiza, L., Gálvez-Barrón, S., *et al.* (2015). Falls in the Spanish elderly population: Incidence, consequences and risk factors. *Rev Esp Geriatr Gerontol*; 50(6):274-80. doi: 10.1016/j.regg.2015.05.005. Epub 2015 Jul 10.
- Rimland, J.M., Abraha, I., Dell'Aquila, G. *et al.* (2016). Effectiveness of Non-Pharmacological Interventions to Prevent Falls in Older People: A Systematic Overview. The SENATOR Project ONTOP Series. *PLoS One*. 25;11(8):e0161579. doi: 10.1371/journal.pone.0161579. eCollection 2016.
- Rimland, J. M., Abraha, I., Dell'Aquila, G., *et al.* (2017). Non-pharmacological interventions to prevent falls in older patients: Clinical practice recommendations – the SENATOR ONTOP Series. *European Geriatric Medicine*, 8(5-6),413-8. DOI: 10.1016/j.eurger.2017.07.013
- Sherrington, C., Michaleff, Z.A., Fairhall, N., *et al.* (2016). Exercise to prevent falls in older adults: an updated systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*; 51(24):1750-8. doi:10.1136/bjsports-2016-096547
- Sousa, L.M.M., Marques-Vieira, C.M.A., Severino, S.S.P., & Antunes, A.V. (2017). A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*. Ser.II(21):17-26.
- Stark, S., Somerville, E., Conte, J., *et al.* (2018). Feasibility Trial of Tailored Home Modifications: Process Outcomes. *Am J Occup Ther* 2017;72(1):7201205020p1-7201205020p10. doi:

10.5014/ajot.2018.021774.

Ueda, T., Higuchi, Y., Imaoka, M., Todo, E., Kitagawa, T., & Ando, S. (2017). Tailored education program using home floor plans for falls prevention in discharged older patients: A pilot randomized controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr.* 71:9-13. doi: 10.1016/j.archger.2017.02.010. Epub 2017 Feb 17.

Wilson, N., Kvizhinadze, G., Pega, F., Nair, N., & Blakely T. (2017). Home modification to reduce falls at a health district level: Modeling health gain, health inequalities and health costs. *PLoS ONE* 12(9): e0184538. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184538>.

**APÊNDICE II - Certificado de participação e apresentação de comunicação no
8º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa**

8^o

CONGRESSO
IBERO-AMERICANO
EM INVESTIGAÇÃO
QUALITATIVA

CERTIFICADO

Certifica-se que **Bebiano Will dos Santos**, participou e apresentou a comunicação “**Intervenções de enfermagem no espaço físico da casa para prevenir a queda no idoso: Revisão Integrativa da Literatura**”, da autoria de **Bebiano Will dos Santos** e **Cristina Baixinho**, no 8^o Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, realizado na ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - Portugal , nos dias 16, 17, 18 e 19 de julho de 2019.

A Comissão Organizadora

Lisboa, 19 de julho de 2019

Coordenadora da Comissão

Coordenador do CIAIQ

Organizadora do CIAIQ2019

Cristina Lavareda Baixinho

Cristina Lavareda Baixinho

António Pedro Costa

António Pedro Costa

Intervenções de enfermagem no espaço físico da casa para prevenir a queda no idoso: Revisão Integrativa da Literatura

Bebiano Will dos Santos¹; Cristina Lavareda Baixinho²

¹ Mestrando em Enfermagem de Reabilitação; USF-Rodrigues Miguéis; Lisboa; Portugal. bebianosantos@campus.esel.pt

² Doutora em Enfermagem, UI&DE, CiTechCare; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Lisboa; Portugal. crbaixinho@esel.pt;

Resumo. As quedas são um síndrome geriátrico complexo com consequências nefastas para a funcionalidade dos idosos mais vulneráveis. A evidência sobre as intervenções para controlar o risco ambiental é menor, o que dificulta a análise do seu custo-efetividade. Esta revisão Integrativa da Literatura tem por objetivo identificar as intervenções de enfermagem de reabilitação no espaço físico da habitação do idoso que promovam a segurança e a acessibilidade 'dentro de portas'. As intervenções sobre o ambiente da habitação do idoso que promovem a segurança, controlo do risco e aumentam a mobilidade e qualidade de vida estão organizadas em cinco categorias: avaliação do risco ambiental; aconselhamento sobre modificações ambientais; adaptação do espaço e equipamentos; assessoria na aquisição de produtos de apoio que aumentem a segurança do ambiente e estratégias cognitivo-comportamentais que aumentam a segurança do idoso na utilização do espaço físico da casa.

Palavras-chave: Idoso; Queda; Habitação; Enfermagem; Segurança de Equipamentos.

Nursing interventions in the physical space of the house to prevent falls in the elderly: Integrative Literature Review

Abstract. Falls are a complex geriatric syndrome with disastrous consequences for the functionality of the most vulnerable elderly. The evidence on interventions to control environmental risk is less, which makes it difficult to analyze its cost-effectiveness. This Integrative Literature Review aims to identify rehabilitative nursing interventions in the physical space of elderly people that promote safety and accessibility 'within doors'. Interventions on the elderly housing environment that promote safety, risk control and increase mobility and quality of life are organized into five categories: environmental risk assessment; advice on environmental changes; adaptation of space and equipment; counseling in the acquisition of support products that increase environmental safety and cognitive behavioral strategies that increase the safety of the elderly in the use of the physical space of the house.

Keywords: Elderly; Fall; Home; Nursing; Equipment Safety.

1 Introdução

As quedas são a terceira causa de incapacidade crónica em idosos. Reconhecidas como uma “*growth area*”, pelo impacto negativo que têm na funcionalidade do idoso, sendo responsáveis por uma elevada morbidade, mortalidade, sofrimento e aumento do custo com o tratamento das lesões secundárias a este evento (Houry, Florence, Baldwin, Stevens & McClure, 2016; Oliveira, Baixinho & Henriques, 2018).

A prevalência de quedas é elevada na população idosa, cerca de 30% cai, pelo menos, uma vez por ano e uma em cada cinco exige cuidados de saúde, porque provoca lesões moderadas ou graves, tendo um em cada dez incidentes de queda como resultado uma fratura (Baixinho & Dixe, 2016; Oliveira, Baixinho & Henriques, 2018). Mitchell, Aitken e Court-Brown (2013) relatam que 1/3 dos idosos caem em contexto comunitário sendo que a queda em casa tem consequências graves,

porque é geradora de incapacidade funcional e contribui para o aumento da dependência do idoso, e é, uma das principais causas de institucionalização dos idosos, todavia, a institucionalização vai continuar a afetar o idoso já que a prevalência de queda é superior nestes locais (Baixinho & Dixe, 2015; Rodriguez-Moliner *et al.*, 2015). Assim, as quedas, pela sua prevalência e impacto no indivíduo, família e sociedade, constituem uma preocupação para a saúde pública (Avin *et al.*, 2015). Pelo supracitado, a implementação de uma política de prevenção de queda nesta população desafia os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros de reabilitação dos cuidados de saúde primários, a identificarem os fatores de risco e a implementarem medidas individuais preventivas adequadas, nomeadamente a introduzir medidas que aumentem a segurança do ambiente (espaço físico e acessibilidades) da habitação (Gillespie *et al.*, 2012; Kim *et al.*, 2015; Sherrington *et al.*, 2016). A intervenção deve visar a prevenção da queda, mas também a sua recorrência. Todavia, a revisão da literatura leva-nos a corroborar a opinião de Oliveira, Baixinho e Henriques, (2018) ao afirmarem que as *guidelines* internacionais e os resultados da investigação não atribuem o valor devido à visita domiciliária do enfermeiro e às intervenções que este pode implementar em casa da pessoa idosa, sobretudo nas que estão mais vulneráveis.

Na investigação de Luck *et al.* (2013) os resultados apontam que a assessoria na modificação ambiental e reforço comportamental diminuem a prevalência de quedas. Para além destas alterações, incutir visões adaptativas e realistas sobre o risco de queda através da reestruturação cognitiva, aumentar a atividade e o comportamento seguro através da definição de metas e o planeamento de ações, ajuda a minimizar as preocupações sobre a possibilidade de um evento adverso, a evasão de atividade relacionada com o medo de queda e a incapacidade (Dorresteijn *et al.*, 2016).

É consensual que as intervenções, de cuidados saúde primários, prestadas no domicílio permitem prestar serviços a populações com diferentes riscos para a saúde e possibilitam uma diversidade de cuidados que abrange desde a prevenção de quedas até aos cuidados paliativos (Behm, Ivanoff & Zidén, 2013). Os programas de visitas preventivas favorecem a manutenção da saúde e independência e conseqüentemente previnem incapacidades e hospitalizações desnecessárias, reduzindo custos (Behm, Ivanoff & Zidén, 2013; Oliveira, Baixinho & Henriques, 2018).

A visita domiciliária por si só, é uma estratégia importantíssima para a avaliação do risco de queda relacionado com fatores ambientais (Grant *et al.*, 2014), para a prevenção da queda nas pessoas mais velhas na comunidade (Luck *et al.*, 2013), não só pela intervenção imediata, mas também o planeamento de intervenções futuras, incluindo o envolvimento de outros profissionais (Grant *et al.*, 2014), porém as conclusões dos estudos não são claras quanto à eficácia de algumas intervenções efetuadas no domicílio sobre a redução do risco e prevalência de queda (Mayo-Wilson *et al.*, 2014).

É objetivo desta Revisão Integrativa da Literatura (RIL) identificar as intervenções de enfermagem de reabilitação no espaço físico da habitação do idoso que promovam a segurança e a acessibilidade 'dentro de portas'.

2 Metodologia

Este estudo pretende responder à seguinte questão de pesquisa, formulada em consonância com a mnemónica PICo (população, fenómeno de interesse e contexto): Quais as intervenções (de enfermagem de reabilitação) no espaço físico da habitação da pessoa idosa que aumentam a segurança (incluindo acessibilidade) e diminuem o risco, ou a prevalência de quedas?. Desta forma, tivemos como principal finalidade explorar as intervenções no domicílio da pessoa idosa para a prevenção de quedas, garantindo acessibilidade e segurança em casa.

A seleção do método justifica-se por permitir a síntese do conhecimento e a incorporação dos resultados de estudos significativos na prática (Sousa et al., 2017). Seguimos o protocolo definido por Mendes, Silveira e Galvão (2008) que compreende seis etapas: (1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa, (2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, (3) definição das informações a serem extraídas, (4) avaliação dos estudos incluídos, (5) interpretação dos resultados e (6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

A seleção de estudos foi realizada de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, previamente definidos: artigos cuja população fosse representada por indivíduos com idade igual ou superior aos 65 anos (P); artigos cujas intervenções tenham tido lugar no espaço físico da casa, que aumentem a segurança, a acessibilidade e tenham impacto, positivo, no risco de cair e na queda (I) e por último, artigos cujo contexto se reporta ao domicílio do indivíduo idoso (Co). Na tabela 1 estão representados os critérios de elegibilidade.

Tabela 1 – Critérios de elegibilidade dos estudos, Lisboa, 2018.

Critérios de inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes: Idosos	Participantes: Adulto Criança
Intervenção: Intervenções no espaço físico da habitação e/ou associadas a modificações ambientais e/ou comportamentos de segurança na utilização do espaço da casa	Intervenção: Intervenções sobre os fatores de risco intrínsecos
Contexto Estudos em ambiente domiciliar	Contexto Estudos efetuados com idosos hospitalizados ou institucionalizados

A pesquisa foi realizada de maio a junho de 2018, nos idiomas de português, espanhol e inglês nas bases de dados disponíveis nos motores de busca da EBSCO, B-On, SCOPUS, ISI (Web of Science) e JBI. Restringiu-se a pesquisa aos anos de 2013 a 2018. Os termos de busca (descritores Mesh) utilizados na pesquisa booleana foram: (“interventions” or “prevention”) and (“community” or “home visit” or “home hazard modification” or home modifications) and (“elderly” or “aging”) and (“falls” or “accidental falls”) and (architectural accessibility or safety or security measures or equipment safety or patient safety).

Determinou-se as informações a serem extraídas dos estudos e construiu-se um instrumento com identificação do título do artigo/obra; autor(es), ano de publicação, tipo de artigo; objetivo(s), métodos (se aplicável); avaliação do rigor metodológico; nível de evidência e principais resultados/conclusões.

A informação extraída que permitia dar resposta à questão de pesquisa foi submetida a análise de conteúdo. Na definição das categorias garantiu-se a representatividade, a exaustividade, a homogeneidade e a pertinência das mesmas para o objeto de estudo. Dois investigadores fizeram a codificação, que foi posteriormente aferida pelos outros para aumentar a fidedignidade da análise.

3 Resultados

Com recurso à estratégia acima descrita, foram identificados 39 artigos nas diferentes bases de dados. Pela leitura do título e autores excluíram-se 3 por se repetirem. A análise do resumo permitiu excluir 10 artigos que não cumpriam os critérios de inclusão. Após leitura integral de 26 artigos, metade foi excluída por não responder à questão de investigação, os restantes 13 artigos constituem a amostra bibliográfica final (Fig. 1).

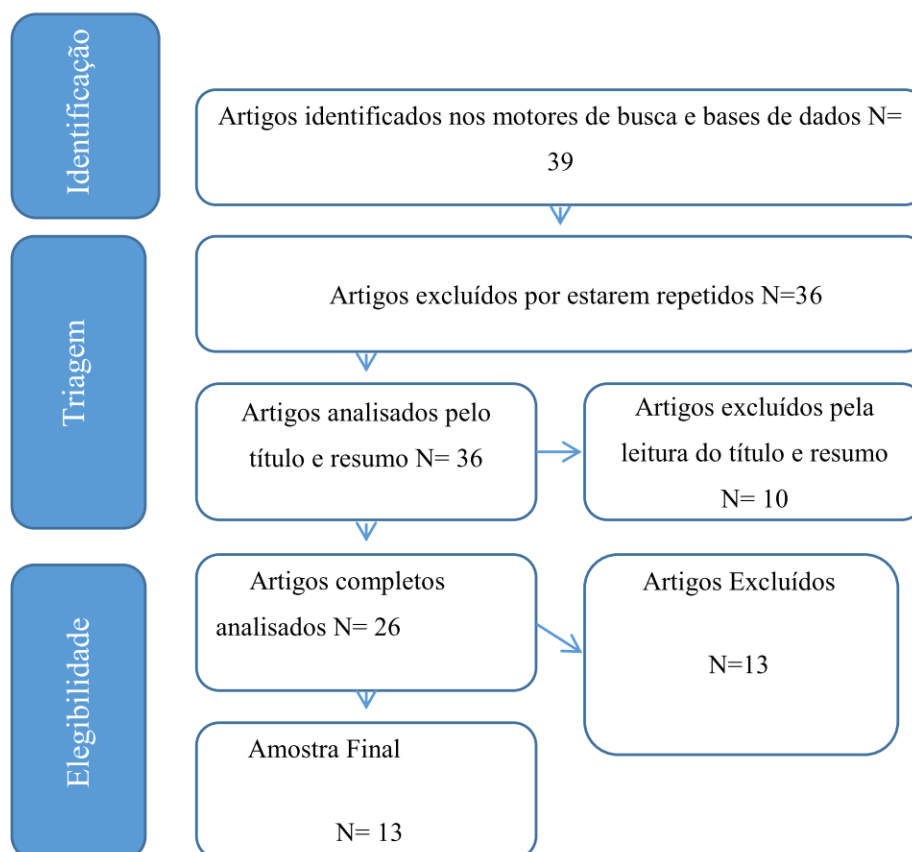


Fig. 1. Fluxograma de seleção dos artigos, elaborado a partir das recomendações PRISMA. Lisboa; 2018.

Os estudos obtidos nesta RIL, e que constituem a amostra bibliográfica, são heterogéneos, quanto aos objetivos, método e resultados. Apesar da diferença das fontes e da metodologia, a sua interpretação permite dar resposta à questão de investigação. As 13 publicações têm níveis de evidência diferentes, métodos e resultados, conforme o descrito na Tabela 2.

Tabela 2 – Amostra Bibliográfica, Lisboa, 2018.

Código	Autores (ano)	Tipo de Estudo	Principais Resultados
E1	Oliveira, Baixinho e Henriques (2018)	Scoping review	A assessoria na modificação ambiental e reforço comportamental diminuem a prevalência de quedas.
E2	Oxtoby (2017)	Revisão da literatura	A mera verificação de segurança de casas pode ajudar a identificar e prevenir os riscos de queda, nomeadamente se o

			indivíduo idoso usa calçados/chinelos desgastados, se há fios soltos, presença de tapetes soltos, e se a iluminação é inadequada - especialmente em corredores e escadas.
E3	Cabrita e José (2013)	Estudo descritivo, transversal, quantitativo	Os riscos ambientais podem ser minimizados ou eliminados através da implementação de medidas preventivas de gestão de risco e promoção da segurança da pessoa idosa na comunidade.
E4	Palvanen et al. (2014)	RCT	O programa de prevenção multifatorial que inclui a modificação ambiental é eficaz na prevenção de quedas, reduz a taxa de quedas e lesões relacionadas em quase 30%.
E5	Avin et al. (2015)	Revisão Sistemática	Há evidências de que quedas podem ser prevenidas através da triagem de fatores de risco e pela prescrição de intervenções adaptadas de avaliação ambiental.
E6	Kamei et al. (2015)	RCT	A informação sobre os fatores de risco ambiental e comportamentos relacionados com a modificação ambiental diminuiu a prevalência em 12 semanas, nos idosos com 75 anos, em 18,5%.
E7	Maggi et al. (2018)	Quasi-experimental	As modificações em casa contribuem para a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa bem como para a manutenção da mesmo no domicílio por mais tempo.
E8	Wilson, Kvizhinadze, Pega, Nair e Blakely (2017)	Estudo de modelagem	Os resultados da intervenção, que inclui avaliação da segurança e modificações ambientais na casa do idoso, apontam para que esta possa produzir consideráveis ganhos de saúde e ser custo-efetiva.
E9	Pega, Kvizhinadze, Blakely, Atkinson e Wilson (2016)	Estudo de modelagem	Os resultados da intervenção, que inclui avaliação da segurança e modificações ambientais na casa do idoso, provam que há vantagens económicas.
E10	Ueda et al. (2017)	Estudo randomizado	O grupo de intervenção teve 75% menos quase-quedas em comparação com o grupo controle (hazard ratio, 0.25; 95% confidence interval, 0.09–0.75).
E11	Rimland et al. (2017)	Estudo metodológico, qualitativo (Painel de peritos)	Aos idosos residentes na comunidade, com alto risco de cair, é recomendada a avaliação de segurança em casa e modificação, para reduzir a prevalência (forte recomendação, evidência de qualidade moderada).
E12	Stark et al. (2018)	Estudo randomizado	A modificação domiciliária é viável e recomendada para idosos com vulnerabilidade na comunidade.
E13	Rimland et al. (2016)	Revisão Sistemática	A intervenção ambiental deve, por esta razão, incluir a avaliação da segurança e dos riscos de casa, bem como a realização de modificações.

A análise de conteúdo aos artigos da amostra permitiu identificar seis categorias relacionadas com a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação: 1) avaliação do risco ambiental; 2) aconselhamento sobre modificações ambientais; 3) adaptação do espaço e equipamentos; 4) assessoria na aquisição de produtos de apoio que aumentem a segurança do ambiente e 5) estratégias cognitivo-comportamentais que aumentam a segurança do idoso na utilização do espaço físico da casa.

4 Discussão

A amostra bibliográfica desta investigação é constituída por 13 estudos que obedecem aos critérios de elegibilidade previamente definidos e que permitem dar resposta à questão de investigação.

As investigações são heterogéneas do ponto de vista do desenho do estudo e em termos de amostra, intervenção implementada, conceitos usados, medidas e momentos de avaliação da efetividade da intervenção o que dificulta a comparação dos resultados. Predominam os estudos primários (n= 9) a investigação quantitativa (n=8), com quatro RCT, dois estudos de modelagem, um estudo quasi-experimental, um estudo descritivo, quatro estudos são revisões aprofundadas da literatura e um estudo é qualitativo e metodológico (painel de peritos).

Na maioria dos estudos a amostra diz respeito a idosos. Todavia, no E11 os participantes foram profissionais de saúde (médicos geriátricos, um epidemiologista, um investigador de enfermagem). Nos estudos de natureza quantitativa as médias de idades dos idosos são diferentes, bem como os critérios de inclusão relativos a esta variável, por exemplo no estudo 4, os 1314 idosos tinham idade igual ou superior a 70 anos, o que pode alterar os resultados e dificulta comparações, com as outras pesquisas. O aumento da idade tem sido associado ao aumento do risco, da prevalência e das lesões associadas à queda, sendo que a maior prevalência de risco de queda (50,5%) é encontrada nos idosos com idade \geq 80 anos (Hammarlund, Hagell & Westergren, 2016).

O fator idade é importante, apesar dos idosos serem estereotipados como um grupo homogéneo não o são, e a diferença de idades entre os 65 anos e os 92 anos (E1) implica diferenças grandes do ponto de vista da experiência única de envelhecimento e da probabilidade da existência, ou não, de declínio funcional e cognitivo, e por isso a abordagem na prevenção da queda e da sua recorrência, a gestão do risco ambiental, e não só, bem como da implementação de intervenções deve ser adequada a essa heterogeneidade (Oliveira, Baixinho & Henriques, 2018).

Em relação à categoria avaliação do risco ambiental emerge a indicação que os idosos residentes na comunidade, sobretudo os que têm alto risco de queda, devem ter uma avaliação de segurança da sua casa (Rimland et al., 2017). A visita domiciliária, para esse efeito, pode, por si, ajudar a identificar e prevenir os riscos de queda (Avin et al., 2015; Oxtoby, 2017), promovendo a prescrição de intervenções individualizadas e adaptadas a partir da identificação dos riscos ambientais (Avin et al., 2015; Rimland et al., 2017), possibilitando não só a intervenção imediata, mas também o planeamento de intervenções futuras, incluindo o envolvimento de outros profissionais (Grant et al., 2014), com impacto na satisfação do cliente (Behm, Ivanoff & Zidén, 2013) e este indicador de avaliação não deve ser descurado (Oliveira, Baixinho & Henriques, 2018).

Todavia, estas recomendações continuam a ser um desafio importante tanto ao nível dos profissionais, como dos decisores políticos a adequação da avaliação do risco e da implementação das medidas preventivas que o controlam (Grant et al., 2014), até porque os resultados da intervenção provam que há vantagens económicas nesta associação (Pega et al, 2016).

No estudo Behm, Ivanoff e Zidén (2013) os investigadores avaliaram a variação na experiência de idosos com idade igual ou superior a 80 anos em relação a uma única visita domiciliária preventiva e concluem que a visita domiciliária preventiva, estruturada, pode empoderar os participantes, fortalecer a autoestima, dar informações que permitem o controlo e torna os idosos mais conscientes da importância da prevenção para se manterem ativos durante mais tempo.

No que concerne ao aconselhamento sobre as modificações ambientais os achados demonstram que há evidência de que quedas podem ser evitadas através desta intervenção (Avin et al., 2015). O aconselhamento deve incidir sobre todos os fatores de risco que afetem a segurança do idoso, com uma recomendação de especial atenção para os tapetes soltos e a avaliação de pés e calçado (Avin et al., 2015). Luck et al. (2013) apontam que a assessoria na modificação ambiental e o reforço comportamental diminuem a prevalência de quedas e os 159 estudos que integram a revisão

sistemática da literatura da Cochrane, amplamente aceita pela comunidade científica e várias vezes citada na bibliografia específica sobre o tema, reforçam-no ao aconselhar as mudanças no ambiente da casa que diminuam os obstáculos e aumentem a mobilidade e a segurança (Gillespie *et al.*, 2012). As orientações sugerem que a avaliação e a modificação do ambiente da casa devam ser prioritárias para as pessoas idosas que caíram e para as que têm alto risco de queda (Avin *et al.*, 2015), facilitando a gestão dos recursos humanos e promovendo a discriminação positiva na introdução das intervenções necessárias. Corroboram para a mesma linha de ação, as técnicas específicas do EEER com especial incidência na capacitação do utente, familiares e/ ou cuidadores, garantindo a continuidade de cuidados na comunidade como forma de melhoria de qualidade de vida e plena integração na sociedade (OE, 2010).

De salientar que os resultados de Kamei *et al.* (2015) com a utilização de uma maquete residencial para informar e assessorar os idosos em relação à questão da segurança habitacional, traduzem-se com eficiência na diminuição da prevalência de quedas nos idosos com idade igual ou superior a 75 anos. Estudos futuros deverão explorar o impacto de outras estratégias, nomeadamente as novas tecnologias como um recurso para a clínica, possibilitando uma melhor gestão dos recursos e disseminando a evidência.

Na categoria adaptação de espaço e equipamentos incluem-se as intervenções efetivas que introduzem mudanças no espaço da casa. De salientar, que o programa de prevenção multifatorial levado a cabo por Palvanen *et al.* (2014) que incluiu a modificação ambiental demonstrou ser eficaz na prevenção de quedas, reduzindo a taxa de quedas e lesões relacionadas em quase 30%.

Para além do aconselhamento os profissionais devem conduzir e acompanhar as alterações (Avin *et al.*, 2015), motivando o idoso e a sua família para a modificação efetiva do risco, ponderando o custo-efetividade, bem como os recursos económicos e da comunidade disponíveis para o efeito. Algumas modificações podem não implicar gastos elevados, como por exemplo, o retirar tapetes, afastar mobiliário que dificulta a mobilidade 'dentro portas', retirar fios soltos, entre outros. (Rimland *et al.*, 2016; Oxtoby, 2017).

Os estudos de impacto económico apontam que esta intervenção pode produzir ganhos consideráveis de saúde e ser custo-efetiva, por isso os investigadores recomendam a sua implementação nas pessoas idosas com quedas anteriores (Pega *et al.*, 2016; Wilson *et al.*, 2017), diminuindo a prevalência, o risco e melhorando o desempenho na atividade diária (Stark *et al.*, 2018).

Apesar de poder haver alguma resistência às mudanças importa que o idoso compreenda que as modificações em casa contribuem tanto para a melhoria da qualidade de vida bem como para a sua manutenção no domicílio por mais tempo (Maggi *et al.*, 2018).

Em grupos com condições de saúde específicos, como por exemplo, ter sofrido queda anterior com fratura, a introdução de uma intervenção singular como a modificação de pavimento foi importante para reduzir as quedas nos idosos após alta hospitalar de um serviço ortopédico, com o grupo de intervenção a ter 75% menos quase-quedas em comparação com o grupo controle (Ueda *et al.*, 2017).

Em relação à assessoria na aquisição de produtos de apoio que aumentem a segurança do ambiente Rimland *et al.* (2016) recomendam um conjunto de intervenções ambientais que envolvem a assessoria na aquisição de produtos de apoio que promovam a segurança da casa, tais como: sistema de luzes que permitam a iluminação adequada dos espaços, nomeadamente durante a noite; a substituição do piso ou adaptação para soluções antiderrapantes; a aquisição e instalação de barras de apoio para facilitar a independência no autocuidado (higiene, arranjo pessoal e eliminação); escolha e utilização de alteador que facilite o sentar e levantar da sanita; seleção e instalação de corrimãos nos corredores e nas escadas para facilitar o apoio na marcha e no subir e descer as escadas e até na assessoria na escolha de materiais para a transformação de escadas em rampas.

Como podemos perceber, a interdisciplinaridade é, a todos os níveis um fator inerente a este processo. No entanto, importa sublinhar que caberá ao EEER a orientação no sentido de minimizar os efeitos nocivos de barreiras arquitetónicas no domicílio do utente (OE, 2010), assumindo o papel de assessor junto à família para assuntos relacionados com alterações do ambiente, aquisição de materiais e eventual utilização de dispositivos de apoio.

Na categoria relacionada com as estratégias cognitivo-comportamentais que aumentam a segurança do idoso na utilização do espaço físico da casa, incluem-se as ações que promovam a motivação do idoso para adequar a segurança da casa às suas necessidades específicas e manter um conjunto de comportamentos seguros na utilização dos espaços e equipamentos. O recurso a estratégias cognitivo-comportamentais tem um efeito positivo na redução da mortalidade, da institucionalização, das quedas, do declínio funcional e da institucionalização, (Oliveira, Baixinho & Henriques, 2018). Na pesquisa conduzida por Dorresteijn e colaboradores (2016) o recurso a estratégias cognitivo-comportamentais mostrou também efeitos positivos na redução da evicção da atividade associado ao medo de cair. A ptofobia tem consequências físicas e psicossociais, que aumentam a probabilidade de declínio funcional, de ocorrência de queda, por falta de confiança na realização das AVD, restrição de atividade e menor participação social (Baixinho & Dixe, 2016).

5 Conclusões

O objetivo desta revisão RIL foi explorar e mapear as intervenções no domicílio da pessoa idosa com vista à prevenção de quedas, garantindo acessibilidade e segurança em casa. As intervenções identificadas foram organizadas em cinco categorias: avaliação do risco ambiental; aconselhamento sobre modificações ambientais; adaptação do espaço e equipamentos; assessoria na aquisição de produtos de apoio que aumentem a segurança do ambiente e estratégias cognitivo-comportamentais que aumentam a segurança do idoso na utilização do espaço físico da casa.

Importa sublinhar a escassa produção de artigos relacionados com o tema em análise, comparativamente aos relacionados com os fatores de risco biofisiológico e as medidas preventivas para esses fatores de risco. Mesmo nos estudos que abordam a questão do controlo do risco ambiental, são poucos aqueles cuja orientação está dirigida única e exclusivamente para o ambiente enquanto fator preditor para o risco de quedas.

Assim, na sua grande maioria, o ambiente surge referido como uma das intervenções integradas no universo de outras variáveis como o exercício físico, força muscular, a nutrição, e a revisão terapêutica. Isto leve-nos a concluir que tais estudos se guiam por uma dimensão multifatorial com vista à exploração das causas de ocorrência e risco de quedas na população idosa. Todavia, os autores são consensuais acerca da importância de tornar seguro o ambiente da casa da pessoa idosa. Nesse sentido, chamamos a atenção sobre a necessidade de investigação numa área que se afigura como relevante para a saúde pública e particularmente para a Enfermagem de Reabilitação, possibilitando a introdução de intervenções nos programas de reabilitação que visem o controlo da prevalência, da queda, das suas consequências e do medo de cair.

Os achados desta revisão promovem a discussão clínica sobre as intervenções clínicas a implementar na casa do idoso, com queda anterior ou com alto risco de cair e levanta questões importantes para investigações futuras.

Referências

Avin, K. C., Hanke, T. A., Kirk-sanchez, N., Mcdonough, C. M., Shubert, T. E., Hardage, J., & Hartley, G. (2015). Management of Falls in Community- Dwelling Older Adults: Clinical Guidance Statement From the Academy of Geriatric Physical Therapy of the American Physical Therapy Association. *Phys Ther*, 95(6), 815–834. doi: 10.2522/ptj.20140415. Epub 2015 Jan 8.

- Baixinho, C.L., & Dixe, M.A. (2015). Falls in institutions for older adults: characterization of fall occurrences and associated risk factors. *Rev. Eletr. Enf;* 17(4). doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.31858>.
- Baixinho, C.L., & Dixe, M.A. (2016). Valuation of fall risk factors by elderly. *IJMSci*; 3(12): 2496-2508. doi: <https://dx.doi.org/10.18535/ijmsci/v3i12.16>
- Behm, L., Ivanoff, S.D., & Zidén, L. (2013). Preventive home visits and health – experiences among very old people. *BMC Public Health*;23(13):378. doi: 10.1186/1471-2458-13-378.
- Cabrita, M.F.G., & José, H.M.G. (2013). The elderly person in the equipe de cuidados continuados integrados: nursing program for prevention of falls. *Revista de Enfermagem UFPE on line [em linha]* 7:1 (2013) 96-103. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i1a10209p96-103-2013>
- Dorresteijn, T.A.C., Rixt Zijlstra, G.A., Ambergen, A.W., Delbaere, K., Vlaeyen, J.W.S., & Kempen, G.I.J.M., (2016). Effectiveness of a home-based cognitive behavioral program to manage concerns about falls in community-dwelling, frail older people: results of a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*; 6(16):2. doi: 10.1186/s12877-015-0177-y
- Gillespie, L.D., Robertson, M.C., Gillespie, W.J., et al. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 2. Art. No.: Cd007146. doi:10.1002/145651858.CD007146.pub2, 2012.
- Grant, S., Parsons, A., Burton, J., Montgomery, P., Underhill, K., & Mayo-Wilson, E. (2014). Home Visits for Prevention of Impairment and Death in Older Adults: A Systematic Review. *Campbell Systematic Reviews* 2014:3. doi: 10.4073/csr.2014.3
- Hammarlund, C.S., Hagell, P., & Westergren, A. (2016). Fall Risk and Its Associated Factors among Older Adults without Home-Help Services in a Swedish Municipality. *BMC Geriatr*. 2016; 16: 2. doi: [10.1186/s12877-015-0177-y](https://doi.org/10.1186/s12877-015-0177-y)
- 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. *Am J Lifestyle Med.*;10(1):74-77. doi: 10.1177/1559827615600137.
- Kamei, T., Kajii, F., Yamamoto, Y., Irie, Y., Kozakai, R., Sugimoto, T., Chigira, A. & Niino, N. (2015). Home modification for fall reduction. *Japan Journal of Nursing Science*, 12: 184-197. doi:[10.1111/jjns.12059](https://doi.org/10.1111/jjns.12059)
- Kim, E.J., Arai, H., Chan, P., Chen, L.K., Hill, K.D., Kong, B., & Won, C.W. (2015). Strategies on fall prevention for older people living in the community: A report from a round-table meeting in IAGG 2013. *JCGG.*; 6(2):39-44. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2015.02.004>
- Luck, T., Motzek, T., Luppá, M., et al. (2013). Effectiveness of preventive home visits in reducing the risk of falls in old age: a randomized controlled trial. *Clin Interv Aging.*; 8:697-702. doi: 10.2147/CIA.S43284. Epub 2013 Jun 12.
- Maggi, P., Almeida Mello, J. de, Delye, S., Cès, S., Macq, J., Gosset, C., & Declercq, A. (2018). Fall determinants and home modifications by occupational therapists to prevent falls: Facteurs déterminants des chutes et modifications du domicile effectuées par les ergothérapeutes pour prévenir les chutes. *Can J Occup Ther.* 85(1):79–87. doi: <https://doi.org/10.1177/0008417417714284>
- Mayo-Wilson, E., Grant, S., Burton, J., et al. (2014) Preventive Home Visits for Mortality, Morbidity, and Institutionalization in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 9(3): e89257. doi:10.1371/journal.pone.0089257
- Mendes, K.D.S., Silveira, R.C.C.P., & Galvão, C.M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto*

- Enferm.;17(4):758-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
- Mitchell, S.E., Aitken, S.A., & Court- Brown, C.M. (2013). The Epidemiology of Fractures Caused by Falls Down Stairs. ISRN Epidemiology. Article ID 370340, 6p. doi: <http://dx.doi.org/10.5402/2013/370340>.
- Oliveira, T., Baixinho, C.L., Henriques, M.A. (2018). Prevention of Falls - Interventions in the Home Visits to the Elderly: Scoping Review. International Journal of Clinical Skills; 12(1). doi: <http://dx.doi.org/10.4172/Clinical-Skills.1000134>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Oxtoby, K. (2017). Preventing falls in older people. British journal of community nursing; 22(1):683. doi: 10.12968/bjcn.2017.22.1.683
- Palvanen, M., Kannus, P., Piirtola, M., Niemi, S., Parkkari, J., & Jarvinen, M. (2014). Effectiveness of the Chaos Falls Clinic in preventing falls and injuries of home-dwelling older adults: A randomised controlled trial. Injury. 45(1):265-71. doi: 10.1016/j.injury.2013.03.010. Epub 2013 Apr 8.
- Pega, F., Kvizhinadze, G., Blakely, T., Atkinson, J., & Wilson, N. (2016). Home safety assessment and modification to reduce injurious falls in community-dwelling older adults: cost-utility and equity analysis *Injury Prevention*; 22:420-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/injuryprev-2016-041999>
- Rodríguez- Molinero, A., Narvaiza, L., Gálvez-Barrón, S., et al. (2015). Falls in the Spanish elderly population: Incidence, consequences and risk factors. Rev Esp Geriatr Gerontol; 50(6):274-80. doi: 10.1016/j.regg.2015.05.005. Epub 2015 Jul 10.
- Rimland, J.M., Abraha, I., Dell'Aquila, G. et al. (2016). [Effectiveness of Non-Pharmacological Interventions to Prevent Falls in Older People: A Systematic Overview. The SENATOR Project ONTOP Series. PLoS One.](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161579) 25;11(8):e0161579. doi: 10.1371/journal.pone.0161579. eCollection 2016.
- Rimland, J. M., Abraha, I., Dell'Aquila, G., et al. (2017). Non-pharmacological interventions to prevent falls in older patients: Clinical practice recommendations – the SENATOR ONTOP Series. *European Geriatric Medicine*, 8(5-6),413-8. DOI: 10.1016/j.eurger.2017.07.013
- Sherrington, C., Michaleff, Z.A., Fairhall, N., et al. (2016). Exercise to prevent falls in older adults: an updated systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med; 51(24):1750-8. doi:10.1136/bjsports-2016-096547
- Sousa, L.M.M., Marques-Vieira, C.M.A., Severino, S.S.P., & Antunes, A.V. (2017). A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. Revista Investigação em Enfermagem. Ser.II(21):17-26.
- Stark, S., Somerville, E., Conte, J., et al. (2018). Feasibility Trial of Tailored Home Modifications: Process Outcomes. *Am J Occup Ther* 2017;72(1):7201205020p1-7201205020p10. doi: 10.5014/ajot.2018.021774.
- Ueda, T., Higuchi, Y., Imaoka, M., Todo, E., Kitagawa, T., & Ando, S. (2017). Tailored education program using home floor plans for falls prevention in discharged older patients: A pilot randomized controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr.* 71:9-13. doi: 10.1016/j.archger.2017.02.010. Epub 2017 Feb 17.
- Wilson, N., Kvizhinadze, G., Pega, F., Nair, N., & Blakely T. (2017). Home modification to reduce falls at a health district level: Modeling health gain, health inequalities and health costs. PLoS ONE 12(9): e0184538. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184538>.

APÊNDICE III - Projeto de Estágio

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Unidade Curricular de Opção II

PROJETO DE ESTÁGIO

**A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
na prevenção de quedas na pessoa idosa residente na comunidade**

Bebiano da Graça Will Pires dos Santos

Orientadora: Profª. Cristina Baixinho

Lisboa, 2018

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Unidade Curricular de Opção II

PROJETO DE ESTÁGIO

Discente: Bebiano da Graça Will Pires dos Santos, nº 8427

Docente: Prof^ª. Cristina Baixinho

Lisboa, 2018

Lista de Siglas e abreviaturas

ADELIA - Acidentes Domésticos e de Lazer

ACeS- Agrupamentos de Centros de Saúde

DGS- Direção Geral de Saúde

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola superior de Enfermagem de Lisboa

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

USF- Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO.....	6
1.1. Título.....	6
1.2. Palavra-chave.....	6
1.3. Data do início.....	6
1.4. Duração.....	6
2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS.....	7
2.1. Hospital de Santa Maria (Departamento de reabilitação funcional respiratória).7	
2.2. Unidade de cuidados na Comunidade (UCC - Integrar na Saúde).....	7
3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA.....	8
3.1. Sumário.....	8
3.2. As quedas como um problema para a população idosa que reside em casa (impacto, prevalência, consequências e lesões).....	10
3.2.1. O ambiente e o risco de queda.....	12
3.2.2. Medidas preventivas com enfoque nas alterações do ambiente da casa.....	13
3.2.3. Importância da intervenção do Enfermeiro especialista em reabilitação.....	14
3.3. Enquadramento conceptual do tema.....	15
3.3.1. Teoria das transições de Afaf Ibrahim Meleis.....	15
3.3.2. Inquietações.....	16
3.3.2.1. Inquietações Gerais.....	16
3.3.2.2. Inquietações Específicas.....	16
3.4. Plano de trabalho e métodos.....	16
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18
APÊNDICES	

Apêndice I – Guião de entrevistas

Apêndice II – Cronograma de atividades

Apêndice III – Apresentação do Projeto

Apêndice IV – Plano de trabalho e métodos

Apêndice V - Protocolo de revisão integrativa da literatura e diagrama da seleção de artigos

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

1.1. Título

“A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prevenção de quedas na pessoa idosa residente na comunidade.”

1.2. Palavra-chave

Queda; Domicílio; População Idosa; Intervenções de Enfermagem; Especialista de Reabilitação

1.3. Data do início

Hospital de Santa Maria (Departamento de reabilitação funcional respiratória)

Início do ensino clínico: 24 de setembro de 2018

Aces Lisboa Norte (UCC Integrar na Saúde)

Início do ensino clínico: de 26 de novembro de 2018

1.4. Duração

Os ensinamentos clínicos em meio hospitalar e nos cuidados de saúde primários, decorrerão no período compreendido entre 24 de setembro de 2018 e 8 de fevereiro de 2019.

2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

2.1. Hospital de Santa Maria (Departamento de reabilitação funcional respiratória)

Por questões de ordem administrativa, ainda não foi possível obter a garantia de colocação de estudantes nesse campo de estágio. Pela mesma razão, ainda não foi realizada a visita ao serviço bem como a entrevista à Enfermeira Chefe/Especialista em Enfermagem de Reabilitação com base no guião de entrevista construído para o efeito (ver apêndice I – Guião de entrevista I).

Acredita-se, porém, que por se tratar de um campo de estágio habitualmente atribuído aos estudantes da ESEL, tais dificuldades venham a ser dirimidas e que o ensino clínico decorra de forma satisfatória.

2.2. Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC - Integrar na Saúde)

Tendo iniciado as suas atividades a 1 de junho de 2017, a UCC - Integrar na Saúde fica situada na Rua Rainha Dona Brites, 1500-534 Lisboa e é parte integrante do Aces Lisboa Norte.

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros (uma Especialista em Enfermagem de Reabilitação), médicos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, assistentes técnicas e higienista oral, aguardando-se a inclusão de um terapeuta ocupacional e de um nutricionista. Esta unidade tem por missão, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população que lhe é afeta, visando a obtenção de ganhos em saúde.

Abrange a população do Centro de Saúde de Benfica, residentes nas freguesias de Benfica e Carnide. De acordo com os dados do último Censos (2011), a população residente na área geográfica de abrangência desta Unidade corresponde a 60137 habitantes.

A referenciação dos utentes pode ser feita diretamente para a UCC ou para os Cuidados de Enfermagem de Reabilitação pelos Hospitais e USF(s) da área de residência.

A metodologia de trabalho adotada pela EEER é a de Enfermeira Gestora de Caso. Pratica o horário laboral das 9 às 16 horas. Entre as patologias/diagnósticos médicos mais frequentemente atendidos pela EER destacam-se: AVC; Doenças neurológicas (parkinson, alzheimer); Status pós- fraturas de fémur; Prótese total da Anca; Prótese total do joelho; DPCO e status pós- internamento por infeção Respiratória.

Durante o acompanhamento, para avaliação física e funcional dos utentes dentre vários instrumentos utilizados importa referir: Escala de Glasgow; Escala de Barthel; Escala da Espasticidade de Ashworth; Escala de avaliação da força muscular (Lower); Escalas de avaliação da dor; Escala de Braden; Escala de Morse; outras escalas que possam ser necessárias.

Esta informações reportam-se à entrevista realizada à Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, cujo guião se encontra no apêndice I (guião de entrevista II).

3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

3.1. Sumário

De acordo com o programa académico do 9º Curso de mestrado de enfermagem em Reabilitação a UC – Opção II- enfatiza a capacitação do estudante no sentido do desenvolvimento do projeto de formação refletido num cronograma de atividades (ver apêndice II), o que implica a definição de uma área específica de estudo a ser descrita, analisada e problematizada. Desta forma, o estudante será o condutor do seu percurso de aprendizagem (Carvalho & Diogo, 1999).

Concorre para este processo de formação, o desenvolvimento de competências inerentes ao perfil de Mestre e Especialista em Enfermagem de Reabilitação, tornando - se fundamental para a consecução de tal desiderato, a mobilização de conhecimentos teóricos adquiridos nas outras unidades curriculares ao longo do Curso.

Tendo sido publicamente apresentado no dia 11 de julho de 2018 (ver apêndice III), este projeto será materializado no 3º semestre do curso (Estágio com Relatório) e

terá como temática: “A intervenção do Enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação na Prevenção de quedas na pessoa idosa residente na comunidade”.

Uma, dentre muitas consequências da queda para a população idosa é o declínio funcional, que, condiciona seriamente a capacidade para o autocuidado, pondo assim em causa a sua qualidade de vida. Fatores geradores de dependência no autocuidado em contexto de domicílio inscrevem-se no âmbito das áreas consideradas emergentes para investigação em ER (OE, 2015) exigindo dos enfermeiros uma atenção particular.

Exerço funções como enfermeiro numa Unidade de Saúde Familiar (USF), onde grande parte da população frequentadora dos serviços tem idade superior aos 65 anos o que não difere muito do panorama internacional, tendo em linha de conta que, com base nas projeções de 2002 da OMS, foi estimado um aumento de 223% para a população idosa entre os anos 1970 e 2025 (Eunese, 2005).

Reportando ao relatório (índice Global de envelhecimento 2013), Portugal apresentava uma taxa de envelhecimento de 26.6%, perspetivando-se que este valor em 2025 venha a chegar aos 40.74%, passando o país a ocupar o 2^a lugar num contexto de 195 nações (Nogueira et al. 2014). Analisando estas particularidades, tudo leva a crer que nos próximos anos, seremos confrontados com um aumento de ocorrência de quedas nesta população e que, associadas às comorbilidades trarão consequências nefastas para os próprios, familiares e sociedade em geral, o que justifica o motivo pelo qual questiono as causas de queda na população.

Sendo um problema transversal e que, em última instância atingirá toda a sociedade portuguesa a avaliar pelo aumento da esperança média de vida em Portugal para homens e mulheres, respetivamente, 77,61 anos e 83,33 anos (INE, 2017), do meu ponto de vista, é urgente capacitar utentes, cuidadores e familiares relativamente à observância dos fatores direta ou indiretamente implicados nestas ocorrências.

A minha prática, ligada aos cuidados de saúde primários, impõe que, em visitas domiciliárias observe quase diariamente no interior de habitações dos idosos, barreiras arquitetónicas, tapetes desprovidos de proteção antiderrapante, corredores mal iluminados, entre muitas outras situações que, por vezes se assumem como potenciais elementos causadores de quedas. Perante este facto, ao longo do projeto

direcionarei o meu foco para as intervenções específicas do EER no sentido de “...promover a independência e a máxima satisfação da pessoa...”(OE, 2010, p.1).

Em Portugal assiste-se a um elevado número de ocorrência de quedas na habitação envolvendo indivíduos com idade superior aos 75 anos. Importa referir que o relatório ADELIA 2006-2008, aponta a queda como sendo o mecanismo promotor de lesões, mais referido nesse período (DGS, 2012), percebendo-se desta forma a dimensão do problema, fruto de consequências imputadas à pessoa afetada e também aos elevados custos associados ao tratamento e suportados pelo sistema nacional de saúde.

As questões levantadas anteriormente evidenciam um amplo quadro de atuação, em prol da melhoria da qualidade de vida e autonomia funcional de idoso e nesse sentido, urge a intervenção do EER.

3.2. As quedas como um problema para a população idosa que reside em casa (impacto, prevalência, consequências e lesões)

As quedas surgem habitualmente como consequências de alterações relacionadas com a marcha o equilíbrio, a polimedicação e um conjunto complexo de fatores que isoladamente ou em interação fazem com que esta ocorrência aconteça ao longo da vida dos seres humanos. No entanto, adquirem maior expressão na população idosa, assistindo-se nesta fase do ciclo de vida a uma associação de comorbidades que legitimam o facto de serem consideradas, a principal causa para o internamento em instituições hospitalares. Paralelamente a este quadro, importa salientar o impacto em custos financeiros para o Sistema Nacional de Saúde, bem como as consequentes implicações para o próprio e familiares (Despacho nº 1400-A/2015 2015a).

No panorama europeu, estima-se que 35,848 adultos com idade superior aos 65 anos morram na sequência de incidentes relacionados com quedas, sendo que 88% dessa população tem idade superior ou igual aos 75 anos. Os custos imputados aos tratamentos de lesões daí resultantes rondam os 25 mil milhões de euros por ano. Por via do aumento de esperança de vida, estima-se que indivíduos com mais de 65 anos atinjam os 60% no ano 2050, o que poderá traduzir-se em 60.000 óbitos nesse

mesmo ano, caso não sejam tomadas medidas que promovam a evicção de quedas na população idosa (Turner, Kisser, & Rogmans 2015).

Em Portugal, a habitação é um dos locais onde mais ocorrem quedas, sobretudo nos idosos com idade superior aos 75 anos, atingindo valores de 52%(DGS 2010). Eventos desta natureza apesar do seu carácter repetitivo são na sua maioria evitáveis, sendo imprescindível uma conjugação de esforços direccionados à gestão de riscos subjacentes aos mesmos, sob o ponto de comprometerem os desígnios fundamentais do Sistema Nacional de Saúde (Despacho nº 1400-A/2015 2015).

As quedas e as lesões diretamente imputadas são consideradas desde 2007, pela OMS, um problema de saúde pública (WHO, 2007), com necessidades de cuidados diferenciados na sua prevenção , bem como como na intervenção no pós-queda . Como resultado, a maioria dos diagnósticos relacionados com quedas nas admissões hospitalares traduzem-se em fraturas da extremidade superior do fémur, traumatismos cranianos e lesões dos membros superiores.

Importa referir que o período de internamento é estimado entre os catorze e quinze dias e que cerca de 20% da população idosa com fratura da extremidade superior do fémur resultante de uma queda, morra após um ano (Despacho nº 1400-A/2015 2015).

As quedas têm, assim, um pesado impacto económico nas famílias, na comunidade e na sociedade (Despacho nº 1400-A/2015 2015) cada vez mais envelhecida. Quanto mais elevada for a idade, maior será o grau de fragilidade da pessoa idosa e, conseqüentemente, maior será o risco de permanência no hospital na sequência de lesões relacionados com a queda (WHO, 2007). Muché et al. (2017) observam que, cerca de um terço de adultos com idade igual ou superior aos 65 anos sofre uma queda por ano, todavia nas pessoas com mais de 80 anos, esta ocorrência fixa-se nos 50% causando lesões moderadas e severas o que leva a um aumento do risco de morte precoce.

É válido considerar a queda, um fator de risco para a saúde pública cuja avaliação e intervenção do EEER poderá traduzir-se em ganhos em saúde e conseqüentemente melhoria de qualidade de vida para a população idosa.

Segundo Cunha e Lourenço (2014), tendo por base um estudo realizado acerca da prevalência de quedas e causas à elas associadas, concluíram que o seu predomínio é manifestamente elevado na população idosa, variando entre os 14% e os 50% em estudos populacionais. No entanto, os múltiplos fatores que condicionam o risco, cuja identificação é complexa estão envolvidos nas próprias características do utente e no ambiente em que este se encontra.

As quedas sendo muito comuns na pessoa idosa, constituem uma das principais causas de morte, de incapacidade e de custos para a saúde, representando 85% de traumatismos no idoso (Matchar et al., 2017).

No tocante às lesões, estas ocorrem em 10-20% dos idosos que caem e 3-5% traduzem-se em fraturas. Cerca de 10% de todas as quedas são promotoras de lesões consideradas graves, onde se destacam fraturas, deslocamentos articulares e traumatismos cranianos graves. Uma grande maioria (cerca de 90%) está relacionada com a extremidade superior do fémur, pélvis e antebraços e são também consequência de quedas. Por outro lado, para além de recair sobre os indivíduos que sofrem de uma fratura da extremidade superior do fémur uma taxa de mortalidade ao fim de 1 ano de 14-36%, desta mesma fratura resultam deficiências funcionais permanentes em 25-75% desses indivíduos (Muché et al., 2015).

Reportando Cunha e Lourenço (2014), na União Europeia, ocorrem por ano, perto de 40.000 mortes de idosos devido a quedas. Todavia, os idosos com mais de 80 anos têm uma taxa de mortalidade associada a quedas seis vezes mais alta do que aqueles entre os 65 e 79 anos, por caírem mais vezes, dada a sua vulnerabilidade.

3.2.1. O ambiente e o risco de queda

Sendo muito comuns pela sua frequência, os acidentes domésticos e sobretudo as quedas podem ser provocadas pela exposição de indivíduos vulneráveis (idosos) a locais que comportam riscos acrescidos pela presença de objetos, nomeadamente, certas divisões da casa, áreas envolventes e também quintais. No entanto, estas ocorrências fazem-se sentir com maior evidência no sexo feminino, na medida em que as mulheres apresentam uma taxa de queda três vezes superior a dos homens com mais de 65 anos (DGS, 2010) o que é facilmente justificado, tendo em conta que

compõem a maioria da população total e à medida que envelhecem, acentua-se a diferença principalmente pela menor longevidade dos homens (Muché et al., 2015).

Chacko, Thangaraj e Gm (2014) enfatizam no seu estudo que quase todas as casas apresentavam risco de queda para os idosos pela presença de fatores que podem contribuir para as mesmas, sendo importante salientar: a má iluminação da sala de estar (95%) e quarto (94%); a ausência de interruptor de luz perto da cama (63%) no quarto; 73% de casas de banho foram localizadas fora da casa; 41,6% tinham superfície irregular / escorregadia. Somente 68,2% tinham casa de banho pessoal das quais 66% estava fora de casa, 98% não tinha corrimão e 62% não depunham de banheiro. Por outro lado, 44,7% das casas apresentava o fator de risco mais comum, isto é, presença de pedras, folhas e outros obstáculos à entrada ou nas áreas circundantes.

Focando uma outra dimensão, o estudo realizado por Garcia et al. (2013) demonstrou que a segurança do ambiente afeta a incidência de quedas entre os idosos na comunidade. Por seu turno, fatores como a condição da casa, deficiência sensorial, a não utilização de dispositivos auxiliares e o saneamento ambiental foram identificados como condicionantes para o aumento de quedas.

3.2.2. Medidas preventivas com enfoque nas alterações do ambiente da casa

As quedas são, sem dúvida, uma dura realidade com a qual a população idosa é por vezes confrontada no interior da sua habitação, podendo ocorrer a partir desse incidente, situações causadoras de dependência no autocuidado. Todavia, Maggi et al. (2018) concluíram que após seis meses de um programa cujo objetivo se prendia com modificações em casa, se registou uma redução de risco de quedas nos idosos mais vulneráveis, facto reiterado pelos resultados de uma meta-análise realizada por Harvey et al. (2014) que apontava para uma redução de risco nessa população avaliado em cerca de 21%.

Tendo em conta os impactos da redução de quedas, o benefício estende-se à saúde, à redução de gastos financeiros, à família e sobretudo à sociedade (Maggi et al., 2018). Nesse sentido, a mera verificação de segurança de casas pode ajudar a

identificar e prevenir riscos de queda, nomeadamente se o indivíduo usa calçados/chinelos desgastados, se há fios soltos, presença de tapetes soltos, e se a iluminação é inadequada, especialmente em corredores e escadas (Oxtoby, 2017). Na mesma linha de pensamento Luk et al. (2015) asseguram que modificações em casa contribuem efetivamente para a redução do risco de quedas e incluem: remoção de tapetes, pintura dos degraus, reduzindo o brilho, melhoramento de iluminação e também aconselhamento do EEER aos idosos no sentido de serem instalados alarmes como medida de segurança.

3.2.3. Importância da intervenção do Enfermeiro especialista em reabilitação

Segundo a (DGS 2010), cabe ao sector de saúde, nomeadamente os cuidados de saúde primários, fruto do privilégio que detêm, advindos da proximidade ao cidadão e acesso à informações privilegiadas tais como, a ocorrência de acidentes (quedas), influenciar os mais diversos sectores sociais no sentido de garantir maior acessibilidade e qualidade de cuidados prestados à nível do Sistema Nacional de Saúde.

As quedas são um grave problema de saúde pública, podendo gerar dependência funcional e conseqüente degradação da qualidade de vida do idoso, em grande parte evitável, com medidas de prevenção simples, mas extremamente eficazes e que se configuram como inerentes às intervenções do EEER, na medida em que “A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações, e evitar incapacidades, ...” (OE, 2010, p.1)

Relativamente ao ambiente domiciliário, este, raramente está isento de situações de risco para os idosos, emergindo assim, a necessidade de uma avaliação que deve ser realizada por um profissional de saúde com habilidades e experiência apropriadas (EEER) (Oxtoby, 2017).

Cabrita e José (2013) referem no seu estudo que o EEER é ainda responsável pela determinação de causas que originam queda, devendo articular-se com os outros

profissionais da equipa multidisciplinar no sentido de minimizar ou eliminar os fatores de risco detetados.

Percebe-se desta maneira que, não menos importante e proativo será a capacitação de profissionais de saúde sobre o risco de quedas de indivíduos idosos como sendo parte vital do processo de prevenção (Oxtoby, 2017), cuja intervenção do EEER se torna indispensável.

3.3. Enquadramento conceptual do tema

3.3.1. Teoria das transições de Afaf Ibrahim Meleis

Todo e qualquer projeto na área de enfermagem busca a sua essência num referencial teórico cuja base deve ser exclusivamente desta disciplina, na medida em que garante o enquadramento temático do mesmo aliado aos processos de mobilização de contributos inerentes à profissão.

De acordo com Meleis et al. (2000), mudanças na saúde e doença que ocorram nos indivíduos, criam um processo de transição gerando um quadro de maior vulnerabilidade e riscos, capaz de por em causa o estado de saúde. A compreensão da teoria de transição, enquanto conceito central de enfermagem, leva a que as suas propriedades e condições intrínsecas, promovam o desenvolvimento da terapêutica de enfermagem adequada às experiências individuais do utente/família no sentido de garantir a promoção de respostas saudáveis à transição.

Nesse sentido, podemos inferir que a pessoa idosa residente na comunidade vive momentos de transição saúde/doença e/ou situacionais que associados a uma queda pode ter consequências no autocuidado, aumentando assim o risco de imobilidade, de isolamento social e de institucionalização (Meleis, 2010). Ao EEER caberá intervir na capacitação da pessoa e do seu ambiente, na educação para a saúde, o que pode ser um fator condicionante positivo para a ajudar a gerir o risco de queda e a viver uma transição saudável. Dessa forma, num processo de integração cognitiva norteadas pelas intervenções terapêuticas de enfermagem, emerge a consignada mestria do utente/família geradora de autossuficiência em contexto de cuidados (Meleis, 2010).

Tendo como suporte três medidas aplicadas às intervenções terapêuticas em enfermagem aquando das transições (avaliação da prontidão, preparação para a transição e suplementação de funções) é no âmbito da preparação para a transição que se insere a educação/capacitação como principal estratégia para a preparação do processo de transição (Meleis et al., 2000), podendo ser estendidas no decurso do processo como forma de proporcionar conhecimentos geradores de respostas positivas às transições (Guimarães & Silva, 2016).

3.3.2. Inquietações

3.3.2.1. Inquietações Gerais

A dependência no autocuidado em contexto domiciliário insere-se no âmbito das áreas de Investigação consideradas emergentes e, conseqüentemente, prioritárias para a especialidade de Reabilitação em enfermagem (OE, 2015).

3.3.2.2 Inquietações Específicas

Sendo um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança de Doentes 2015-2020 a prevenção de ocorrência de quedas (Despacho nº 1400-A/2015, 2015), importa refletir em medidas a adotar para minimizar o seu impacto no cidadão idoso, na família e na sociedade.

3.4. Plano de trabalho e métodos

Face ao explanado no ponto anterior, o plano de trabalho (ver apêndice IV), ao integrar as competências, objetivos e atividades a serem desenvolvidas em contexto de ensino clínico, pretende, para além de vincular a trajetória do estudante ao exercício de Enfermagem de Reabilitação, dar resposta às necessidades de segurança da pessoa idosa residente no seu domicílio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto do qual se pretende uma efetiva materialização na vertente prática de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação (ensino clínico), significará em grande medida uma forte aposta na implementação de práticas sustentadas por evidência científicas (Sampaio & Mancini 2007).

Partindo de uma problemática que assola grande parte de idosos, especialmente os mais vulneráveis e em estreita colaboração com a minha tutora, optamos pela revisão integrativa da literatura (ver apêndice V) no sentido de investigar, diagnosticar e encontrar formas mais atualizadas de intervir nas causas de queda, muitas vezes ignoradas pelos profissionais de saúde.

O EEER é um profissional de saúde dotado de conhecimentos e experiência que lhe facultam a conceção, implementação e monitorização de planos de cuidados de enfermagem com vista a que seja assegurada a funcionalidade, prevenindo e evitando complicações e incapacidades. Nesse sentido, a missão que se impõe a um estudante cruzar-se-á com o desenvolvimento de competências superiormente definidas pela Ordem dos Enfermeiros, no sentido de olhar para o desafio da queda enquanto cuidado de enfermagem de reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carvalho, A. & Diogo, F. (1999). *Projeto educativo* (3.ªed.).Porto: Edições Afrontamento.
- Cabrita, Maria de Fátima Guerreiro; José, Helena Maria Guerreiro. 2013. “O Idoso Na Equipe De Cuidados Continuados Integrados: Programa De Enfermagem Para Prevenção De Quedas.” *Revista de Enfermagem* 7(1):96–103.
- Chacko, Thomas V, Prabha Thangaraj, and Muhammad Gm. 2014. “How Fall-Safe Is the Housing for the Elderly in Rural Areas ? : A Cross Sectional Study Using Fall Prevention Screening Checklist.”
- Cunha, Alfredo and Roberto Lourenço. 2014. “Quedas Em Idosos: Prevalência e Fatores Associados.” *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto* 13(2):21–29.
- Despacho nº 1400-A/2015. 2015a. “Aprova o Plano Nacional Para a Segurança Dos Doentes 2015-2020 [Portugal].” *Diário Da República* 28(2):4–9. Retrieved (<https://dre.pt/application/file/66457154>).
- Despacho nº 1400-A/2015. 2015b. “Plano Nacional Para a Segurança Dos Doentes 2015-2020.” *Diário Da República* 28(2):4–9. Retrieved (<https://dre.pt/application/file/66457154>).
- DGS. 2010. “Programa Nacional De Prevenção De Acidentes.” 23–24. Retrieved (<https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/dast-programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes-pdf.aspx>).
- Eunese. 2005. “European Network for Safety among Elderly (EUNESE).” (September):1–76.
- Garcia, Jan Michael G. et al. 2013. “A Multinomial Regression Model of Risk for Falls (RFF) Factors Among Filipino Elderly in a Community Setting.” *Educational Gerontology* 39(9):669–83
- Guimarães, MSF. Silva, LR. Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. [internet]. Rio de Janeiro (br); 2016 <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf> acedido em 20/07/2018
- Harvey, Lara A., Rebecca J. Mitchell, Stephen R. Lord, and Jacqueline C. T. Close.

2014. "Determinants of Uptake of Home Modifications and Exercise to Prevent Falls in Community-Dwelling Older People." *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 38(6):585–90.
- Instituto Nacional de Estatística. 2017. "Tábuas de Mortalidade 2014-2016." 2010(Publicado 27 Setembro 2017):1–10.
- Luk, James KH., TY. Chan, and Daniel KY Chan. 2015. "Falls Prevention in the Elderly: Translating Evidence into Practice." *Hong Kong Medical Journal* 21(2):165–71.
- Maggi, Patrick et al. 2018. "Fall Determinants and Home Modifications by Occupational Therapists to Prevent Falls." *Canadian Journal of Occupational Therapy* 85(1):79–87. Retrieved (<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0008417417714284>).
- Matchar, David B. et al. 2017. "Randomized Controlled Trial of Screening, Risk Modification, and Physical Therapy to Prevent Falls Among the Elderly Recently Discharged From the Emergency Department to the Community: The Steps to Avoid Falls in the Elderly Study." *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 98(6):1086–96. Retrieved (<http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2017.01.014>).
- Meleis, Afaf Ibrahim, L. .. Sawyer, Eun-Ok Im, DeAnne Hilfinger-Messias, and K. Schumacher. 2000. "Experiencing Transitions : An." *Advanced Nursing Science* 23(1):12–28.
- Nogueira, Paulo et al. 2014. "DGS - Idade Maior Em Números." *Direção Geral de Saúde* 18–25.
- Ordem dos Enfermeiros. 2010. "Regulamento Das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação Regulamento Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação." 4. Retrieved (http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros. 2015. "Áreas Investigação Prioritárias Para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação." *Ordem Dos Enfermeiros*.

- Oxtoby, Kathy. 2017. "Preventing Falls in Older People." *Journal of Community Nursing* 14(8):23–24 2p. Retrieved (<https://acces.bibl.ulaval.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=107014752&lang=fr&site=ehost-live>).
- Sampaio, RF and MC Mancini. 2007. "Estudos de Revisão Sistemática: Um Guia Para Síntese Criteriosa Da Evidência Científica." *Revista Brasileira de Fisioterapia* 11(1):83–89. Retrieved (http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000100013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt).
- Turner, Samantha, Rupert Kisser, and Wim Rogmans. 2015. "Falls among Older Adults in the EU-28 : Key Facts from the Available Statistics." *Swansea University, EuroSafe* 1–5. Retrieved (https://eupha.org/repository/sections/ipsp/Factsheet_falls_in_older_adults_in_EU.pdf).
- WHO. 2007. "WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age." 1–7.

APÊNDICES

Apêndice I – Guião de entrevistas

Guião de Entrevista I

Ensino Clínico no Hospital

Instituição: **Hospital de Santa Maria** (DEPARTAMENTO DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA)

O presente guião, visa orientar a entrevista ao enfermeiro chefe e/ou enfermeiro especialista em reabilitação do DEPARTAMENTO DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA do HSM tendo em conta os seguintes objetivos:

1. Conhecer aspetos organizacionais e funcionais do serviço e público-alvo de com enfoque nos seguintes aspetos:
 - Lotação do serviço
 - Área de influência
 - Tipologia dos utentes (idades, tipo de diagnóstico e grau de dependência)
 - Composição da equipa de enfermagem (número de especialistas e generalistas)
 - Funções desempenhadas pelo enfermeiro especialista em reabilitação
 - Metodologia de trabalho e modelo teórico de enfermagem de suporte utilizado pelo EER

2. Descrever intervenções do Enfermeiro Especialista em Reabilitação:
 - Admissão do doente
 - Integração do cuidador/familiar no programa de reabilitação
 - Critérios tidos em conta para a elaboração e planeamento do programa de reabilitação
 - Critérios de avaliação das intervenções do EER
 - Escalas/instrumentos utilizados na prática dos cuidados do EER

3. Descrever a articulação de cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com outros profissionais.
 - Articulação de cuidados Especializados com enfermeiros generalistas
 - Articulação de cuidados especializados com outros profissionais da equipa multidisciplinar

4. Compreender a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na preparação da alta do doente
 - Procedimento para preparação da alta
 - Articulação com os cuidados de saúde primários
 - Continuidade de cuidados em casa

Guião de Entrevista II

Ensino Clínico nos Cuidados de Saúde Primários

ACeS LISBOA NORTE (UCC Integrar na Saúde)

O presente guião, visa orientar a entrevista ao enfermeiro chefe e/ou enfermeiro especialista em reabilitação do DEPARTAMENTO DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA do HSM tendo em conta os seguintes objetivos:

1. Conhecer aspetos organizacionais e funcionais do serviço e público-alvo de com enfoque nos seguintes aspetos:

- Composição da equipa multidisciplinar
- Área de influência da UCC – Integrar na Saúde
- Tipologia dos utentes (idades, tipo de diagnóstico e grau de dependência)
- Composição da equipa de enfermagem (número de especialistas e generalistas)
- Funções desempenhadas pelo enfermeiro especialista em reabilitação
- Metodologia de trabalho e modelo teórico de enfermagem de suporte utilizado pelo EER

2. Descrever intervenções do Enfermeiro Especialista em Reabilitação:

- Admissão do doente
- Integração do cuidador/familiar no programa de reabilitação

- Critérios tidos em conta para a elaboração e planeamento do programa de reabilitação
- Critérios de avaliação das intervenções do EER
- Escalas/instrumentos utilizados na prática dos cuidados do EER

3. Descrever a articulação de cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com outros profissionais.

- Articulação de cuidados Especializados com enfermeiros generalistas
- Articulação de cuidados especializados com outros profissionais da equipa multidisciplinar (assistente Social, fisioterapeuta; médico, psicólogo ou outros)

4. Compreender a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na preparação da alta do doente

- Procedimento para preparação da alta
- Continuidade de cuidados em casa

Apêndice II – Cronograma de atividades

Apêndice III – Apresentação do Projeto

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prevenção de quedas na pessoa idosa residente na comunidade

Estudante: Bebiliano Santos, nº 8427
Docente Orientadora: Prof.ª Crislina Balxinho

Lisboa, 11 de Julho de 2018

1

Projeto de Estágio

- **Título:** A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prevenção de quedas na pessoa idosa residente na comunidade.
- **Palavras Chave:** Queda; Domicílio; População Idosa; Intervenções do EER
- **Data de Início:** maio de 2018
- **Data do Fim:** fevereiro de 2019
- **Instituições envolvidas:** HSM (Departamento de reabilitação funcional respiratória); ACES Lisboa Norte (UCC Integrar na Saúde)

2

Contextos de Ensino CI

Hospitalar	Comunitário
<p>DEPARTAMENTO DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA DO H.SANTA MARIA</p> <ul style="list-style-type: none">• Entrevista sobre ocorrência de quedas, adequação ambiental do espaço, casa e acessibilidade• Abordagem aos doentes na ótica de aconselhamento breve (ocorrência de quedas; facilidade no acesso à habitação)	<p>ACES LISBOA NORTE UCC Integrar na Saúde</p> <p>Intervenção na capacitação da pessoa idosa e do seu ambiente, na educação para a saúde</p>

3

Introdução

Queda na População Idosa

- Europa: estima-se que 35,848 adultos com idade superior a 65 anos morram na sequência de quedas sendo que 88% terão idade superior a 75 anos
- Os Custos associados aos tratamentos de lesões rondam os 25 milhões de euros por ano
- Em 2050 a população com mais de 65 anos atingirá os 60% o que poderá representar 60.000 óbitos

(Turner, Kisser & Rogmans 2015)

4

Introdução (cont.)

Queda na População Idosa

- Portugal - a habitação é o local onde mais ocorrem quedas nos idosos com idade superior aos 75 anos atingindo valores de 52%
- As quedas no contexto da habitação ocorrem três vezes mais nas mulheres do que nos homens com idade superior aos 65 anos
- O Relatório ADELIA do ano 2006 sublinha a queda como mecanismo de lesão mais referido (65%):
- Em indivíduos com mais de 75 anos ocorreram 88% deste incidente.

(DGS, 2010; DGS, 2012)

5

Introdução (cont.)

PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES

2015-2020

- OBJETIVO ESTRATÉGICO
PREVENIR A OCORRÊNCIA DE QUEDAS

Deve incluir:

- Avaliação de fatores de risco
- Comunicação e educação sobre o risco
- Implementação de medidas e ações preventivas e/ ou corretoras

(DGS, 2015)

6

Introdução (cont.)

PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2015-2020

- OBJETIVO ESTRATÉGICO
PREVENIR A OCORRÊNCIA DE QUEDAS

Deve incluir:

- Avaliação de fatores de risco
- Comunicação e educação sobre o risco
- Implementação de medidas e ações preventivas e/ou corretoras

(DGS, 2015)

6

Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura

Questão de partida:

Quais as intervenções de enfermagem de reabilitação que aumentam a segurança (incluindo a acessibilidade) do domicílio da pessoa idosa?

Palavras-Chave:

Queda; Domicílio; População Idosa; Intervenções de Enfermagem; Especialista de Reabilitação

Descritores em inglês:

"nurs*" and ("interventions" or "prevention") and ("community" or "home visit") and ("elderly" or "aging") and ("falls" or "accidental falls") and (architectural accessibility or safety or security measures or equipment safety or patient safety)

7

Revisão da Literatura

Os idosos têm baixos níveis de conhecimento sobre as estratégias adequadas de prevenção de quedas.

Estudos sugerem que os profissionais de saúde devem projetar programas de prevenção de quedas direcionados especificamente a idosos na comunidade.

Os idosos geralmente não conseguem ver a prevenção de quedas como pessoalmente relevante, o que pode explicar a baixa adesão na comunidade a estratégias de redução de risco de quedas.

(Hill, Hoffman & Haines, 2013)
8

O desafio da queda para o cuidado de enfermagem de reabilitação

- Dependência no autocuidado
- Baixa confiança na realização do autocuidado
- Elevado consumo de benzodiazepinas
- Obstáculos na habitação
- Baixa cultura de segurança nas práticas e comportamentos de prevenção de queda
- Falta de informação dos idosos em relação à prevenção de quedas
- Falha de informação dos profissionais sobre conhecimento e compreensão dos fatores de risco enquanto primeira intervenção para a prevenção das quedas nos idosos

(Deandrea et al., 2013; Oliver et al., 2014; Whitney et al., 2014)
9

Revisão da Literatura

Fatores de risco no ambiente em casa promotores de queda e traumatismos

- Tapetes soltos e sem antiderrapantes
- Gaveta ou a porta de um armário abertas
- Um fio do telefone solto,
- Escadas desprovidas do corrimão
- Iluminação insuficiente em zonas de passagem ou para o exterior
- Fichas, tomadas e interruptores elétricos em mau estado de funcionamento, entre outros.

(DGS, 2015)

10

Enquadramento conceitual

A pessoa idosa, residente na comunidade, está a viver transições de desenvolvimento, saúde/doença e/ou situacionais que associadas a uma queda pode ter consequências no autocuidado, promovendo a dependência, aumentando o risco de imobilidade, de isolamento social e de institucionalização,



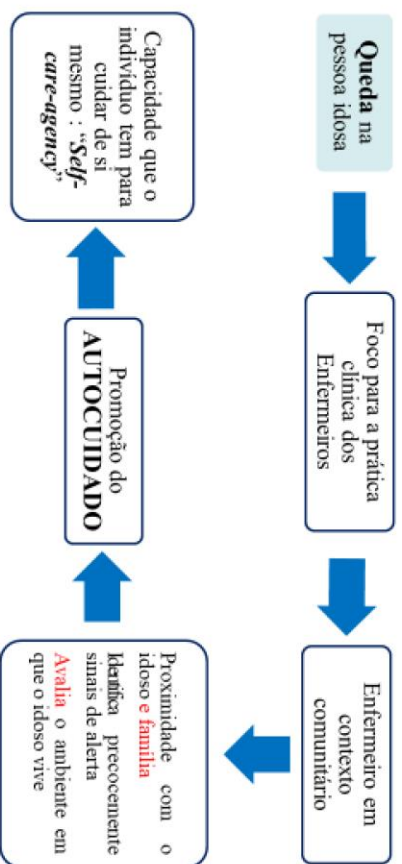
A intervenção do EER na capacitação da pessoa e do seu ambiente, na educação para a saúde pode ser um fator condicionante positivo para ajudar a gerir o risco de queda e a viver uma transição saudável.



Para que a pessoa consiga atingir a mestria



Enquadramento conceitual



12



QUEDA:

UM PROBLEMA PARA A POPULAÇÃO

IDOSA QUE RESIDE EM CASA

E

UM GRANDE DESAFIO PARA O EER

13



Queda em casa: um foco para EER

Objetivos do projeto de estágio:

Gerais:

- Desenvolver Competências Comuns e Específicas para o EER superiormente definidas pela Ordem dos Enfermeiros

Específicos:

- Integrar a equipa multidisciplinar.
- Apreciar a pessoa idosa, residente no comunidade, utilizando instrumentos validados e recomendados para a clínica do EER.
- Planear intervenções de enfermagem especializadas para prevenção da queda na pessoa idosa residente na comunidade
- Capacitar a pessoa idosa e sua família para a identificação dos fatores de risco de queda (individuais, comportamentais, ambientais) e medidas preventivas
- Intervir no espaço físico da habitação para aumentar a segurança e a mobilidade "dentro de portas"
- Assessorar a pessoa idosa e família na escolha de produtos de apoio para o autocuidado que promovam a independência funcional e a segurança
- Promover a reflexão e a discussão em equipa multidisciplinar sobre a intervenção primária no e sobre o domicílio como garante para a segurança, promoção da independência e autonomia da pessoa idosa.

14



Competências, Objetivos e Atividades

Objetivos específicos	Atividades
Integrar a equipa multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none">• Consulta e analisa de forma crítica os manuais, normas orientadoras e protocolos instituídos no serviço• Leitura das normas e diretrizes internas relacionadas com a prestação de cuidados especializados de enfermagem• Participação nas passagens de turno• Consulta da evidência científica nas bases de dados• Apresentação do projeto à equipa• Discussão dos objetivos do estágio com a equipa
Apreciar a pessoa idosa, residente no comunidade, utilizando instrumentos validados e recomendados para a clínica do EER	<ul style="list-style-type: none">• Identificação das necessidades de intervenção junto à pessoa idosa com vista à sua capacitação para prevenção de quedas• Avaliação do risco de queda (biofisiológico, comportamental e ambiental) no contexto de visita domiciliária• Aplicação instrumentos de avaliação (TUGT, FES e Registo de observação do ambiente físico e barreiras arquitetónicas no domicílio)

15



Competências, Objetivos e Atividades (Cont.)

Objetivos específicos	Atividades
<ul style="list-style-type: none"> Planear intervenções de enfermagem especializadas para prevenção da queda na pessoa idosa residente na comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> Desenho de planos de cuidados com individualização das medidas preventivas de quedas, em função do risco Priorização da intervenção (risco versus possibilidade de intervenção) Discussão com a equipa das medidas a serem implementadas Elaboração de dois Processos Clínicos de Enfermagem Planeamento de programas de reabilitação motora com impacto na diminuição do risco de queda, da queda e/ou medo de nova queda
<ul style="list-style-type: none"> Capacitar a pessoa idosa e sua família para a identificação dos fatores de risco de queda (individuais, comportamentais, ambientais) e medidas preventivas 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação individualizada dos fatores de risco Informar a pessoa idosa e sua família dos fatores de risco multidimensional Planeamento conjunto com o idoso e família, das medidas preventivas a adotar Realização de uma sessão de educação para a saúde para idosos com medo de queda

16



Competências, Objetivos e Atividades (Cont.)

Objetivos específicos	Atividades
<ul style="list-style-type: none"> Intervir no espaço físico da habitação para aumentar a segurança e a mobilidade "dentro de portas" 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação das condições de segurança e acessibilidade do espaço físico dentro de portas Elaboração de propostas de modificação do risco ambiental (associado aos diferentes mecanismos de queda na habitação) Eliminação de obstáculos ambientais Substituição de material derrapante por antiderrapante
<ul style="list-style-type: none"> Assessorar a pessoa idosa e família na escolha de produtos de apoio para o autocuidado que promovam a independência funcional e a segurança 	<ul style="list-style-type: none"> Assessoria na escolha de produtos de apoio (segurança e mobilidade) Solicitação à família de calçado fechado e antiderrapante Instrução sobre técnicas que aumentem a segurança no autocuidado (marcha, higiene, vestir/despir,...)

17

Competências, Objetivos e Atividades (Cont.)

Objetivos específicos	Atividades
<p>Promover a reflexão e a discussão em equipa multidisciplinar sobre a intervenção primária no e sobre o domicílio como garante para a segurança, promoção da independência e autonomia da pessoa idosa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realização de sessão de formação dirigida à equipa multidisciplinar Dinamização de duas reuniões com a equipa baseada na dinâmica do Team Stepps Discussão de um estudo de caso com a equipa multidisciplinar

18

Competências a desenvolver

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

<p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p>B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p>	<p>C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</p> <p>C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.</p> <p>D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p>
---	--

19



Competências a desenvolver

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade

J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reduzir as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade

J1.4. Avalia o resultado das intervenções implementadas

J.2.1. Elabora e implementa programas de treino de AVD visando a adaptação às limitações de mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida

J.2.2. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social

20

Indicadores de Avaliação



EM CONSTRUÇÃO...

CRONOGRAMA

Ano 2018/2019											
ATIVIDADE/OBJETIVOS	maio	junho	julho	agosto	setembro	outubro	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro	
Preparação e estruturação do projeto do estágio											
Definição do tema											
Revisão da literatura											
Visita aos campos de estágio											
Entrada do Projeto de estágio			24								
Ensino clínico em cuidados diferenciados (Dep. Reab. Func. Resp. do HSM)					24		25				
Ensino clínico nos Cuidados de Saúde Primários (UCC Integrar na saúde)							26				08
37 Objetivo específico: Integrar a equipa multidisciplinar					24	04	26	07			
38 Objetivo específico: Agregar a pessoa idosa, residente na comunidade, utilizando instrumentos validados											
39 Objetivo específico: Planear intervenções de enfermagem especializadas para prevenção de queda na pessoa idosa residente na comunidade											
40 Objetivo específico: Capacitar a pessoa idosa e sua família para a identificação dos fatores de risco de queda (individuais, comportamentais, ambientais) e medidas preventivas											
41 Objetivo específico: Intervir no espaço físico da habitação para aumentar a segurança e a mobilidade "dentro de casa" (queda (individuais, comportamentais, ambientais) e medidas preventivas											
42 Objetivo específico: Assessorar a pessoa idosa e família na escolha de produtos de apoio para o autocuidado que promovam a independência funcional e a segurança											
43 Objetivo específico: Promover a avaliação e a discussão em equipa multidisciplinar sobre a intervenção primária no e sobre o doente como garante para a segurança, promoção da independência e autonomia da pessoa idosa											

22

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção Geral da Saúde (2010). Programa Nacional para a saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde (2012). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes (PNPA). Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Meleis, A.I. (2012). Theoretical nursing: Development and progress (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- World Health Organization (2007a). WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Geneva: World Health Organization.
- Turner, S., Rupert K., & Wim R. (2015). "Falls among Older Adults in the EU-28 : Key Facts Available From: Statistics." Swansea University. *EuroSafe 1-5*. Retrieved (https://eupha.org/repository/sections/lpsp/Factsheet_falls_in_older_adults_in_EU.pdf).

Apêndice IV – Plano de trabalho e métodos

Pano de Trabalho e Métodos

Objetivo Geral:

- Desenvolver as Competências Comuns e Específicas para o EEER definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Domínios e Competências	1º Objetivo específico	Atividades	Critérios de Avaliação
<p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p>	Integrar a equipa multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta e análise de forma crítica de manuais, normas orientadoras e protocolos instituídos no serviço - Leitura de normas e diretrizes internas relacionadas com a prestação de cuidados especializados de enfermagem 	<p>Que no final dos EC consiga:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agir conformidade com as normas e protocolos de ER vigentes no serviço. - Colaborar nas decisões da equipa multidisciplinar.
<p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Participação nas passagens de turno e nas reuniões de equipa 	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir intervenções específicas do EEER com a equipa.
<p>C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de evidência científica nas bases de dados - Apresentação do projeto à equipa - Discussão dos objetivos do estágio com a equipa 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar os enfermeiros de cuidados gerais na tomada de decisão sobre a avaliação do risco e intervenção para prevenir a queda na população idosa. - Refletir sobre o desempenho e o percurso de aprendizagem. - Identificar os fatores capazes de interferir na relação com o cliente dos cuidados de enfermagem e/ou equipa multidisciplinar.
<p>C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.</p>			
<p>D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p>			

Objetivo Geral:

- Desenvolver as Competências Comuns e Específicas para o EEEER definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Domínios e Competências	2º Objetivo específico	Atividades	Crterios de Avaliação
J.1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades	Apreciar a pessoa idosa, residente na comunidade, utilizando instrumentos validados e recomendados para a clínica do EER	<ul style="list-style-type: none">- Identificação das necessidades de intervenção junto à pessoa idosa com vista à sua capacitação para prevenção de quedas	<p>Que no final do EC esteja apto a:</p> <ul style="list-style-type: none">- Utilizar instrumentos de medidas e escalas para avaliar a funcionalidade da pessoa idosa.
		<ul style="list-style-type: none">- Avaliação do risco de queda (bio fisiológico, comportamental e ambiental) no contexto da visita domiciliária	<ul style="list-style-type: none">- Utilizar indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde a nível pessoal, familiar e social.
		<ul style="list-style-type: none">- Aplicação de instrumentos de observação do ambiente físico e barreiras arquitetónicas no domicílio)	
		<ul style="list-style-type: none">- Avaliação do autocuidado, requisitos e fatores influenciadores	

Objetivo Geral:

- Desenvolver as Competências Comuns e Específicas para o EEER definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Domínios e Competências	3º Objetivo específico	Atividades	Crítérios de Avaliação
J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.	Planear intervenções de enfermagem de reabilitação para a promoção da segurança, da acessibilidade e prevenção da queda na pessoa idosa residente na comunidade	<ul style="list-style-type: none">- Desenho de planos de cuidados com individualização das medidas preventivas de quedas, em função do risco- Priorização da intervenção (risco versus possibilidade de intervenção)- Discussão com a equipa das medidas a serem implementadas- Elaboração de dois Processos Clínicos de Enfermagem- Planeamento de programas de reabilitação motora com impacto na diminuição do risco de queda, da queda e/ou medo de nova queda	<p>Que no final do EC demonstre conhecimento e capacidade para:</p> <ul style="list-style-type: none">- Discutir práticas de risco com o utente/família,- Conceber planos de cuidados individualizados (ER)- Prescrever intervenções para a redução de risco ao nível motor, sensorial e cognitivo. <p>- Implementar programas de reabilitação funcional respiratória e motora</p> <p>- Ensinar e instruir a pessoa idosa e sua família sobre estratégias promotoras da independência no autocuidado</p>
J.1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reduzir as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade			

Objetivo Geral:

- Desenvolver as Competências Comuns e Específicas para o EEER definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Domínios e Competências	4º Objetivo específico	Atividades	Crítérios de Avaliação
J.1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.	Capacitar a pessoa idosa e sua família para a identificação dos fatores de risco de queda (individuais, comportamentais, ambientais) e medidas preventivas	<ul style="list-style-type: none">- Avaliação individualizada dos fatores de risco- Informar a pessoa idosa e sua família dos fatores de risco multidimensional.- Planeamento conjunto com o idoso e família, das medidas preventivas a adotar.	<p>Que no final do EC seja capaz:</p> <ul style="list-style-type: none">- Implementar intervenções promotoras da independência no autocuidado- Selecionar e prescrever produtos de apoio que promovam a independência no autocuidado- Ensinar, demonstrar e treinar técnicas no âmbito de programas definidos com vista à promoção do autocuidado em diferentes contextos.

Objetivo Geral:

- **Desenvolver as Competências Comuns e Específicas para o EEER definidas pela Ordem dos Enfermeiros.**

Domínios e Competências	5º Objetivo específico	Atividades	Crítérios de Avaliação
B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro	Intervir no espaço físico da habitação para aumentar a segurança e a mobilidade “dentro de portas”	- Avaliação das condições de segurança e acessibilidade do espaço físico “dentro de portas”	Que no final do EC demonstre conhecimento sobre as medidas preventivas de queda relacionadas com as modificações ambientais
J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.		- Elaboração de propostas de modificação do risco ambiental (associado aos diferentes mecanismos de queda na habitação) - Eliminação de obstáculos ambientais - Substituição de material derrapante por antiderrapante	Que no final do EC seja capaz de: - Avaliar e intervir sobre o risco de queda - Discutir práticas de risco com pessoa idosa/família e medidas individualizadas para o controlo do mesmo.

Objetivo Geral:

- Desenvolver as Competências Comuns e Específicas para o EEER definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Domínios e Competências	6º Objetivo específico	Atividades	Critérios de Avaliação
J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.	Assessorar a pessoa idosa e família na escolha de produtos de apoio para o autocuidado que promovam a independência funcional e a segurança	- Assessoria na escolha de produtos de apoio (segurança e mobilidade) - Solicitação à família de calçado fechado e antiderrapante	- Que no final do EC esteja apto a: - Selecionar produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) adequados ao autocuidado em segurança e promotores da independência funcional da pessoa idosa
J.1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.		- Instrução sobre técnicas que aumentem a segurança no autocuidado (marcha, higiene, vestir/despir...)	- Assessorar o idoso e sua família nas alterações ambientais a efetuar no domicílio
J2.1. Elabora e implementa programas de treino de AVDs visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.			
J.2.2. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social			

Objetivo Geral: <ul style="list-style-type: none"> Desenvolver as Competências Comuns e Específicas para o EEER definidas pela Ordem dos Enfermeiros. 			
Domínios e Competências	7º Objetivo específico	Atividades	Crítérios de Avaliação
<p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p> <p>B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p>B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p>	<p>Promover a reflexão e a discussão em equipa multidisciplinar sobre a intervenção primária no e sobre o domicílio como garante para a segurança, promoção da independência e autonomia da pessoa idosa</p>	<p>- Realização de sessão de formação dirigida à equipa multidisciplinar</p> <p>- Dinamização de duas reuniões com a equipa baseada na dinâmica do Team Stepps</p> <p>- Discussão de um estudo de caso com a equipa multidisciplinar</p>	<p>Que no fim do ER demonstre capacidades de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Efetuar formação em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais Participar na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. Colaborar no desenvolvimento de aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados

**Apêndice V - Protocolo da revisão integrativa da literatura e diagrama da
seleção de artigos**

Protocolo da Revisão da Literatura

A revisão integrativa da literatura (RIL) realizada neste trabalho teve por finalidade explorar as intervenções de enfermagem no domicílio da pessoa idosa com efeito na diminuição do risco ou da prevalência de queda em casa.

Tema:

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na prevenção de quedas na pessoa idosa residente na comunidade.

Questão de pesquisa:

Quais as intervenções (de enfermagem de reabilitação) no espaço físico da habitação da pessoa idosa que aumentam a segurança (incluindo a acessibilidade) e diminuem o risco ou a prevalência de quedas?

Esta questão de pesquisa foi elaborada com recurso à mnemónica PICo

P (População)	Pessoa idosa (idade igual ou superior a 65 anos)
I (Fenómeno de Interesse)	Intervenções de enfermagem no espaço físico da casa para diminuir o risco e a prevalência de quedas
Co (contexto)	Domicílio

Objetivos da RIL:

O protocolo desta RIL tem como principal objetivo: explorar/mapear as intervenções no domicílio da pessoa idosa para a prevenção de quedas, garantindo acessibilidade e segurança em casa.

A partir da questão de pesquisa foram definidos critérios de inclusão e exclusão de estudos primários, com a finalidade de estreitar os intervalos de confiança, facilitar a comparação dos trabalhos, interpretação dos dados e aumentar a precisão dos resultados.

	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Tipo de Estudos	Revisões sistemáticas da Literatura; Revisões Integrativas da Literatura; Scoping review; Estudos primários (quantitativos e/ou qualitativos)	Artigos não indexados
Tipo de Participantes	Pessoas idosas com idade superior ou igual a 65 anos	Estudos com adultos
Fenómeno de Interesse	Intervenções no espaço físico da casa que aumentem a segurança, a acessibilidade e tenham impacto, positivo, no risco de cair e na queda	Intervenções que não impliquem modificações ambientais na casa da pessoa idosa

Descritores em inglês:

“nurs*” and (“interventions” or “prevention”) and (“community” or “home visit” or “home hazard modification” or home modifications) and (“elderly” or “aging”) and (“falls” or “accidental falls”) and (architectural accessibility or safety or security measures or equipment safety or patient safety)

(extraídos do Mesh)

Motores de Busca:

EBSCO, B-On, ISI (Web of Science); SCOPUS e JBI

Bases de dados a pesquisar:

Pesquisa realizada nas bases de dados disponíveis nos motores de busca da EBSCO, B-On, ISI; SCOPUS e JBI, a partir dos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

Limite temporal dos artigos a**aceitar:**

2013-2018

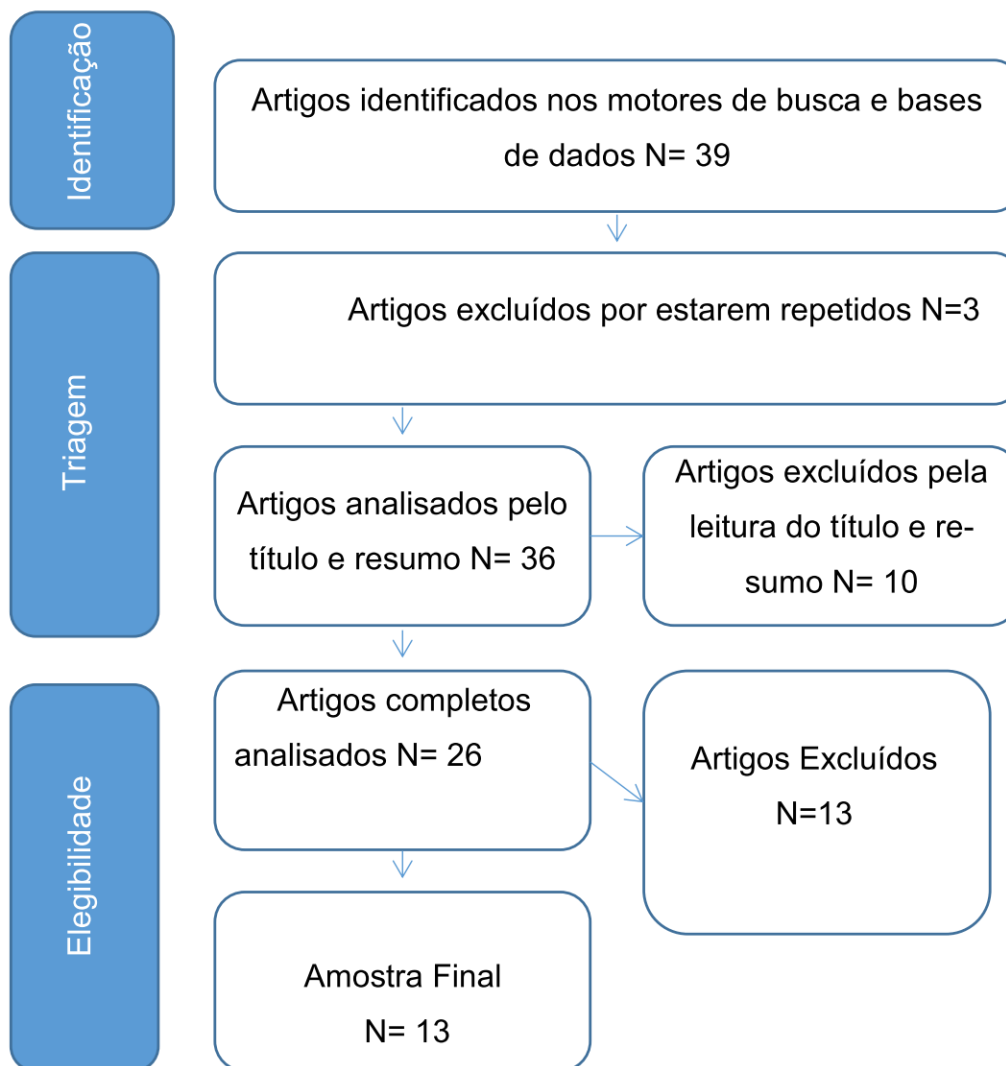
Restrições:

Para além das restrições temporais foram introduzidos outros filtros: *Full Text*; Idiomas Português, Espanhol e Inglês.

Foram identificados 39 artigos nas diferentes bases de dados. Pela leitura do título e autores excluíram-se três por estarem repetidos. A análise do resumo permitiu eliminar 10 artigos que não respeitavam os critérios de inclusão.

Efetou-se a leitura na íntegra de 26 artigos, metade foi excluída por não responder à questão de investigação (Figura 1).

Figura1. Fluxograma de seleção dos artigos para a revisão sistemática, elaborado a partir das recomendações PRISMA. Lisboa; 2018.



Apresenta-se no quadro seguinte as referências dos artigos que constituem a amostra bibliográfica desta RIL e que estão neste momento a ser analisados e discutidos (Quadro 1).

Quadro 1- Amostra Bibliográfica da RIL

Titulo	Autores (ano)	Revista
Falls not a priority: insights on discharging older people, admitted to hospital for a fall, back to the community	Meyer, Renehan, Batchelor, Said, Haines, Elliott, & Goeman (2018)	Australian Journal of Primary Health
Preventing falls in older people	Oxtoby (2017)	British Journal of Community Nursing
The elderly person in the equipa de cuidados continuados integrados: nursing program for prevention of falls	Cabrita & José (2013)	Rev Enferm UBPE
Effectiveness of the Chaos Falls Clinic in preventing falls and injuries of home-dwelling older adults: A randomised controlled trial	Palvanen, Kannus, Piirtola, Niemi, Parkkari, & Järvinen (2014)	Injury
Management of Falls in Community-Dwelling Older Adults: Clinical Guidance Statement from the Academy of Geriatric Physical Therapy of the American Physical Therapy Association	Avin, Hanke, Kirk-Sanchez, McDonough, Shubert, Hardage, & Hartley (2015)	Phys Ther
Effectiveness of a home hazard modification program for reducing falls in urban community-dwelling older adults: A randomized controlled trial	Kamei, Kajii, Yamamoto, Irie, Kozakai, Sugimoto, Chigira, & Niino (2015)	<u>Jpn J Nurs Sci.</u>

Fall determinants and home modifications by occupational therapists to prevent falls	Maggi, Mello, Delye, Ce` s, Macq, Gosset, & Declercq (2015)	<u>Can J Occup Ther.</u>
Home modification to reduce falls at a health district level: Modeling health gain, health inequalities and health costs	Wilson, Kvizhinadze, Pega, Nair, & Blakely (2017)	PLoS ONE
Home safety assessment and modification to reduce injurious falls in community-dwelling older adults: cost-utility and equity analysis	Pega, Kvizhinadze, Blakely, Atkinson, & Wilson (2016)	Inj Prev
Tailored education program using home floor plans for falls prevention in discharged older patients: A pilot randomized controlled trial	Ueda, Higuchi, Imaoka, Todo, Kitagawa, & Ando (2017)	Arch Gerontol Geriatr.
Non-pharmacological interventions to prevent falls in older patients: Clinical practice recommendations - the SENATOR ONTOP Series	Rimland, Abraha, Dell'Aquila, Cruz-Jentoft, Soiza, Gudmundsson, Petrovic, O'Mahony, & Cherubini (2017)	European Geriatric Medicine
Feasibility Trial of Tailored Home Modifications: Process Outcomes	Stark, Somerville, Conte, Keglovits, Hu, Carpenter, Hollingsworth, Yan (2018)	Am J Occup Ther.
Effectiveness of Non-Pharmacological Interventions to Prevent Falls in Older People: A Systematic Overview. The SENATOR Project ONTOP Series	Rimland, Abraha, Dell'Aquila, Cruz-Jentoft, Soiza, Gudmusson, Petrovic, O'Mahony, Todd, & Cherubini (2016)	PLoS ONE

APÊNDICE IV - Objetivos e Atividades

Pano de Trabalho e Métodos

Objetivo Geral:

- Desenvolver as Competências Comuns e Específicas para o EEER definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Domínios e Competências	1º Objetivo específico	Atividades	Critérios de Avaliação
<p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p>	Integrar a equipa multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> Consulta e análise de forma crítica de manuais, normas orientadoras e protocolos instituídos no serviço Leitura de normas e diretrizes internas relacionadas com a prestação de cuidados especializados de enfermagem 	<p>Que no final dos EC consiga:</p> <ul style="list-style-type: none"> Agir conformidade com as normas e protocolos de ER vigentes no serviço. Colaborar nas decisões da equipa multidisciplinar.
<p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p>		<ul style="list-style-type: none"> Participação nas passagens de turno e nas reuniões de equipa 	<ul style="list-style-type: none"> Discutir intervenções específicas do EEER com a equipa.
<p>C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</p>		<ul style="list-style-type: none"> Consulta de evidência científica nas bases de dados Apresentação do projeto à equipa Discussão dos objetivos do estágio com a equipa 	<ul style="list-style-type: none"> Apoiar os enfermeiros de cuidados gerais na tomada de decisão sobre a avaliação do risco e intervenção para prevenir a queda na população idosa. Refletir sobre o desempenho e o percurso de aprendizagem. Identificar os fatores capazes de interferir na relação com o cliente dos cuidados de enfermagem e/ou equipa multidisciplinar.
<p>C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.</p>			
<p>D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p>			

Objetivo Geral:

- Desenvolver as Competências Comuns e Específicas para o EEEER definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Domínios e Competências	2º Objetivo específico	Atividades	Crterios de Avaliação
J.1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades	Apreciar a pessoa idosa, residente na comunidade, utilizando instrumentos validados e recomendados para a clínica do EER	<ul style="list-style-type: none">- Identificação das necessidades de intervenção junto à pessoa idosa com vista à sua capacitação para prevenção de quedas	<p>Que no final do EC esteja apto a:</p> <ul style="list-style-type: none">- Utilizar instrumentos de medidas e escalas para avaliar a funcionalidade da pessoa idosa.
		<ul style="list-style-type: none">- Avaliação do risco de queda (bio fisiológico, comportamental e ambiental) no contexto da visita domiciliária	<ul style="list-style-type: none">- Utilizar indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde a nível pessoal, familiar e social.
		<ul style="list-style-type: none">- Aplicação de instrumentos de observação do ambiente físico e barreiras arquitetónicas no domicílio)	
		<ul style="list-style-type: none">- Avaliação do autocuidado, requisitos e fatores influenciadores	

Objetivo Geral:

- Desenvolver as Competências Comuns e Específicas para o EEER definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Domínios e Competências	3º Objetivo específico	Atividades	Critérios de Avaliação
J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.	Planear intervenções de enfermagem de reabilitação para a promoção da segurança, da acessibilidade e prevenção da queda na pessoa idosa residente na comunidade	<ul style="list-style-type: none">- Desenho de planos de cuidados com individualização das medidas preventivas de quedas, em função do risco- Priorização da intervenção (risco versus possibilidade de intervenção)- Discussão com a equipa das medidas a serem implementadas- Elaboração de dois Processos Clínicos de Enfermagem- Planeamento de programas de reabilitação motora com impacto na diminuição do risco de queda, da queda e/ou medo de nova queda	<p>Que no final do EC demonstre conhecimento e capacidade para:</p> <ul style="list-style-type: none">- Discutir práticas de risco com o utente/família,- Conceber planos de cuidados individualizados (ER)- Prescrever intervenções para a redução de risco ao nível motor, sensorial e cognitivo.
J.1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade		<ul style="list-style-type: none">- Implementar programas de reabilitação funcional respiratória e motora- Ensinar e instruir a pessoa idosa e sua família sobre estratégias promotoras da independência no autocuidado	

Objetivo Geral:

- Desenvolver as Competências Comuns e Específicas para o EEER definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Domínios e Competências	4º Objetivo específico	Atividades	Crítérios de Avaliação
J.1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.	Capacitar a pessoa idosa e sua família para a identificação dos fatores de risco de queda (individuais, comportamentais, ambientais) e medidas preventivas	<ul style="list-style-type: none">- Avaliação individualizada dos fatores de risco- Informar a pessoa idosa e sua família dos fatores de risco multidimensional.- Planeamento conjunto com o idoso e família, das medidas preventivas a adotar.	<p>Que no final do EC seja capaz:</p> <ul style="list-style-type: none">- Implementar intervenções promotoras da independência no autocuidado- Selecionar e prescrever produtos de apoio que promovam a independência no autocuidado- Ensinar, demonstrar e treinar técnicas no âmbito de programas definidos com vista à promoção do autocuidado em diferentes contextos.

Objetivo Geral:

- **Desenvolver as Competências Comuns e Específicas para o EEER definidas pela Ordem dos Enfermeiros.**

Domínios e Competências	5º Objetivo específico	Atividades	Crítérios de Avaliação
B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro	Intervir no espaço físico da habitação para aumentar a segurança e a mobilidade “dentro de portas”	- Avaliação das condições de segurança e acessibilidade do espaço físico “dentro de portas”	Que no final do EC demonstre conhecimento sobre as medidas preventivas de queda relacionadas com a as modificações ambientais
J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto- cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.		- Elaboração de propostas de modificação do risco ambiental (associado aos diferentes mecanismos de queda na habitação) - Eliminação de obstáculos ambientais - Substituição de material derrapante por antiderrapante	Que no final do EC seja capaz de: - Avaliar e intervir sobre o risco de queda - Discutir práticas de risco com pessoa idosa/família e medidas individualizadas para o controlo do mesmo.

Objetivo Geral:

- Desenvolver as Competências Comuns e Específicas para o EEER definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Domínios e Competências	6º Objetivo específico	Atividades	Critérios de Avaliação
J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.	Assessorar a pessoa idosa e família na escolha de produtos de apoio para o autocuidado que promovam a independência funcional e a segurança	- Assessoria na escolha de produtos de apoio (segurança e mobilidade) - Solicitação à família de calçado fechado e antiderrapante	- Que no final do EC esteja apto a: - Selecionar produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) adequados ao autocuidado em segurança e promotores da independência funcional da pessoa idosa
J.1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.		- Instrução sobre técnicas que aumentem a segurança no autocuidado (marcha, higiene, vestir/despir...)	- Assessorar o idoso e sua família nas alterações ambientais a efetuar no domicílio
J2.1. Elabora e implementa programas de treino de AVDs visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.			
J.2.2. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social			

Objetivo Geral: <ul style="list-style-type: none"> Desenvolver as Competências Comuns e Específicas para o EEER definidas pela Ordem dos Enfermeiros. 			
Domínios e Competências	7º Objetivo específico	Atividades	Crítérios de Avaliação
<p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p> <p>B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p>B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p>	<p>Promover a reflexão e a discussão em equipa multidisciplinar sobre a intervenção primária no e sobre o domicílio como garante para a segurança, promoção da independência e autonomia da pessoa idosa</p>	<p>- Realização de sessão de formação dirigida à equipa multidisciplinar</p> <p>- Dinamização de duas reuniões com a equipa baseada na dinâmica do Team Stepps</p> <p>- Discussão de um estudo de caso com a equipa multidisciplinar</p>	<p>Que no fim do ER demonstre capacidades de:</p> <p>- Efetuar formação em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais</p> <p>- Participar na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional.</p> <p>- Colaborar no desenvolvimento de aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados</p>

APÊNDICE V - Cronograma do Projeto

CRONOGRAMA

Ano 2018/2019

Ano 2018/2019											
ATIVIDADE/OBJETIVOS											
	maio	junho	julho	setembro	outubro	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro		
Preparação e estruturação do projeto do estágio											
Definição do tema											
Revisão de literatura											
Visita aos campos de estágio		UCC									
Entrega do Projeto de estágio			24								
Ensino clínico em cuidados diferenciados (Dep. Reab. Func. Resp. do HSM)				24	23						
Ensino clínico nos Cuidados de Saúde Primários (UCC Integrar na saúde)					26	26	07		08		
1º Objetivo específico: Integrar a equipe multidisciplinar				24	04	26	07				
2º Objetivo específico: Apreciar a pessoa idosa, residente na comunidade, utilizando instrumentos válidos											
3º Objetivo específico: Planear intervenções de enfermagem especializadas para prevenção da queda na pessoa idosa residente na comunidade											
4º Objetivo específico: Capacitar a pessoa idosa e sua família para a identificação dos fatores de risco de queda (individuais, comportamentais, ambientais) e medidas preventivas											
5º Objetivo específico: Intervir no espaço físico da habitação para aumentar a segurança e a mobilidade “dentro de portas” queda (individuais, comportamentais, ambientais) e medidas preventivas											
6º Objetivo específico: Assessorar a pessoa idosa e família na escolha de produtos de apoio para o autocuidado que promovam a independência funcional e a segurança											
7º Objetivo específico: Promover a reflexão e a discussão em equipe multidisciplinar sobre a intervenção primária no e sobre o domicílio como garante para a segurança, promoção da independência e autonomia da pessoa idosa											
Redação do relatório final											

APÊNDICE VI- Jornal de aprendizagem

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

9º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Jornal de Aprendizagem

A Intervenção do EEER na pessoa com Patologia Respiratória

Discente: Bebiano Santos, nº 8427

Enfermeiro Orientador: L.N.

Docente Orientador: Profª Cristina Baixinho

Lisboa,

novembro de 2018

1. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

No dia 31 de outubro, no decorrer da cinesiterapia respiratória ao Sr. F.C.F. - utente que se encontra numa unidade de cuidados diferenciados com o diagnóstico de fratura luxação de C6-C7 -, por dificuldade extrema na mobilização e eliminação de secreções brônquicas relacionadas com a sua situação clínica e, sobretudo, pelo facto do utente recusar técnicas invasivas de aspiração de secreções, a equipa multidisciplinar, (nomeadamente médicos e enfermeiros na qual me incluo) optou por intervir recorrendo ao CoughAssist¹. Enquanto técnica não evasiva, o referido dispositivo usa pressão positiva para proporcionar uma inalação pulmonar máxima, seguida por uma interrupção abrupta de pressão negativa exercida na via aérea superior, durante a qual a rápida mudança de pressão simula as mudanças de fluxo de ar que ocorrem durante uma tosse, facilitando desta forma a libertação de secreções brônquicas (Chatwin, 2008). Importa referir que esta abordagem acontece numa altura em que o Sr. FCF vivencia um quadro de alternância de períodos de lucidez com outros de perfeita desorientação no espaço e no tempo, que, associados a uma marcada hipoacúsia à esquerda, não contribuem para uma comunicação assertiva.

Não se trata de uma técnica totalmente desconhecida por mim do ponto de vista teórico, visto ter já sido abordada em contexto de aulas. Porém, a utilização prática exigia de um estudante de ER conhecimentos aprofundados, tendo em conta a complexidade do mesmo no que diz respeito à programação prévia.

Ainda na Unidade de Readaptação Funcional Respiratória, o Enfermeiro Orientador disponibilizou-se previamente para realizar uma sessão prática de ensino com enfoque no manuseamento do aparelho à qual assisti, juntamente com dois outros estudantes da mesma especialidade.

Em contexto de aprendizagem prática, tal demonstração revela-se fundamental na medida em que se conjuga o saber-saber e o saber fazer, com vantagens acrescidas para o desenvolvimento de habilidades do EEER.

¹ Dispositivo exsufador-insufador mecânico projetado para auxiliar a limpeza das secreções das vias aéreas em pacientes com tosse ineficaz e cuja evidência apresenta resultados benéficos para indivíduos com patologias de foro neuromuscular (Chatwin, 2008).

Segundo (Pires, 1999, p.30),

Kolb considera o processo de aprendizagem experiencial como um ciclo que comporta quatro etapas: a experiência concreta, seguida de observação e reflexão, através da qual se formam os conceitos abstratos e a generalização destes, a partir da qual se criam novas hipóteses que, sendo aplicadas a situações reais, dão origem a novas experiências (...)

Seguidamente, dirigimo-nos de novo à Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos (UCIMC), local onde se encontrava o utente.

Antes de iniciar a técnica, o Sr. FCF foi informado acerca da realização da mesma e dos benefícios que se esperavam face ao seu estado de saúde, ao mesmo tempo que lhe foi pedido o devido consentimento para a execução da técnica. Sendo uma técnica considerada não invasiva, a pressão exercida pela máscara em contacto com o utente pareceu-me gerar nele algum desconforto face à expressão facial do mesmo que aparentava sinais de revolta.

Realizada a técnica, aparentemente com a colaboração do utente, os resultados foram manifestamente satisfatórios, traduzidos em auscultação de murmúrio vesicular mantido em ambos os hemi-tórax, bem como a elevação de valores de saturações periféricas de oxigénio para níveis de 96%.

2. PENSAMENTOS E SENTIMENTOS EXPERENCIADOS

Ao longo da situação experienciei diferentes momentos de emoção. Encontrar uma alternativa terapêutica cuja evidência garantisse ganho em saúde para o utente, não sendo, contudo, invasiva, era para mim, no mínimo, garante de benefício inquestionável, segurança e conforto. Por outro lado, estava perante uma experiência nova que justificava a mobilização de conhecimentos teóricos para que fossem integrados na prática clínica. Até aqui, tudo apontava para que me mantivesse confortável e descontraído durante os procedimentos, que culminaram, como era suposto, na eliminação de secreções, condicentes com os objetivos previamente definidos, aliás, subjacentes à técnica.

De regresso a casa, ao refletir sobre os vários momentos de contacto com o Sr. FFC, vi-me confrontado com o fato de, eventualmente, não ter sido respeitada a vontade do utente, o que me causou algum desconforto. Foi entre esta dualidade de sentimentos, na qual se afigura ténue a fronteira entre a necessidade de

determinadas práticas terapêuticas e a vontade do utente, que surgiu o motivo para o atual momento de aprendizagem reflexiva.

Se por um lado a vida enquanto realidade única deve merecer por parte dos profissionais de saúde o maior respeito e conseqüente preservação, por outro não é menos verdade que os direitos humanos se afiguram como fundamentais e dignos, independentemente de qualquer condição subjacente ao indivíduo para o qual os cuidados são dirigidos.

Assim, no âmbito das suas competências, o EEER atribui especial valor à vida, protegendo-a e defendendo-a em todas as circunstâncias, tendo em linha de conta o respeito pelas opções políticas, culturais, morais e religiosas do indivíduo e criando condições para que possa ver respeitados os seus direitos (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

3. AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO

A experiência foi duplamente gratificante quer para o utente que conseguiu, por via de uma manobra não invasiva, libertar-se de secreções, quer para mim enquanto estudante num contexto de aprendizagem prática, tendo sido decidida no âmbito da equipa multidisciplinar, tal como prevê a alínea b) do artigo 112º “Dos deveres para com outras profissões” do Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE), uma articulação interdisciplinar (Ordem dos Enfermeiros, 2015) em prol da abordagem holística do indivíduo.

De facto, esta experiência veio demonstrar a viabilização de um programa de reeducação funcional respiratória que, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010), integra a prática do EEER, profissional de saúde com a responsabilidade de cuidar de indivíduos com necessidades especiais, em todo o ciclo vital nos locais onde se justifica a prática de cuidados especializados de reabilitação. Uma outra mais-valia, igualmente digna de relevo, foi a reflexão levada a cabo a partir de uma experiência prática e que se traduziu numa vasta expansão e integração de conhecimentos, reforçando a sua importância enquanto habilidade elementar em contexto clínico (Peixoto & Peixoto, 2016).

Este processo de aprendizagem prolongado no tempo e definido como prática de cuidados é ainda, simultaneamente, gerador de perícia (Hesbeen, 2003) quando,

no âmbito da sua intervenção, o EEER testa e aperfeiçoa hipóteses baseadas em evidências científicas (Benner, 2001).

Todos os processos que envolvam prática de cuidados, para além da reflexão que geram, implicam uma avaliação, por vezes, geradora de medidas corretoras para a salvaguarda da melhoria de cuidados. Assim, da nossa avaliação, salientam-se positivamente os seguintes aspetos:

- 1) A decisão tomada no âmbito da equipa multidisciplinar com vista a utilização do aparelho de insuflação / exsuflação;
- 2) A decisão de iniciar a técnica após tentativa de obtenção de consentimento explícito por parte do utente;
- 3) A realização de todos os procedimentos inerentes à técnica, nomeadamente a parametrização do dispositivo de insuflação / exsuflação, com vista à sua correta utilização. De acordo com Chatwin (2008) é seguro iniciar a pressão de insuflação (positiva) a 15 – 20 cm de água (1,5 – 2,0 kPa), podendo aumentar para uma inspiração à capacidade pulmonar total. Por outro lado, a insuflação deve durar dois ou mais segundos se necessário, sendo titulada para o conforto do utente;
- 4) O facto de termos sido capazes (enquanto equipa) numa situação em que não estava excluído o risco de agravamento do quadro clínico do utente por via do compromisso da tosse, definir uma estratégia terapêutica alternativa para mobilizar e eliminar secreções.

Relativamente aos aspetos menos positivos, regista-se a ausência de consentimento explícito por parte do utente para a realização da técnica, sendo que “deve constar a declaração da pessoa sobre o acesso à informação oral e escrita assumindo que lhe foram fornecidas todas as explicações e o tempo de reflexão de que necessitava para a sua aceitação explícita” (DGS, 2015, p.1).

Se por um lado se reconhece a extrema dificuldade envolta no estabelecimento de uma comunicação assertiva com um utente que evidencie períodos de confusão e de desorientação, não é menos verdade que qualquer sensação ou perceção deve ser traduzida em palavras (Brink & Skott, 2013), caso contrário, poder-se-á questionar, até que ponto a prestação de cuidados estará centrada no utente. De acordo com (Binnie & Titchen, 1999), adotar intervenções de Enfermagem centradas no utente constitui, em si, a prática de cuidados holísticos,

umentando os níveis de satisfação do mesmo, ao mesmo tempo que reduz a ansiedade dos Enfermeiros.

Em segundo lugar, como aspeto menos positivo e a melhorar, regista-se o facto do estudante, enquanto elemento da equipa multidisciplinar, não ter alertado para a eventualidade de recusa por parte do utente, visto ter sido o mesmo comportamento por ele adotado aquando da tentativa de aspiração de secreções com recurso à técnica invasiva.

4. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

Com recurso a uma reflexão estruturada e mais amíúde acerca da experiência, identifiquei alguns aspetos que se revelaram cruciais no contexto da prática de cuidados de Enfermagem. Assim, adquire especial relevância a reflexão sobre a prática, na medida em que obriga a questionar os vários momentos da mesma, bem como o sentido que espelha quer para o utente, quer para mim, enquanto prestador de cuidados. Por outro lado, promove uma busca ativa de significados e valores em confronto permanente com o conformismo das rotinas, cujo resultado visa em última instância a aprendizagem. Estamos, desta feita, diante de uma habilidade vocacionada para o desenvolvimento pessoal, profissional e intelectual, em contexto de ensino clínico, cuja ação dissemina um maior e abrangente foco de conhecimento em torno da Enfermagem, enquanto disciplina científica (Peixoto & Peixoto, 2016).

A relação terapêutica que se estabelece entre o EEER e o utente deve ser norteadada por um diálogo franco e honesto, abrindo caminho ao consentimento informado (Santos, 2016). Cabe ao profissional de saúde certificar se houve compreensão das explicações concedidas, no sentido de salvaguardar o pleno esclarecimento do consentimento (Entidade Reguladora da Saúde, (2009). Importa referir que, ainda de acordo com a ERA (2009), o consentimento, sendo uma manifestação de vontade, pode consubstanciar-se em três formulações: tácito ou implícito (resultante de manifestações observáveis e comprovadas); presumido (decorrente da impossibilidade do utente se manifestar, num contexto de urgência em que não há registo anterior de manifestação de recusa relativa à prestação de cuidados de saúde) e com intervenção de terceiros (quando se faz presente a determinação de um representante legal).

Por outro lado, é correto assinalar que, ante o agravamento do quadro clínico do utente, cumpre ao EEER atribuir à vida o seu real valor, protegendo-a e defendendo-a em todas as circunstâncias (OE, 2015), facto que encontra fundamentos legais: “sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa” (ERA, 2009, p. 40).

Afigura-se dizer que o processo de aprendizagem reflexiva não é condicionado por limites enquanto busca constante de alternativas e explicações para realidades complexas. Adicionalmente, tais explicações, mesmo não sendo consensuais, traduzem-se em conhecimentos que concorrem para a melhoria da prestação de cuidados de Enfermagem diferenciados, vistos como desígnios do EEER.

5. PLANO DE AÇÃO FUTURO

Caso ocorra futuramente uma situação semelhante, tentarei fazer convergir o pensamento reflexivo aliado aos cuidados centrados no utente, tendo como enfoque a(s) experiência(s) vivenciada(s) no presente momento de aprendizagem.

Se tivermos em linha de conta as questões éticas que envolveram tal experiência reflexiva, notamos que se encontra patente o conflito entre o respeito pelo princípio de autonomia e o da beneficência (não maleficência) da pessoa destinatária dos cuidados. Assim, estas entidades atuaram em parceria para a tomada de decisão no que diz respeito à situação clínica (Campos & Oliveira, 2107) que se afigurava complexa.

Ser por um lado se torna imperioso o respeito pela decisão e vontade explícita do utente para a realização de determinados procedimentos terapêuticos, não menos importante será o benefício para o mesmo, observando determinantes para a sua saúde como o risco e a segurança.

De acordo com Campos e Oliveira (2017), relativamente aos profissionais de saúde cujos campos de atuação envolvem a vida humana, estes são por vezes confrontados com dilemas éticos de difícil resolução. Por outro lado, por via da crescente valorização do princípio de autonomia/ consentimento livre e esclarecido,

é cada vez maior a mudança na relação entre os utentes e os profissionais de saúde. Atualmente, estes princípios juntam-se ao da beneficência em igualdade de circunstâncias com vista a tomada da decisão clínica mais acertada.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perante o acima descrito, concluo que a minha postura, tomada de decisão e intervenção em cuidados de enfermagem diferenciados, terão sido parcialmente adequadas, o que é aceitável num contexto de aprendizagem. Teria sido mais eficiente se tivesse conseguido gerar no seio da equipa multidisciplinar a mesma reflexão aqui trazida, como forma de despertar consciências e disseminar conhecimento. E porque a temática diz respeito aos direitos humanos, importava integrar outras estratégias na comunicação com o utente, nomeadamente, o envolvimento de algum familiar significativo ou ainda, profissional de saúde com o qual melhor se identificasse e que fosse capaz de interpretar o seu silêncio.

Considero também que a comunicação (verbal e não verbal), enquanto meio de relação entre os indivíduos, deve ser explorada até ao limite da sua compressão e utilizada em todos os contextos em que ocorra a prestação de cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.

Binnie A. & Titchen A. (1999) *Freedom to Practice: The Development of Patient-centred Nursing*. Butterworth Heinemann, Oxford.

Brink, E., & Skott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*, 03(08), 563–567. <https://doi.org/10.4236/ojn.2013.38077>

Campos, A., & Oliveira, D. R. De. (2017). A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficiência) na bioética médica The relationship between the principle of. *Revista Brasileira de Estudos Políticos | Belo Horizonte | n. 115 | Pp. 13-45 | Jul./Dez. 2017*, 13–45. <https://doi.org/10.9732/P.0034-7191.2017V115P13>

Chatwin, M. (2008). How to use a mechanical insufflator–exsufflator “cough assist machine.” *Breathe*, 4(4), 320 LP – 329. Disponível em: <http://breathe.ersjournals.com/content/4/4/320.abstract>

Direção Geral de Saúde (2015). Norma nº 015/2013. Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Acessível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>

Entidade Reguladora da Saúde (2009). Consentimento Informado- Relatório Final. Porto. Acessível em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/73/Estudo-CI.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento Das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação*. 4. http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) – Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro. *Ordem Dos Enfermeiros*, 39(5), 561–563.

Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem

em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 121–132.
<https://doi.org/10.12707/RIV16030>

Pires, A. L. de O. (1999). A Aprendizagem Experiencial dos Adultos. *Formar*, pp. 27–35. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17257/1/A aprendizagem experiencial dos adultos - pp. 27-36.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17257/1/A%20aprendizagem%20experiencial%20dos%20adultos%20-%20pp.%2027-36.pdf)

Santos, T. D. D. (2016). O Consentimento Informado na prática médica: Revisão sistemática. Disponível em: [https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/20855/1/Thiago Dantas Dias - Versao Final.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/20855/1/Thiago%20Dantas%20Dias%20-%20Versao%20Final.pdf)

APÊNDICE VII - Estudo de Caso - UCC



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA

9º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de Caso

Local de Estágio – UCC

Bebiano da Graça Will Pires dos Santos, nº 8427

Lisboa

janeiro de 2019





ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA

9º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular Opção II

Estudo de caso

Bebiano Graça Will Pires Santos, N° 8427

Docente Orientador: Prof^a Cristina Baixinho

Lisboa

janeiro de 2019

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATA – Artroplastia total da anca

AVD – Atividades de Vida Diária

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FES – Falls Efficacy Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

SPOT- Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia

TUGT –Timed Up and Go Test

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1. Enquadramento teórico	6
2. Colheita de Dados	8
Exame Físico e Avaliação Funcional	10
3. Avaliação Neurológica	12
4. Avaliação da Força Muscular	14
5. Avaliação do Risco Ambiental	18
6. Plano de cuidados	21
Análise segundo a teoria da transição de Afaf Meleis e Dorothea Orem	21
7. Considerações Finais	30
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
Apêndice I – Escala de Braden	
Apêndice II – Escala de Glasgow	
Apêndice III – Mini Mental State Examination	
Apêndice IV – Escala de Berg	
Apêndice V –Versão Portuguesa da Falls Efficacy Scale (FES)	
Apêndice VI – TUGT – Ficha de Avaliação	
Apêndice VII – Escala Linear Analógica não visual da dor	
Apêndice VIII – Escala de Barthel	
Apêndice IX – Escala MIF	

INTRODUÇÃO

O estudo de caso, ora desenvolvido, surge integrado no âmbito do Ensino Clínico em contexto Comunitário do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Reabilitação. Tem como intuito, o desenvolvimento de competências clínicas desenvolvidas pelo estudante em situações complexas de prática de cuidados de enfermagem. Para a consumação de tal aspiração, ao estudante exige-se a aplicabilidade prática do seu projeto de estágio, previamente desenvolvido e aprovado em contexto teórico.

Focado no risco e prevalência de quedas na população idosa a residir na comunidade, o projeto pretende evidenciar fatores ambientais e suas consequências, enquanto elementos constituintes de um verdadeiro entrave para o utente idoso (degradação da qualidade de vida), em linha com desvantagens que se estendem à família, à sociedade e particularmente ao erário público (Despacho nº 1400-A/2015, 2015). Assim, este estudo de caso reflete um dos grandes flagelos para a população idosa, a queda que, representando um problema para a saúde pública (OMS, 2007), deve merecer por parte do EEER a devida avaliação e intervenção.

Recorremos à observância de um conjunto de saberes técnicos e científicos, mobilizados em contexto de ensino clínico (OE, 2010) para responder às necessidades de saúde em condições específicas.

O presente estudo de caso aborda a situação clínica do utente MCCL, um dos idosos a quem prestei cuidados de enfermagem de reabilitação por em contexto domiciliário.

Com base na implementação de um programa de enfermagem de reabilitação iniciado após a alta hospitalar e envolvendo o utente/cuidadora/família, com especial atenção ao ambiente envolvente enquanto representativo de risco de queda (Cabrita & José, 2013). Após a avaliação do programa, verificamos que foram significativas as vantagens, traduzidas em ganhos para a saúde e conseqüente qualidade de vida.

Importa também referir que tais intervenções enquanto partes do projeto, integram-se no percurso de formação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, dotando-o de competências específicas e que devem ser comunicadas aos cidadãos (OE, 2010a).

1. Enquadramento teórico

É nosso intuito levar a cabo o desenvolvimento de uma abordagem sumária, capaz de descrever o percurso do utente em causa, desde a ocorrência da queda em casa, passando pelo processo cirúrgico e por inerência pelos cuidados afetos à Enfermagem de Reabilitação numa perspetiva assente no “interesse sentido pelo futuro da pessoa, (...) mesmo quando a cura ou reparação do seu corpo - regresso do mesmo à normalidade - deixam de ser possíveis.” (Hesbeen, 2003, p. XI)

Etiologia:

A idade avançada é um dos preditores para a prevalência de fraturas da extremidade proximal do fémur, registando-se nesta fase do ciclo de vida os maiores índices de morbilidade e mortalidade. Segundo a Direcção-Geral da Saúde (2003) é a partir dos 80 anos que esta incidência atinge a maior magnitude, principalmente no sexo feminino, como resultado de traumatismos por quedas, numa altura em que há maior tendência para a fragilidade óssea que, associada à polimedicação, contribuem para o aumento do período de internamento hospitalar, complicações peri-operatórias e mortalidade (Fonseca et al., 2015).

Epidemiologia:

Tendo em conta o exponencial aumento da população mundial com idade igual ou superior aos 65 anos, tornam-se preocupantes os volumes de ocorrências de fraturas da extremidade proximal do fémur, quando em 1990 ocorreram 1,7 milhões a nível mundial, prevendo-se que atinjam em 2050 cifras de 6.26 milhões. (DGS,2003)

Em Portugal regista-se um aumento significativo deste tipo de fratura sendo em percentagem superior ao aumento do envelhecimento da população: 5.600 fraturas no ano de 1989; 6.718 em 1994 e 9523 no ano 2006.(Amann, 2012)

Fisiopatologia:

De acordo com a Direcção Geral de Saúde (2003), as fraturas da extremidade proximal do fémur relacionam-se diretamente com aquelas que ocorrem no segmento ósseo demarcado proximalmente pelo limite inferior da cabeça do fémur e distalmente por um nível situado cinco centímetros abaixo do limite inferior do pequeno trocânter.

Assim, podem ser identificadas três tipos de fraturas:

- Trocantéricas – as que se localizam na área limitada acima pela linha intertrocantérica e, abaixo, pelo limite distal do pequeno trocânter;

- Do colo – as que se localizam entre a cabeça e a área trocantérica e que se subdividem em subcapitais, transcervicais e basicervicais.

- Subtrocantéricas - as que ocorrem no segmento entre o limite inferior do pequeno trocânter e um nível cinco centímetros abaixo dele.

A cirurgia constitui a primeira linha de recurso, podendo o cirurgião optar por prótese total (artroplastia total da anca) ou parcial da anca (Hemiartroplastia) (Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia (SPOT, 2010).

No que diz respeito à artroplastia total da anca (ATA), esta cirurgia implica a substituição da articulação coxofemoral (Cunha, 2008) quando em presença de fraturas ou desgaste articular por via da osteoartrose (Cruz, Oliveira & Conceição, 2009; Sousa, 2014).

2. Colheita de Dados

Identificação do Utente

Nome: M.C.C.L.

Idade: 77 anos

Data de nascimento: 18/08/1941

Sexo: masculino

Raça: caucasiana

Religião: Católica

Naturalidade: portuguesa

Habilitações literárias:

Estado Civil: casado

Profissão: reformado

Residência: Lisboa

Centro de Saúde de referência: USF - BJ

Médico de Família: IR

Subsistema de Saúde: Segurança Social

Pessoa significativa: filha (H.L.)

Antecedentes Pessoais:

- Carcinoma de pênis operado em 2003

- Diabetes tipo II

- Miocardiopatia Dilatada

- Doença de Corpus Lewy

- Hipertensão Arterial

Alergias – Desconhecidas

Hábitos aditivos - Desconhecidos

Medicação atual:

Rivastigmina 13.3; Risperidona 1mg; Venlafaxina; Flindix retard; Omeprazol; Metformina; Perindopril; Espironalactona 25mg; Furosemida; Carvedilol 6.25mg; AAS 100mg; Trazadona; Doluron

História de doença atual

O utente M.C.C.L deu entrada no dia 17/10/2018 num Centro hospitalar, após queda da própria altura ocorrida no interior da sua habitação, da qual resultou fratura subcapital do fémur esquerdo e também traumatismo crânio encefálico sem perda de conhecimento. Fez TAC CE que não revelou alterações.

No dia 22/10/2018, foi submetido a hemiartroplastia unipolar cimentada do fémur esquerdo sob anestesia geral. A cirurgia decorreu sem intercorrências e não se registaram alterações no pós-operatório. Ainda no internamento deu-se o início ao programa de reabilitação motora com levantamentos diários para o cadeirão.

Teve alta para o domicílio a 29/12/2018 (7º dia de pós-operatório) com indicação para realizar transferências para o cadeirão e se houvesse colaboração por parte do utente, realizaria carga completa no membro operado com recurso a uso de auxiliar de marcha (andarilho). Por outro lado, deveria cumprir a terapêutica prescrita.

Situação sociofamiliar:

O Utente é viúvo e reside com a uma das 2 filhas numa moradia social, no Bairro da Boavista. A mais nova reside relativamente perto do pai e visita-o regularmente. A esposa faleceu há cerca de 2 anos vítima de Acidente Vascular Cerebral.

Os cuidados de higiene e conforto ao utente são assegurados por uma equipa pertencente ao apoio comunitário que diariamente realiza uma visita domiciliária. Por outro lado, o utente beneficia de cuidados permanentes a título particular, de uma funcionária que para além de cuidar da alimentação, responsabiliza-se pelo acompanhamento e supervisão do mesmo durante a realização das AVD e acompanha-o deslocações para o exterior da habitação e consultas.

Habitação e condições de habitabilidade:

Morada com 2 pisos com escadas de ligação entre os mesmos; piso superior composto por casa de banho e quarto; piso inferior composto por cozinha, sala e quarto de banho; o acesso à entrada principal da habitação é feito através de uma escada com 5 degraus.

A queda ocorreu numa altura em que o utente se dirigia à casa de banho.

A sala e o quarto de banho sofreram obras de readaptação como preparação prévia para o regresso do utente após a alta hospitalar. Atualmente dispõe de uma cama articulada, um cadeirão com elevador elétrico, uma cadeira de banho com rodas e a casa de banho para além de possuir barras de apoio, permite a entrada da cadeira.

Nas traseiras da habitação existe um quintal cujo acesso à estrada principal é feito por uma escada com 3 degraus. O utente recorda com saudades agradáveis momentos passados junto à estrada principal e manifesta desalento pela dificuldade que tem em subir escadas.

Perspetivas Futuras:

As expectativas do utente e partilhadas pelos familiares, são as de voltar a andar e retomar as suas atividades de vida diária ainda que com alguma limitação.

Exame Físico e Avaliação Funcional

Exame Físico Sumário

1. Dados antropométricos

Peso – 70 kg

Altura – 1.63 cm

IMC – 23,3

2. Exame físico

Utente calmo, consciente e orientado. Fácies inaracterístico. Pulso radial 64ppm. Eupneico. Bom estado geral e de nutrição. Mucosas coradas e hidratadas. Sem edemas. Anictérico e acianótico.

Cabeça: Normocéfalo, sem lesões ou assimetrias

Pescoço: sem alterações

Tórax: simétrico

Abdómen: não distendido

Membros: Pulsos periféricos amplos e simétricos. Sem lesões traumáticas; sem tensão gemelar; sem sinais de insuficiência venosa nos membros inferiores e apresenta baixo risco para contração de úlcera de pressão – Score -19 na escala de Braden (Apêndice - I)

3. Avaliação Neurológica

Avaliação Neurológica (06/12/2018)	
Estado de Consciência:	Consciente – Score 15 na escala de Glasgow (Apêndice-III)
Orientação	Orientado auto e alo psiquicamente
Atenção	Atento ao meio ambiente envolvente, concentrado e vigil.
Memória	Memória imediata, recente e remota conservada na escala MiniMental State (Apêndice-III), apresentando na avaliação score 18
Linguagem	Discurso mantido com coerência, fluência e compreensão
Capacidades Práticas	Reproduz com facilidade gestos simbólicos (ex: sinal da cruz), ou icônicos transitivos (ex: pentear-se) e icônicos intransitivos (ex: dizer adeus).

Avaliação Neurológica (06/12/2018) (Cont.)			
Avaliação dos pares Cranianos			Sem alterações dos 12 pares
Avaliação da Sensibilidade	Superficial	Táctil	Mantida (reage ao estímulo táctil com algodão, sem hipoestesia ou anestesia táctil)
		Térmica	Mantida (reage a estímulo quente)
		Dolorosa	Mantida (reage a dor táctil provocada pela ponta de uma agulha, sem hipoestesia ou anestesia)
	Profunda	Pressão	Sem alterações (sentiu a pressão exercida em diferentes regiões do corpo)
		Vibração	Sem alterações
		Postural	Cinético postural: consegue Sentido esteriognóstico: reconhece objetos colocados na mão, tendo os olhos fechados

Avaliação Neurológica (Cont.)	
Motricidade	
Avaliação da força muscular segundo a Escala Medical Research Council (06/12/2018)	Alteração ao nível do membro inferior esquerdo - grau 4/5 (flexão da anca; extensão do joelho; dorsiflexão da articulação tibi-otársica)
Avaliação do tônus muscular segundo a Escala de Ashworth Modificada (06/12/2018)	0 – Sem alterações do tônus muscular
Avaliação do equilíbrio segundo a Escala de Berg (Apêndice - IV) (03/01/2019)	<p>Score – 27 (Equilíbrio baixo/moderado)</p> <ul style="list-style-type: none"> •Necessidade de supervisão para transferências com segurança; •Necessidade de ajuda para permanecer em pé com os olhos fechados e não cair; •Necessidade de ajuda enquanto faz uma volta de 360°; •Necessidade de ajuda para não cair, aquando do posicionamento dos pés alternadamente no degrau enquanto permanece em pé sem apoio
Avaliação do equilíbrio e marcha segundo a Escala FES (Apêndice-V) (03/01/2019)	<p>Score -23 – Risco moderado de queda (medo de cair)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sem nenhuma confiança em preparar refeições; • Sem confiança em atender a porta ou o telefone; • Sem confiança para realizar trabalho doméstico ligeiro • Sem confiança para realizar pequenas compras
Avaliação do equilíbrio segundo teste TUGT (Apêndice - VI)	Score - 18,8 segundos – Risco elevado de queda

4. Avaliação da Força Muscular

Medical Research Council – Escala Força Muscular												
Movimentos Avaliados	0 –Nenhuma contração visível		1-Contração visível sem movimento do segmento		2-Movimento ativo com eliminação da gravidade		3-Movimento ativo contra a gravidade		4-Movimento ativo contra gravidade resistência		5- Força normal	
	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D
Abdução do ombro											X	X
Flexão do cotovelo											X	X
Extensão do punho											X	X
Flexão da anca									X			X
Extensão do joelho									X			X
Dorsiflexão da tibiotársica									X			X

Tónus Muscular Segundo a Escala Modificada de Ashworth			
Cabeça e Pescoço	Flexão	0	
	Extensão	0	
	Flexão lateral esquerda	0	
Membro superior		Direito	Esquerdo
Escapulo umeral	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Rotação Interna	0	0

	Rotação Externa	0	0
Cotovelo	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
Antebraço	Pronação	0	0
	Supinação	0	0
Punho	Flexão plantar	0	0
	Dorsiflexão	0	0
	Desvio cubital	0	0
	Desvio radial	0	0
	Circundação	0	0
Dedos	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
	Circundação	0	0
	Oponência do Polgar	0	0
Membro Inferior		Direito	Esquerdo
Coxo femoral	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
	Rotação Interna	0	0
	Rotação Externa	0	0
Joelho	Flexão	0	0
	Extensão	0	0

Tibiotársica	Flexão plantar	0	0
	Flexão dorsal	0	0
	Inversão	0	0
	Eversão	0	0
Dedos	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0

Amplitude articular – Movimentos e graus

O utente apresenta limitação a nível da articulação Coxo-femural esquerda, decorrente da cirurgia a que foi submetido, nomeadamente na flexão que não deve ultrapassar os 90° e na abdução além da linha média, por risco de luxação da prótese.

Sem limitações nos restantes segmentos articulares.

Coordenação dos Movimentos:

- Membros superiores: sem alterações
- Membros inferiores: marcha acentuadamente lenta e com passos pequenos

Movimentos Involuntários: ausentes

Sensibilidade:

Sensibilidade Superficial	Dolorosa: reage à dor
	Térmica: reage ao calor
	Tátil: reage ao toque
Sensibilidade Profunda	Postural: com os olhos fechados consegue identificar a posição em que foi posicionado o membro (avaliação realizada sempre do distal para o proximal)
	Vibratória:
	Pressão: sente a pressão exercida.

Escalas usadas na Unidade	
Escala numérica da Dor (Apêndice -VII) (06/12/2018)	Dor (grau- 7) localizada na articulação coxofemoral esquerda; fator de agravamento (flexão e carga no membro inferior)
Escala de Bradem (Apêndice- I) (06/12/2018)	Score -21 (baixo risco para o desenvolvimento de úlcera de pressão)
Escala de avaliação de atividades de Vida Diária (Índice de Barthel) (Apêndice - VIII) (06/12/2018)	65 pontos (dependência moderada) - Ajuda para cortar alimentos; ajuda nas transferências; ajuda na casa de banho; dependente na mobilidade; ajuda para vestir-se; ocasionalmente não controla as dejeções.
Escala MIF (Apêndice - IX)	84 pontos (Dependência moderada)

5. Avaliação do Risco Ambiental

Registo de Observação: Segurança do Ambiente Físico e Barreiras Arquitectónicas no domicílio

Sexo:

Masculino

Feminino

Idade: 78

Queda nos últimos 6 meses: Sim

Não

Descrição		Sim	Não	Não Aplicável	
Presença de Animais “Soltos”	Exterior da Casa		x		
	Interior da Casa		x		
Presença de Escadas/Degraus	Acesso da rua à habitação	x			
	Interior da habitação	x			
Presença de Pavimentos Irregulares	Exterior da Casa	X			
	Interior da Casa	x			
Presença de Tapetes	<i>Hall</i> de Entrada/Sala	Presente		x	
		Seguro			
	Corredor	Presente		x	
		Seguro			
	Quarto, junto à cama	Presente	x		
		Seguro			
	Cozinha	Presente	x		
		Seguro			
	Casa de banho	Presente		x	
		Seguro			
	Luz Adequada	<i>Hall</i> de Entrada/Sala	x		
		Corredor	x		
Quarto		x			

	Cozinha	x			
Ambiente Doméstico	Fios elétricos/telefone no chão	x			
	Gavetas Abertas		x		
	Mobília Instável		x		
	Soleiras das portas niveladas com o chão		x		
Mobiliário	Articulações coxofemoral e do joelho fazem ângulo de 90°	Cadeira	x		
		Cama	x		
	Circulação com 1m de distância ao redor da cama	x			
	Permite o acesso e a circulação em cadeira de rodas/andariço	x			
	Presença de mobiliário nas zonas de passagem	x			
	Desenhos confusos de pavimentos/ladrilhos		x		
	Largura das Portas	< 90cm		> 90cm	x
	Largura dos Corredores	< 90cm		> 90cm	x
Casa de Banho	Presença de Banheira		x		
	Presença de barras de apoio no poliban	x			
	Presença de Duche/Poliban	x			
	Presença de barras de apoio no Duche	x			
	Duche com debrum		x		
	Altura do Debrum do duche: _____				

Usa canadianas?

Usa andarilho?

Usa cadeira de rodas?

Da avaliação do risco ambiental de queda conclui-se o seguinte:

Existem barreiras e outros importantes preditores de risco de queda, nomeadamente:

- Presença de escadas de acesso da rua à habitação e no interior da mesma;

- Presença de pavimentos irregulares no exterior e no interior da habitação;

- Presença de tapetes sem suporte antiderrapante na cozinha;

- Presença de fios elétricos no chão;

- Presença de mobiliário nas zonas de passagem.

Registam-se como benéficas para a prevenção do risco de queda, entre outras, as seguintes medidas:

- Iluminação adequada em todos os compartimentos da habitação;

- Largura de portas e corredores superiores a 90 cm;

- Casa de banho com polibam, barras de apoio e sem debrum.

Desvios de Saúde:

- Dor aguda associada a mobilidade da articulação coxo femoral esquerda;
- Diminuição da força muscular no membro intervencionado;
- Alteração do equilíbrio;
- Capacidade de transferência prejudicada;
- Capacidade de Marcha prejudicada;
- Medo de cair;
- Défice no autocuidado para o banho;
- Défice no autocuidado para vestir-se.

6. Plano de cuidados

Análise segundo a teoria da transição de Afaf Meleis e Dorothea Orem

A teoria das transições enquanto quadro conceitual integra diversos conceitos com vista à compreensão de fenômenos relacionados com a humanidade: tipos e padrões de transições; propriedades de transição e experiências; condições de transição (facilitadores e inibidores); indicadores de processo; resultados indicadores e terapêutica de enfermagem (Meleis, 2007).

Com efeito, e centrado no âmbito dos tipos de transições, os idosos residentes na comunidade vivenciam transições que envolvem o desenvolvimento (inerentes ao processo de envelhecimento); saúde e doença (relacionadas com quadros de doenças crônicas ou processos de recuperação após alta hospitalar) e/ou situacionais (associados ao desempenho de papéis sociais) (Meleis & Trangenstein, 1994). Estas transições, associadas a uma queda, podem ter consequências no autocuidado, promovendo a dependência, aumentando o risco de imobilidade, de isolamento social e de institucionalização (Oliveira, Baixinho & Henriques, 2018).

As transições referidas, por vezes, são simultâneas, levando a que alguns idosos experimentem, no mesmo período de tempo, dois, ou mais, tipos de transição (Meleis, 2007), exigindo-se do EEER sabedoria, capacidade interpretativa e experiência para responder à vulnerabilidade da pessoa/família (Guimarães & Silva, 2016).

Reportando a Meleis et al. (2000), todas as mudanças que ocorram na saúde dos indivíduos são causadoras de processos de transição, podendo gerar um quadro de maior vulnerabilidade e riscos capazes de pôr em perigo o estado de saúde e a qualidade de vida. Posto isto, impõe-se como necessário a compreensão da teoria de transição pelo EEER, com vista à promoção e desenvolvimento em ambiente domiciliário (casa do idoso), de terapêuticas de enfermagem, no âmbito do domínio da especialidade, de forma a responder às experiências e expectativas individuais do utente/família e gerar transições saudáveis. Percebe-se, desta maneira, cada vez mais presente, que a intervenção do EEER na capacitação da pessoa idosa no seu ambiente natural (com enfoque na mitigação de riscos e segurança) e na educação para a saúde,

pode ser um fator condicionante positivo para ajudar a gerir o risco de queda e também desenvolver a mestria do utente/família geradora de autossuficiência em contexto de cuidados (Meleis, 2010).

Assim, diferentes transições podem influenciar o autocuidado, implicando que o EEER necessite de ensinar, treinar e monitorizar intervenções promotoras de autocuidado, prescritas e complexas. A sua efetivação exige conhecimento e competências especializados do EEER, no sentido de disponibilizar cuidados de qualidade ao indivíduo que necessita de ajuda para se recuperar da doença ou lesão ou para enfrentar os seus efeitos (Orem, 1993).

Diagnóstico Data:	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ Resultados de Enfermagem
<p>1- Dor aguda associada a mobilidade da articulação coxo femoral esquerda e manifestada por score 7 na escala numérica.</p>	<p>- Reduzir o desconforto e limitações durante a realização de atividades, mantendo a amplitude articular, a força e a mobilidade.</p> <p>- Minimizar os efeitos de dor e de rigidez articular, prevenindo complicações.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administração de analgesia (30 minutos antes do início do programa de exercícios) no sentido de reduzir a ansiedade e garantir a plena participação no mesmo; • Posicionar mantendo o alinhamento corporal na posição de deitado e sentado; <ul style="list-style-type: none"> • Verificar posição antiálgica; • Mobilizar sem provocar dor; • Instituir programa de exercícios com períodos de descanso autorregulados; • Monitorizar a dor diariamente ou antes do programa de reabilitação 	<p>03/01/2019</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utente refere dor somente durante a marcha; score 5 (escala numérica da dor)

Diagnóstico Data:	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ Resultados de Enfermagem
<p>06/12/2018</p> <p>2- Diminuição da força muscular no membro interven- cionado relaciona- do com status pós-fratura e ma- nifestado por 4/5 na Escala Medical Reserch Council</p>	<p>Aumentar a força muscular e man- ter a função articular</p> <p>Adquirir e manter a máxima inde- pendência e funcionalidade, con- forto e segurança.</p> <p>Manter a função articular e pre- venir complicações.</p> <p>Gerir energia durante a realiza- ção das AVD(s) e promover a força e resistência.</p> <p>Exercer estratégias de coping eficazes contra a depressão.</p> <p>Diminuir o risco de quedas</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Exercícios isométricos, isotônicos, ativos e ativos- resistidos •Exercícios de reeducação funcional motora: •Exercícios isométricos: contrações isométricas de glúteos, quadríceps e isquiotibiais (10 segundos/10 repetições, 2x/dia); •Exercícios isotônicos: - Mobilização ativas/assistidas no membro operado (fle- xão/extensão do joelho e articulação coxofemoral; dorsiflexão e flexão plantar da articulação tibiotársica, de acordo com a tolerância do doente (10 repetições para cada articulação, 2x dia) - Ensino de movimentos a evitar para prevenir complicações pós-operatórias: adução dos membros inferiores e flexão da coxofemoral não superior a 90 graus. - Mobilizações ativas/resistidas dos membros sãos; Incentivar o utente a executar os exercícios musculares e articulares ativos (auto mobilizações) - Supervisionar o movimento muscular; <p>Monitorizar a força muscular através da Escala Medical Re- serch Council</p>	<p>3/01/2019</p> <p>Utente embora nesta data ainda não tenha obtido o score 5/5 na Escala Me- dical Research Council apresenta sinais de me- lhoria a nível de mobilida- de (posiciona-se no leito com maior facilidade, rea- liza levante de forma au- tónoma e deambula com andarilho com melhor equilíbrio e com carga em ambos os membros)</p>

Diagnóstico Data:	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ Resultados de Enfermagem
<p>06/12/2018</p> <p>3- Alteração do equilíbrio corporal moderado manifestada por necessidade de ajuda moderada para levantar-se e relacionada com (Score 27) da Escala de equilíbrio de Berg</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reeducar o equilíbrio • Preparar para a marcha 	<p>Treino de equilíbrio estático e dinâmico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar ao utente um ambiente calmo e solicitar a sua colaboração na realização dos exercícios • Dotar o utente de noções do equilíbrio (a linha média; base de sustentação; centro do equilíbrio) • Assistir ao utente na execução de exercícios terapêuticos de equilíbrio e coordenação motora na posição ortostática: • Conferir movimentos oscilantes (ântero-posteriores e laterais), impulsionando e apoiando ao nível dos ombros; • Realização de treino de equilíbrio estático e dinâmico (sentado e em pé); • Incentivar a realização dos exercícios • Monitorizar a execução dos exercícios 	<p>03/01/2019</p> <p>Score 37 na escala de Berg</p> <p>Apresenta mobilidade segura, com necessidade auxiliar de marcha (andarilho) e supervisão do cuidador familiar.</p>

Diagnóstico Data:	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ Resultados de Enfermagem
<p>06/12/2018</p> <p>4- Capacidade de transferência prejudi- cada relacionada com equilíbrio prejudicado e força muscular diminuída; manifestada por: incapacidade de transferir-se da cadeira para a cama e vice-versa; incapacidade de transferir-se da cama para a posição em pé e vice-versa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar o cliente e a sua cuidadora para a independência nas diferentes transferências. 	<p>Ensino de técnica de transferência;</p> <p>Capacitação da cuidadora para a realização de levantes;</p> <p>Realização de levante pelo lado da cirurgia;</p> <p>Ajuda parcial nas transferências cama/cadeira de rodas e vice-versa;</p> <p>- Treinar a transferência;</p> <p>- Capacitar a cuidadora para auxiliar (sem substituir) na transferência;</p> <p>- Monitorizar a transferência</p>	<p>03/01/2019</p> <p>- Equilíbrio estático sentado e em posição ortostática mantido;</p> <p>- Equilíbrio dinâmico em posição sentado e ortostática mantido;</p> <p>Realiza transferência de modo independente com ajuda técnica (andarilho).</p>

Diagnóstico Data:	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ Resultados de Enfermagem
<p>06/12/2018</p> <p>5- Marcha prejudicada relacionada com prejuízos musculoesqueléticos e resistência em iniciar o movimento; manifestada por necessidade de andarilho.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Promover a marcha, em segurança, com recurso a um auxiliar de marcha. 	<ul style="list-style-type: none"> Ensino à cuidadora acerca sobre a importância da adaptação do domicílio para a marcha com o auxílio do andarilho, minimizando o efeito de barreiras arquitetónicas (remoção de tapetes presentes na cozinha, quarto e casa de banho); Avaliar a capacidade para andar com auxílio de andarilho; Instruir sobre a técnica de adaptação ao andarilho; Treinar técnica de adaptação para a marcha com auxílio de andarilho; Ensino e treino de mudança do sentido de marcha; Ensino e treino sobre a forma como colocar o andarilho para iniciar marcha a partir da posição de sentado; Ensino da cuidadora sobre a arrumação do andarilho – evitar queda; <ul style="list-style-type: none"> Monitorizar a marcha. 	<p>03/01/2019</p> <p>Realiza marcha de forma independente com supervisão da cuidadora e com andarilho</p>

Diagnóstico Data:	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ Resultados de Enfermagem
<p>6- Défice no autocuidado para o banho relacionado com o medo de cair, manifestado pela incapacidade de se deslocar ao poliban e com necessidade de ajuda total de cuidador no banho</p>	<p>Capacitar o utente para a independência no autocuidado higiene e arrumação pessoal na casa de banho.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar e treinar a utilização de barras de apoio na casa de banho. - Ensinar e treinar transferência para a cadeira de duche. - Ensinar e treinar técnica para banho no duche que evitam movimentos luxantes; <ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre risco de queda durante o banho e estratégias preventivas; • Realizar ensinos ao cuidador de como assistir no banho (no WC) de forma a promover a independência. 	<p>03/01/2019</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independente na transferência para o duche; • Consegue realizar o seu banho, necessitando de ajuda parcial da cuidadora para a higiene dos membros inferiores e região dorsolombar.

Diagnóstico Data:	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Avaliação/ Resultados de Enfermagem
<p>06/12/2018</p> <p>7- Déficit no autocuidado para vestir-se relacionado com desconforto, fadiga dor e prejuízo músculo-esquelético; manifestado por capacidade prejudicada de se calçar, tirar e colocar roupa, necessitando de ajuda total.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a independência no autocuidado vestir/despir; • Evitar a realização de movimentos potencialmente luxantes durante o vestir e despir a parte inferior do corpo e durante o calçar meias e sapatos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensino ao cuidador e utente de como assistir no vestuário, sem fazer movimentos luxantes; - Informar sobre calçado adequado; - Ensinar e treinar técnicas para vestir e colocar meias e sapatos. 	<p>03/01/2019</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independente para vestir-despir parte superior do corpo. • Necessita de ajuda parcial para vestir-despir metade inferior do corpo e colocar calçado.

7. Considerações Finais

Após a alta hospitalar o utente foi logo encaminhado pelo seu enfermeiro de família da USF para ECCI - Enfermagem de Reabilitação. Depois de 1 mês de intervenção de Enfermagem de Reabilitação 3 a 4 vezes por semana ao domicílio, com melhoria da autonomia do utente, houve uma decisão da equipa multidisciplinar de o encaminhar para um programa de fisioterapia em ambulatório com vista ao fortalecimento muscular e melhoria da marcha. Assim, durante 3 dias da semana vai ao centro de fisioterapia e nos outros 2 desenvolve o programa de exercícios físicos com o EEER tendo como enfoque as AVD(s).

Por sugestão do EEER a família irá realizar obras no sentido de construir uma rampa de acesso ao exterior, eliminando o perigo de quedas que representa a escada com 3 degraus.

Foi retirado o tapete da cozinha pelo facto de não possuir suporte antiderrapante.

01/12/2018

Por melhoria da sua independência no autocuidado de higiene e segurança na utilização do quarto de banho, o utente deixou de ter necessidade de apoio das ajudantes do apoio comunitário, representando uma diminuição de custos financeiros para a família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amann, G. P. V. (2012). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto: COM MAIS CUIDADO - Prevenção de acidentes domésticos com pessoas Idosas. *Direcção Geral de Saúde e Fundação MAPFRE.*, 37.
- Apóstolo, J. L. A. (2012). Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments). *Revista Referência*, 1, 118. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.3747>
- Despacho nº 1400-A/2015. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário Da República*, 28(2), 4–9. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Direcção Geral de Saúde. (2003). *Fracturas da extremidade proximal do fémur no idoso: recomendações para intervenção terapêutica* (pp. 389–398).
- Fonseca, C., Marta, M., Dias, J., Pinto, R., Bettencourt, P., Maciel, J., & Araújo, F. (2015). Fratura da Extremidade Proximal do Fémur : Abordagem Peri-Operatória do Doente Medicado com Anticoagulantes e / ou Antiagregantes Plaquetários ing Anticoagulation and Antiplatelet Agents. *Rev Soc Port Anesthesiol*, 24, 105–114.
- Meleis, A. I. (2007). Transition Theory. *Aging*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–10. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento Das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação Regulamento Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação*. 4. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (SPOT). (2010). Relatório Anual do Registo Português de Artroplastias. 2º Relatório Anual 2010-2011. [Consultado a 2 de Janeiro de 2019]. Disponível em <http://www.rpa.spot.pt/Main-Sections/Statistics.aspx>

SOUSA, M. J. (2014). Caracterização da prática da Fisioterapia em indivíduos submetidos a Artroplastia Total da Anca e resultados obtidos ao nível da Dor, Funcionalidade e Qualidade de vida. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.

APÊNDICES

Apêndice I – Escala de Braden

Avaliação referente ao utente M.C.C.L.

Perceção sensorial Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	1 Totalmente limitada	2 Muito limitada	3 Levemente limitada	4 Nenhuma limitação	4
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1 Pele constantemente húmida	2 Pele muito húmida	3 Pele ocasionalmente húmida	4 Pele raramente húmida	4
Atividade Nível de atividade física	1 Acamado	2 Sentado	3 Anda ocasionalmente	4 Anda frequentemente	3
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1 Completamente imobilizado	2 Muito limitada	3 Ligeiramente limitada	4 Nenhuma Limitação	3
Nutrição Alimentação habitual	1 Muito pobre	2 Provavelmente inadequada	3 Adequada	3 Nenhum problema	3
Fricção e forças de deslizamento	1 Problema	2 Problema potencial	3 Nenhum problema		2
Total					19

O valor da pontuação total é categorizado em dois níveis de risco:

- Alto Risco de Úlcera por Pressão – Pontuação ≤ 16
- Baixo Risco de Úlcera por Pressão – Pontuação ≥ 17

Apêndice II – Escala de Glasgow

Avaliação referente ao utente M.C.C.L.

Variáveis		Score
Abertura Ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras Inapropriadas	3
	Palavras Incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece comandos.	6
	Localiza dor.	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Total =15

Apêndice III – Mini Mental State Examination

Avaliação referente ao utente M.C.C.L.

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Nota: __5__

Em que país estamos? _____

Em que distrito vive? _____

Em que terra vive? _____

Em que casa estamos? _____

Em que andar estamos? _____

Nota: __4__

2. Retenção (contar um ponto por cada palavra corretamente repetida)

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure sabê-las de cor.”

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: __2__

3. Atenção e cálculo (um ponto por cada resposta correta. Se der uma errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Para ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu dizer para parar”

27__24__21__18__15__

Nota: __3__

4. Evocação (um ponto por cada resposta correta) “Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi a pouco para decorar”

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: __1__

5. **Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: __1__

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _1__

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _1__

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FE-CHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _1__

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

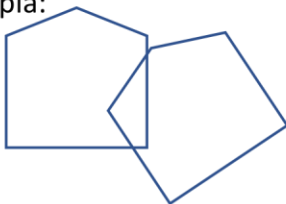
Frase:

Nota: __0__

6. **Habilidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Cópia:



Nota: __0__

TOTAL (Máximo 30 pontos): __18__

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Apêndice IV – Escala de Berg

Avaliação referente ao utente M.C.C.L.

	Descrição dos itens	Pontuação (0-4)
1	Da posição de sentado para a posição de pé	3
2	Ficar em pé sem apoio	4
3	Sentado sem apoio	4
4	Da posição de pé para a posição de sentado	2
5	Transferências	2
6	Ficar em pé com os olhos fechados	4
7	Ficar em pé com os pés juntos	2
8	Inclinar-se para a frente com o braço esticado	2
9	Apanhar um objeto do chão	1
10	Virar-se para olhar para trás	4
11	Dar uma volta de 360 graus	0
12	Colocar os pés alternadamente num degrau	0
13	Ficar em pé com um pé à frente do outro	0
14	Ficar em pé sobre uma perna	0
TOTAL		27

Grau de equilíbrio em função do resultado	
0 – 20	Mau equilíbrio
40 a 56	Bom equilíbrio

Risco de Queda em função do resultado	
0 – 36	100% Risco de queda
37 – 44	Locomoção segura, mas com recomendação de assistência ou com auxiliares de marcha
45 – 56	Não existem risco de queda, o visado goza de uma locomoção segura

Apêndice V – Versão Portuguesa da Falls Efficacy Scale (FES)

Avaliação referente ao utente M.C.C.L

ABAIXO ESTÃO INDICADAS VÁRIAS TAREFAS. À FRENTE DELAS ENCONTRA-SE UMA LINHA QUE MEDE O GRAU DE CONFIANÇA, OU SEJA, O MEDO QUE TEM DE CAIR NA SUA EXECUÇÃO. MARQUE NA LINHA COM UMA CRUZ O QUE SENTE AO EXECUTAR A TAREFA.

	Sem nenhuma Confiança	Minimamente Confiante	Muito Confiante
1. Vestir e despir-se	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----		
2. Preparar uma refeição ligeira	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----		
3. Tomar um banho ou duche	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----		
4. Sentar / Levantar da cadeira	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----		
5. Deitar/Levantar da cama	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----		
6. Atender a porta ou o telefone	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----		
7. Andar dentro de casa	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----		
8. Chegar aos armários	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----		
9. Trabalho doméstico ligeiro (limpar o pó, fazer a cama, lavar a louça)	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----		
10. Pequenas compras	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----		

Score – 27 (Equilíbrio baixo/moderado)

Apêndice VI – TUGT – Ficha de Avaliação

Avaliação referente ao utente M.C.C.L

TUGT- descrição do teste: o teste mede o tempo gasto na tarefa de levantar-se de uma cadeira, andar 3 metros, voltar e sentar na cadeira.

Nome: __M. C. C. L

Idade: __78__

Sexo: __M__

N.º do processo:

Ajuda técnica para Marcha: __Sim __Qual? __Andarilho

Roupa adequada para a marcha: __Sim

Observações: _____

Sapato fechado: __Sim

Sapato com sola antiderrapante: __Sim

Sapato adequado para a marcha: __Sim

Observações: _____

Durante o teste:

Precisou de ajuda para levantar-se da cadeira __Não

Utilizou o membro superior esquerdo para se apoiar na cadeira ao levantar __Sim

Utilizou o membro superior direito para se apoiar na cadeira ao levantar __Sim

Utilizou os membros superiores para se apoiar na cadeira ao levantar __Sim

Teve desequilíbrio ao levantar-se __Sim

Afastou-se da linha na ida (coordenação motora) __Sim

Afastou-se da linha na volta __Sim

Não consegue realizar o teste _____

Tempo gasto: **18.8 segundos**

Apêndice VII – Escala Linear Analógica não visual da dor

Avaliação referente ao utente M.C.C.L.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							x			

Localização	Coxofemoral esquerda
Fatores de agravamento	Flexão da coxofemoral esquerda e carga no membro inferior esquerdo
Fatores de Alívio	Analgesia
Data	06/12/2018

Apêndice VIII – Escala de Barthel

Avaliação referente ao utente M.C.C.L.

Auto cuidado	Categorias	Pontuação	Índice
Comer	Totalmente Independente – Leva a comida do prato à boca e o copo	10	5
	Necessita de ajuda – Precisa de ajuda para cortar carne pão e utilizar copo	5	
	Dependente – Incapaz de se alimentar ou faz alimentação parentérica	0	
Lavar-se	Independente – Entra e sai sozinho do banho	5	0
	Dependente – Precisa de ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para se secar ou não se lava sozinho	0	
Arranjar-se	Independente – Lava o rosto, mãos, penteia-se, lava os dentes, barbeia-se sem ajuda	5	5
	Dependente – Necessita de ajuda para se arranjar	0	
Vestir-se	Independente – Veste e despe a roupa, abotoa, aperta fechos cintos e sapatos	10	5
	Necessita de ajuda – Veste e despe a roupa parcialmente	5	
	Dependente – Não se veste ou despe sozinho	0	
Eliminação intestinal	Continência Normal	10	10
	Episódios de incontinência – Episódios ocasionais, necessita de ajuda para administrar supositórios ou enema	5	
	Incontinente	0	
Eliminação vesical	Continência Normal – É capaz de cuidar de cateter se o tiver colocado.	10	10
	Um episódio diário – como máximo de incontinência, ou necessita ajuda para cuidar da sonda	5	
	Incontinência	0	
Ir ao sanitário	Independente – para ir ao sanitário, para retirar e colocar a roupa	10	5
	Necessita de ajuda – para ir ao sanitário, mas limpa-se sozinho	5	
	Dependente	0	
Transferir-se	Independente – para ir da cadeira para a cama	15	10
	Necessita de ajuda – mínima para o fazer	10	
	Necessita de ajuda significativa para o fazer – mas é capaz de manter-se sentado sozinho	5	
	Dependente	0	

Deambular	Independente – caminha sem ajuda cerca de 50 metros	15	10
	Necessita de ajuda – física ou supervisão para caminhar 50 metros	10	
	Move-se em cadeira de rodas sem ajuda	5	
	Dependente	0	
Escadas	Independente – para subir ou descer escadas	10	5
	Necessita de ajuda física – ou supervisão para o fazer	5	
	Dependente	0	

Soma do índice - **65**

Máxima pontuação: 100 pontos (90 se mover-se em cadeira de rodas)

Grau de dependência em função do resultado	
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independente

Avaliação referente ao utente M.C.C.L.

Escala MIF - Medida de Independência Funcional

CATEGORIAS	score						
	1	2	3	4	5	6	7
<i>CUIDADOS PESSOAIS</i>							
1. Alimentação							x
2. Auto cuidado					x		
3. Banhar-se						x	
4. Vestir tronco superior			x				
5. Vestir tronco inferior					x		
6. Higiene íntima							
<i>CONTROLE ESFINCTERIANO</i>							
7. Controle vesical						x	
8. Controle intestinal							x
<i>MOBILIDADE / TRANSFERÊNCIAS</i>							
9. Cama / cadeira / cadeira de rodas						x	
10. Banheiro			x				
11. Banho chuveiro / banheira			x				
<i>LOCOMOÇÃO</i>							
12. Andar / cadeira de rodas		x					
13. Escadas							
<i>COMUNICAÇÃO</i>							
14. Compreensão							x
15. Expressão							x
<i>COGNITIVO SOCIAL</i>							
16. Interação social							x
17. Resolver problemas			x				
18. Memória							x
SCORE TOTAL	84						

Categorias	Score						
	1 Ajuda Total	2 Ajuda Máxima	3 Ajuda Moderada	4 Ajuda Mínima	5 Supervisão ou Preparação	6 Independência Modificada	7 Independência Completa
AUTO-CUIDADOS 1.Alimentação							X
2.Higiene Pessoal					X		
3.Banho (Lavar Corpo)						X	
4.Vestir (Metade Superior)			X				
5.Vestir (Metade Inferior)					x		
6.Utilização da Sanita							
7.Bexiga						X	
8.Intestino							X
MOBILIDADE /TRANSFERÊNCIAS 9.Leito/ Cadeira de rodas (CR)						x	
10.Sanita			X				
11.Banheira, Duche			X				
12.Marcha/ Cadeira de Rodas		x					
13.Escadas							
COMUNICAÇÃO 14.Compreensão							X
15.Expressão							X

APÊNDICE VIII - Estudo de Caso - Hospital

9º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de Caso

Local de Estágio – UNIDADE de REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

Bebiano da Graça Will Pires dos Santos, nº 8427

Lisboa

novembro de 2018

9º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular Opção II

Estudo de caso

Bebiano Graça Will Pires Santos, N° 8427

Docente Orientador: Profª Cristina Baixinho

Lisboa

novembro de 2018

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASIA – Americana Spinal Injury Association

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

TVM – Traumatismo Vértebro - Medular

INDICE

INTRODUÇÃO	5
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
2. COLHEITA DE DADOS	9
3. Avaliação - Função Respiratória (10/10/2018)	13
4. Avaliação Neurológica (09/10/2018)	14
4.1. Avaliação Neurológica e Funcional de Lesões na Medula Espinal com recurso a Escala de Deficiência ASIA (10/10/2018).....	14
5. Avaliação do grau de dependência com recurso a escalas	19
6. Desvios de Saúde	20
7. Plano de cuidados	21
7.1. Análise segundo a teoria da transição de Afaf Meleis e Dorothea Orem	21
8. APRECIÇÃO FINAL	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
APÊNDICES	31
APÊNDICE I - Escala de Braden	
APÊNDICE II - Escala de dispneia de Borg Modificada	
APÊNDICE III– Escala de Glasgow	
APÊNDICE IV– Escala MIF – Medida de Independência Funcional	
APÊNDICE V – Índice de Barthel	

INTRODUÇÃO

No âmbito do Ensino Clínico I, do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, foi proposta a elaboração de um estudo de caso, capaz de refletir competências clínicas desenvolvidas pelo estudante em situações complexas de prática de cuidados de enfermagem, tendo como ponto de partida o seu projeto de estágio, previamente aprovado. Assim, o estudo de caso ora apresentado e desenvolvido no Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória de um Hospital, ilustra a observância de um conjunto de saberes técnicos e científicos, mobilizados em contexto de ensino clínico (OE, 2010) e aplicados em condições específicas, de modo a responder às necessidades em saúde de utentes afetos a esta unidade de cuidados.

Embora o projeto subjacente ao ensino clínico seja manifestamente direcionado para o utente idoso em contexto domiciliário, impõe-se como relevante, que o Especialista em Enfermagem de Reabilitação se apodere de outros domínios de conhecimentos e habilidades, capazes de responder a outras situações de saúde igualmente complexas.

A filosofia da prática de prestação de cuidados neste departamento do Hospital centra-se essencialmente na reabilitação respiratória. No entanto, não exclui a prática de cuidados holísticos, na medida em que os cuidados diferenciados são prestados de forma individualizada, tendo em conta a unicidade do doente enquanto um todo com características próprias (Guimarães, 1996) e no âmbito de planos de intervenção definidos por uma equipa multidisciplinar.

Sabe-se, porém, que os internamentos hospitalares podem gerar custos elevados tanto humanos como financeiros; défice de autonomia e dependência nas AVD(s) conducentes à institucionalização; diminuição irreversível da qualidade de vida e declínio funcional promotor de complicações de doença com aumento do tempo de internamento hospitalar, readmissões e mortes (Graf, 2006).

Fica assim assegurado o facto de que a saúde é um conceito complexo, que se refere principalmente ao bem-estar de um indivíduo, num determinado contexto, e não à ausência de uma doença, como é definido e pela abordagem Biomédica da saúde tradicional (Papathanasiou, 2013).

Nesta medida, impõe-se uma resposta adequada e atempada do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) visando tomadas de decisões e intervenções, sustentadas pelas melhores evidencias científicas disponíveis.

Este estudo de caso reporta-se a um doente com o diagnóstico de fratura e luxação de C6-C7, com listese anterior e lateral esquerda, para o qual, procedemos a avaliação, planeamento e prestação de cuidados. No que se refere a organização do estudo, a abordagem inicial centra-se no enquadramento teórico, seguido de colheita de dados, avaliação neurológica e da função muscular.

Por fim integram-se os planos de cuidados definidos para o utente, tendo como referencial os modelos teóricos de Doroteia Orem e Afaf Meleis. Importa, contudo, referir que a implementação deste programa visa corrigir os principais desvios de saúde encontrados relacionados com a patologia respiratória e concomitantemente contribuir para o desenvolvimento de competências específicas do EEER na área da reeducação respiratória.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Tendo como enfoque o diagnóstico clínico (Fratura luxação C6-C7) consequência de traumatismo vertebro-medular, seguir-se-á uma abordagem sumária onde serão descritos aspetos relacionados com a etiologia, epidemiologia e fisiopatologia.

Etiologia:

De acordo com (Hoeman, 2011), os traumatismos vertebro-medulares (TVM) são eventos que implicam a ocorrência de trauma de forma direta ou indireta, estando relacionados com a coluna vertebral. Nesse sentido, com base na natureza da lesão, foram definidos vários mecanismos comuns da lesão traumática, nomeadamente: flexão, hiperextensão, flexão-rotação, compressão e penetração.

Reportando à lesão por flexão, esta ocorre habitualmente em contextos de quedas e acidentes rodoviários nos quais o pescoço flete violentamente para frente sendo exposto a forças de aceleração e desaceleração.

Epidemiologia:

As quedas são reconhecidas como um evento complexo e com consequências nefastas. De acordo com a NSCISC (2009) atingem cifras de 26.7%, só ultrapassadas pelos acidentes rodoviários com valores de 42.1%. O sexo masculino surge como o mais atingido, ao qual, também se associam acidentes por mergulho, e ferimentos por arma de fogo (Defino, 1999). Estima-se que a incidência anual de lesão medular (LM), nos Estados Unidos não incluindo aqueles que morrem no local do acidente, seja de 40 casos por milhão de habitantes, isto é, cerca de 12.000 novos casos por ano (NSCISC, 2009).

Do ponto de vista da extensão neurológica do nível da lesão, são as lesões cervicais, aquelas que desencadeiam tetraplegia enquanto que as referentes a outros segmentos da espinal medula são causadoras de paraplegia. Citando dados do National Spinal Cord Injury Statistical Center (2005), (Hoeman, 2011) afirma que 52% de todas as lesões vertebro medulares, afiguram-se como cervicais, sendo que os sobreviventes de lesões ocorridas entre a C1 e C6 ficam dependentes de ventilação mecânica.

Fisiopatologia:

De acordo com Delfino (1999), a lesão primária da medula espinhal surge na sequência da transferência da energia cinética para a medula. Ainda segundo o mesmo autor, tal transferência de energia cinética gera a perfuração de axónios, lesão de células nervosas bem como a rotura de vasos sanguíneos. Durante o período agudo, isto é, nas 8 horas após a ocorrência traumática regista-se a presença de hemorragia e necrose da substância cinzenta que se pode estender para a substância branca nas horas seguintes (4 a 8 horas). Uma a quatro semanas depois, fruto da migração para o local da lesão de células inflamatórias e da glia, dá-se a formação de tecido cicatricial e cistos no interior da medula. Esta alteração condiciona uma lesão secundária podendo ocasionar a morte de células e axónios até agora não lesados, por via da diminuição do fluxo sanguíneo.

Por outro lado, a lesão medular também se caracteriza por comprometimento respiratório profundo, secundário ao nível de perda do controle motor, sensorial e autonómico e que se manifesta por alterações substanciais da mecânica pulmonar (Berlowitz, Wadsworth, & Ross, 2016).

2. COLHEITA DE DADOS

Dados Pessoais		
Nome: Sr. F.	Data de Nascimento: 31/03/1940	Idade: 78 anos
Género: Masculino	Profissão: Reformado	Etnia: caucasiana
Residência: Caldas da Rainha	Naturalidade: Portuguesa	
História de Doença Atual (09/10/2018)		
<p>O Sr. F. foi admitido por choque neurogénico em contexto de traumatismo vertebro-medular, na sequência de queda da própria altura precedida de cefaleia após levantar do leito, tendo sido encontrado por familiares com quadro de tetraplegia, motivo pelo qual é levado a um Hospital perto da sua área de residência e posteriormente transferido para o Serviço de Urgências de um Hospital Central.</p>		
Diagnóstico:	09-10-2018 - Fratura luxação C6-C7 com listese anterior e lateral esquerda	
Cirurgia:	12-10-2018 - Artrodese C6-C7 com enxerto autólogo da crista ilíaca e placa vertex de C6-C7 e artrodese posterior C5-T1 (C5-C6 com parafuso às massas laterais) e C7-T1 com parafusos pediculares.	
Gasimetria:	10/10/2018- PH 7.163; HCO3-15.3; PCO2 -39; PO2-90* 11/10/2018-PH 7.004; HCO3-20.3; PCO2-126mmHg; PO2-68.7; Lactato 5 mg/dl *Transcreve-se de acordo com os dados disponíveis no processo clínico	
RX tórax	09/10/2018 - Sem evidência de alterações 16/10/2018 - Evidência de redução dos espaços intercostais a nível do hemitórax esquerdo	
TAC	9/10/2018- CE e Cervical - evidência de fratura luxação C6-C7 com listese anterior e lateral esquerda, condicionando compressão raquidiana a nível C6-C7	
RNM	8/10/2018- Evidência de fratura luxação C6-C7, já caracterizada por TC realizada previamente no mesmo dia, a qual mostra ântero-listese e latero-listese de C6 para a direita com cavalgamento de facetas à esquerda e fratura da faceta articular superior de C7 à direita. Coexiste fratura tangencial ao disco e à plataforma somática superior de C7 que apresenta irregularidades fraturárias, mais evidente no seu ângulo anterior. Hematoma pré-vertebral, estendendo-se desde o nível C6-C7 até D2-D3. Compromisso do canal central ao nível da fratura luxação C6-C7, reduzindo a sua amplitude, e condicionando compressão medular, identificando-se hipersinal intramedular no segmento C6-C7 compatível com contusão traumática. Marcada estenose	

	<p>foraminal direita C6-C7.</p> <p>Não identificamos outras fraturas nos diferentes segmentos raquidianos avaliados, nomeadamente não se observam áreas de hipersinal na ponderação STIR, nem colapsos somáticos.</p> <p>Edema dos tecidos moles paravertebrais posteriores na região cervical.</p>
<p>Terapêutica Atual</p>	<p>Sene 12mg; Picossulfato de sódio 0.75% ; Citrato de sódio 2 unidades (via retal); enoxaparina solução inj 40mg (via sub-cutânea); Esomeprazol 40mg comprimido (via gastroentérica); carbonato de cálcio (capsula) 100mg (via gastroentérica); Mirtazapina 30 mg – comprimido (via gastroenterica); Salbutamol 100 MCG – 4 puff (via inalatória); Ipatropio 20MCG 8puff (via inalatória); Beclometasona forte 250 MCG 2puff(via inalatória); Paracetamol 1000 mg comp (via gastroentérica); Acetilcisteina 100mg sol. Injetável (via intravenosa); ácido fólico 5 mg – comp (via gastroentérica); Ertapenem 1 gr sol. Inj (via intravenosa); amiodarona 200 mg comp. (via gastroentérica); Hidrocortisona 50mg sol inj. (via intravenosa); foosfato monopotássico 1.36 gr sol. Inj. (via intravenosa); Fludocurtisona 0.1 mg comp (via gastroentérica)</p>
<p style="text-align: center;">Transcrição de notas de evolução:</p> <p>09/10/2018 – Doente vígil, colaborante, tetraparésia flácida, com plegia dos membros inferiores e quadro de instabilidade hemodinâmica com hipotensão e bradicardia, eupneico com O2 por óculos nasais a 0.5l/min; classificação: TVM – American Spinal Injury Association-(ASIA)-C</p> <p>10/10/2018- choque neurogénico com taquicardia sinusal com FC 100Bat/min e com necessidade de suporte vasopressor (noradrenalina 90mcg/min); dificuldade respiratória evidente; acidémia metabólica (pré-exaustão respiratória) com necessidade de cinesiterapia.</p> <p>Início de CR para fortalecimento muscular respiratória e mobilização e eliminação de secreções.</p> <p>11/10/2018- entubação e ventilação por acidémia respiratória crítica (pcO2 120; Ph 7.0)</p> <p>12/10/2018 – Cirurgia - Artrodese C6-C7 com enxerto autólogo da crista ilíaca e placa vertex de C6-C7 e artrodese posterior C5-T1 (C5-C6 com parafuso às massas laterais) e C7-T1com parafusos pediculares.</p> <p>15/10/2018- Ventilação espontânea, sem dificuldade respiratória, com diminuição progressiva de FiO2.; discurso confuso e pouco perceptível; transferido para Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgico (UCIMC)</p> <p>16/10/2018 – auscultação com murmúrio mantido bilateralmente e roncos globalmente dispersos; Fez cinesiterapia respiratória com o EEER do serviço</p> <p>22/10/2018 – mantém dependência de FiO2 40% e apresenta secreções mucopurulentas abundantes; labilidade tensional marcada</p> <p>23/10/2018 – alteração do estado de consciência, dessaturação e bradicardia; VNI (durante a noite)</p> <p>24/10/2018- insuficiência respiratória por fraqueza dos músculos respiratórios e miopatia associada a internamento prolongado motivo pelo qual é ventilado não invasivamente.</p> <p>31/10/2018 – CR- uso de aparelho insuflador/desinsuflador mecânico (cough- assist</p> <p>6/11/2018- Doente faleceu por complicações cardíacas</p>	

Antecedentes de Saúde	
Hábitos Aditivos:	Sem hábitos aditivos conhecidos
Alergias:	Alergias: nega alergias medicamentosas ou outras
Terapêutica Habitual:	Carvedilol 6.25mg; Zolpidem; Medipax 5mg; Fenofibrato; Amlodipina/Valsartran 5/160; Calcitrol 0.25mcg; Clorazepato; Furosemida 20mg/dia
Co Morbilidades	<u>Antecedentes pessoais:</u> Hipertensão arterial; Dislipidemia; Doença Renal Crónica estadio IV, tendo já avaliação do MSE para colocação de FAV; Neoplasia da Sigmoide (1996, submetido a cirurgia e QT adjuvante).

Exame Físico e Avaliação Funcional

Exame Físico Sumário

1. Dados antropométricos

Peso – 82 kg

Altura – 1,70 metros

2. Exame físico

Em ventilação espontânea, boa perfusão periférica. Eupneico com O₂ a 0.5l/min por cânulas nasais. Fácies encaraterístico. Pulso radial 53ppm, em ritmo sinusal, com necessidade de suporte vasopressor de perfusão cerebral; apirético. Bom estado geral e de nutrição. Mucosas coradas e hidratadas. Sem edemas e adenomegalias generalizados. Anictérico e acianótico.

Cabeça: Normocéfalo, sem lesões ou assimetrias

Pescoço: Traqueia centrada com colar cervical

Tórax: Simétrico, sem efisema sub-cutâneo. Som pulmonar claro à percussão; Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular simétrico e mantido, diminuído nas bases. Auscultação cardíaca com S1+S2, sem sopros ou extra-sons audíveis.

Abdómen: Globoso, não distendido. RHA (ruídos hidroaéreos) presentes. Mantidas as normais zonas de maciez e timpanismo. Mole, depressível e indolor.

Membros: Sem sinais de TVP (trombovenose profunda). Pulsos periféricos amplos e simétricos. Sem lesões traumáticas; sem tensão gemelar.

3. Avaliação - Função Respiratória (10/10/2018)

Inspeção:	Ventilação espontânea; Simetria torácica; Respiração de amplitude diminuída; Ritmo regular; Padrão abdomino-diafragmático; sem sinais de enfisema subcutâneo; sem sinais de alterações da configuração do tórax; pele e mucosas coradas e hidratadas; Alto Risco para contração de úlcera de pressão – Score 10 na escala de Braden (Apêndice I)
Palpação:	Não se detetam massas ou saliências nem pontos dolorosos em ambas as faces de ambos os hemitórax
Frequência e ritmo cardíaco	taquicardia sinusal com FC 100Bat/min
Oximetria do pulso (SaO ₂)	90%
Gasimetria arterial seriada	PH 7.163; HCO ₃ -15.3; PCO ₂ -39; PO ₂ -90
Percussão:	Apresenta som ressonante em todos os pontos percutidos do tórax
Auscultação pulmonar	Murmúrio vesicular simétrico mantido no terço superior e inferior em ambos os hemitórax e diminuído nas bases. Restante auscultação sem ruídos adventícios.
Tosse:	Pouco eficaz. Dificuldade em mobilizar secreções.
Características das Secreções:	Viscosas, esbranquiçadas e em moderada quantidade
Escala de Dispneia de BORG modificada	Score 7 (dispneia muito intensa) (Apêndice II) (Inicia Oxigenoterapia em alto fluxo – FiO ₂ 46%, 40L/min)

4. Avaliação Neurológica (09/10/2018)

Estado Mental	
Estado de Consciência:	Consciente - Score 10 na escala de Glasgow (Apêndice III)
Orientação	Orientado auto e alo psiquicamente
Atenção	Apresenta períodos de apatia alternados com períodos de reatividade
Memória	Tanto a memória recente como a remota encontravam-se conservadas
Linguagem	Discurso mantido; dificuldade na compreensão por hipoacúsia marcada
Capacidades Práticas	Incapacidade de efetuar gestos simbólicos (ex: sinal da cruz), ou icônicos transitivos (ex: pentear-se) e icônicos intransitivos (ex: dizer adeus)

4.1. Avaliação Neurológica e Funcional de Lesões na Medula Espinhal com recurso a Escala de Deficiência ASIA (10/10/2018)

Exame Sensitivo							
	0 –Ausente		1-Alterado (percepção parcial ou alterada incluindo hiperestesia)		2-Normal		NE (não examinável)
	D	E	D	E	D	E	
Pontos-Chave							
C2 (Protuberância Occipital)					x	x	
C3 (Fossa Supraclavicular)					x	x	
C4 (Borda Superior da Articulação Acromioclavicular)					x	x	
C5 (Borda Lateral da fossa antecubital)					x	x	
C6 (Dedo Polegar)					x	x	
C7 (Dedo Médio)					x	x	
C8 (Dedo Mínimo)					x	x	
T1 (Borda medial da fossa antecubital)					x	x	
T2 (Ápice da axila)					x	x	

T3 (Terceiro espaço intercostal)						x	x	
T4 (Quarto espaço intercostal) - linha dos mamilos						x	x	
T5 (Quarto espaço intercostal) metade do trajeto entre T4 e T6						x	x	
T6 (sexto espaço intercostal) - nível do xifoesterno						x	x	
T7 (sétimo espaço intercostal) - metade do trajeto entre T6 e T8						x	x	
T8 (oitavo espaço intercostal) - metade do trajeto entre T6 e T10						x	x	
T9 (nono espaço intercostal) - metade do trajeto entre T8 e T10						x	x	
T10 (décimo espaço intercostal) - umbigo						x	x	
T11 (décimo primeiro espaço intercostal) - metade do trajeto entre T10 e T12				x	x			
T12 ponto médio do ligamento inguinal				x	x			
L1 Metade da distância entre T12 e L12	x	x						
L2 Terço médio anterior da coxa	x	x						
L3 Côndilo femoral medial	x	x						
L4 Maléolo medial	x	x						
L5 Dorso do pé ao nível da terceira articulação	x	x						
S1 Bordo externo do calcâneo	x	x						
S2 Linha média da fossa popliteia	x	x						
S3 Tuberosidade Isquiática	x	x						
S4 S5 Área perianal	Sensação Presente							

Exame Motor													
	0- Paraleisia total		1- Contração visível ou palpável, arco de movimento completo (AMC) com gravidade eliminada		2- Movimento ativo, arco de movimento completo (AMC) gravidade eliminada		3- Movimento ativo, arco de movimento completo (AMC) contra a gravidade		4- Movimento ativo, arco de movimento completo (AMC) contra uma moderada resistência		5- Movimento ativo, arco de movimento completo (AMC) contra a resistência		N E
Músculos avaliados	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	
C5 Flexores do cotovelo (bíceps, braquial)										x	x		
C6- extensores do punho (<i>extensor carpi radialis longus and brevis</i>)							x	x					
C7- extensores do cotovelo (tríceps)										x	x		

C8- flexores dos dedos (flexores profundos) do dedo médio					x	x							
T1- abdutores do dedo mínimo (<i>abductor digiti minimi</i>)					x	x							
L2 flexores da ancal	x	x											
L3- extensores do joelho (quadríceps)	x	x											
L4- dorsiflexores do tornozelo (<i>tibialis anterior</i>)	x	x											
L5- extensores longos dos dedos dos pés (<i>extensor halusis longus</i>)	x	x											
S1- flexores plantares do tornozelo (<i>gastrocnemius, soleus</i>)	x	x											

Contração do esfíncter anal externo	Presente
Obs: para os miótomos que não são clinicamente examináveis (C1 até C4; T2 até L1; S2 até S5), presume-se que o nível motor seja igual ao sensitivo	

Após avaliação baseada nos critérios estabelecidos pela Classificação Neurológica Padrão para Lesões Medulares, concluímos tratar-se de Tetraparésia flácida, plegia dos membros inferiores, com capacidade de flexão dos cotovelos e extensão dos punhos, sem flexão dos dedos (C6 motor) nível de sensibilidade em D4, havendo função motora preservada abaixo do nível neurológico, a maioria dos músculos chave abaixo do nível neurológico têm grau muscular inferior a 3 e tônus esfínteriano anal conservado, sendo que a lesão foi classificada como incompleta na escala de deficiência da ASIA C.

5. Avaliação do grau de dependência com recurso a escalas

- Escala MIF (Apêndice IV) – Score – 27 -Incapacidade funcional grave
- Escala de Barthel (Apêndice V) – Score - 0 -Totalmente dependente para a realização de atividades básicas de vida diária (ABVD)

6. Desvios de Saúde

Identificamos para o utente Sr. F. os seguintes desvios de saúde que se constituem focos de atenção do EEER:

- Padrão respiratório alterado;
- Limpeza das vias aéreas ineficaz;
- Tosse ineficaz;
- Risco de contração de Trombose venosa profunda, relacionada com a paralisia flácida em fase de choque medular;
- Padrão de eliminação vesical comprometido relacionado com a disfunção neurogénica da bexiga;
- Padrão de eliminação intestinal comprometido relacionado com o íleos paralítico (fase de choque medular);
- Padrão de mobilidade comprometido, manifestado por imobilidade dos membros inferiores (ausência da atividade muscular e ausência da capacidade funcional do sistema músculo-esquelético), relacionado com plegia dos membros inferiores;
- Risco de contração de Trombose venosa profunda, relacionada com a paralisia flácida em fase de choque medular;
- Risco de contração de Úlcera de pressão relacionada com o compromisso de oxigenação dos tecidos.

7. Plano de cuidados

7.1. Análise segundo a teoria da transição de Afaf Meleis e Dorothea Orem

A teoria das transições enquanto quadro conceitual integra diversos conceitos com vista à compreensão de fenômenos relacionados com a humanidade: tipos e padrões de transições; propriedades de transição e experiências; condições de transição (facilitadores e inibidores); indicadores de processo; resultados indicadores e terapêutica de enfermagem (Meleis, 2007).

Com efeito, e centrado no âmbito dos tipos de transições, os idosos vivenciam transições que envolvem o desenvolvimento (inerentes ao processo de envelhecimento); saúde e doença (relacionadas com quadros de doenças crônicas ou processos de recuperação após alta hospitalar) e/ou situacionais (associados ao desempenho de papéis sociais) (Meleis & Trangenstein, 1994). Estas transições, associadas a uma queda, podem ter consequências no autocuidado, promovendo a dependência, aumentando o risco de imobilidade, de isolamento social e de institucionalização (Oliveira, Baixinho & Henriques, 2018).

De acordo com OREM (2001) o autocuidado traduz-se na prática de atividades realizadas pelo indivíduo, em benefício do próprio, tendo como finalidade a manutenção da sua saúde e bem-estar. Assim às ações conducentes ao autocuidado incorpora-se um conceito adicional (requisitos de autocuidados), representados por três diferentes categorias: requisitos universais; requisitos de desenvolvimento e requisitos de desvio de saúde

No que diz respeito aos requisitos de desvio de saúde, estes manifestam-se habitualmente em condições de doença ou lesão e ainda como resultado de intervenções com vista ao diagnóstico ou tratamento (Orem, 2001).

Para responder a essas situações, a autora identificou três classificações de sistemas de enfermagem: sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio-educação.

O sistema de enfermagem totalmente compensatório é representado pelo indivíduo incapaz de empenhar-se nas ações de autocuidado, cabendo ao enfermeiro, através de suas ações, compensar a incapacidade manifestada para o desempenho do autocuidado (Orem, 2001). O Sr. F., alvo deste estudo de caso, por reunir tais requisitos, integra-se no conjunto de indivíduos beneficiários deste sistema.

Assim, tendo como ponto de partida a realização de uma avaliação prévia, delineamos para o nosso utente um plano de Reabilitação Respiratória estruturado em 4 etapas:

- Elaboração de Diagnósticos;
- Definição de Objetivos;
- Execução de intervenções de enfermagem;
- Avaliação/ Resultados esperados face às intervenções de enfermagem.

Importa, contudo, ressaltar a importância de um plano de Reabilitação dirigido às áreas motora, vesical e intestinal, entre outras, que, não tendo sido por nós realizado por motivos de organização estrutural do serviço, foi assegurado pelos EEER da Unidade de Cuidados Intensivos.

Diagnóstico Data: 10/10/2018	Objetivos	Intervenções de enfermagem	10/10/2018 -Avaliação/ Resultados de Enfermagem
<p>Padrão respiratório ineficaz manifestado por ausência de amplitude torácica durante os movimentos respiratórios, relacionado com # C6-C7, secundário à de-sinervação de intercostais inter-nos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Melhorar o padrão respiratório - Melhorar a relação ventilação /perfusão - Prevenir o declínio funcional 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar um ambiente seguro e com privacidade para a realização da intervenção - Observar o RX do tórax. Observar o utente e avaliar características da respiração (tipo, ritmo, amplitude) - Auscultar o utente, avaliar as características da respiração; - Promover um posicionamento de relaxamento, posicionando o doente em decúbito dorsal, com uma almofada a apoiar a cabeça (até a raiz das omoplatas) ou elevando a cabeceira da cama e ainda, colocando uma pequena almofada sob a região popliteia de forma a promover a curvatura fisiológica (ângulo de aproximadamente 40°, entre a coxa e a perna) -Promover e executar exercícios de Reeducação Funcional Respiratória (RFR), após avaliação conclusiva de ausência de contraindicação para a realização dos mesmos. - Realizar exercícios de respiração abdominal-diafragmática com controlo e dissociação dos tempos respiratórios - Estimular inicialmente a realização destes exercícios, aplicando uma força na região abdominal da pessoa. (Repetir o exercício 6 a 10 vezes e depois permitir à pessoa descansar) durante 10 minutos (OE, 2009) - Realizar exercícios de reeducação costal seletivo. 	<p>Condição respiratória: vias aéreas permeáveis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respiração abdominal- diafragmática, sem recurso aos músculos acessórios e sem que se observe recurso aos músculos intercostais - Auscultação pulmonar- murmúrio vesicular mantido bilateralmente nos terços superiores e médios e muito diminuídos em ambas as bases pulmonares. <p>Com a instituição de do programa de RFR observou-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melhoria progressiva na auscultação pulmonar, nomeadamente murmúrio vesicular melhorado em ambas as bases pulmonares - Melhoria da respiração, tornando-se rítmica, profunda e controlada. - Colaboração do utente na realização ERR tendo interiorizado os ensinios - Otimização dos parâmetros ventilatórios durante a realização de RFR (volumes inspiratórios, expiratórios e Volume/Minuto). - Intervenções de cinesiterapia respiratória introduzidas o mais precocemente (pré-operatório), no sentido de capacitar o utente

		<p>Repetir o exercício 6 a 10 vezes e depois permitir à pessoa descansar.</p> <p>- Realizar aplicação de inspirometria incentivadora conjugada com exercícios para aumentar a força muscular inspiratória.</p>	
--	--	--	--

Diagnóstico Data: 14/10/2018	Objetivos	Intervenções de enfermagem	16/10/2018 - Avaliação/ Resultados de Enfermagem
<p>Tosse ineficaz manifestada à auscultação pela presença ruidos adventícios (roncos) sobretudo nos terços inferiores de ambos hemitórax, acessos de tosse produtiva, mas sem expelir secreções, relacionada com falta de força muscular, secundária à lesão medular (# C6- C7)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a limpeza das vias aéreas; - Mobilizar e eliminar secreções; - Aumentar a capacidade para tossir 	<ul style="list-style-type: none"> - Observar os radiogramas do tórax. - Auscultar o utente, avaliar características da respiração; - Promover e executar exercícios de RFR após considerar a avaliação de existência de contra-indicação para a realização dos mesmos. - Realizar Drenagem Postural Modificada para facilitar a progressão das secreções, após considerar a avaliação de existência de contra-indicação para a realização da mesma. <p>Estas sessões foram realizadas de acordo com os seguintes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Num período de tempo nunca superior a 1 hora, respeitando sempre a tolerância do doente; - Nunca realizada imediatamente ante ou após as refeições; - 5 a 10 minutos de manutenção de posicionamento para drenagem, não ultrapassando o limite de fadiga do doente (OE, 2016). - Manobras acessórias (Vibro-compressão), após considerar a avaliação de existência de contra-indicação para a realização das mesmas. Estas devem ser intercaladas com períodos de exercício diafragmático, como forma de prevenir a ocorrência de broncospasmo e dessaturação 	<p>(RX-tórax ântero-posterior realizado a 09/10/2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traqueia centrada, seios costo-frénicos e árvore brônquica visíveis. <p>(RX-tórax ântero-posterior realizado a 16/10/2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do RX-tórax antero-posterior de (16/10/2018) – é visível uma redução substancial dos espaços intercostais a nível do hemitorax esquerdo - Auscultação pulmonar- murmúrio vesicular mantido bilateralmente nos terços superiores e médios com presença de roncos dispersos em ambos os campos pulmonares. - Aspiradas Secreções brônquicas viscosas em moderada quantidade após manobras de vibro compressão - Mobilização e eliminação de secreções brônquicas em moderada quantidade após utilização do cough - assist

		<p>(Cordeiro & Menoita, 2012)</p> <ul style="list-style-type: none">- Aspiração de secreções após considerar a avaliação de existência de contraindicação para a realização das mesmas.- Utilização do aparelho insuflador/desinsuflador mecânico (cough-assist); após realização de pesquisa bibliográfica de modo a dominar a técnica em causa.	
--	--	--	--

Diagnóstico Data: 14/10/2018	Objetivos	Intervenções de enfermagem	16/10/2019-Avaliação/ Resultados de Enfermagem
<p>Dispneia manifestada por padrão respiratório superficial, sem movimentos torácicos, com saturações periféricas de oxigênio inferiores a 92%, relacionado com # C6 e C7 e que condiciona a desinervação de músculos intercostais internos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manter a limpeza e permeabilidade da via aérea - Prevenir declínio funcional - Garantir conforto ao utente 	<ul style="list-style-type: none"> • Auscultar o utente, avaliar características da respiração; Monitorização respiratória • Executar exercícios de RFR: <ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de reeducação abdomino- diafragmática com controlo dos tempos respiratórios - Administração de oxigenoterapia e VNI de acordo com a prescrição médica. - Posicionamento do doente com cabeceira elevada a 30°- 45° 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria significativa da frequência respiratória e do grau de amplitude respiratória tendo-se assistido a um aumento de valores de saturação periférica de oxigênio progressivamente até aos 96% • Melhoria do controlo da respiração com evidente redução de níveis de ansiedade. • Otimização dos parâmetros ventilatórios (volumes inspiratórios, volumes expiratórios e volume/minuto)

8. APRECIÇÃO FINAL

Para a escolha do caso em apreço, muito contribuiu o facto de ter estado na origem do diagnóstico, uma queda em ambiente domiciliário, e que gerou graves consequências para o utente, família e sociedade.

Embora não se tenha observado uma referência explícita à causa da mesma, podemos inferir que, porventura estaria associada a fatores ambientais que, também contribuem para esse flagelo, considerado um problema para a saúde pública.

Desta forma, mesmo com algum distanciamento, este estudo de caso foca alguns aspetos integrantes do projeto que serviu de base para o ensino clínico.

Tratando-se de um quadro clínico relacionado com traumatismo vertebro-medular, registou-se o comprometimento da função respiratória e da motora. Este facto exigia do EEER a adoção de programas cuja abrangência focariam as duas áreas.

Todavia, por motivo da dinâmica da Unidade de Reabilitação Respiratória (enfoque exclusivo na RFR), o plano de cuidados não integrou o um plano de reeducação motora, ficando o mesmo assegurado pelo EEER e Fisioterapeutas do serviço.

Pese embora o fatal desfecho do doente, considero que se tratou de um caso relevante para a aprendizagem, na medida em que no decurso das várias técnicas de intervenção do EEER observaram-se resultados traduzidos em ganhos para a saúde do doente. Desde logo, a melhoria do controlo da respiração, a redução de níveis de ansiedade e otimização de padrões ventilatórios, entre outros. Por outro lado, integradas no âmbito de desenvolvimento de competências técnicas e clínicas do estudante, o treino de técnicas respiratórias associado à pesquisas bibliográficas e mobilização de conteúdos teóricos ministrados em aulas teóricas revelou-se imprescindível para a realização do ensino clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Meleis, A.I., & Trangenstein, P. (1994) Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. *Nurs Outlook*, 42, 255-259.
doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](http://dx.doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)
- Meleis, A.I. (2007). *Theoretical Nursing: development and progress*. 4^a Ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Berlowitz, D. J., Wadsworth, B., & Ross, J. (2016). Respiratory problems and management in people with spinal cord injury. *Breathe*, 12(4), 328–340.
<https://doi.org/10.1183/20734735.012616>
- Cordeiro, M.C.O., & Menoita, E. C. P. C. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. Lusociência
- Defino, H. L. A. (1999). Trauma raquimedular. *Medicina*, Ribeirão Preto, 32: 388-400, out./dez. 1999. *Macromolecular Research*, 22(1), 388–400.
<https://doi.org/10.1007/s13233-014-2005-1>
- Graf, C. (2006). Functional Decline in Hospitalized Older Adults: It's often a consequence of hospitalization, but it doesn't have to be. *AJN The American Journal of Nursing*, 106(1), 58–67.
<https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2007.07.008>
- Guimarães, C. A. F. (1996). O Novo Paradigma Holístico I-Uma Nova Forma de Perceber o Mundo. *Assepe*. Disponível em:
https://elearning.esel.pt/bbcswebdav/pid-46372-dt-content-rid-199677_1/courses/201819-S1-6734-0-6734003-1/Guimarães_O_Novo_Paradigma_Holístico_completo.pdf
- NSCISC. (2009). Spinal Cord Injury Facts and Figures at a Glance. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 34(6), 620–621.
<https://doi.org/10.1109/TASC.2017.2667884>
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular. In *Cadernos O.E.* (Vol. 1).
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: *Ordem Dos Enfermeiros*.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of practise*, 6th edition; St. Louis, MO: Mosby
- Papathanasiou, I. (2013). Holistic Nursing Care: Theories and Perspectives. *American Journal of Nursing Science*, 2(1), 1.
<https://doi.org/10.11648/j.ajns.20130201.11>

Hoeman, S. (2011). Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados (4^a ed.). Loures: Lusodidacta.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Escala de Braden

Avaliação referente ao Senhor F.

Percepção sensorial Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	1 Totalmente limitada	2 Muito limitada	3 Levemente limitada	4 Nenhuma limitação	1
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1 Pele constantemente húmida	2 Pele muito húmida	3 Pele ocasionalmente húmida	4 Pele raramente húmida	3
Atividade Nível de atividade física	1 Acamado	2 Sentado	3 Anda ocasionalmente	4 Anda frequentemente	1
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1 Completamente imobilizado	2 Muito limitada	3 Ligeiramente limitada	4 Nenhuma Limitação	1
Nutrição Alimentação habitual	1 Muito pobre	2 Provavelmente inadequada	3 Adequada	3 Nenhum problema	2
Fricção e forças de deslizamento	1 Problema	2 Problema potencial	3 Nenhum problema		2
Total	10				

O valor da pontuação total é categorizado em dois níveis de risco:

- Alto Risco de Úlcera por Pressão – Pontuação ≤ 16
- **Baixo Risco de Úlcera por Pressão – Pontuação ≥ 17**

APÊNDICE II - Escala de dispneia de Borg Modificada

Avaliação referente ao Senhor F.

Dispneia				Cansaço
	0	Absolutamente nada	0	
	0.5	Pouquíssima, quase nada	0.5	
	1	Muito Pouca	1	
	2	Pouca	2	
	3	Média, regular	3	
	4	Um pouco forte	4	
	5	Forte	5	
	6	Muito forte	6	
	7		7	
	8		8	
	9	Fortíssima	9	
10	Máxima	10		

Total: 7

APÊNDICE III– Escala de Glasgow

Avaliação referente ao Senhor F.

Variáveis		Score
Abertura Ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras Inapropriadas	3
	Palavras	2
	Incompreensivas	1
	Nenhuma	
Resposta Motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Total =10

APÊNDICE IV– Escala MIF – Medida de Independência Funcional

Avaliação referente ao Senhor F.

Categorias	Score						
	1 Ajuda Total	2 Ajuda Máxima	3 Ajuda Moderada	4 Ajuda Mínima	5 Supervisão ou Preparação	6 Independência Modificada	7 Independência Completa
AUTO-CUIDADOS							
1.Alimentação	x						
2.Higiene Pessoal	x						
3.Banho (Lavar Corpo)	x						
4.Vestir (Metade Superior)	x						
5.Vestir (Metade Inferior)	x						
6.Utilização da Sanita	x						
7.Bexiga	x						
8.Intestino	x						
MOBILIDADE /TRANSFERÊNCIAS							
9.Leito/ Cadeira de rodas (CR)	x						
10.Sanita	x						
11.Banheira, Duche	x						
12.Marcha/ Cadeira de Rodas	x						
13.Escadas	x						

COMUNICAÇÃO							
14.Compreensão			x				
15.Expressão			x				
COGNIÇÃO SOCIAL							
16.Interação Social		x					
17.Resolução de Problemas	x						
18.Memória					x		
SCORE TOTAL	27						

Grau de incapacidade funcional em função do resultado	
MIF>80	Ligeiro
80>MIF>40	Moderado
MIF<40	Grave

APÊNDICE V – Índice de Barthel

Avaliação referente ao Senhor F.

Auto cuidado	Categorias	Pontuação	Índice
Comer	Totalmente Independente – Leva a comida do prato à boca e o copo	10	0
	Necessita de ajuda – Precisa de ajuda para cortar carne pão e utilizar copo	5	
	Dependente – Incapaz de se alimentar ou faz alimentação parentérica	0	
Lavar-se	Independente – Entra e sai sozinho do banho	5	0
	Dependente – Precisa de ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para se secar ou não se lava sozinho	0	
Arranjar-se	Independente – Lava o rosto, mãos, penteia-se, lava os dentes, barbeia-se sem ajuda	5	0
	Dependente – Necessita de ajuda para se arranjar	0	
Vestir-se	Independente – Veste e despe a roupa, abotoa, aperta fechos cintos e sapatos	10	0
	Necessita de ajuda – Veste e despe a roupa parcialmente	5	
	Dependente – Não se veste ou despe sozinho	0	
Eliminação intestinal	Continência Normal	10	0
	Episódios de incontinência – Episódios ocasionais, necessita de ajuda para administrar supositórios ou enema	5	
	Incontinente	0	

Eliminação vesical	Continência Normal – É capaz de cuidar de cateter se o tiver colocado.	10	0
	Um episódio diário – como máximo de incontinência, ou necessita ajuda para cuidar da sonda	5	
	Incontinência	0	
Ir ao sanitário	Independente – para ir ao sanitário, para retirar e colocar a roupa	10	0
	Necessita de ajuda – para ir ao sanitário, mas limpa-se sozinho	5	
	Dependente	0	
Transferir-se	Independente – para ir da cadeira para a cama	15	0
	Necessita de ajuda – mínima para o fazer	10	
	Necessita de ajuda significativa para o fazer – mas é capaz de manter-se sentado sozinho	5	
	Dependente	0	
Deambular	Independente – caminha sem ajuda cerca de 50 metros	15	0
	Necessita de ajuda – física ou supervisão para caminhar 50 metros	10	
	Move-se em cadeira de rodas sem ajuda	5	
	Dependente	0	
Escadas	Independente – para subir ou descer escadas	10	0
	Necessita de ajuda física – ou supervisão para o fazer	5	
	Dependente	0	

Soma do índice - **0**

Máxima pontuação: 100 pontos (90 se mover-se em cadeira de rodas)

Grau de dependência em função do resultado	
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independente

APÊNDICE IX - Sessão de formação apresentada na UCC



A intervenção do Enfermeiro no Controlo do Risco Ambiental para a prevenção de quedas na pessoa idosa residente na comunidade

Discente: Bebiano Santos
Docente: Prof. Cristina Baixinho

Lisboa, 31 de janeiro de 2019

1



Destinatários: Enfermeiros

- **Objetivos:**
- Contextualizar a queda na população idosa;
- Identificar riscos ambientais associados a queda na população idosa;
- Descrever intervenções de enfermagem em casa do idoso passíveis de mitigar o risco de queda;
- Dar a conhecer produtos de apoio promotores de segurança e acessibilidade do idoso “dentro de portas”.



Queda

Ato de cair inadvertidamente no chão ou espaço de nível inferior àquele em que nos encontramos ou deslocamos.

Quando o interveniente se trata de um idoso maiores serão os riscos de lesão.

(OMS, 2007)

3



Queda na População Idosa

- Europa: estima-se que 35,848 adultos com idade superior a 65 anos morram na sequência de quedas sendo que 88% terão idade superior a 75 anos
- Os Custos associados aos tratamentos de lesões rondam os 25 milhões de euros por ano
- Em 2050 a população com mais de 65 anos atingirá os 60% o que poderá representar 60.000 óbitos

(Turner, Kisser & Rogmans, 2015)

- As quedas e as consequentes lesões constituem um importante **problema de saúde pública**;
- Quanto mais elevada a idade, maior será o grau de fragilidade e consequente risco de hospitalização

(OMS, 2007)

4



Revisão da Literatura

Fatores de risco no ambiente em casa

Os acidentes em casa (quedas) estão associados a objetos e outras situações desencadeantes lesando pessoas idosas para quem, todo o ambiente habitacional pode representar perigo.

(DGS, 2010)

Segundo a OMS há quatro fatores de risco associados a queda:

Biológicos;

Comportamentais;

Socioeconómicos;

Ambientais (perigos existentes no contexto da habitação; ausência de estrutura de mobilidade e barreiras à mobilidade).

(DGS, 2015)

5



Revisão da Literatura

Fatores de risco no ambiente em casa promotores de queda e traumatismos

- Tapetes soltos e sem antiderrapantes;
- Gaveta ou a porta de um armário abertas;
- Um fio do telefone solto;
- Escadas desprovidas do corrimão;
- Iluminação insuficiente em zonas de passagem ou para o exterior;
- Fichas, tomadas e interruptores elétricos em mau estado de funcionamento, entre outros.

(DGS,2015)

- Em casa, desenhos inadequados de portas, janelas, escadas, materiais e mobiliário podem aumentar o risco de lesão.

(DGS,2012)

6



Revisão da Literatura

Queda na População Idosa

- 14% das vítimas de queda no domicílio são pessoas idosas, sendo maior o número de ocorrências nas mulheres
- Em 2006, estimava-se que o custo médio por cada episódio de queda com dano, envolvendo uma pessoa com idade igual ou superior a 65 anos, era de cerca de 2900 euros
- As quedas podem originar estados de dependência, condicionando a realização das AVD (s) atividades do dia-a-dia.

(DGS,2015)

7



Revisão da Literatura

- **Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes 2015-2020**

Objetivo Estratégico - **PREVENIR A OCORRÊNCIA DE QUEDAS**



- **Avaliação de fatores de risco**
- **Comunicação e educação sobre o risco**
- **Implementação de medidas e ações preventivas e/ ou corretoras**

(DGS, 2015)

8



Identificar riscos ambientais associados a queda na população idosa

Registo de Observação
Segurança do Ambiente Físico e Barreiras Arquitectónicas no domicílio

Sexo	Masculino <input type="checkbox"/>	Feminino <input type="checkbox"/>
Idade <input type="text"/>		
Queda nos últimos 6 meses	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Usa canadianas?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Usa andarilho?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Usa cadeira de rodas?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

(Baixinho & Dixe, 2017)

9



Identificar riscos ambientais associados a queda na população idosa

Registo de Observação
Segurança do Ambiente Físico e Barreiras Arquitectónicas no domicílio (Cont.)

Descrição		Sim	Não	Não Aplicável
Presença de Animais "Soltos"	Exterior da Casa			
	Interior da Casa			
Presença de Escadas/Degraus	Acesso da rua à habitação			
	Interior da habitação			
Presença de Pavimentos Irregulares	Exterior da Casa			
	Interior da Casa			
Presença de Tapetes	Hall de Entrada/Sala	Presente		
		Seguro		
	Corredor	Presente		
		Seguro		
	Quarto, junto à cama	Presente		
		Seguro		
	Cozinha	Presente		
	Seguro			
Luz Adequada	Casa de banho	Presente		
		Seguro		
	Hall de Entrada/Sala			
	Corredor			
Ambiente Doméstico	Quarto			
	Cozinha			
	Fios eléctricos/telefone no chão			
	Gavetas Abertas			
	Mobiliário Instável			
Mobiliário	Soleiras das portas niveladas com o chão			
	Articulações coxofemorais e do joelho fazem ângulo de 90°			
	Cadeira			
	Cama			
	Circulação com 1m de distância ao redor da			
	Permite o acesso e a circulação em cadeira			
	Presença de mobiliário nas zonas de			
	Desenhos confusos de pavimentos/			
	Largura das Portas	< 90cm	> 90cm	
	Largura dos Corredores	< 90cm	> 90cm	
Casa de Banho	Presença de Banheira			
	Presença de barras de apoio na banheira			
	Presença de Duche/Poliban			
	Presença de barras de apoio no Duche			
	Duche com debrum			
	Altura do Debrum do duche: _____			

(Baixinho & Dixe, 2017)

10



Intervenções de enfermagem em casa do idoso passíveis de mitigar o risco de queda

A modificação domiciliária é viável e recomendada para idosos com vulnerabilidade na comunidade

(Stark et al., 2018)

Modificações que podem ser feitas:

- Empregar altos níveis de iluminação e durante a noite luzes para iluminação baixa e desigual;
- Substituir pisos escorregadios por pisos antiderrapantes;
- Retirar ou colocar superfícies antiderrapantes em tapetes soltos;
- Abrir caminhos em passagens obstruídas – retirar obstáculos;
- Instalar barras de apoio quando ausente no banheiro (chuveiro, banheira, WC);
- Utilizar um alteador de sanita quando necessário;
- Instalar corrimão, quando não está presente em escadas;
- Instalar barras de apoio lateral;
- Modificar escadas ou a instalar rampas em escadas íngremes ou estreitas.

11

Rimland et al.(2016)



Intervenções de enfermagem em casa do idoso passíveis de mitigar o risco de queda (cont.)

A mera verificação de segurança de casas pode ajudar a identificar e prevenir os riscos de queda, nomeadamente se o indivíduo idoso usa calçados/chinelos desgastados, se há fios soltos, presença de tapetes soltos, e se a iluminação é inadequada - especialmente em corredores e escadas.

A capacitação de profissionais de saúde sobre o risco de quedas de um paciente mais velho é uma parte vital do processo de prevenção.

(Oxtoby, 2017)



Produtos de apoio promotores de segurança e acessibilidade do idoso “dentro de portas”

Quarto



Barra para ajudar a entrar e sair da Cama

- Fornece ao utente uma superfície estável para se apoiar e levantar-se.
- Indicada para ajudar a manter o equilíbrio quando o utente está na beira da cama. Coloca-se facilmente por baixo do colchão.
- **Custo aproximado- 70€**



Encosto de cama regulável

- Indicado para o utente que passa muito tempo deitado, permitindo aliviar dores na região dorsal, ler, ver televisão ou tomar refeições.
- **Custo aproximado- 50€**

13



Produtos de apoio promotores de segurança e acessibilidade do idoso “dentro de portas”

Quarto



Escada ajuda a sentar na cama

- Indicado para ajudar a passar da posição de deitado para a posição de sentado.
- Ajuda a pessoa a posicionar-se e a movimentar-se na cama. ajuda a levantar e a deitar. Coloca-se nos pés da cama.
- **Custo aproximado – 30€**



Material Antiderrapante para tapete

- Mantém o tapete no lugar, reduzindo o risco de quedas.
- **Custo aproximado – 4€**

14



Produtos de apoio promotores de segurança e acessibilidade do idoso “dentro de portas”

Quarto



Grade Extensível

- Útil para prevenção de quedas
- Custo aproximado- 160€



Cama elétrica

- Elevável em altura com estrado articulado em 4 secções
- Facilita a prestação de cuidados e/ou transferências.
- Custo aproximado – 1100€

15



Produtos de apoio promotores de segurança e acessibilidade do idoso “dentro de portas”

Quarto



Tábua de transferência

- Permite mover o utente da cama para a cadeira ou da cadeira para a banheira ou ainda para o carro, sem grande esforço para o prestador de cuidados.
- Custo aproximado - 80€



Disco de transferência de pé

- Facilita a rotação de pessoas em pé para o assento de carro, transferências, etc. Suporta um máximo de 90 kg.
- Custo aproximado – 35€

16



Produtos de apoio promotores de segurança e acessibilidade do idoso “dentro de portas”

Quarto



Urinol

- Dispositivo para homens
- Indicado para a recolha de urina para acamados ou autónomos impossibilitados de utilizar as instalações sanitárias.
- Custo aproximado - 6€



Arrastadeira

- Dispositivo para homens/mulheres
- Indicado para a recolha de urina/fezes para acamados ou autónomos impossibilitados de utilizar as instalações sanitárias
- Custo aproximado – 5€

17



Produtos de apoio promotores de segurança e acessibilidade do idoso “dentro de portas”

Casa de Banho



Cadeira Sanitária com braços rebatíveis

- É uma cadeira 3 em 1, podendo ser quadro de sanita, elevador de sanita e cadeira de toilette. os braços são rebatíveis para ajudar numa possível transferência.
- Custo aproximado – 95€

18



Produtos de apoio promotores de segurança e acessibilidade do idoso “dentro de portas”

Casa de Banho



Banco Redondo

- Utilizado na banheira, poliban ou zona de duche
- Custo aproximado – 45€



Degrau para banheira

- Superfície anti deslizante
- Custo aproximado – 52€

19



Produtos de apoio promotores de segurança e acessibilidade do idoso “dentro de portas”

Casa de Banho



Spray antiderrapante

- O spray aplica-se na sua totalidade na banheira bem limpa, deixa-se atuar até 15 minutos tornando a lavar a banheira, durando a aplicação pelo menos 2 anos.
- Custo aproximado – 28€



Barra ventosa 1 mão

- Deve ser aplicada de forma estratégica respeitando o melhor posicionamento para o utente, auxiliando-o quer na entrada e saída da banheira, quer como ponto de apoio durante o banho, quer ainda para ajudar a sentar e levantar.
- Custo aproximado – 190€

20



Produtos de apoio promotores de segurança e acessibilidade do idoso “dentro de portas”

Casa de Banho



Cadeira de banho giratória

- Assiste a entrada e saída na banheira de forma segura
- Ajustável para a maior parte das banheiras.
- custo aproximado – 95€



. Cadeira de banho giratória em "U"

- Assiste a entrada e saída na banheira de forma segura
- Ajustável para a maior parte das banheiras.
- Custo aproximado – 150€

21



Produtos de apoio promotores de segurança e acessibilidade do idoso “dentro de portas”

Casa de Banho



Cadeira de banheira com elevador

- Elevador de banheira com encosto e apoio de cabeça integrados reclináveis até 40°; desmontável em duas partes, funciona com uma bateria; comando flutuante a pilhas recarregáveis, impermeável, ergonómico com cabo em espiral e ventoso auto removíveis.
- Custo aproximado- 660€



Cadeira retangular

- Indicado para utentes com perda de equilíbrio na posição ortostática.
- Custo aproximado – 70€

22



Produtos de apoio promotores de segurança e acessibilidade do idoso “dentro de portas”

Casa de Banho



Barra Aço inoxidável

- Deve ser selecionada de acordo com o peso, força, amplitude de movimento, capacidade visual, força de preensão e capacidade táctil do utente.

- Custo aproximado – 45€



Barra angulada

- Deve ser selecionada de acordo com o peso, força, amplitude de movimento, capacidade visual, força de preensão e capacidade táctil do utente.

- Custo aproximado – 28€

23



Produtos de apoio promotores de segurança e acessibilidade do idoso “dentro de portas”

Casa de Banho



Tábua de banho com pega

- Perfurada para um bom escoamento da água e com a superfície ligeiramente rugosa para evitar que o utente escorregue.
- Custo aproximado – 50€



Barra lateral (entrada e saída da banheira)

- Coloca-se no bordo da banheira sem necessidade de utilização de ferramentas.
- Custo aproximado – 60€

24



Produtos de apoio promotores de segurança e acessibilidade do idoso “dentro de portas”

Casa de Banho



Alteador de Sanita com tampa

- Para maior segurança, fixa-se (sem ferramentas) diretamente na sanita.
- Custo aproximado – 48€



Barra Articulada Rebatível

- Barra de apoio rebatível.
- Custo aproximado – 75€

25



Produtos de apoio promotores de segurança e acessibilidade do idoso “dentro de portas”

Mobilidade



Calçado fechado antiderrapante

- Importa que seja ajustável com velcros de modo a uma melhor adaptação ao pé. Está recomendado para pós-operatórios, dedos em garra, pés diabéticos, região dos trocânteres e pés edemaciados.
- Custo aproximado – 120€



Calçadeira

- Ideal para utentes com dificuldade de mobilidade
- Custo aproximado – 5€

26



Produtos de apoio promotores de segurança e acessibilidade do idoso “dentro de portas”

Mobilidade



Andarilho - ajuda a levantar

- As duas pegas suplementares do andarilho oferecem uma grande ajuda para levantar com toda a segurança.
- Custo aproximado – 80€



27



Produtos de apoio promotores de segurança e acessibilidade do idoso “dentro de portas”

Mobilidade



Andarilho

- Indicado para utentes com dificuldades de mobilidade e de equilíbrio dinâmico.
- Custo aproximado – 38€




Andarilho de duas rodas com banco

- Indicado para utentes com dificuldades de mobilidade e de equilíbrio dinâmico
- Custo aproximado – 70€

28





Produtos de apoio promotores de segurança e acessibilidade do idoso “dentro de portas”

Mobilidade	
	<p>Bengala</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para utentes com dificuldade em deslocar-se e com necessidade de um ponto de apoio. • Custo aproximado – 5€
	<p>Canadianas (par)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicadas para pessoas com dificuldades de mobilidade e de equilíbrio. • Custo aproximado – 20€

29



Produtos de apoio promotores de segurança e acessibilidade do idoso “dentro de portas”

Mobilidade	
	<p>Canadiana Tripé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para utentes com dificuldade em deslocar-se e necessidade de um ponto de apoio. • Custo aproximado – 38€
	<p>Quadripé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para utentes com dificuldade em deslocar-se e necessidade de um ponto de apoio. • Custo aproximado – 38€

30



Produtos de apoio promotores de segurança e acessibilidade do idoso “dentro de portas”

Mobilidade



Cadeira de rodas

- Indicada para utentes com mobilidade reduzida, idosos ou doentes.
- Custo aproximado – 200€



Rampa Telescópica

- Indicada para utentes em cadeira de rodas e com necessidade de subir escadas.
- Custo aproximado – 570€

31



Produtos de apoio promotores de segurança e acessibilidade do idoso “dentro de portas”

Mobilidade



Rampa Dobrável

- Indicada para utentes em cadeira de rodas.
- Custo aproximado – 290€



Rampa tipo maleta

- Solução para os utentes em cadeiras de rodas ultrapassarem escadas com poucos degraus.
- Custo aproximado – 780€-950€

32



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Available From: Statistics." Swansea University, EuroSafe 1–5. Retrieved (https://eupha.org/repository/sections/ipsp/Factsheet_falls_in_older_adults_in_EU.pdf).
- Baixinho, C.L., & Dixe, M.A. (2017). ¿Cuáles son las prácticas y comportamientos de los mayores institucionalizados para prevenir las caídas? *Rev Index de Enfermaria*, 26(4), 255-59.
- Direcção Geral da Saúde (2010). Programa Nacional para a saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: DGS.
- Direcção Geral de Saúde (2012). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes (PNPA). Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Despacho nº 1400-A/2015. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário Da República*, 28(2), 4–9. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/66457154>
- <http://www.alojadoavo.pt/>. Acedido em 2019/01/19
- <https://www.lojaidoso.pt/index.php?route=common/home>. Acedido em 2019/01/19
- <https://www.maisquecuidar.com/>. Acedido em 2019/01/19
- <http://www.medicalexpress.net/>. Acedido em 2019/01/19
- <https://www.quirumed.com/pt/>. Acedido em 2019/01/19
- Oliveira, T., Baixinho, C. L., & Henriques, M. A. (2018). Risco multidimensional de queda em idosos. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 31(2), 1–9. <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7058>

33



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (Cont.)

- Organization WH. WHO global report on falls prevention in older age 2007. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf?ua=1.
- Oxtoby, K. (2017). Preventing falls in older people. *British journal of community nursing*; 22(1):683. doi: 10.12968/bjcn.2017.22.1.683
- Rimland, J.M., Abraha, I., Dell'Aquila, G. *et al.* (2016). [Effectiveness of Non-Pharmacological Interventions to Prevent Falls in Older People: A Systematic Overview. The SENATOR Project ONTOP Series. PLoS One](#). 25;11(8):e0161579. doi: 10.1371/journal.pone.0161579. eCollection 2016.
- Stark, S., Somerville, E., Conte, J., *et al.* (2018). Feasibility Trial of Tailored Home Modifications: Process Outcomes. *Am J Occup Ther* 2017;72(1):7201205020p1-7201205020p10. doi: 10.5014/ajot.2018.021774.
- Turner, S., Rupert K., & Wim R. (2015). "Falls among Older Adults in the EU-28 : Key Facts

34

APÊNDICE X - Sessão de formação apresentada no Hospital



Equilíbrio:

Impacto na Funcionalidade e Segurança; Apreciação e Intervenção na prevenção de quedas nos idosos

Mestrando: **Bebiano Santos**

Tutoria :Prof. Cristina Baixinho

novembro 2018

1



Destinatários: Enfermeiros

- **Objetivos:**
- Definir equilíbrio
- Associar o equilíbrio a queda na população idosa
- Descrever instrumentos de avaliação de equilíbrio
- Caracterizar intervenções para melhorar o equilíbrio na população idosa com risco de queda



1- Equilíbrio:

- Capacidade de uma pessoa permanecer ereta e firme quando ela está parada em pé, sentada ou durante um movimento.

(Howe et al, 2011).

- Habilidade em manter o centro de massa do corpo na base de sustentação, deslocando o peso do corpo, rápida e precisamente, em diferentes direções a partir do seu centro; locomover-se com segurança e velocidade e de maneira coordenada, ajustando continuamente as perturbações externas.

(Gazzola et al, 2004).

3



Equilíbrio:

Estático	Dinâmico
<ul style="list-style-type: none">• Quando todas as forças que agem sobre o corpo são equilibradas permitindo o corpo permanecer em repouso.	<ul style="list-style-type: none">• Quando todas as forças que agem sobre o corpo são equilibradas permitindo o corpo realizar movimentos sem perder o equilíbrio.



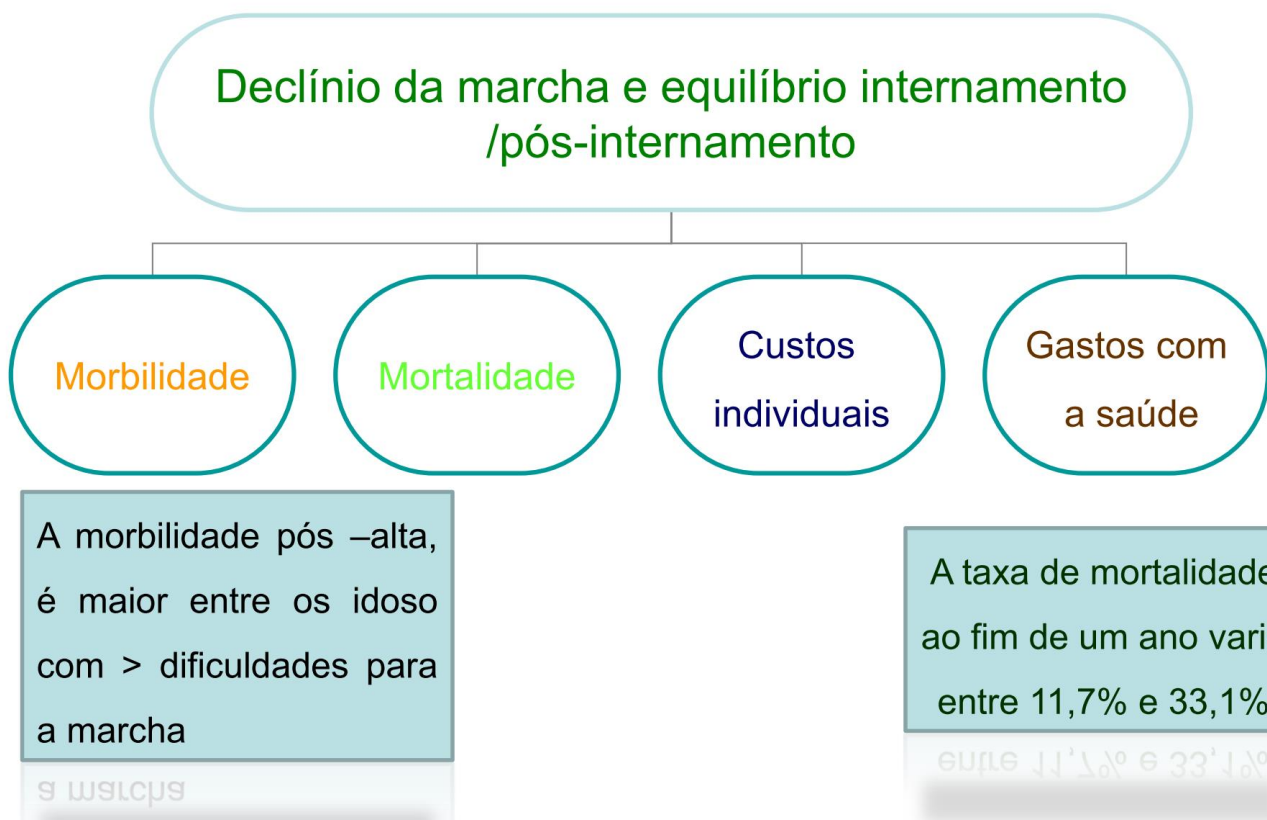
2- Equilíbrio/Queda na População idosa

Disfunção do Equilíbrio	Perda de Equilíbrio
<ul style="list-style-type: none"> • Doenças neurológicas • Ocorrência de quedas • Uso de dispositivo para a marcha 	<ul style="list-style-type: none"> > Risco de queda > Grau de dependência • Morte prematura

5



2- Equilíbrio/Queda na População idosa



6



2- Equilíbrio/Queda na População idosa

Queda na População Idosa

- Europa: estima-se que 35,848 adultos com idade superior a 65 anos morram na sequência de quedas sendo que 88% terão idade superior a 75 anos
- Os Custos associados aos tratamentos de lesões rondam os 25 milhões de euros por ano
- Em 2050 a população com mais de 65 anos atingirá os 60% o que poderá representar 60.000 óbitos

(Turner, Kisser & Rogmans 2015)

- As quedas e as consequentes lesões constituem um importante **problema de saúde pública;**
- Quanto mais elevada a idade, maior será o grau de fragilidade e consequente risco de hospitalização

(OMS, 2007)
7



3 – Instrumentos de Avaliação do Equilíbrio

Escala de Berg	Equilíbrio
Escala de Tinetti – Poma	Mobilidade, equilíbrio estático e dinâmico
Te Timed Up and Go Test (TUGT)	Marcha /Equilíbrio



3 – Instrumentos de Avaliação do Equilíbrio

Escala de Berg

0-20 – Diminuição do equilíbrio

21 a 40 - Equilíbrio aceitável

41 a 56 - Bom equilíbrio

Ponto de Corte:

45 – Berg et al, 1992

47 – Chiu, Au-Yeung e Lo, 2003

49 - Shumway-Cook et al, 1997

53-46 pontos – baixo/moderado
risco

< 46 pontos - alto risco para quedas

(Shumway-Cook et al, 1997)

<https://www.youtube.com/watch?v=4xVeMKzzyCo>

(Santos et al, 2005)

9



3 – Instrumentos de Avaliação do Equilíbrio

Escala de Tinetti – Poma (Performance Oriented Mobility Assessment)

Avalia a Mobilidade, Equilíbrio estático e dinâmico

<19 pontos – Alto risco de quedas

20-24 pontos – moderado risco de quedas

https://www.youtube.com/watch?v=7FNn2-i_-og

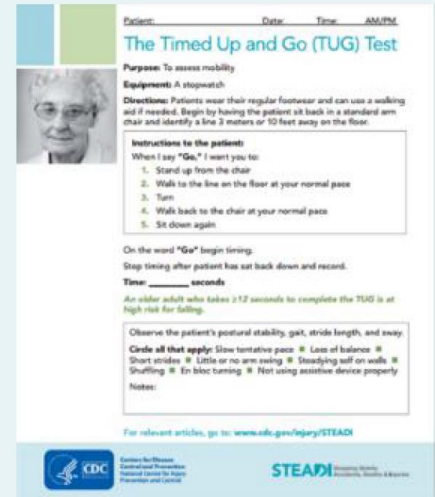
10



3 – Instrumentos de Avaliação do Equilíbrio

The Timed Up and Go Test (TUGT)

- Recomendado (sociedades geriátricas americanas e britânicas)
- Idosos que relatem uma ou mais quedas no ano anterior, devem ser avaliados quanto ao **equilíbrio**.
- O Desempenho no TUGT está intimamente relacionado com o desempenho das AVD – banho, vestir/depir e transferência
- 12,6 ou mais segundos para completar o teste é indicador de declínio (físico/cognitivo) e aumento do risco de quedas.



<https://www.youtube.com/watch?v=grrYoBucNPE>

11



4. Equilíbrio: Intervenção do EEER na prevenção de queda nos idosos

A prática de exercício físico é fundamental para melhorar a capacidade funcional dos idosos, nomeadamente com exercícios proprioceptivos, que estão a emergir em estudos recentes com idosos.

(Garcia, 2015)

O treino de equilíbrio aumenta a autoconfiança das pessoas idosas, melhora a sua capacidade funcional e, conseqüentemente, a sua mobilidade.

(Spirduso, 2005)

12



4. Equilíbrio: Intervenção do EEER na prevenção de queda nos idosos

Propriocepção é uma resposta sensorial que contribui para as sensações conscientes, postura geral (equilíbrio postural) e postura dos segmentos (estabilidade articular). O feedback proprioceptivo desempenha o papel principal na percepção consciente e inconsciente no movimento de uma articulação ou membro.

(Ang et al., 2007)

Abrange dois aspetos do sentido de posição: estático e dinâmico.

(Baltaci & Kohl, 2003)

O treino proprioceptivo tem como objetivo encurtar o tempo de resposta entre o estímulo neural e a resposta motora.

(Pafis et al., 2007).

13



4. Equilíbrio: Intervenção do EEER na prevenção de queda nos idosos

Linhas Orientadoras – Treino Proprioceptivo

- Ausência de contraindicações;
- Evitar ambientes com grandes variações de humidade/temperatura;
- Treino direcionado para o nível de dependência do idosos;
- Beber água de forma moderada antes, durante e após o exercício;
- Usar roupas apropriadas e calçado confortável;
- Nunca praticar exercício em jejum ou imediatamente após a uma refeição excessiva;
- Respeitar sempre os limites de cada participante, interrompendo sempre que alguém refira dor ou desconforto;
- Grau de exigência e intensidade gradual garantindo a adaptação progressiva aos exercícios.

(Matsudo, 1993)

14



4. Equilíbrio: Intervenção do EEER na prevenção de queda nos idosos

Linhas Orientadoras – Treino Propriocetivo (cont.)

- Contínuo e regular;
- No mínimo duas vezes por semana (com cerca de 60 minutos/ sessão);
- Estruturado com aquecimento e relaxamento e individualizado;

(Matsudo, 1993)

- Atender com especial enfoque às componentes (cardiorrespiratória, força, equilíbrio, flexibilidade, agilidade e coordenação).

(Faria & Marinho, 2004).

15



4. Equilíbrio: Intervenção do EEER na prevenção de queda nos idosos

Linhas Orientadoras – Treino Propriocetivo (cont.)

Outros fatores a ter em consideração:

- Tipo de exercícios a efetuar;
- Intensidade;
- Duração;
- Frequência;
- Progressão;
- Características individuais de saúde de cada idoso (doenças associadas, fatores de risco, comportamentos, objetivos pessoais, entre outros)

(Faria & Marinho, 2004)

16



4. Equilíbrio: Intervenção do EEER na prevenção de queda nos idosos

Linhas Orientadoras – Treino Proprioceptivo (cont.)

Etapas:

Aquecimento:

- 5 a 10 minutos de atividade de endurance cardiovascular e muscular com baixa a moderada intensidade

Condicionamento:

- 20 a 60 minutos de atividade aeróbica, neuromuscular ou de desporto

Arrefecimento:

- 5 a 10 minutos de atividade de endurance cardiovascular e muscular com baixa a moderada intensidade

17



4. Equilíbrio: Intervenção do EEER na prevenção de queda nos idosos

Linhas Orientadoras – Treino Proprioceptivo (cont.)

Deve:

- Incluir sequências de movimentos repetidos;
- Ser executado de forma lenta e repentina;
- Ser realizado em várias superfícies de apoio, com e sem informação visual;
- Ser realizado com duplo apoio a unipodal, (exercícios pliométricos, isocinéticos)



18



4. Equilíbrio: Intervenção do EEER na prevenção de queda nos idosos

Linhas Orientadoras – Treino Proprioceptivo (cont.)

Deve:

- Ser específico e apropriado ao indivíduo/grupo
- Conter exercícios de força muscular (melhorar os estímulos aferentes)
- Integrar várias amplitudes articulares e níveis de tensão diferentes.



19



4. Equilíbrio: Intervenção do EEER na prevenção de queda nos idosos

Exemplo de atividades para um programa de treino de Equilíbrio

- Caminhar sobre superfícies instáveis e de diferentes texturas (sempre com apoio bipodal e base alargada) e contorno de obstáculos sobre colchões de várias espessuras e texturas.
- Transposição de obstáculos (cordas e bastões colocados no solo).
- Posição estática sobre almofada proprioceptiva (inicia com auxílio do EEER ,com apoio bipodal, até equilibrar sem apoios externos, marchar sobre a almofada).
- Tábua de Freeman com auxílio do EEER.
- Subir e descer do step.
- Andar sobre pirâmide de espuma com apoio
- Pisar bolas com várias texturas e rola-las debaixo da planta do pé.

20



4. Equilíbrio: Intervenção do EEER na prevenção de queda nos idosos

Exemplo de atividades para um programa de treino de Equilíbrio (Cont.)

- Agarrar bolas de vários tamanhos e texturas (desde bolas de ténis a bolas de pilates) e eleva-las até ao peito.
- Mini trampolim com a ajuda do EER, marcha sobre o trampolim, flexão dos joelhos.
- Apertar bolas de várias texturas e densidades enquanto marcham sobre colchão.
- Sentar e levantar de cadeiras com almofadas propriocetivas.
- Exercícios no Bosu com elásticos, com auxílio do EER.
- Marcha sobre corda com auxílio do EER

21



4. Equilíbrio: Intervenção do EEER na prevenção de queda nos idosos

Exemplo de atividades para um programa de treino de Equilíbrio (cont.)

- Sentado, usar os pés para segurar e elevar bolas (de ténis, futebol e pilates) de diferentes tamanhos e texturas do chão até ao nível dos joelhos.
- Sentado, dobrar os joelhos e colocar os pés sobre a bola de pilates, fazendo extensão e flexão dos membros inferiores com os pés em cima da bola.
- Sentar sobre bola de pilates, com auxílio do EER.
- Caminhar sobre colchão enquanto sofre pancadas laterais, com almofadas, para causar mais instabilidade postural.

22



Referências Bibliográficas

- Ang, N.K.E., et al. (2007). Evaluation of three fall-risk assessment tools in an acute care setting. *J Adv Nurs*;60(4):427-35
- Baltaki & Kohl (2003), Cross-Sectional Relationship Between Physical Activity Level and Falls in Older Adults, United States, *Medicine & Science in Sports & Exercise* 38(5).
- Faria, L.; Marinho, C, (2004), Atividade física e qualidade de vida na terceira idade, *Rev Port, Psicossomática.*, 6 (001): 93-104.
- Figueiredo, K. M.; Lima, K. C.; Guerra, R. O. Instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano, Florianópolis*, v. 9, n. 4, p. 408-413, 2007. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rbcdh/article/viewFile/4111/3471>
- Garcia, S. A. P. (2015). Implementação de um programa de exercício proprioceptivo em idosos. *Ecola Superior de Saúde de Bargaça: Dissertação de Mestrado*,
- Gazzola, J. M., Muchale, S. M., Perracini, M. R., Cordeiro, R. C., & Ramos, L. R. (2004). Caracterização funcional do equilíbrio de idosos em serviço de reabilitação gerontológica. *Fisioterapia e Pesquisa*, 11(1), 1–14. <https://doi.org/10.1590/FPUSP.V1111.76769>
- Howe, T., Rochester, L., Neil, F., Skelton, D., & Balliger, C. (2011). Exercise for improving balance in older people., (11. Art. No.: CD004963. DOI: 10.1002/14651858.CD004963.pub3), 1–7. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004963.pub3>

23



Referências Bibliográficas

- Lopes, D. (1996). *Aptidão física e auto-estima. Um estudo em adultos idosos dos 2 sexos no concelho de Matosinhos envolvidos num programa de atividades físicas regulares*. Tese de Mestrado, não publicado, Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Porto.
- Pafis, G., Ispirlidis, I., & Godolias, G. (2007). Balance training programs for soccer injury prevention. *Physical Training*, 2(1).
- Santos, M.L.C, & Andrade, M.C. (2005). Incidência de quedas relacionada aos fatores de risco em idosos institucionalizados. *Rev Baiana de Saúde Pública*, 29(1): 57-68,
- Spiruso, L, (2005), Quedas e hipertensão arterial sistêmica. Disponível em: <http://www.amebrasil.org.br/2018/docs/DEPTO-DE-SOLIDARIEDADE-CUIDANDO-DO-ENTARDECER.pdf>
- Turner, S., Rupert K., & Wim R. (2015). “Falls among Older Adults in the EU-28 : Key Facts Available From: Statistics.” Swansea University, EuroSafe 1–5. Retrieved (https://eupha.org/repository/sections/ipsp/Factsheet_falls_in_older_adults_in_EU.pdf).
- World Health Organization (2007a). WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Geneva: World Health Organization.

24

APÊNDICE XI – Guia de Ajudas Técnicas

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

9º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular Opção II

**Manual de apoio para Assessoria de Ajudas Técnicas
a utentes/idosos com vista a diminuição de risco de
quedas no domicílio.**

Elaborado por: Bebiano Santos, nº 8427

Docente Orientador: Prof^a Cristina Baixinho

Lisboa,

janeiro de 2019

Produtos de apoio para o autocuidado com impacto na independência funcional e segurança da pessoa idosa residente na comunidade.

Nota Introdutória:

A população idosa, isto é, com 65 e mais anos, fruto da sua inerente vulnerabilidade associada a fatores de risco, sejam eles biológicos, socioeconómicos, comportamentais ou ambientais, está exposta a potenciais riscos de queda no interior da sua habitação. As quedas traduzem-se habitualmente em consequências nefastas para o utente (implicações para o autocuidado), para a família e também para a sociedade em geral, constituindo um importante problema de saúde pública. Após um episódio de queda concorre para a limitação da mobilidade e consequente perda de independência, o medo de cair (ptofobia). Intervir na modificação do ambiente habitacional do idoso após uma cuidadosa avaliação, deve constituir uma preocupação para os enfermeiros dos cuidados de saúde primários, na medida em que estes profissionais em contexto de visita domiciliária avaliam a pessoa idosa na sua individualidade e globalidade, com vista a prestação de cuidados holísticos. Nesse sentido, devem ser integrados na planificação de cuidados, medidas que, habitualmente, são pouco ou nada dispendiosas e concomitantemente geradoras de melhoria de qualidade de vida para uma população de risco.

A mera sensibilização para a remoção de tapetes ou colocação de material antiderapante, bem como a iluminação adequada de corredores e locais de passagem, o uso de calçado adequado e eventual utilização de produtos de apoio, constituem ferramentas à disposição destes profissionais de saúde, cabendo aos mesmos e/ou por assessoria do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação definir prescrições mais adequadas a cada caso individualmente.

Pretende-se com este manual, fornecer aos profissionais de saúde um amplo leque de alternativas capazes de responder às necessidades das pessoas idosas tendo em conta a sua reabilitação, prevenção de complicações, bem como a manutenção ou maximização do seu potencial, evitando assim, o isolamento social a que esta população por vezes se vê condicionada.

Os valores monetários associados aos produtos, sendo estimados, servirão de melhores indicadores de referência que, de certo modo, ajudarão na escolha dos mesmos, de acordo com a disponibilidade orçamental de cada utente/família.

Finalmente, importa referir que a concepção de ajudas técnicas enquanto instrumentos utilizados por um vasto e heterogéneo grupo populacional, insere-se no âmbito dos sete princípios do design universal (Uso Equitativo; Flexibilidade no Uso; Informação Perceptível; Tolerância ao Erro; Baixo Esforço Físico e Tamanho e Espaço para aproximação e uso).

1. Prevenção de Risco de queda que ocorrem no quarto


O quarto, local ideal para o descanso para a pessoa idosa, comporta habitualmente alguns perigos, podendo expô-la ao risco de queda. Assim, a adoção de medidas proativas de prevenção de quedas deverá merecer uma especial atenção, nomeadamente:

- Na colocação de superfícies antiderrapantes nos tapetes;
- Na colocação de grades, facilitadoras de transferências de e para a cama;
- Na adoção de medidas proativas promotoras de segurança (uso de iluminação adequada, urinóis e arrastadeiras, entre outros).

Figura 1. Exemplos de produtos de apoio à pessoa idosa com impacto no quarto.

	<p>Barra para ajudar a entrar e sair da Cama</p> <p>Fornece ao utente uma superfície estável para se apoiar e levantar-se. Indicada para ajudar a manter o equilíbrio quando se está na beira da cama. Coloca-se facilmente por baixo do colchão. Estimativa de Custo- 70€</p>
	<p>Encosto de cama regulável</p> <p>Indicado para quem passa muito tempo deitado, permitindo aliviar dores na região dorsal, ler, ver televisão ou tomar refeições. Estimativa de Custo – 50€</p>
	<p>Tábua de transferência</p> <p>Permite mover o utente da cama para a cadeira ou da cadeira para a banheira ou ainda para o carro, sem grande esforço para o prestador de cuidados. Estimativa de Custo – 80€</p>

	<p>Material Antiderrapante para tapete</p> <p>Mantém o tapete no lugar, reduzindo o risco de quedas. Custo aproximado – 4€</p>
	<p>Escada ajuda a sentar na cama</p> <p>Indicada para auxiliar aquando da mudança da posição de deitado para a posição de sentado. Ajuda a pessoa a posicionar-se e a movimentar-se na cama; coloca-se nos pés da cama. Estimativa de Custo – 30€</p>
	<p>Urinol</p> <p>Dispositivo para homens e indicado para a recolha de urina em acamados ou autónomos impossibilitados de utilizar as instalações sanitárias. Estimativa de Custo – 6€</p>
	<p>Arrastadeira</p> <p>Dispositivo para homens/mulheres e indicado para a recolha de urina/fezes em acamados ou autónomos impossibilitados de utilizar as instalações sanitárias. Estimativa de Custo – 5€</p>
	<p>Cadeira Sanitária com braços rebatíveis</p> <p>É uma cadeira 3 em 1, podendo ser quadro de sanita, elevador de sanita e cadeira de toilette. Os braços são rebatíveis para ajudar numa possível transferência. Estimativa de Custo – 95€</p>
	<p>Cama elétrica</p> <p>Elevável em altura com estrado articulado em 4 secções Facilita a prestação de cuidados e/ou transferências. Estimativa de Custo – 1100€</p>

	<p>Grade Extensível</p> <p>Útil para prevenção de quedas.</p> <p>Estimativa de Custo - 160€</p>
---	---

2. Prevenção de risco de queda na casa de banho

O espaço físico (casa de banho) local preferencial para a realização de autocuidados relacionados com algumas necessidades humanas básicas (higiene e eliminação), pelos perigos ambientais que apresenta, e a avaliar pelo número de eventos de queda que habitualmente nele ocorre, deve ser dotado de medidas e meios que garantam a segurança e autonomia da pessoa idosa.

Figura 2. Exemplos de produtos de apoio à pessoa idosa com impacto no quarto de banho.

	<p>Cadeira de banho giratória em "U"</p> <p>Ajustável para a maior parte das banheiras.</p> <p>Estimativa de Custo – 150€</p>
	<p>Cadeira de banho giratória</p> <p>Assiste a entrada e saída na banheira de forma segura.</p> <p>Estimativa de Custo – 95€</p>
	<p>Tábua de banho com pega</p> <p>Perfurada para um bom escoamento da água e com a superfície ligeiramente rugosa para evitar que o utente escorregue.</p> <p>Estimativa de Custo – 50€</p>

	<p>Barra lateral (entrada e saída da banheira)</p> <p>Coloca-se no bordo da banheira sem necessidade de utilização de ferramentas. Estimativa de Custo – 60€</p>
	<p>Cadeira de banheira com elevador</p> <p>Elevador de banheira com encosto e apoio de cabeça integrados e reclináveis até 40°. Funciona com uma bateria e possui um comando flutuante a pilhas recarregáveis. Estimativa de Custo – 660€</p>
	<p>Cadeira retangular</p> <p>Indicada para utentes com perda de equilíbrio na posição ortostática. Estimativa de Custo – 70€</p>
	<p>Banco Redondo</p> <p>Utilizado na banheira, poliban ou zona de duche. Estimativa de Custo – 45€</p>
	<p>Degrau para banheira</p> <p>Superfície anti-deslizante. Estimativa de Custo – 52€</p>
	<p>Spray antiderrapante</p> <p>Aplica-se na sua totalidade na banheira limpa e deixa-se atuar durante 15 minutos. Seguidamente lava-se a banheira durando a aplicação pelo menos 2 anos. Estimativa de Custo – 28€</p>
	<p>Barra angulada</p> <p>Deve ser selecionada de acordo com o peso, força, amplitude de movimento, capacidade visual, força de preensão e capacidade táctil da pessoa. Estimativa de Custo – 28€</p>

	<p>Barra ventosa 1 mão</p> <p>Se não pode furar a parede, por residir em casa alugada ou porque não é seguro, pode recorrer a utilização de uma barra com ventosas.</p> <p>Estimativa de Custo – 190€</p>
	<p>Barra Aço inoxidável</p> <p>As barras devem ser aplicadas de forma estratégica respeitando o melhor posicionamento para o utilizador, auxiliando-o na entrada e saída da banheira, quer como ponto de apoio durante o banho, quer ainda para ajudar a sentar e levantar.</p> <p>Estimativa de Custo – 45€</p>
	<p>Alteador de Sanita com tampa</p> <p>Para maior segurança, fixa-se diretamente na sanita (sem recurso a ferramentas).</p> <p>Estimativa de Custo – 48€</p>
	<p>Barra Articulada Rebatível</p> <p>Deve ser aplicada de forma estratégica, respeitando o melhor posicionamento para o utilizador.</p> <p>Estimativa de Custo – 75€</p>

3. Prevenção do risco de queda relacionado com a Mobilidade e Acessibilidade

Enquanto fator condicionante para a qualidade de vida da população idosa, a queda, promover o défice de autocuidado, limitações de mobilidade, custos para o SNS, entre outras consequências, nefastas às quais se associa o medo de cair. Assim, importa que seja assegurada a marcha e a acessibilidade, com recurso a ajudas técnicas adequadamente prescritas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Figura 3. Exemplos de produtos de apoio à pessoa idosa com impacto na mobilidade e acessibilidade.

	<p>Calçado fechado antiderrapante</p> <p>Deve ser ajustável com velcros de modo a uma melhor adaptação ao pé. Estimativa de Custo – 120€</p>
	<p>Calçadeira</p> <p>Ideal para pessoas com dificuldade de mobilidade. Estimativa de Custo – 5€</p>
	<p>Pinça de Pressão 80cm</p> <p>Ideal para apanhar objetos do chão ou a alguma distância sem ter necessidade de se baixar. Estimativa de Custo – 25€</p>
	<p>Andarilho de duas rodas</p> <p>Indicado para pessoas com dificuldades de mobilidade e de equilíbrio dinâmico. Estimativa de Custo – 74€</p>
	<p>Andarilho de duas rodas com banco</p> <p>Indicado para pessoas com dificuldades de mobilidade e de equilíbrio dinâmico. Estimativa de Custo – 70€</p>
	<p>Andarilho</p> <p>Indicado para pessoas com dificuldades de mobilidade e de equilíbrio dinâmico. Estimativa de Custo – 38€</p>
 	<p>Andarilho - ajuda a levantar</p> <p>As duas pegas suplementares do andarilho oferecem ajuda no levante com segurança. Estimativa de Custo – 80€</p>

	<p>Canadianas (par)</p> <p>Indicadas para pessoas com dificuldades de mobilidade e de equilíbrio. Estimativa de Custo – 20€</p>
	<p>Quadripé</p> <p>Indicada para utentes com dificuldade em deslocar-se e com necessidade de um ponto de apoio. Estimativa de Custo – 38€</p>
	<p>Canadiana Tripé</p> <p>Indicada para utentes com ligeira dificuldade em deslocar-se e com necessidade de um ponto de apoio. Estimativa de Custo – 38€</p>
	<p>Bengala</p> <p>Indicada para utentes com ligeira dificuldade em deslocar-se e com necessidade de um ponto de apoio. Estimativa de Custo – 5€</p>
	<p>Disco de transferência de pé</p> <p>Facilita a rotação de pessoas em pé para o assento do carro e outras transferências. Suporta um máximo de 90 kg. Estimativa de Custo – 35€</p>
	<p>Cadeira de rodas</p> <p>Indicada para utentes com mobilidade reduzida. Estimativa de Custo – 200€</p>
	<p>Rampa Dobrável</p> <p>Indicada para utentes com cadeira de rodas e que tenham dificuldades em subir/descer escadas. Estimativa de Custo – 290€</p>

	<p>Rampa Dobrável</p> <p>Indicada para utentes com cadeira de rodas e que tenham dificuldades em subir/descer escadas.</p> <p>Estimativa de Custo – 290€</p>
	<p>Rampa tipo maleta</p> <p>Solução para que os utilizadores de cadeiras de rodas possam ultrapassar escadas com poucos degraus.</p> <p>Estimativa de Custo – 780€ a 950€</p>

Referências Bibliográficas:

<http://acessibilidade-portugal.blogspot.com/2012/09/design-universal-1-ideia-7-principios.html>. Acedido em 2019/01/19

<http://www.alojadoavo.pt/>. Acedido em 2019/01/19

<https://www.lojadoidoso.pt/index.php?route=common/home>. Acedido em 2019/01/19

<https://www.maisquecuidar.com/>. Acedido em 2019/01/19

<http://www.medicaexpress.net/>. Acedido em 2019/01/19

<https://www.quirumed.com/pt/>. Acedido em 2019/01/19

Anexo I – Teste -TUGT (Timed Up and Go Test)

TUGT – Ficha de Avaliação

TUGT- descrição do teste: o teste mede o tempo gasto na tarefa de levantar-se de uma cadeira, andar 3 metros, voltar e sentar na cadeira.

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: _____

N.º do processo: _____

Ajuda técnica para Marcha: _____ Qual? _____

Roupa adequada para a marcha: _____

Observações: _____

Sapato fechado: _____

Sapato com sola antiderrapante: _____

Sapato adequado para a marcha: _____

Observações: _____

Durante o teste:

Precisou de ajuda para levantar-se da cadeira _____

Utilizou o membro superior esquerdo para se apoiar na cadeira ao levantar _____

Utilizou o membro superior direito para se apoiar na cadeira ao levantar _____

Utilizou os membros superiores para se apoiar na cadeira ao levantar _____

Teve desequilíbrio ao levantar-se _____

Afastou-se da linha na ida (coordenação motora) _____

Afastou-se da linha na volta _____

Não consegue realizar o teste _____

Tempo gasto:

Anexo II – Escala FES (Falls Efficacy Scale)

Figura 1 – Versão Portuguesa da Falls Efficacy Scale (Tinetti)

Versão Portuguesa da Falls Efficacy Scale (FES)

ABAIXO ESTÃO INDICADAS VÁRIAS TAREFAS.
 À FRENTE DELAS ENCONTRA-SE UMA LINHA QUE MEDE O GRAU DE CONFIANÇA, OU SEJA, O MEDO QUE TEM DE CAIR NA SUA EXECUÇÃO.
 MARQUE NA LINHA COM UMA CRUZ O QUE SENTE AO EXECUTAR A TAREFA.

	Sem nenhuma Confiança	Minimamente Confiante	Muito Confiante							
1. Vestir e despir-se	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Preparar uma refeição ligeira	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Tomar um banho ou duche	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Sentar / Levantar da cadeira	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Deitar / Levantar da cama	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Atender a porta ou o telefone	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Andar dentro de casa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Chegar aos armários	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Trabalho doméstico ligeiro (limpar o pó, fazer a cama, lavar a louça)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Pequenas compras	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Fiabilidade

Para a fiabilidade teste re-teste foi encontrado um ICC = 0.95.

Validade de construção

Para a validade de construção foram estudadas as relações existentes entre os próprios itens da FES (inter-item), entre os itens da FES e cinco questões com forte relação com o assunto, e entre essas questões e o score total da FES.

A consistência interna da escala foi calculada, tendo sido obtido um α de Cronbach de 0.88.

Nos resultados obtidos pelo χ^2 na relação entre estas questões e os itens da FES observou-se uma relação altamente significativa, ($p < 0,0001$), entre as 5 questões e os diferentes itens da escala. Assim, foi confirmada a validade de construção do instrumento adaptado.

**Anexo III - Registo de observação de segurança do ambiente físico e barreiras
arquitetónicas no domicílio**

Registo de Observação

Segurança do Ambiente Físico e Barreiras Arquitetónicas no domicílio

Sexo :

Masculino

Feminino

Idade: _____

Queda nos últimos 6 meses: Sim Não

Descrição		Sim	Não	Não Aplicável
Presença de Animais "Soltos"	Exterior da Casa			
	Interior da Casa			
Presença de Escadas/Degraus	Acesso da rua à habitação			
	Interior da habitação			
Presença de Pavimentos Irregulares	Exterior da Casa			
	Interior da Casa			
Presença de Tapetes	<i>Hall</i> de Entrada/Sala	Presente		
		Seguro		
	Corredor	Presente		
		Seguro		
	Quarto, junto à cama	Presente		
		Seguro		
	Cozinha	Presente		
		Seguro		
Casa de banho	Presente			
	Seguro			
Luz Adequada	<i>Hall</i> de Entrada/Sala			
	Corredor			
	Quarto			
	Cozinha			
Ambiente Doméstico	Fios eléctricos/telefone no chão			
	Gavetas Abertas			
	Mobília Instável			
	Soleiras das portas niveladas com o chão			

Descrição		Sim	Não	Não Aplicável	
Mobiliário	Articulações coxofemoral e do joelho fazem ângulo de 90°	Cadeira			
		Cama			
	Circulação com 1m de distância ao redor da cama				
	Permite o acesso e a circulação em cadeira de rodas/andarilho				
	Presença de mobiliário nas zonas de passagem				
	Desenhos confusos de pavimentos/ladrilhos				
	Largura das Portas		< 90cm	> 90cm	
	Largura dos Corredores		< 90cm	> 90cm	
Casa de Banho	Presença de Banheira				
	Presença de barras de apoio na banheira				
	Presença de Duche/Poliban				
	Presença de barras de apoio no Duche				
	Duche com debrum				
	Altura do Debrum do duche: _____				

Usa canadianas?

Usa andarilho?

Usa cadeira de rodas?

Fonte: (Baixinho & Dixe, 2017)

Anexo IV – Competências Comuns do EE e Específicas do EEER definidas pela

OE

ANEXO IV

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DEFINIDAS PELA ORDEM DOS ENFERMEIROS

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A1. DESENVOLVE UMA PRÁTICA PROFISSIONAL E ÉTICA NO SEU CAMPO DE INTERVENÇÃO.

Descritivo:

Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica.

A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Unidades de competência e Critérios de avaliação:

A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada

A1.1.1. As estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente.

A1.1.2. O juízo baseado no conhecimento e experiência está reflectido na tomada de decisão.

A1.1.3. A autonomia de julgamento fundamentado reflecte-se na tomada de decisão em situações da prática clínica.

A1.1.4. Participa na construção da tomada de decisão em equipa.

A1.1.5. As respostas mais apropriadas são identificadas a partir de um amplo leque de opções.

A1.2. Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas

A1.2.1. As situações são avaliadas usando técnicas de tomada de decisão.

A1.2.2. As decisões são guiadas pelo Código Deontológico.

A1.2.3. Incorpora elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem.

A1.2.4. Promove o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico, na equipa de Enfermagem onde está inserido.

A1.3. Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade

A1.3.1. Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade.

A1.3.2. Reconhece a sua competência na área da sua especialidade.

A1.3.3. Toma a iniciativa de conduzir os processos de tomada de decisão.

A1.3.4. Recolhe contributos e suscita a análise dos fundamentos das decisões.

A1.4. Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão

A1.4.1. Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada.

A1.4.2. Os resultados são avaliados e partilhados para promover o desenvolvimento da prática especializada.

A2. PROMOVE PRÁTICAS DE CUIDADOS QUE RESPEITAM OS DIREITOS HUMANOS E AS RESPONSABILIDADES PROFISSIONAIS.

Descritivo: Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Unidades de competência e Critérios de avaliação:

A2.1. Promove a protecção dos direitos humanos

A2.1.1. Assume a defesa dos Direitos Humanos, tal como descrito no Código Deontológico, relevando os relativos à sua área de especialidade.

A2.1.2. Promove o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, na equipa de Enfermagem onde está inserido.

A2.1.3. Promove a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, na equipa de Enfermagem onde está inserido.

A2.1.4. Promove o respeito do cliente à privacidade, na equipa de Enfermagem onde está inserido.

A2.1.5. Promove o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde, na equipa de Enfermagem onde está inserido.

A2.1.6. Promove o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos, na equipa de enfermagem onde está inserido.

A2.1.7. Reconhece e aceita os direitos dos outros.

A2.1.8. Mantém um processo efectivo de cuidado, quando confrontado com valores diferentes.

A2.2. Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente

A2.2.1. Reconhece a necessidade de prevenir e identifica práticas de risco.

A2.2.2. Adopta e promove a adopção de medidas apropriadas, com recurso às suas competências especializadas.

A2.2.3. Tem uma conduta preventiva, antecipatória.

A2.2.4. Recolhe e analisa informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica.

A2.2.5. Identifica as acções a serem tomadas em circunstâncias específicas.

A2.2.6. Segue incidentes de prática insegura para prevenir re-ocorrência.

B - DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE

B1. DESEMPENHA UM PAPEL DINAMIZADOR NO DESENVOLVIMENTO E SUORTE DAS INICIATIVAS ESTRATÉGICAS INSTITUCIONAIS NA ÁREA DA GOVERNAÇÃO CLÍNICA.

Descritivo: Colabora na concepção e concretização de projectos institucionais na área da qualidade e efectua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional.

Unidades de competência e Critérios de avaliação

B1.1. Inicia e participa em projectos institucionais na área da qualidade

B1.1.1. Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional.

B1.1.2. Desenvolve aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados.

B1.1.3. Colabora na realização de actividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições.

B1.1.4. Comunica resultados das actividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.

B1.2. Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática

B1.2.1. Detém conhecimentos avançados sobre as directivas na área da qualidade e em melhoria contínua.

B1.2.2. Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso.

B1.2.3. Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.

B2. CONCEBE, GERE E COLABORA EM PROGRAMAS DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.

Descritivo: Reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua.

Unidades de competência e Critérios de avaliação

B2.1. Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado

B2.1.1. Acede à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade.

B2.1.2. Define indicadores para medição válida da qualidade, em função das necessidades.

B2.1.3. Utiliza indicadores de avaliação da estrutura ao nível da organização, recursos humanos e materiais.

B2.1.4. Realiza auditorias clínicas.

B2.1.5. Aplica instrumentos de avaliação de resultado.

B2.2. Planeia programas de melhoria contínua

B2.2.1. Identifica oportunidades de melhoria.

B2.2.2. Estabelece prioridades de melhoria.

B2.2.3. Selecciona estratégias de melhoria.

B2.2.4. Elabora guias orientadores de boa prática.

B2.3. Lidera programas de melhoria

B2.3.1. Supervisiona, permanentemente, os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade.

B2.3.2. Normaliza e actualiza as soluções eficazes e eficientes.

B3. CRIA E MANTÉM UM AMBIENTE TERAPÊUTICO E SEGURO.

Descritivo: Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, actua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Unidades de competência Critérios de avaliação

B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos / grupo

B3.1.1. Promove a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das percepções de segurança de um indivíduo / grupo.

B3.1.2. Promove a sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais do indivíduo / grupo.

B3.1.3. Envolve a família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas.

B3.1.4. Demonstra conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os utentes (de acordo com a idade).

B3.1.5. Promove a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares.

B3.1.6. Promove a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes.

B3.1.7. Promove a adesão à saúde e segurança ocupacional.

B3.1.8. Desenvolve medidas para a segurança dos dados e registos.

B3.2. Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais

B3.2.1. Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros.

B3.2.2. Envolve os colaboradores na gestão do risco.

B3.2.3. Previne os riscos ambientais.

B3.2.4. Desenvolve mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa.

B3.2.5. Desenvolve os sistemas de trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.

B3.2.6. Cria mecanismos formais que permitam avaliar a efectividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco.

B3.2.7. Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos.

B3.2.8. Coordena a implementação e manutenção de medidas standard de prevenção e controlo da infecção.

B3.2.9. Colabora na elaboração de planos de emergência.

C - DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

C1. GERE OS CUIDADOS, OPTIMIZANDO A RESPOSTA DA EQUIPA DE ENFERMAGEM E SEUS COLABORADORES E A ARTICULAÇÃO NA EQUIPA MULTIPROFISSIONAL.

Descritivo: Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Unidades de competência e Critérios de avaliação

C1.1. Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão

C1.1.1. Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e equipa.

C1.1.2. Colabora nas decisões da equipa multiprofissional.

C1.1.3. Intervém melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar.

C1.1.4. Reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde.

C1.2. Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade

C1.2.1. Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar.

C1.2.2. Cria guias orientadores das práticas a delegar.

C1.2.3. Utiliza uma variedade de técnicas directas ou indirectas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar.

C1.2.4. Supervisiona e avalia os cuidados prestados, em situação de delegação.

C2. ADAPTA A LIDERANÇA E A GESTÃO DOS RECURSOS ÀS SITUAÇÕES E AO CONTEXTO VISANDO A OPTIMIZAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

Descritivo: Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.

C2.1. Optimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados

C2.1.1. Conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados.

C2.1.2. Fundamenta os métodos de organização do trabalho adequados.

C2.1.3. Organiza e coordena a equipa de prestação de cuidados.

C2.1.4. Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade.

C2.1.5. Avalia riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos.

C2.1.7. Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.

C2.2. Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos

C2.2.1. Reconhece e compreende os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. Promove um ambiente positivo e favorável à prática.

C2.2.2. Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado.

C2.2.3. Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências.

C2.2.4. Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.

D- DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

D1. DESENVOLVE O AUTO-CONHECIMENTO E A ASSERTIVIDADE

Descritivo: Demonstra, em situação, a capacidade de auto-conhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

- D1.1. Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro
 - D1.1.1. Desenvolve o auto-conhecimento para facilitar a identificação de factores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e/ou a equipa multidisciplinar.
 - D1.1.2. Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda.
 - D1.1.3. Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais.
 - D1.1.4. Consciencializa a influência pessoal na relação profissional.
- D1.2. Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional
 - D1.2.1. Desenvolve a congruência entre auto e hetero-percepção.
 - D1.2.2. Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente.
 - D1.2.3. Actua eficazmente sob pressão.
 - D1.2.4. Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade.
 - D1.2.5. Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

D2. BASEIA A SUA PRAXIS CLÍNICA ESPECIALIZADA EM SÓLIDOS E VÁLIDOS PADRÕES DE CONHECIMENTO

Descritivo: Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, actuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo da investigação.

- D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade
 - D2.1.1. Actua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais.
 - D2.1.2. Diagnostica necessidades formativas.
 - D2.1.3. Concede e gere programas e dispositivos formativos.
 - D2.1.4. Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros.
 - D2.1.5. Avalia o impacto da formação.
- D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade
 - D2.2.1. Actua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos.

D2.2.2. Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação.

D2.2.3. Investiga e colabora em estudos de investigação.

D2.2.4. Interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem.

D2.2.5. Discute as implicações da investigação.

D2.2.6. Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

D2.3. Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho

D2.3.1. Tem uma sólida base de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas que contribuem para a prática especializada.

D2.3.2. Demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes.

D2.3.3. Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e toma a iniciativa na análise de situações clínicas.

D2.3.4. Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados.

D2.3.5. Toma iniciativa na formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica especializada.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

Descritivo: Identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar actividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da actividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade.

J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades.

J1.1.1. Avalia o risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio- -respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade.

J1.1.2. Recolhe informação pertinente e utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções: cardio -respiratória; motora, sensorial e cognitiva; alimentação; eliminação vesical e intestinal; sexualidade.

J1.1.3. Avalia a capacidade funcional da pessoa para realizar as Actividades de Vida Diárias (AVD's) de forma independente.

J1.1.4. Identifica factores facilitadores e inibidores para a realização das AVD's de forma independente no contexto de vida da pessoa.

J1.1.5. Avalia os aspectos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade.

J1.1.6. Faz o diagnóstico das respostas humanas desadequadas a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's.

J1.1.7. Identifica as necessidades de intervenção para otimizar e ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's.

J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto -cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.

J1.2.1. Discute as práticas de risco com pessoa, concebe planos, selecciona e prescreve as intervenções para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

J1.2.2. Discute as alterações da função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade com a pessoa/cuidador e define com ela quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida.

J1.2.3. Concebe planos, selecciona e prescreve as intervenções para otimizar e ou reeducar a função e elabora programas de reeducação funcional: motora; sensorial; cognitiva; cardio-respiratório; da alimentação; da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade.

J1.2.4. Selecciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação).

J1.3 Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio- -respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

J1.3.1. Implementa planos de intervenção para a redução do risco de alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

J1.3.2. Implementa programas de: reeducação funcional cardio respiratória; reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva; optimização e ou reeducação da sexualidade; reeducação da função de alimentação e de eliminação (vesical e intestinal).

J1.3.3. Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do auto -cuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade)

J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas.

J1.4.1. Monitoriza a implementação e os resultados dos programas de: redução do risco; optimização da função; reeducação funcional; treino. J1.4.2 — Usa indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida)

J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

Descritivo: Analisa a problemática da deficiência, limitação da actividade e da restrição da participação na sociedade actual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de acções autónomas e ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva.

J2.1. Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

J2.1.1. Ensina a pessoa e ou cuidador técnicas específicas de auto cuidado.

J2.1.2. Realiza treinos específicos de AVD's, nomeadamente utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação).

J2.1.3. Ensina e supervisa a utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa.

J2.2. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.

J2.2.1. Demonstra conhecimentos sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica.

J2.2.2. Sensibiliza a comunidade para a importância de adopção de práticas inclusivas.

J2.2.3. Identifica barreiras arquitectónicas.

J2.2.4. Orienta para a eliminação das barreiras arquitectónicas no contexto de vida da pessoa.

J2.2.5. Emite pareceres técnico-científicos sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade.

J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Descritivo: Interage com a pessoa no sentido de desenvolver actividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor e cardio-respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal.

J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório.

J3.1.1. Demonstra conhecimento aprofundado acerca das funções cardio-respiratória e motora.

J3.1.2. Ensina, instrui e treina sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor e cardio-respiratório, tendo em conta os objectivos individuais da pessoa.

J3.1.3. Concebe sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação.

J3.2. Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados.

J3.2.1. Monitoriza a implementação dos programas concebidos.

J3.2.2. Monitoriza os resultados obtidos em função dos objectivos definidos com a pessoa

**Anexo V – Competências Comuns do EE e Específicas do EEER, face aos
Objetivos definidos para o Projeto**

ANEXO V

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO, FACE AOS OBJETIVOS DEFINIDOS PARA O PROJETO

1º OBJETIVO

A1. DESENVOLVE UMA PRÁTICA PROFISSIONAL E ÉTICA NO SEU CAMPO DE INTERVENÇÃO.

A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada

A1.1.1. As estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente.

A1.1.2. O juízo baseado no conhecimento e experiência está refletido na tomada de decisão.

A1.1.3. A autonomia de julgamento fundamentado reflete-se na tomada de decisão em situações da prática clínica.

A1.1.4. Participa na construção da tomada de decisão em equipa.

A1.1.5. As respostas mais apropriadas são identificadas a partir de um amplo leque de opções.

A2. PROMOVE PRÁTICAS DE CUIDADOS QUE RESPEITAM OS DIREITOS HUMANOS E AS RESPONSABILIDADES PROFISSIONAIS.

A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos

A2.1.1. Assume a defesa dos Direitos Humanos, tal como descrito no Código Deontológico, relevando os relativos à sua área de especialidade.

A2.1.2. Promove o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, na equipa de Enfermagem onde está inserido.

A2.1.3. Promove a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, na equipa de Enfermagem onde está inserido.

A2.1.4. Promove o respeito do cliente à privacidade, na equipa de Enfermagem onde está inserido.

A2.1.5. Promove o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde, na equipa de Enfermagem onde está inserido.

A2.1.6. Promove o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos, na equipa de enfermagem onde está inserido.

A2.1.7. Reconhece e aceita os direitos dos outros.

A2.1.8. Mantém um processo efetivo de cuidado, quando confrontado com valores diferentes.

C1. GERE OS CUIDADOS, OPTIMIZANDO A RESPOSTA DA EQUIPA DE ENFERMAGEM E SEUS COLABORADORES E A ARTICULAÇÃO NA EQUIPA MULTIPROFISSIONAL.

C1.1. Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão

C1.1.2. Colabora nas decisões da equipa multiprofissional.

C1.1.3. Intervém melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar.

C1.1.4. Reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde.

C2. ADAPTA A LIDERANÇA E A GESTÃO DOS RECURSOS ÀS SITUAÇÕES E AO CONTEXTO VISANDO A OPTIMIZAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

C2.1. Optimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados

C2.1.1. Conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados.

C2.1.2. Fundamenta os métodos de organização do trabalho adequados.

C2.1.3. Organiza e coordena a equipa de prestação de cuidados.

C2.1.4. Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade.

C2.1.5. Avalia riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos.

C2.1.7. Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.

C2.2. Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos

C2.2.1. Reconhece e compreende os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. Promove um ambiente positivo e favorável à prática.

C2.2.2. Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado.

C2.2.3. Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências.

C2.2.4. Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.

D1. DESENVOLVE O AUTOCONHECIMENTO E A ASSERTIVIDADE.

D1.1. Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.

D1.1.1. Desenvolve o auto-conhecimento para facilitar a identificação de factores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e/ou a equipa multidisciplinar.

D1.1.2. Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda.

D1.1.3. Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais.

D1.1.4. Consciencializa a influência pessoal na relação profissional.

D1.2. Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional

D1.2.1. Desenvolve a congruência entre auto e hetero-percepção.

D1.2.2. Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente.

D1.2.3. Actua eficazmente sob pressão.

D1.2.4. Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade.

D1.2.5. Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

2º OBJETIVO

J1. CUIDA DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS, AO LONGO DO CICLO DE VIDA, EM TODOS OS CONTEXTOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS.

J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.

J1.1.1. Avalia o risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade.

J1.1.2. Recolhe informação pertinente e utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções: cardio-respiratória; motora, sensorial e cognitiva; alimentação; eliminação vesical e intestinal; sexualidade.

J1.1.3. Avalia a capacidade funcional da pessoa para realizar as Atividades de Vida Diárias (AVD's) de forma independente.

J1.1.4. Identifica fatores facilitadores e inibidores para a realização das AVD's de forma independente no contexto de vida da pessoa.

J1.1.5. Avalia os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade.

J1.1.6. Faz o diagnóstico das respostas humanas desadequadas a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's.

J1.1.7. Identifica as necessidades de intervenção para otimizar e ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's.

3º OBJETIVO

J1.2. CONCEBE PLANOS DE INTERVENÇÃO COM O PROPÓSITO DE PROMOVER CAPACIDADES ADAPTATIVAS COM VISTA AO AUTO CONTROLO E AUTO-CUIDADO NOS PROCESSOS DE TRANSIÇÃO SAÚDE/DOENÇA E OU INCAPACIDADE.

J1.2.1. Discute as práticas de risco com pessoa, concebe planos, seleciona e prescreve as intervenções para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardio- -respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

J1.2.2. Discute as alterações da função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade com a pessoa/cuidador e define com ela quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida.

J1.2.3. Concebe planos, seleciona e prescreve as intervenções para otimizar e ou reeducar a função e elabora programas de reeducação funcional: motora; sensorial; cognitiva; cardio-respiratório; da alimentação; da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade.

J1.2.4. Seleciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação).

J1.3. IMPLEMENTA AS INTERVENÇÕES PLANEADAS COM O OBJETIVO DE OTIMIZAR E OU REEDUCAR AS FUNÇÕES AOS NÍVEIS MOTOR, SENSORIAL, COGNITIVO, CARDIO-RESPIRATÓRIO, DA ALIMENTAÇÃO, DA ELIMINAÇÃO E DA SEXUALIDADE.

J1.3.1. Implementa planos de intervenção para a redução do risco de alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

J1.3.2. Implementa programas de: reeducação funcional cardiorespiratória; reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva; otimização e ou reeducação da sexualidade; reeducação da função de alimentação e de eliminação (vesical e intestinal).

J1.3.3. Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do auto -cuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade)

4º OBJETIVO

J1.3. IMPLEMENTA AS INTERVENÇÕES PLANEADAS COM O OBJETIVO DE OTIMIZAR E OU REEDUCAR AS FUNÇÕES AOS NÍVEIS MOTOR, SENSORIAL, COGNITIVO, CARDIO-RESPIRATÓRIO, DA ALIMENTAÇÃO, DA ELIMINAÇÃO E DA SEXUALIDADE.

J1.3.1. Implementa planos de intervenção para a redução do risco de alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

J1.3.2. Implementa programas de: reeducação funcional cardiorespiratória; reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva; otimização e ou reeducação da sexualidade; reeducação da função de alimentação e de eliminação (vesical e intestinal).

J1.3.3. Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do auto -cuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade)

5º OBJETIVO

B3. CRIA E MANTÉM UM AMBIENTE TERAPÊUTICO E SEGURO.

B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo

B3.1.1. Promove a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das perceções de segurança de um indivíduo / grupo.

B3.1.2. Promove a sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais do indivíduo / grupo.

B3.1.3. Envolve a família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas.

B3.1.4. Demonstra conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os utentes (de acordo com a idade).

B3.1.5. Promove a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares.

B3.1.6. Promove a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes.

B3.1.7. Promove a adesão à saúde e segurança ocupacional.

B3.1.8. Desenvolve medidas para a segurança dos dados e registos.

J1.2. CONCEBE PLANOS DE INTERVENÇÃO COM O PROPÓSITO DE PROMOVER CAPACIDADES ADAPTATIVAS COM VISTA AO AUTO CONTROLO E AUTO-CUIDADO NOS PROCESSOS DE TRANSIÇÃO SAÚDE/DOENÇA E OU INCAPACIDADE.

J1.2.1. Discute as práticas de risco com pessoa, concebe planos, seleciona e prescreve as intervenções para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardio- -respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

J1.2.2. Discute as alterações da função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade com a pessoa/cuidador e define com ela quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida.

J1.2.3. Concebe planos, seleciona e prescreve as intervenções para otimizar e ou reeducar a função e elabora programas de reeducação funcional: motora; sensorial; cognitiva; cardio-respiratório; da alimentação; da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade.

J1.2.4. Seleciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação).

6º OBJETIVO

J1.2. CONCEBE PLANOS DE INTERVENÇÃO COM O PROPÓSITO DE PROMOVER CAPACIDADES ADAPTATIVAS COM VISTA AO AUTO CONTROLO E AUTO-CUIDADO NOS PROCESSOS DE TRANSIÇÃO SAÚDE/DOENÇA E OU INCAPACIDADE.

J1.2.1. Discute as práticas de risco com pessoa, concebe planos, seleciona e prescreve as intervenções para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardio- -respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

J1.2.2. Discute as alterações da função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade com a pessoa/cuidador e define com ela quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida.

J1.2.3. Concebe planos, seleciona e prescreve as intervenções para otimizar e ou reeducar a função e elabora programas de reeducação funcional: motora; sensorial; cognitiva; cardio-respiratório; da alimentação; da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade.

J1.2.4. Seleciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação).

J1.3. IMPLEMENTA AS INTERVENÇÕES PLANEADAS COM O OBJETIVO DE OTIMIZAR E OU REEDUCAR AS FUNÇÕES AOS NÍVEIS MOTOR, SENSORIAL, COGNITIVO, CARDIO-RESPIRATÓRIO, DA ALIMENTAÇÃO, DA ELIMINAÇÃO E DA SEXUALIDADE.

J1.3.1. Implementa planos de intervenção para a redução do risco de alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

J1.3.2. Implementa programas de: reeducação funcional cardiorespiratória; reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva; optimização e ou reeducação da sexualidade; reeducação da função de alimentação e de eliminação (vesical e intestinal).

J1.3.3. Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do auto -cuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade)

J2. CAPACITA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA, LIMITAÇÃO DA ACTIVIDADE E OU RESTRIÇÃO DA PARTICIPAÇÃO PARA A REINSERÇÃO E EXERCÍCIO DA CIDADANIA

J2.1. Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

J2.1.1. Ensina a pessoa e ou cuidador técnicas específicas de auto cuidado.

J2.1.2. Realiza treinos específicos de AVD's, nomeadamente utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação).

J2.1.3. Ensina e supervisa a utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa.

J2.2. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.

J2.2.2. Sensibiliza a comunidade para a importância de adopção de práticas inclusivas.

J2.2.3. Identifica barreiras arquitetónicas.

J2.2.4. Orienta para a eliminação das barreiras arquitetónicas no contexto de vida da pessoa.

J2.2. PROMOVE A MOBILIDADE, A ACESSIBILIDADE E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL.

J2.2.1. Demonstra conhecimentos sobre legislação e normas técnicas promotoras de integração e participação cívica.

J2.2.2. Sensibiliza a comunidade para a importância de adopção de práticas inclusivas.

J2.2.3. Identifica barreiras arquitetónicas.

J2.2.4. Orienta para a eliminação das barreiras arquitetónicas no contexto de vida da pessoa.

J2.2.5. Emite pareceres técnico-científicos sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade.

7 ° OBJETIVO

D2. BASEIA A SUA PRAXIS CLÍNICA ESPECIALIZADA EM SÓLIDOS E VÁLIDOS PADRÕES DE CONHECIMENTO

D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade

D2.1.1. Actua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais.

D2.1.2. Diagnostica necessidades formativas.

D2.1.3. Concebe e gere programas e dispositivos formativos.

D2.1.4. Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros.

D2.1.5. Avalia o impacto da formação.

B1. DESEMPENHA UM PAPEL DINAMIZADOR NO DESENVOLVIMENTO E SUPORTE DAS INICIATIVAS ESTRATÉGICAS INSTITUCIONAIS NA ÁREA DA GOVERNAÇÃO CLÍNICA.

B1.1. Inicia e participa em projectos institucionais na área da qualidade

B1.1.1. Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional.

B1.1.2. Desenvolve aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados.

B1.1.3. Colabora na realização de actividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições.

B1.1.4. Comunica resultados das actividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.

B1.2. Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática

B1.2.1. Detém conhecimentos avançados sobre as directivas na área da qualidade e em melhoria contínua.

B1.2.2. Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso.

B1.2.3. Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.

B2. CONCEBE, GERE E COLABORA EM PROGRAMAS DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.

Unidades de competência e Critérios de avaliação

B2.1. Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado

B2.1.1. Accede à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade.

B2.1.2. Define indicadores para medição válida da qualidade, em função das necessidades.

B2.1.3. Utiliza indicadores de avaliação da estrutura ao nível da organização, recursos humanos e materiais.

B2.1.4. Realiza auditorias clínicas.

B2.1.5. Aplica instrumentos de avaliação de resultado.

B2.2. Planeia programas de melhoria contínua

B2.2.1. Identifica oportunidades de melhoria.

B2.2.2. Estabelece prioridades de melhoria.

B2.2.3. Selecciona estratégias de melhoria.

B2.2.4. Elabora guias orientadores de boa prática.

B2.3. Lidera programas de melhoria

B2.3.1. Supervisiona, permanentemente, os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade.

B2.3.2. Normaliza e actualiza as soluções eficazes e eficientes.