

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem Médico- Cirúrgica na Vertente dos Cuidados à Pessoa Idosa

Relatório de Estágio

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa em Ambiente Hospitalar

Luís Filipe Correia da Cunha

Lisboa

2018



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem Médico- Cirúrgica na Vertente dos Cuidados à Pessoa Idosa

Relatório de Estágio

Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa em Ambiente Hospitalar

Luís Filipe Correia da Cunha

Orientador: Professora Adriana Henriques

Co-Orientador: Professora Cristina Baixinho

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



"Escrever é um modo de viver, mas pressupõe ter vivido".

José Saramago

AGRADECIMENTOS

A todos os utentes que participaram e colaboraram neste trabalho, já que é neles que os cuidados de Enfermagem se centram e só com eles tudo faz sentido.

Aos locais onde decorreu este estágio, a todos os colegas e em especial à Enfermeira Ana Filipa Silva da Unidade de Saúde Familiar e à Enfermeira Joana Vieira do serviço de Medicina, que despenderam o seu tempo, apoio e orientação nesta minha caminhada.

À Enfermeira Chefe do serviço de Medicina, Isabel Rodrigues, por me ter atribuído em 2015 as funções de dinamizador dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem na área da prevenção de quedas, contribuindo fortemente para o meu crescente interesse pelo tema e por me ter proporcionado todas as condições para que este projeto fosse desenvolvido com sucesso no serviço de Medicina.

À minha colega do serviço de Medicina, Sílvia Soares, também dinamizadora dos PQCE na área da prevenção de quedas, por me ter diretamente auxiliado a delinear, implementar e modificar, quando as circunstâncias assim o exigiram, as atividades no contexto deste projeto.

À minha colega de turma Ana Margarida Costa por toda a ajuda, incentivos e apoio.

Um agradecimento especial à Professora Cristina Baixinho por toda a participação ativa que sempre teve, bem como tudo o que me ensinou, todo o tempo que despendeu, e todos os reforços positivos que me deu, contribuindo de forma decisiva para que eu nunca deixasse de acreditar na importância deste projeto.

Aos meus grandes amigos de longa data Zeca e Daniel pelos conselhos informáticos e pela ajuda no Inglês.

Aos meus pais pelo carinho, constante incentivo e apoio logístico e financeiro.

À minha mulher Beatriz e à minha filha Maria por tudo o que me dão. Sem elas decerto que não teria levado esta aventura até ao fim.

RESUMO

Segundo vários autores, a ocorrência de quedas nos idosos é um dos principais fatores de mortalidade e morbidade nesta faixa etária e a segunda causa de morte por acidentes involuntários, logo a seguir aos acidentes de viação, em Portugal e no resto do mundo. Os idosos têm um maior risco de sofrer lesões graves decorrentes de uma queda e esse risco aumenta com a idade. A evidência diz-nos também que, anualmente, um grande número de pessoas institucionalizadas/internadas sofre quedas e esse número tende a ser maior com o aumento da idade. Em ambiente hospitalar as quedas resultam da interação de diversos fatores como as alterações no espaço físico, horários e organização dos cuidados, contribuindo para que sejam mais prevalentes do que na comunidade. Do ponto de vista económico, a ocorrência de quedas a nível institucional, especialmente quando ocorre dano/lesões, leva a um crescimento exponencial dos custos e a um aumento significativo do tempo médio de internamento, com consequências no aumento da dependência, perda de capacidade física e isolamento social.

De forma a dar resposta a esta problemática, este trabalho sustentou-se no modelo de McCormack (2006), preconizado pelos cuidados centrados na pessoa, ou seja, nas suas especificidades e necessidades. Isto porque a maioria das quedas em idosos está associada a fatores identificáveis e modificáveis em que a implementação de medidas preventivas direcionadas a esses fatores de risco têm-se mostrado eficazes. Os programas de prevenção que demonstram ter melhores resultados recorrem à avaliação sistemática do risco, pilar básico na prevenção, à capacitação da pessoa idosa e família, envolvendo-os nos cuidados e na formação e supervisão da equipa.

Durante os cinco meses de estágio aprofundou-se esta problemática e implementou-se um projeto de intervenção junto da equipa num serviço de medicina. A intervenção previamente desenhada e validada, baseou-se no programa **TeamSTEPPS® 2.0** da AHRQ, que consiste numa estrutura baseada na evidência para otimizar o desempenho da equipa em todo o sistema de prestação de cuidados de saúde. Os resultados da intervenção apontam para uma melhoria das práticas e

comportamentos da equipa na gestão do risco de queda na pessoa idosa hospitalizada.

Palavras Chave: Quedas; Pessoa Idosa; Prevenção; Hospital; Equipa.

ABSTRAT

According to several authors, the occurrence of falls in the elderly is one of the main factors of mortality and morbidity in this age group. It is also the second cause of accidental death, both in Portugal and in the world, preceded only by road accidents. The elderly present a higher risk of developing serious fall related injuries and this risk increases with age. Evidence also shows us that, annually, a large number of institutionalized/hospitalized people suffer falls, and that this number tends to be higher with the increase in age. In a hospital environment falls are due to several factors: alterations in physical space, schedule and care organization contribute to falls being more prevalent than in communities. From an economic standpoint, the occurrence of falls at an institutional level, particularly when injury/damage occurs, results in an exponential growth in costs and in a significant increase in the average times of hospitalization, resulting in larger dependency, loss of physical capacity and social isolation.

In order to respond to this problem, this work was based on the model of McCormack (2006), recommended for its care model focused on the person and on each patient's needs and specificities. This is due to the fact that most falls in the elderly are associated with identifiable and modifiable risk factors, in which the implementation of preventive measures directed at these risk factors have been shown to be effective. Fall prevention programs that have proved to be more effective resort to a systematic assessment of the risk of falling - a basic pillar in fall prevention – in the education of the patient and family for the prevention of falls, including them in care programs and in the formation and supervision of the team.

This problem matter was deepened during the five months of internship in which an intervention project was implemented with the team of a medical service.

The designed and validated intervention was grounded on the TeamSTEPPS® 2.0 program, by AHRQ, which was selected to optimize team performance across the entire health care system. The results of the intervention indicate an improvement in practices and behaviours of the team in the management of the risk of falling in the hospitalized elderly persons.

Key words: Falls; Elderly Person; Prevention; Hospital; Team.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	11
2. PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA EM AMBIENTE HOSPITALAR.....	15
2.1. Fatores de risco e medidas de prevenção de quedas.....	16
2.2. Quadro conceptual e intervenções na prevenção de quedas em ambiente hospitalar.....	20
3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	27
3.1. Contexto de Cuidados de Saúde Primários – Unidade de Saúde Familiar.....	30
3.1.1. Questionário.....	32
3.1.2. Entrevistas e Estudos de Caso.....	33
3.1.3. Escalas Utilizadas.....	34
3.1.4. Avaliação do Risco de Queda e do Ambiente Físico.....	35
3.1.5. Aplicação da escala FES (Falls Efficacy Scale).....	37
3.1.6. Ação de formação.....	37
3.2. Contexto Hospitalar – Serviço de Medicina.....	39
3.2.1. Formação/estrutura da equipa.....	46
3.2.2. Comunicação.....	48
3.2.3. Liderança.....	49
3.2.4. Monitorização.....	51
3.2.5. Suporte Mútuo.....	53
3.2.6. Avaliação do projeto	54
4. CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Questionário às enfermeiras da USF	
APÊNDICE II – Guião de entrevista	
APÊNDICE III – Estudo de caso	

ÍNDICE (cont.)

APÊNDICE IV – Ação de formação na USF

APÊNDICE V – Prevenir quedas em idosos hospitalizados: desenho e validação de uma intervenção para a equipa

APÊNDICE VI – Primeira sessão de formação no serviço de Medicina

APÊNDICE VII – Segunda sessão de formação no serviço de Medicina

APÊNDICE VIII – Guia de bolso para avaliação da escala de Morse.

APÊNDICE XIX – Sessão de formação efetuada aos assistentes operacionais do serviço de Medicina

APÊNDICE X – Folha de passagem de turno

APÊNDICE XI – Conteúdos afixados na sala de trabalho

APÊNDICE XII – Grupo criado na rede social VIBER®

APÊNDICE XIII – Projeto de estágio

ANEXOS

ANEXO I – Autorização da Comissão de Ética do CH

ANEXO II - Avaliação das condições físicas e ambientais do serviço de Medicina

ANEXO III – Falls Efficacy Scale (FES)

ANEXO IV - Escala de Práticas e Comportamentos da Equipa

ANEXO V - Registo de Observação da Segurança do Ambiente Físico e Barreiras Arquitetónicas no Domicílio

ANEXO VI – Timed Up And Go Test (TUGT)

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality

AVD – Atividades de vida diária

CH – Centro Hospitalar

DGS – Direção Geral de Saúde

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEMC – Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FES – Falls Efficacy Scale

GGR – Gabinete de Gestão de Risco

GSD – Gabinete de Segurança do Doente

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

s - Segundos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

TUGT – Timed Up And Go Test

USF – Unidade de Saúde Familiar

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio pretende assumir-se como o culminar da frequência do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente dos cuidados ao idoso, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Visa dar resposta a uma necessidade pessoal e profissional de melhorar e adquirir conhecimentos e competências de forma a aperfeiçoar os cuidados de enfermagem por mim prestados, à luz da constante evolução científica e segundo as indicações das competências comuns do enfermeiro especialista, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010). Este relatório surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório (Opção II) e resulta da aplicação em contexto prático do projeto intitulado **“Prevenção de quedas na pessoa idosa em ambiente hospitalar”** (ANEXO VIII). O interesse neste tema, surgiu na sequência da minha prática profissional no serviço de Medicina, onde sou enfermeiro dinamizador dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) – prevenção de quedas. O trabalho já desenvolvido na área de prevenção de quedas no idoso, bem com a constante leitura de evidência científica, leva-me a sentir necessidade de contribuir para a evolução dos cuidados de enfermagem nesta área, com o objetivo de melhorar os indicadores de saúde e a qualidade de vida destas pessoas.

As alterações demográficas do último século, que se traduziram na modificação e por vezes inversão da pirâmide etária, refletindo o envelhecimento da população, vieram colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados (OMS, 2007). Tal como nos mostram as estatísticas do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2016) em Portugal, que de resto acompanha a tendência europeia e mundial, constata-se um aumento do índice de envelhecimento (segundo a PORDATA, 2015, passou de 27,5% em 1961 para 143,9% em 2015), da prevalência de doenças crónicas assim como do índice de dependência dos idosos (DGS, 2018). Se esta tendência se mantiver, e face ao decréscimo da população jovem, a par do aumento da população idosa, o índice de envelhecimento mais do que duplicará, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens, em 2080 (INE, 2016).

O aumento destes índices, de acordo com Campos (2008), traduz-se numa sobrecarga nos serviços de saúde e no grau de dependência dos idosos,

especialmente a nível hospitalar com maiores tempos de internamento, havendo consequentemente um acréscimo nos gastos em saúde, situação que se poderá vir a tornar insustentável para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), bem como na sociedade como um todo, o que exigirá adaptações e respostas em diversos níveis, nomeadamente por parte dos seus sistemas de suporte, como é o caso dos sistemas de saúde, segurança social, educação, justiça e transportes (DGS, 2017).

Nos últimos anos, tem-se assistido de forma global a um aumento significativo do número de quedas em ambiente hospitalar. Este aumento, segundo Weil (2015), deve-se a vários motivos, que não sendo surpreendentes estão interrelacionados: melhoria nos sistemas de notificação de acidentes, pessoas internadas em média mais velhas e/ou debilitadas, menor tempo passado pelos enfermeiros junto das mesmas e um aumento da utilização de terapêutica sedativa.

No serviço de Medicina onde exerço funções, deparo-me quase diariamente com pessoas idosas com antecedentes de queda, motivando frequentemente idas ao Serviço de Urgência (SU) e/ou o seu internamento atual na Medicina. Em 2017, das 70 quedas ocorridas, 57% dizem respeito a utentes com mais de 65 anos (CHLC, 2018a). Os números vêm de encontro aos resultados do estudo de Bouldin et al. (2013) ao concluírem que os serviços de medicina tendem a ter um maior número de ocorrências de quedas face a outros, já que abarcam utentes com diagnósticos complexos que carecem de cuidados diversos, mas ao mesmo tempo muitos apresentam mobilidade total ou parcialmente mantida, aumentando por isso o risco.

Os idosos têm também baixos níveis de conhecimento sobre as estratégias adequadas de prevenção de queda após a alta, apesar do aumento do risco durante esse período, verificando-se que a incidência demonstrou ser maior do que na restante população residente na comunidade. Estes utentes, segundo Hill, Hoffmann e Haines (2013), têm elevado risco de queda, especialmente em casa, mais frequentemente no quarto de dormir e são especialmente vulneráveis a problemas como a ocorrência de declínio cognitivo e funcional, infeções, má gestão/complicações terapêuticas e ocorrência de novas quedas com possíveis reinternamentos hospitalares (Cameron et al., 2012).

A nível institucional, em 2009, o Conselho da União Europeia descreveu recomendações sobre a segurança dos doentes, baseadas nos trabalhos realizados

pela OMS através da Aliança Mundial para a Segurança dos Pacientes, o Conselho da Europa e a OCDE. Consequentemente, em 2015 foi criado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 sendo um dos seus objetivos estratégicos prevenir a ocorrência de quedas (DGS, 2015).

Anteriormente, em 2001, foram definidos pela Ordem dos Enfermeiros, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Neste documento um dos enunciados refere que: “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes” (OE, 2002, p.15). É assim criada uma orientação importante para os enfermeiros, na qual se pode incluir a prevenção das quedas em contexto hospitalar e a definição de intervenções para a sua prevenção.

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente pessoa idosa, é desejado o desenvolvimento de competências de modo a permitir a compreensão da situação da pessoa idosa e família, na sua globalidade. Assim, o enfermeiro especialista presta cuidados à pessoa na área da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, e possui um conhecimento aprofundado que lhe permite, através do julgamento clínico e da tomada de decisão, responder adequadamente às dificuldades das pessoas tendo em conta as suas respostas aos processos de vida e aos problemas de saúde (OE, 2010).

Na área da pessoa idosa, o enfermeiro especialista deve desenvolver competências para prestar cuidados em situação de doença crónica e crónica agudizada ao idoso e sua família nos vários contextos onde se encontram. Por sua vez, enquanto mestre em enfermagem o enfermeiro deve sustentar a sua prática baseada na evidência preconizando um aumento da qualidade dos cuidados de saúde assumindo um papel influenciador na mudança de práticas. Assim, a finalidade deste projeto e respetivo estágio, foi o de desenvolver competências de enfermeiro mestre e especialista na área médico-cirúrgica no cuidado à pessoa idosa e sua família e o objetivo geral o de: **desenvolver competências como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente na prevenção de quedas no idoso em contexto hospitalar**. Os objetivos específicos foram os seguintes: Identificar o risco de queda na pessoa idosa em casa; Descrever o medo de cair em idosos residentes em casa e o impacto no autocuidado; Identificar o risco de queda nas pessoas idosas

hospitalizadas num serviço de Medicina; Introduzir medidas preventivas de queda individualizadas à pessoa idosa num serviço de Medicina; Capacitar a equipa para prestar cuidados individualizados face ao risco de queda na população idosa hospitalizada num serviço de Medicina; Preparar atempadamente o regresso a casa do idoso/família.

Este relatório estará dividido em 4 principais capítulos. Em primeiro lugar a presente introdução seguida do segundo capítulo onde se fará a contextualização teórica do tema. No terceiro capítulo constará a descrição e análise das atividades desenvolvidas e, por fim, na conclusão estarão presentes os principais resultados do projeto e a síntese do trabalho desenvolvido.

2. PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA EM AMBIENTE HOSPITALAR

Na pessoa idosa, a ocorrência de quedas assume-se como um dos principais fatores de morbilidade/mortalidade. Na faixa etária acima dos 65 anos, cerca de 424 000 quedas fatais ocorram anualmente, tornando-se a segunda principal causa de morte por acidentes involuntários, a seguir aos acidentes de trânsito (OMS, 2016). As pessoas idosas têm maior risco de morte ou lesões graves decorrentes de uma queda e o risco aumenta com a idade (OMS, 2016). O ambiente hospitalar e a sua estrutura, têm uma influência importante na ocorrência de quedas em idosos, constituindo 30% a 50% do total de quedas em doentes internados (Vaccari, Lenardt, Willig, Betioli & Oliveira, 2014).

Para a DGS (2015), 20 a 30% das quedas causam ferimentos leves a severos e cerca de 20% das pessoas que sofrem estes ferimentos morrem dentro de um ano. A OMS (2007) especifica que, após a ocorrência de uma queda, pode haver perda de independência, de autonomia, períodos de confusão, imobilização, depressão e medo de cair.

Segundo Weil (2015), as fraturas relacionadas com quedas, são um dos problemas mais incapacitantes nos idosos que, muitas vezes, desencadeiam uma espiral descendente no seu estado saúde, levando a uma maior dependência/incapacidade, podendo resultar em diversas complicações a longo prazo. De acordo com Singh e Okeke (2018), as pessoas internadas com fratura da extremidade superior do fémur, têm uma taxa de mortalidade superior às que ocorrem na comunidade. As probabilidades de morte decorrente de uma fratura da extremidade superior do fémur são 2.25 superiores no hospital quando comparando com as ocorridas na comunidade. Por outro lado, parece existir uma subnotificação da ocorrência de lesões decorrentes de uma queda, já que as que são imediatamente evidentes são notificadas, mas as que são detetadas mais tarde, geralmente não são relacionadas, pelos profissionais, com a queda que as originou (Bouldin et al., 2013).

Do ponto de vista económico, o custo médio por cada episódio de queda com dano, envolvendo idosos, era de cerca de 2 900 euros (DGS, 2015). Nos idosos, o custo médio decorrente de queda nos Estados Unidos é de 1049 dólares por lesão (OMS, 2016). Em Portugal, de acordo com os dados do sistema nacional de notificação

de incidentes, 21% do total de incidentes notificados são incidentes relacionados com quedas (DGS, 2015). Entre 28 a 35% da população com idade igual ou superior a 65 anos de idade sofre uma queda todos os anos, aumentando esta prevalência para 32 a 42% na população com idade superior a 70 anos de idade (DGS, 2015).

Num estudo feito por Duarte (2011), num hospital EPE de Lisboa, constava que, dos doentes com registo de queda, 61% tinham mais de 65 anos. Cunha (2013) realizou um estudo no hospital de Braga, referindo que dos doentes com registo de queda, 59% têm idade superior a 70 anos. De acordo com o GGR de um Hospital Central de Lisboa, a percentagem de registos de quedas em doentes com idade superior a 70 anos foi de 48% no ano de 2016 (CHLC, 2018a). Dando ênfase ao problema que estes números acarretam, Quigley (2015) salienta que a cada 13 segundos um idoso estará a dar entrada num serviço de urgência com lesões decorrentes de uma queda e a cada 20 minutos um idoso morrerá também na sequência de uma queda.

2.1. Fatores de risco e medidas de prevenção de quedas

Podemos definir queda como o evento que leva a pessoa a *"inadvertidamente ficar no solo ou em outro nível inferior"* (OMS, 2007:9), em que a pessoa não tem *"capacidade de correção em tempo útil, sendo determinada por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade"* (Almeida, 2015:1). De acordo com Morse (2009), as quedas podem ser classificadas em acidentais e fisiológicas e estas em previsíveis ou não previsíveis.

Segundo Gu, Balcaen, Ni, Ampe e Goffin (2015), as quedas fisiológicas previsíveis devem-se às características intrínsecas de cada utente como idade, défice de visão e /ou de equilíbrio, lesões de anteriores de quedas ou problemas músculo-esqueléticos e são refletidas nos scores obtidos pela avaliação de risco atribuída a cada pessoa.

São ainda fatores de risco para as quedas fisiológicas previsíveis os fatores intrínsecos como as alterações da marcha e equilíbrio, neuropatias periféricas, hipotensão ortostática e confusão e os fatores extrínsecos que incluem certo tipo de medicamentos e auxiliares de locomoção como canadianas e andarilhos (Morse,

2009; Gu, et al., 2015). Para reduzir o risco de quedas fisiológicas previsíveis, devem-se usar intervenções dirigidas aos fatores de risco individuais. Estas são o tipo mais comum, perfazendo 78% de todas as quedas e as mais fáceis de prever (Morse, 2009).

As quedas fisiológicas não previsíveis não são possíveis de antecipar pelas escalas de avaliação de risco. Envolvem indivíduos que eventualmente não têm risco de queda, mas que acabam por cair devido a fatores ambientais inesperados ou por um ambiente ou comportamento inseguro (Morse, 2009). Estas representam a segunda categoria mais comum com 14% de todas as quedas, o que leva a afirmar que a maioria das quedas podem ser previstas (Morse 2009; Quigley, 2015).

Já de acordo com a OMS (2007) e sabendo que as quedas ocorrem como resultado de uma complexa interação de fatores de risco, podemos dividir os fatores de risco de queda no idoso em biológicos, comportamentais, ambientais e socioeconómicos. Os fatores de risco biológicos abrangem características dos indivíduos que estão relacionadas com o corpo, como a idade e género. Estes fatores estão também associados às mudanças atribuídas ao envelhecimento, tais como o declínio das capacidades físicas e cognitivas, e à prevalência de doenças crónicas. Os fatores de risco comportamentais são os que dizem respeito às ações humanas, emoções ou escolhas diárias e, ao contrário dos biológicos, são potencialmente modificáveis. Os fatores de risco ambientais incluem a interação do indivíduo com o ambiente envolvente enquanto que os socioeconómicos incluem: baixos rendimentos, baixa escolaridade, falta de condições habitacionais, falta de interação social, acesso limitado aos cuidados de saúde e falta de recursos da comunidade (OMS, 2007).

Para a OMS (2007), as intervenções para a prevenção de quedas devem incluir o treino dos doentes com o objetivo de aumentar a sua força e equilíbrio, a modificação do ambiente e a remoção de fatores de risco específicos. Segundo Gu et al. (2015), o uso dos instrumentos de avaliação de risco validados é o pilar da prevenção e a pedra angular de qualquer programa de prevenção porque permite, por um lado, uma utilização mais eficiente dos recursos, e por outro, direcionar os cuidados por parte da equipa aos utentes com alto risco de queda (Boushon et al., 2012).

Ainda de acordo com Boushon et al. (2012), toda a equipa deverá compreender na íntegra a administração e a interpretação corretas das escalas, aplicando de forma

sistemática as mesmas e implementando rapidamente as intervenções apropriadas com base nos resultados da avaliação. No entanto, este facto não invalida que o enfermeiro use o seu julgamento e raciocínio crítico para ocasionalmente substituir os resultados das escalas de avaliação. Se um enfermeiro acredita que um utente está em risco de cair, deve implementar as intervenções adequadas, independentemente dos resultados da avaliação. Esta avaliação deve contemplar alguns pontos essenciais, tais como: história de queda anterior, problemas de mobilidade e uso de dispositivos de assistência, estado mental, incontinência, défice visual e medicação que possa provocar sedação, confusão, perda de equilíbrio ou alterações da tensão arterial ortostática, (AHRQ, 2013a; NICE, 2017).

Para a NICE (2017), a polimedicação é um problema comum nas pessoas com mais de 70 anos. Dever-se-á, no âmbito de um programa de prevenção de quedas, realizar uma reconciliação completa da medicação para identificar potenciais drogas de alto risco, incluindo medicação sem receita. Como regra geral, quanto mais medicamentos uma pessoa idosa usar, maior o risco de queda devido a efeitos adversos de drogas e interações entre medicação e patologias (Lunsford & Wilson, 2015).

Já as medidas de prevenção universais de queda, em ambiente hospitalar, dirigidas ao idoso e sustentadas pela evidência são as seguintes: familiarizar o utente com o meio envolvente; incentivar o utente a demonstrar o uso de luz de chamada; manter a luz de chamada e os pertences pessoais ao alcance; colocar o leito em posição baixa quando o utente está deitado; manter a cama travada; fornecer calçado antiderrapante, confortável e bem ajustado ao utente; usar luzes noturnas ou iluminação suplementar; manter as superfícies do chão limpas e secas; fornecer informações e suporte relevantes para o utente e familiares/cuidadores, se este concordar (Cameron et al., 2012; AHRQ, 2013a; NICE, 2017). Deve-se tomar em consideração a capacidade da pessoa entender e reter informação (idosos sem declínio cognitivo) de modo a permitir explicar-lhe os seus fatores de risco de queda, ajudando-a a envolver-se no programa de prevenção. Convém salientar que as medidas de prevenção seleccionadas não serão eficazes se não houver ligação entre o plano de cuidados e a prática. O plano de cuidados para a prevenção de quedas, depois de determinados os fatores de risco, deve ser partilhado e discutido pela equipa

em momentos chave como as passagens de turno e nas cartas de transferência e alta. (AHRQ, 2013a; NICE, 2017).

Conforme Vaccari et al. (2014), o ambiente hospitalar necessita de ser seguro, de rápida adaptação e que promova funcionalidade e conforto, compensando as limitações impostas pelo processo de envelhecimento. O hospital é, normalmente, um mundo estranho para os idosos e pode levar a experiências stressantes, apesar de só por si a condição de estar doente já gerar ansiedade e insegurança. De acordo com Stephenson, McArthur, Giles, Lockwood, Aromataris e Pearson (2015), a admissão no hospital está normalmente associada a uma mudança nas condições físicas e psicológicas da pessoa idosa, que quando combinadas com um ambiente pouco familiar leva a um maior risco de queda.

As quedas em doentes hospitalizados são uma das principais ocorrências em termos de falhas na segurança e são frequentemente causadores de maiores tempos de internamento e recuperações difíceis e mais prolongadas (Stephenson et al., 2015). As pessoas idosas que sofreram lesões decorrentes de uma queda implicam maiores custos e têm uma maior morbilidade em comparação com aqueles que nunca caíram (Aryee, James, Hunt & Ryder, 2017). Por outro lado, em ambiente hospitalar, os utentes que caíram uma vez estão mais suscetíveis de voltar a cair. A evidência diz que se um utente tem uma queda é mais do que razoável prever que voltará a ter outra (Weil, 2015). No hospital, os locais preferenciais para a ocorrência de quedas são junto à cama ou na casa de banho (Weil, 2015), em doentes confusos ou com limitações físicas e frequentemente com várias comorbilidades, normalmente quando estão sozinhos (Lunsford & Wilson, 2015).

Uma pesquisa que teve por finalidade avaliar a eficácia de um programa de prevenção de quedas baseado no programa “TeamSTEPPS®” 2.0 (AHRQ, 2013b), revela que a associação entre o treino da equipa e a comunicação aprimorada entre os seus elementos sobre o risco de cair é eficaz para reduzir a prevalência de quedas (Spiva et al., 2014). Estes factos por si só justificam um investimento na equipa, já que estas têm um papel fundamental na implementação das melhores práticas (Fixsen, Scott, Blasé, Naom & Magar, 2011) e na transposição do conhecimento da melhor evidência para a prática clínica.

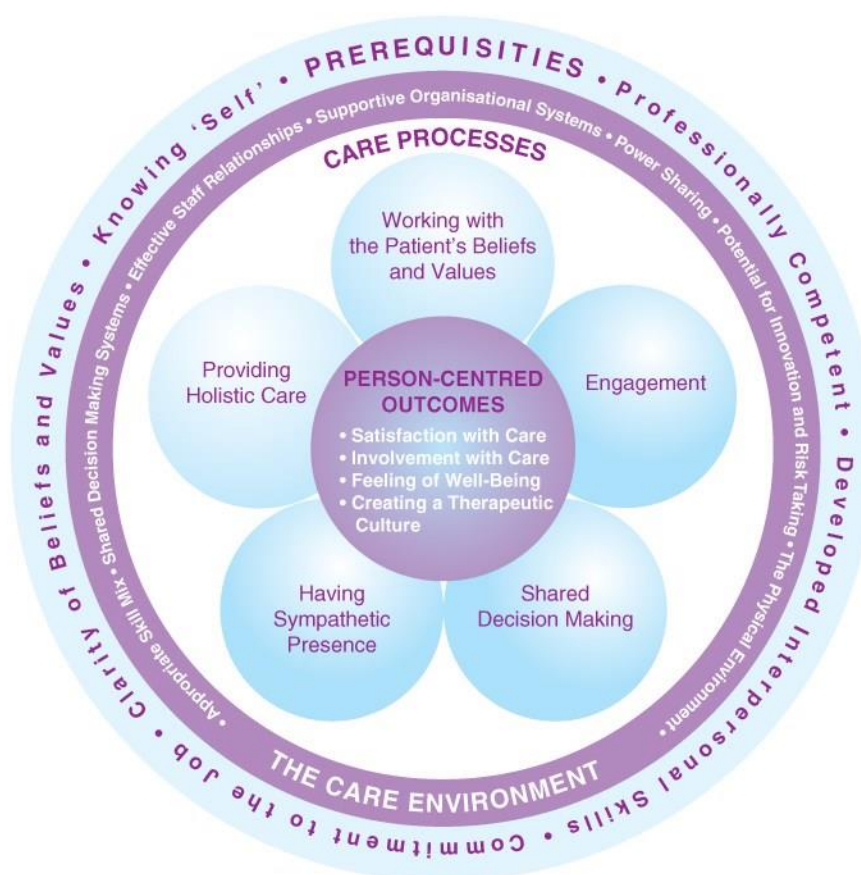
Face ao exposto alguns investigadores recomendam a intervenção na equipa recorrendo ao “TeamSTEPPS®” (Spiva et al., 2014; Godlock, Christiansen & Feider, 2016). Em outros contextos este programa tem diminuído a probabilidade de ocorrência de incidentes/danos e assume-se como um importante contributo clínico para a prevenção de quedas (Godlock et al., 2016).

2.2. Quadro conceptual e intervenções na prevenção de quedas em ambiente hospitalar

Segundo Tzeng (2011), uma estratégia bem-sucedida na prevenção de quedas deve basear-se na premissa de que os enfermeiros cuidam da pessoa doente como se este fosse da sua própria família. Assim, definir metas educacionais com foco nos cuidados de enfermagem pode resultar numa mudança de práticas, e essa mudança sustentada deverá ser centrada no doente e baseada num ambiente de cuidados que promova a relação de ajuda (McCormack & McCance, 2006). Este trabalho foi por isso sustentado no modelo de McCormack e McCance (2006, 2016), preconizado pelos cuidados centrados na pessoa. Este modelo derivou da estrutura conceptual de Brendan McCormack (McCormack & McCance, 2016), focada na prática cuidados centrados na pessoa idosa, e na estrutura de Tanya McCance (McCormack & McCance, 2016) que se centrava na experiência das pessoas no processo de cuidar em enfermagem. A filosofia que sustenta esta estrutura centra-se no conceito de ser “pessoa”, e na filosofia da ciência humana, que se concentra no que significa ser “humano”. Os princípios da ciência humana que formam a base do modelo supracitado incluem liberdade, escolha e responsabilidade humanas, holismo, as diferentes formas que compõem o saber (empírica, estética, ética e intuição) e a importância do tempo, espaço e relação. É um modelo composto por uma estrutura constituída por quatro componentes essenciais: os **pré-requisitos**, que se concentram nas características do enfermeiro (competências, desenvolvimento de habilidades interdisciplinares, compromisso com o trabalho, definição de crenças e valores e autoconhecimento); o **ambiente de cuidados**, que diz respeito ao contexto em que os cuidados são prestados nas seguintes vertentes: correta proporção de competências dos vários elementos da equipa e relação entre os mesmos, sistemas de suporte organizacionais, partilhas de poder, potencial para a inovação e assunção de riscos e o ambiente físico

propriamente dito; os **processos centrados na pessoa**, que se traduzem na prestação de cuidados através de uma série de atividades (trabalhar com crenças e valores do utente, compromisso, presença empática, partilha na tomada de decisão e prestação de cuidados holísticos) e os **resultados esperados/outcomes** (satisfação com os cuidados prestados, envolvimento nos cuidados, sentimento de pertença e criação de uma cultura terapêutica), que são o componente central deste modelo, ou seja, os resultados de enfermagem efetiva centrada na pessoa. A figura 1 ilustra de forma esquemática o modelo descrito:

Figura 1. Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa de McCormack e McCance



Fonte: McCormack e McCance (2016)

Segundo a NICE (2017), qualquer intervenção multifatorial deve dirigir-se diretamente aos fatores de risco individuais identificados para cada utente internado tendo em consideração se esses fatores podem ser tratados, melhorados e/ou geridos durante o tempo esperado de internamento. A meta será por isso fornecer intervenções de prevenção de queda que sejam dirigidas aos riscos individuais de cada pessoa. Por outro lado, é imprescindível envolver a pessoa e o(s) cuidador(es) informal(ais) nos

cuidados, nomeadamente no que toca às suas medidas de prevenção de queda, fornecendo-lhes informações relevantes, orais e escritas, se os mesmos concordarem, tendo sempre em consideração a capacidade da pessoa (sem declínio cognitivo) e da sua família para entender e reter informações.

Atualmente, segundo Hadassah (2017), a pessoa em ambiente hospitalar normalmente não é envolvida na sua própria avaliação de risco ou em programas de prevenção de quedas que lhe sejam dirigidos. Habitualmente, após avaliar a pessoa idosa, o enfermeiro determina o nível de risco com base na pontuação de uma escala de avaliação e instrui o mesmo sobre as precauções a serem tomadas para evitar quedas e lesões. Nesse processo, a pessoa é remetida para a passividade, não participando no processo de tomada de decisão e, muitas vezes, não tem conhecimento do mesmo. Por isso, para que a intervenção seja eficaz, deverá haver uma parceria reforçada entre a equipa de saúde e a pessoa idosa.

Apesar do uso generalizado de ferramentas de avaliação do risco de queda e programas de prevenção a elas associados, as intervenções para reduzir as quedas e suas consequências ainda não são totalmente bem-sucedidas. Praticamente todas as intervenções baseiam-se exclusivamente na identificação do risco de queda pela equipa, excluindo a participação do utente no processo (AHRQ, 2013a). Assume-se que quanto mais o utente está envolvido na compreensão da sua condição, e quanto mais a equipa o guia a expressar as suas intenções, mais fácil será implementar um programa preventivo personalizado com base nas suas características e perfil de risco (Hadassah, 2017).

De acordo com Spirgienė, Bosch-Leertouwer, Watson, Spirgys e Nadirbekova (2013), tanto o utente como a sua família devem ser informados e entender os fatores de risco de queda e concordar com as estratégias para evitar que estas ocorram. Devem ser instruídos sobre os fatores de risco de queda no ambiente hospitalar e continuar a ser envolvidos ativamente durante todo o processo de cuidados. Assim, os objetivos de um programa de prevenção de quedas centrados no utente devem ser essencialmente os seguintes: identificar os indivíduos em risco de queda, identificar os fatores de risco específicos que colocam cada indivíduo em risco e fornecer-lhes as ferramentas e a educação necessárias para reduzir o risco de queda (Spirgienė et al., 2013).

Segundo Pearson e Coburn (2011), a evidência é clara ao salientar que o uso de um programa de prevenção de quedas que utiliza uma escala de avaliação de risco adequada ao contexto de cuidados, liga a avaliação de risco a estratégias de intervenção específicas a cada utente (utilizando uma combinação de intervenções), relata e comunica as quedas entre a equipa de forma a reduzir o seu número (bem como as lesões decorrentes das mesmas), é o passo certo a tomar na redução efetiva do número de incidentes como parte integrante de uma cultura de segurança no processo de cuidados.

Como profissionais de saúde, os enfermeiros são um dos principais intervenientes para prevenir quedas devido à proximidade com a pessoas e pelo tempo que despendem na prestação de cuidados, representando a linha da frente na prevenção de quedas em ambiente hospitalar (Gu et al., 2015). Empregando intervenções eficazes, os enfermeiros podem diminuir a incidência de lesões relacionadas com a queda, melhorando a qualidade de vida e reduzindo os custos (Graham, 2012). No entanto, todos os elementos da equipa de saúde têm responsabilidades na prevenção, redução e controlo dos fatores de risco, contribuindo para garantir um ambiente seguro e livre de perigos (Spirgiené et al., 2013).

Por forma a capacitar a equipa para prestar cuidados individualizados face ao risco de queda na população idosa hospitalizada este projeto baseou-se no programa “TeamSTEPPS® 2.0” (AHRQ, 2013b). Como referem Godlock et al. (2016), este programa reduz a probabilidade de ocorrência de incidentes/danos e assume-se como um importante contributo clínico para a prevenção de quedas. Consiste numa estrutura baseada na evidência para otimizar o desempenho da equipa em todo o sistema de prestação de cuidados de saúde constituído por cinco componentes: Estrutura da equipa, Comunicação, Liderança, Monitorização e Suporte Mútuo.

Segundo Quigley (2015), uma abordagem interdisciplinar é fundamental porque a evidência é clara: programas de prevenção de quedas que incluem apenas enfermeiros não são eficazes: é preciso uma equipa para fazer a diferença (Spirgiené et al., 2013). De acordo com Robertson et al. (2017), o treino da equipa é um método eficaz para reduzir as quedas e lesões relacionadas. Deste modo, toda a equipa multidisciplinar do hospital é responsável por reduzir os riscos de queda e garantir um ambiente seguro e livre de riscos, partilhando experiências e conhecimentos.

A comunicação, deve ser baseada num processo estruturado pelo qual a informação é trocada de forma clara e precisa entre os membros da equipa. Viernes (2016), advoga que o foco principal na prevenção de quedas deverá ser melhorar a falta de conhecimento e de comunicação das intervenções de prevenção de quedas entre a equipa e os clientes dos cuidados de saúde. Assim, as equipas devem manifestar-se através de uma comunicação aberta, na qual os líderes facilitam a oportunidade de cada membro se manifestar com um objetivo e propósitos claros e em que cada um dos seus membros assume funções bem definidas. Estas precisam de feedback regular e devem ser capazes de corrigir comportamentos que não promovam a segurança. Nas instituições onde esteja implementada uma cultura de segurança, as equipas que as compõem demonstram habitualmente processos de comunicação clara e frequente entre todos os seus membros (Viernes, 2016).

A Liderança, envolve a capacidade de maximizar as atividades dos membros da equipa, garantindo que as suas ações sejam compreendidas, as mudanças na informação partilhadas e os membros que a compõem possuam os recursos necessários. Segundo Quigley e White (2017), os componentes essenciais de uma cultura de segurança começam com a liderança. Os enfermeiros que desempenham funções de liderança têm um papel fundamental na coordenação e implementação de uma cultura de segurança no seio das equipas de forma a reduzir o risco e os danos aos clientes dos cuidados de saúde, como por exemplo em programas projetados para prevenir quedas e lesões decorrentes de quedas.

A necessidade de liderança é notada como o primeiro passo em quase todos os projetos de melhoria de cuidados, a fim de reunir recursos e apoiar a implementação em toda a organização (Quigley & White, 2017), sendo que em primeiro lugar as administrações e equipas hospitalares devem ser as primeiras a reconhecer e entender a importância fundamental da prevenção de quedas. (Spirgienie et al., 2013).

A Monitorização, baseada num processo de avaliação ativa de elementos situacionais, deve ter como objetivo obter informações e apoiar o funcionamento da equipa. Na opinião de Boushon et al. (2012), as auditorias clínicas e o feedback são uma estratégia eficaz para promover a melhoria da qualidade em práticas de

prevenção de quedas em ambiente hospitalar, podendo ajudar a melhorar e a manter as boas práticas baseadas na evidência.

O Suporte Mútuo deve ser sustentado na capacidade de antecipar e apoiar as necessidades dos membros da equipa através de um conhecimento preciso sobre as suas responsabilidades e carga de trabalho (Godlock et al., 2016). Por outro lado, uma comunicação frequente e aberta gera confiança entre os membros, e há uma aprendizagem contínua em que todos os elementos aprendem com os erros e procuram melhorar continuamente os processos e o desempenho. Deve ser uma prática baseada na evidência que, segundo Quigley e White (2017), promoverá a padronização, reduzirá as variações e fortalecerá o foco na preocupação com o fracasso.

3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente pessoa idosa, é desejado o desenvolvimento de competências de modo a permitir a compreensão da situação da pessoa idosa e família, na sua globalidade. Assim, o enfermeiro especialista presta cuidados à pessoa na área da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, e possui um conhecimento aprofundado que lhe permite, através do julgamento clínico e da tomada de decisão, responder adequadamente às dificuldades das pessoas tendo em conta as suas respostas aos processos de vida e aos problemas de saúde (OE, 2010). Deste modo o Enfermeiro Especialista:

é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE 2010, p.2).

São por isso as competências que identificam e distinguem o enfermeiro especialista do enfermeiro generalista, tornando-o perito na sua área específica de intervenção. De acordo com Benner (2001), o enfermeiro perito é aquele que usando a experiência compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num leque de soluções e de diagnósticos estéreis, agindo a partir de uma compreensão profunda da situação global.

Na área da pessoa idosa, o enfermeiro especialista deve desenvolver competências para cuidar das pessoas idosas em situação de doença crónica e crónica agudizada e da sua família nos vários contextos onde se encontram. Por sua vez, enquanto mestre em enfermagem o enfermeiro deve sustentar a sua prática baseada na evidência preconizando um aumento da qualidade dos cuidados de saúde assumindo um papel influenciador na mudança de práticas. O desenvolvimento do projeto intitulado: **“Prevenção de quedas em ambiente hospitalar”** compreendeu a necessidade de perceber a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente dos cuidados à pessoa idosa, tanto em ambiente hospitalar (desde a admissão até à alta) como na comunidade. Como futuro

enfermeiro especialista a desempenhar funções num serviço de medicina hospitalar é fulcral compreender como se efetua a avaliação de risco de queda na comunidade e, por outro lado, perceber o medo de cair e o impacto que este medo tem no autocuidado, isto porque segundo Hill et al. (2013), os idosos têm um conhecimento deficitário acerca das estratégias adequadas de prevenção de quedas após a alta, apesar do aumento do risco de quedas durante esse período.

A incidência de quedas no período pós-alta demonstrou ser maior do que na população residente na comunidade e os idosos geralmente não conseguem ver a prevenção de quedas como relevante, o que pode explicar a baixa adesão na comunidade a estratégias de redução de risco de quedas (Hill et al., 2013).

Assim, a finalidade deste projeto foi a de **desenvolver competências de enfermeiro mestre e especialista na área médico-cirúrgica no cuidado à pessoa idosa e sua família** e o objetivo geral o de: **desenvolver competências como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente na prevenção de quedas no idoso em contexto hospitalar**. A partir dos objetivos gerais foram definidos os seguintes objetivos específicos: identificar o risco de queda no idoso em casa; descrever o medo de cair em idosos residentes em casa e o impacto no autocuidado; identificar o risco de queda nos idosos hospitalizados num serviço de Medicina; introduzir medidas preventivas de queda individualizadas à pessoa idosa num serviço de Medicina; capacitar a equipa para prestar cuidados individualizados face ao risco de queda na população idosa hospitalizada num serviço de Medicina; preparar atempadamente o regresso a casa do idoso/família.

De forma a dar resposta a estes objetivos, possibilitando experiências diversas para a aquisição de competências na prevenção de quedas na pessoa idosa, o estágio foi realizado em 2 contextos completamente distintos, mas complementares: um primeiro e mais curto momento de estágio num centro de saúde/USF do ACES Lisboa Central e um segundo, e mais prolongado momento de estágio no serviço de medicina interna de um hospital central de Lisboa onde exerço funções. O estágio decorreu entre 25 de setembro de 2017 e 2 de fevereiro de 2018 com a duração total de 5 meses.

O primeiro período de estágio iniciou-se na USF com a duração de um mês, decorrendo entre 24 de setembro de 2017 e 25 de outubro de 2017. Neste contexto, em parceria com a enfermeira orientadora, focalizei-me essencialmente nas visitas domiciliares a pessoas idosas. No serviço de medicina o período de estágio decorreu entre 26 de outubro de 2017 e 2 de fevereiro de 2018. Aqui, partindo do trabalho como dinamizador do programa PPQCE na área de prevenção de quedas, da experiência adquirida na prestação de cuidados a idosos desde 2006 e do trabalho desenvolvido no estágio na USF, desenvolvi competências como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente na prevenção de quedas no idoso em contexto hospitalar.

Para cada um dos contextos referidos foi definido um plano de atividades com objetivos gerais e específicos, atividades a desenvolver, recursos e critérios de avaliação. Estes planos de atividades funcionaram como a base e o fio condutor da minha prática nos contextos de estágio, assim como as reuniões formais com a professora e as enfermeiras orientadoras, tiveram um papel fundamental na priorização e constante melhoria e adequação das atividades desenvolvidas.

Nos próximos subcapítulos serão descritas, analisadas e avaliadas as atividades desenvolvidas ao longo do período de estágio, nos seus dois contextos, como resposta aos objetivos específicos definidos e respetivas competências adquiridas como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa.

3.1.Contexto de Cuidados de Saúde Primários – Unidade de Saúde Familiar

De 25 de Setembro a 24 de outubro de 2017 decorreu o primeiro período de estágio, numa USF pertencente ao ACES Lisboa Centro, situada na área de abrangência do Hospital Central de Lisboa e do serviço de Medicina onde exerço funções, nos quais o segundo contexto de estágio teve lugar.

Para dar resposta ao objetivo geral de “desenvolver competências como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente na prevenção de quedas no idoso em contexto hospitalar”, desde cedo se considerou pertinente realizar um primeiro período de estágio na comunidade, de modo a ter uma noção real do risco de queda no idoso em casa. Por outro lado, era objetivo mensurar de que forma o medo de cair tem impacto no autocuidado por forma a, em contexto hospitalar, fazer uma adequada prevenção, preparação para o regresso a casa e articulação com os colegas que prestam cuidados na comunidade. Segundo a evidência existe uma relação entre o medo de cair e o declínio das atividades de vida do idoso e consequente detioração na qualidade de vida (Melo, 2003). De acordo com Marques-Vieira, Sousa, Severino, Sousa e Caldeira (2016), atendendo à elevada prevalência de quedas na pessoa idosa a nível mundial, especialmente em casa (Hill et al., 2013), entende-se que o risco de quedas deve ser um dos focos de atenção dos enfermeiros para a população idosa a nível comunitário.

Este estágio na USF decorreu sob a orientação de uma enfermeira especialista em EEMC na vertente dos cuidados à pessoa idosa. O trabalho de campo previamente desenvolvido antes do início do estágio, assim como a pesquisa bibliográfica efetuada e as entrevistas à enfermeira orientadora revelaram-se fundamentais, permitindo-me por um lado, obter várias informações imprescindíveis ao desenvolvimento do estágio, nomeadamente acerca do modo de funcionamento da USF, do tipo de cuidados prestados, dos diferentes funcionários que nela exercem funções e da população abrangida, e por outro, facilitar a integração na equipa de cuidados.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto, as USF são as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por enfermeiros, médicos, e pessoal administrativo tendo por missão a prestação de cuidados de saúde

personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos.

Com objetivos específicos, estas unidades propõem-se a aumentar significativamente a qualidade e a quantidade dos serviços de saúde a todos os utentes inscritos, a proporcionar segurança, e a dotar a população de conhecimentos suficientes para que possa cuidar e manter a sua saúde com boa qualidade de vida.

Esta USF possui consultas e tratamentos em várias áreas, como medicina geral, consultas médicas e de enfermagem ao domicílio, consultas de vigilância e prevenção (diabetes, saúde infantil, saúde materna, planeamento familiar), tratamentos, pensos, injetáveis e vacinação. Quanto a recursos humanos, existem 7 enfermeiros, 7 médicos, 5 secretários clínicos, 1 assistente social e 1 psicólogo e horário de funcionamento é das 8h às 20h, exceto fins-de-semana. Trata-se de uma unidade com cerca de 13140 utentes inscritos (dados fornecidos pela USF através do acesso ao registo nacional de utentes, RNU). Destes, cerca de 2400 têm uma idade superior a 65 anos (cerca de 930 homens e 1450 mulheres).

Os objetivos específicos e as competências adquiridas, com base no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010), neste contexto de estágio foram os seguintes:

Objetivos específicos:

1. Identificar o risco de queda no idoso em casa;
2. Descrever o medo de cair em idosos residentes em casa e o impacto no autocuidado.

Competências adquiridas:

- A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
- A2. Promove práticas que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro;
- C1.1. Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;
- D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Numa face inicial, a apresentação do projeto de formação à enfermeira orientadora, mostrou-se fundamental para o estabelecimento de uma relação de parceria, o que levou ao sucesso na concretização das atividades previamente definidas, à adequação de outras e à introdução de novas atividades que ao longo do estágio se foram mostrando pertinentes. Como os dois objetivos específicos definidos remetem para a prestação de cuidados ao idoso em sua casa, definiu-se que o principal foco do estágio seria nos cuidados ao domicílio.

Foram então selecionados, da “lista de utentes” da enfermeira orientadora, pessoas idosas com antecedentes e/ou potencial risco de queda e sem declínio cognitivo, aos quais efetuámos visitas domiciliárias. De salientar que a articulação com a equipa da enfermagem e o reconhecimento por parte da mesma da pertinência e adequação deste projeto à população alvo ficou aqui demonstrada, nomeadamente na criação de condições facilitadoras e no apoio ao desenvolvimento do estágio.

3.1.1. Questionário

Com o objetivo de melhor adequar as minhas intervenções às práticas de enfermagem já vigentes na USF no que toca à prevenção de quedas no idoso em casa, foi decidido, com a concordância da professora e da enfermeira orientadora, aplicar um questionário a toda a equipa de enfermagem (APÊNDICE I). Por outro lado, pretendia-se perceber qual a importância atribuída e os conhecimentos existentes relativamente prevenção de quedas no idoso, bem como os cuidados que são implementados habitualmente nesta área. Pretendeu-se compreender esses cuidados e, eventualmente, quais as dificuldades sentidas na prática clínica, comparando com a evidência científica. Optou-se por um questionário misto, com um conjunto de questões abertas e fechadas, em função da informação que se pretendia recolher.

Os participantes foram verbalmente informados de que, após o seu preenchimento, deveriam colocar o questionário num envelope selecionado para o efeito e em apenas dois dias, com a colaboração da enfermeira orientadora, todos os questionários se encontravam preenchidos. Das 7 enfermeiras que compõem o staff da USF, 2 encontravam-se de férias, pelo que se obteve 5 questionários preenchidos.

A análise das respostas aos questionários permitiu identificar que a totalidade das enfermeiras consideram a incidência de quedas elevada e que a maioria (80%) refere não fazer qualquer tipo de avaliação de risco. Quando questionadas as razões pelas quais o risco não é avaliado, duas enfermeiras não respondem à questão, enquanto que as restantes alegam “falta de hábito/motivação”, “falta de tempo”, “priorização de outras intervenções de enfermagem” e inadequação do sistema informático, nomeadamente no que toca à “indisponibilidade de escalas de avaliação”. No que diz respeito à questão número 3: “Quando identificados utentes idosos com queda são prestados, na sua opinião, cuidados diferenciados a esses mesmos utentes?”, a maioria das enfermeiras respondeu afirmativamente (4) e uma das questionadas deu como resposta: “não na totalidade”.

A pesquisa no sistema de registos usado na USF (MedicineOne), confirma a incongruência nas respostas obtidas no questionário. Isto porque apesar de existir uma secção específica no sistema para registo de quedas numa avaliação multidimensional, com lugar para os antecedentes de queda e/ou lesões decorrentes das mesmas, avaliação física, medicação, avaliação ambiental, avaliação de risco (usando o Timed Up and Go Test (TUGT)), em nenhum dos processos consultados existia qualquer registo efetuado. Ou seja, em nenhum local estavam documentados os antecedentes de queda dos utentes da USF, a existirem, e a avaliação de risco não era efetuada e, consequentemente, registada. Estes factos contrariam assim as recomendações da DGS (2015, p.7) quando salienta que: “a estratégia de intervenção que deve ser adotada consiste na prevenção de quedas, designadamente na avaliação e monitorização do risco da sua ocorrência, investindo-se, assim, na melhoria da qualidade de vida dos doentes e, simultaneamente, na redução dos custos para a sociedade em geral e o sistema de saúde em particular”.

3.1.2. Entrevistas e Estudo de Caso

Com base em toda a informação recolhida, acompanhando a enfermeira orientadora, iniciaram-se as visitas domiciliárias, de forma a dar resposta aos objetivos específicos definidos. Nos dias em que não foram efetuadas visitas, permaneci na USF a consultar processos clínicos dos utentes idosos a visitar, de forma a obter informação pertinente acerca de antecedentes pessoais, história/risco de queda e os

motivos pelos quais os mesmos necessitam de prestação de cuidados no domicílio. Isto porque segundo McCormack e McCance (2016), para prestar cuidados centrados na pessoa é fundamental o autoconhecimento do profissional e, principalmente, o conhecimento daquele a quem são prestados cuidados em todas as suas dimensões, no contexto em que vive.

Nas visitas domiciliares, preconizou-se a realização de uma entrevista inicial para elaborar a história clínica de enfermagem, identificar fatores de risco de queda, ocorrência de queda, mecanismo de queda, lesões associadas, medo de cair e o impacto que o mesmo teria no autocuidado. Para tal foi elaborado previamente um guião de entrevista que incluísse uma colheita de dados global e que, simultaneamente, recolhesse os elementos referidos (APÊNDICE II).

De modo a produzir um estudo minucioso e sistematizado das pessoas idosas que participaram neste projeto, contribuindo para orientar e guiar a prática, foi realizado um estudo de caso (APÊNDICE III). De acordo com a OE (2012), o método de eleição para o enfermeiro prevenir complicações para a saúde dos clientes dos cuidados de saúde, é a identificação dos seus problemas potenciais, relativamente aos quais tem competência para prescrever, implementar e avaliar intervenções, o que, só com a produção de estudos de caso, se torna possível. Para a realização deste estudo de caso, recorreu-se ao modelo teórico de Betty Neuman: o Modelo de Sistemas, uma vez que preconiza uma visão abrangente do indivíduo, dando especial atenção aos seus recursos fortalecedores como forma de prevenção das perturbações ao seu equilíbrio e privilegiando a manutenção da homeostasia e equilíbrio do sistema (Tomey & Alligood, 2004). Para a definição dos problemas e diagnósticos de enfermagem, foi utilizada a Taxonomia NANDA. Assim, foram definidas as intervenções de enfermagem a implementar com vista à resolução dos problemas previamente identificados e realizada a respetiva avaliação.

3.1.3. Escalas Utilizadas

As escalas, que segundo Fortin (1999) são uma forma de avaliação destinada a medir um conceito ou uma característica de um indivíduo, também foram utilizadas, nomeadamente a FES (Fall Efficacy Scale) (ANEXO III) que determina em que medida o medo de cair condiciona as AVD no idoso e que segundo Melo (2003, p.34) é uma

escala que, “além de fácil compreensão e de rápido preenchimento, contém o essencial para a realização da avaliação do medo de cair”. Foi também usado o TUGT (ANEXO VI), que não se trata propriamente de uma escala, mas de um teste de avaliação funcional sustentada pela evidência como um dos melhores preditores da ocorrência de queda em conjugação com outros instrumentos de avaliação de risco (Baixinho, 2014).

A preocupação em desenvolver uma prática profissional íntegra agindo com responsabilidade e de acordo com princípios éticos e deontológicos, respeitando a pessoa nos seus direitos, crenças, valores, interesses e costumes foi uma constante ao longo deste estágio. A procura de um ambiente seguro de modo a pôr em prática cuidados centrados na pessoa que favorecessem a prevenção de incidentes, nomeadamente no que às quedas diz respeito, assumiu especial relevo através do envolvimento da pessoa idosa e família em todo processo de cuidados de forma a assegurar a satisfação das suas necessidades.

3.1.4. Avaliação do Risco de Queda e do Ambiente Físico

As visitas domiciliárias foram o principal meio para aferir as condições habitacionais, de mobilidade e acessibilidade, assumindo-se como uma componente essencial na prevenção de quedas nas pessoas idosas com risco de queda e/ou antecedentes de queda. No total das visitas domiciliárias realizadas, foram selecionados 6 idosos. Os critérios de inclusão prenderam-se com a idade (igual ou superior a 65 anos) e a capacidade cognitiva, já que é necessário tomar em consideração a capacidade de a pessoa entender e reter informação no que à prevenção de quedas diz respeito (AHRQ, 2013a; NICE, 2013; Cameron et al. 2012). Destas seis pessoas idosas, cinco eram do sexo feminino e uma do sexo masculino.

Analisando os resultados obtidos, é de salientar que todos os idosos que participaram no estudo apresentam alto risco de queda, ou seja, realizaram o teste num tempo superior a 12,6s, que se trata da marca estabelecida como ponto de corte do teste TUGT (Baixinho, 2014). Destas, apenas uma pessoa não apresentava antecedentes de queda.

Segundo a NICE (2017), os idosos vítimas de queda no hospital devem ser avaliados quanto ao risco no domicílio e alvo de cuidados específicos por parte da equipa de saúde. A evidência mostra-nos que a avaliação do domicílio mostra ser eficaz, mas apenas fazendo parte de uma avaliação global e multidisciplinar da pessoa idosa. Assim, um dos instrumentos utilizados foi o registo de observação da “Segurança do Ambiente Físico e Barreiras Arquitetónicas no Domicílio” (Baixinho & Dixe, 2017) (ANEXO V). Este instrumento avalia e regista a presença ou ausência de elementos considerados pouco seguros, como a presença de animais “soltos”, degraus, pavimentos irregulares, tapetes, luz inadequada e presença de obstáculos no mobiliário/casa de banho. Do total de domicílios avaliados (6), cinco apresentavam tapetes considerados perigosos (pouco fixos ao chão) e em zonas de constante passagem, como o quarto de dormir, cozinha ou casa de banho. Todos os domicílios apresentavam obstáculos (mobiliário) nas zonas de passagem sem espaço para, por exemplo, passar uma cadeira de rodas. Já a presença da banheira em todas as casas de banho das habitações avaliadas foi uma constante, revelando-se um grande constrangimento para a satisfação do autocuidado higiene livre de perigos. Uma das idosas (a viver só) referiu tomar banho menos vezes, porque lhe “custa bastante entrar e sair da banheira” (sic). Outro dos idosos referiu que “quando era novo” (sic) pensou em construir um duche, substituindo a banheira, mas que na altura não o fez e hoje está arrependido.

Atendendo às falhas de segurança e barreiras arquitetónicas detetadas, sugeriram-se alterações de modo a facilitar a mobilidade da pessoa idosa em casa, e simultaneamente, prevenir quedas, tais como retirar tapetes, eliminar móveis das zonas de passagem e substituir banheira por sistemas de duche/poliban. Todas as sugestões foram consideradas válidas e aceites pelas pessoas idosas e suas famílias. No entanto, percebeu-se que algumas destas alterações não serão postas em prática, ou por opção do utente ou por dificuldade na sua concretização especialmente na questão da substituição da banheira, já que envolve recursos económicos acrescidos, num bairro camarário com uma população tendencialmente de baixos recursos económicos.

Para além da avaliação do ambiente físico, procurou-se intervir, prestando cuidados centrados na pessoa na prevenção de quedas, atendendo às especificidades de cada pessoa detetadas no seu contexto. Para tal, efetuaram-se

ensinos no que toca ao conhecimento do risco de queda de cada pessoa idosa, uso de calçado fechado e antiderrapante, manutenção da acuidade visual e correta toma da terapêutica instituída. A questão do calçado foi bastante valorizada pelas pessoas, suscitando motivação e entusiasmo para a pôr em prática, pelo facto de um pormenor, de simples resolução, ter tanto impacto na prevenção de quedas.

3.1.5. Aplicação da escala FES (Falls Efficacy Scale)

Segundo Melo (2003), a FES avalia a confiança que os idosos possuem em efetuar determinadas atividades sem caírem e está representada numa escala analógica de 10 pontos que varia de “Sem nenhuma confiança” (10 pontos) a “Completamente confiante” (1 ponto). A pontuação da FES é a soma das pontuações obtidas em cada um dos 10 itens. A pontuação mínima possível é de 100 e a máxima de 10. Assim sendo, quanto menos elevada é a pontuação, maior é a confiança, traduzindo-se numa elevada autoeficácia. Considerando os seis idosos incluídos no estudo, as suas pontuações foram, respetivamente, as seguintes: 71, 69, 63, 29, 95 e 30. Daqui resulta uma média aritmética de 59,5 pontos, ou seja, existe um real medo de cair principalmente no que toca à realização de 3 atividades: “tomar banho/duche”, “chegar aos armários” e “execução de pequenas compras”, referidas por 80% dos seis idosos estudados. O medo de cair nem sempre é mensurado pelos profissionais de saúde, mas este fator psicológico, assume-se como um dos principais fatores de risco de queda no idoso residente na comunidade, condicionando de forma relevante a realização de atividades de vida diária (Marques-Vieira et al., 2016).

3.1.6. Ação de formação

De acordo com Tojal (2011), a formação em serviço, através de um planeamento adequado, visa colmatar as necessidades de formação dos enfermeiros e promover o desenvolvimento de competências nos e para os contextos de trabalho. Por outro lado, a mesma autora acrescenta que a formação é um desafio de grande importância para a enfermagem, para que os enfermeiros repensem a teoria, questionem as práticas e introduzam mudanças de qualidade. Deste modo, com o

duplo objetivo de divulgar o projeto de estágio à equipa bem como os resultados obtidos, realizou-se uma ação de formação (APÊNDICE IV) nas instalações da USF.

Semanalmente a equipa da USF reúne-se, às sextas feiras onde, por um lado, se discutem questões variadas relacionadas com o funcionamento da unidade e, por outro, se agendam sessões de formação consideradas pertinentes, como foi o caso. Estiveram presentes, além de enfermeiros da unidade (4) incluindo a enfermeira orientadora, quatro médicos de MGF (medicina geral e familiar), uma secretária técnica e a professora orientadora. A sessão acabou por se realizar fora das quatro semanas de estágio pré-definidas, devido ao facto da agenda para formações já estar preenchida nas primeiras semanas. A divulgação foi feita em placard próprio para o efeito, na USF e através de mensagem difundida pelo programa informático da unidade. Os temas abordados foram os seguintes: quedas e fatores de risco na comunidade mais especificamente na pessoa idosa; instrumentos de avaliação de risco; atividades desenvolvidas e respetiva divulgação de resultados; o correto uso do sistema “MedicineOne” por parte dos enfermeiros no registo de queda. O feedback foi de forma geral, bastante positivo, salientando-se por parte das enfermeiras um interesse particular no tema dos registos que tal como vimos atrás não é efetuado e, por parte dos médicos, no impacto que o medo de cair pode ter no autocuidado na pessoa idosa. O tema do projeto, as atividades desenvolvidas, e as sugestões propostas (avaliar o risco com TUGT, fazer avaliação ambiental, efetuar registos e planear intervenções centradas na pessoa) foram, de forma unânime, consideradas de grande pertinência.

3.2. Contexto Hospitalar – Serviço de Medicina

Entre 26 de outubro de 2017 e 2 de fevereiro de 2018, cumpriu-se a segunda e mais longa parte do estágio no serviço de medicina do CH onde exerço funções, tendo a duração total de 5 meses, com a autorização da comissão de ética do Centro Hospitalar (ANEXO I).

O serviço de Medicina pertence a um Centro Hospitalar de Lisboa que tem por missão prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS). A atividade do centro hospitalar tem como objetivos:

assegurar a cada doente cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e que numa lógica de governação clínica, promove uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, abrangendo, ainda, as áreas de investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados, conforme o primado do doente (CHLC, 2018b).

A área da medicina tem por missão o diagnóstico, a terapêutica, e a reabilitação de doentes, portadores de doenças agudas ou crónicas, envolvendo órgãos isolados ou patologia sistémica. Por outro lado, a formação pré, pós-graduada e continuada, assim como os programas de investigação clínica são preocupações permanentes (CHLC, 2018c).

O serviço de medicina consiste numa unidade de saúde que presta cuidados generalizados a doentes do foro médico, do sexo masculino, na sua maioria idosos. O método utilizado na prestação de cuidados preconizado pela unidade é o individual, em que cada enfermeiro fica responsável pela globalidade dos cuidados aos doentes que lhe são atribuídos e elabora registos de enfermagem que evidenciam as intervenções realizadas e o plano de cuidados para cada pessoa (CHLC, 2018c). Os cuidados prestados centram-se no doente/família, com a qual se trabalha em parceria, valorizando-se o papel ativo da pessoa no seu processo de saúde.

Quanto a recursos humanos, o serviço possui um total de vinte enfermeiros incluindo a enfermeira chefe, onze assistentes operacionais e um número variável de médicos.

Os enfermeiros distribuem-se por quatro/cinco enfermeiros na manhã, três enfermeiros tarde e dois enfermeiros à noite. Além da enfermeira chefe, três enfermeiras fazem horário fixo (das 8h às 16h30) e os restantes turnos rotativos de 12 horas (das 8h às 20h30 e das 20h às 8h30).

Existe um total de 24 camas. Estas camas distribuem-se em 6 enfermarias de quatro camas, com uma casa de banho única para toda a unidade. Além dos profissionais referidos, colaboram com o serviço diariamente uma assistente social, um técnico de eletrocardiografia, um técnico de análises e uma dietista, além dos profissionais de manutenção e limpeza e do apoio geral. O horário de visitas compreende o período de tempo das 12h às 21h com um total de 2 visitas em simultâneo, de forma ininterrupta.

Na sequência do protocolo estabelecido com a Ordem dos Enfermeiros o CH, aderiu, desde 2005, ao “Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” (PQCE) cujos objetivos são os seguintes:

1. Disseminar os PQCE definidos pela OE e promover a apropriação pelos enfermeiros do enquadramento conceptual e enunciados descritivos da qualidade do seu exercício profissional;
2. Definir indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem;
3. Desenvolver ações no sentido da promoção, implementação e avaliação de programas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Na procura da excelência dos cuidados prestados, estão implementados planos de melhoria contínua transversais ao CH e a monitorização dos respetivos indicadores evidencia as atividades dos enfermeiros e o seu contributo na mudança positiva do estado de saúde das populações. O projeto de melhoria de qualidade deu origem a um sistema documental de políticas e procedimentos do qual o Procedimento Multissetorial (Prevenção e monitorização das quedas em ambiente hospitalar) é um exemplo (CHLC, 2014). Foi também criada a figura do enfermeiro dinamizador que tem como função desenvolver intervenções para a dinamização da área de melhoria que lhe foi atribuída, assegurando que as políticas e procedimentos são adotados na sua unidade funcional.

Em 2015 foi-me proposto pela enfermeira chefe do serviço ser dinamizador na área da prevenção de quedas, em parceria com outra colega do serviço. O trabalho que a partir daí foi implementado, assim como o que até então tinha sido feito, bem como as várias oportunidades de desenvolvimento identificadas, levaram-me a deter um interesse crescente pela área, configurando um dos principais motivos pelo qual escolhi o tema deste projeto/relatório. Estes factos motivaram-me a desenvolver competências como enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente dos cuidados à pessoa idosa na área de prevenção de quedas em ambiente hospitalar e simultaneamente como enfermeiro dinamizador no âmbito dos PQCE preconizados pela OE.

Os objetivos específicos e as competências adquiridas, com base no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010), neste contexto de estágio foram os seguintes:

Objetivos específicos:

1. Identificar o risco de queda nos idosos hospitalizados num serviço de medicina;
2. Introduzir medidas preventivas de queda individualizadas à pessoa idosa;
3. Capacitar a equipa para prestar cuidados individualizados face ao risco de queda na população idosa hospitalizada num serviço de Medicina;
4. Preparar atempadamente o regresso a casa do idoso/família.

Competências adquiridas:

- A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
- A2. Promove práticas que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- B2. Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
- B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro;

- C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;
- D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

De acordo com o GGR (Gabinete de Gestão de Risco) do CH, no ano de 2016, ocorreram 78 quedas no serviço de Medicina. Destas, 60 (77%) tiveram idosos como vítimas e 79% do total não foram presenciadas por nenhum profissional (CHLC, 2018a).

O facto de exercer funções no serviço de Medicina desde 2012, bem como ser dinamizador dos PQCE na prevenção de quedas, permitiu identificar algumas lacunas previamente existentes no que à prevenção de quedas em ambiente hospitalar diziam respeito. A avaliação sistemática do risco de queda era realizada e os incidentes devidamente registados, no entanto, a equipa referia algumas dificuldades no preenchimento dos indicadores da escala de Morse, nomeadamente na determinação do histórico de quedas, na correta seleção do tipo de marcha ou na avaliação do estado mental. Por outro lado, a avaliação do risco não orientava a introdução de medidas preventivas centradas no doente, nas suas especificidades e também por isso não eram implementados cuidados baseados na evidência a quem tem alto risco.

Hadassah (2017), baseando-se na evidência, sugere que os profissionais de saúde lidam com o fenómeno do comportamento humano usando abordagens inadequadas, usando parâmetros rígidos para a sua imprevisibilidade, enquanto que as percepções e intenções da pessoa idosa são mantidas fora do processo de avaliação e prevenção. Como os programas de prevenção de queda praticados hoje em dia são, no máximo, parcialmente eficazes, é importante incluir outros componentes, especialmente aqueles relacionados com a individualidade do utente (Hadassah, 2017).

Ainda de acordo com Hadassah (2017), apesar do uso generalizado de ferramentas de avaliação de queda e programas de prevenção associados, as

intervenções para reduzir as quedas e suas consequências ainda não são totalmente bem-sucedidas. Todas as intervenções realizadas até ao início da implementação do projeto baseavam-se exclusivamente na identificação do risco de queda pela equipa de saúde.

No que diz respeito à comunicação sobre risco e prevenção de quedas, esta não era feita de modo sistematizado no seio da equipa, não existindo também educação à pessoa idosa/família sobre estes aspetos fundamentais. Era também evidente uma desvalorização da prevenção de quedas visto que estas continuavam a ser vistas como uma inevitabilidade própria do ser idoso tal como Morse (2009) defende continuar a existir em muitos contextos.

Os dados do serviço de Medicina que nos mostram, em 2016, o tipo, motivo, equipamento envolvido e lesões físicas decorrentes das quedas, obtidos através da análise dos relatos de queda, preenchidos na sua totalidade por enfermeiros, foram os seguintes: do total de relatos de queda analisados (78), a maioria das quedas tiveram origem em situações em que os doentes escorregaram (40%) e apresentaram perda de equilíbrio (37%). Nos motivos que levaram à ocorrência de quedas, evidencia-se o estado de saúde do doente como a desorientação/confusão (50%), instabilidade postural e diminuição da força muscular (60%), fatores ambientais (12%). Relativamente ao local, grande parte das quedas ocorreram junto à cama (36%) e na casa de banho (8%). Dos incidentes de queda em que resultaram lesões (23% do total de relatos), destacam-se as localizadas nos joelhos (7%), crânio (5%), face (4%), e região dorsal (3%). Quanto ao tipo de dano há a destacar as escoriações (14%), hematomas (5%) e quanto à gravidade das mesmas, 31% dos relatos identificam o dano como “ligeiro” e 13% de “moderado” (CHLC, 2018a).

Estávamos assim, perante um problema, que a avaliação sistemática de risco de queda através da escala de Morse e da sua reavaliação de 7 em 7 dias preconizada no serviço, por si só, não resolvia.

Face ao exposto alguns investigadores recomendam a intervenção na equipa recorrendo ao programa TeamSTEPPS® da AHRQ (Spiva et al., 2014; Godlock et al., 2016). Em outros contextos este programa tem diminuído a probabilidade de ocorrência de incidentes/danos e assume-se como um importante contributo clínico para a prevenção de quedas (Godlock et al., 2016).

Com base no trabalho desenvolvido no projeto estágio, usando a mais recente evidencia científica, selecionaram-se intervenções pertinentes de prevenção de queda no idoso em ambiente hospitalar. A revisão da literatura permitiu constatar que apesar da maioria dos estudos referir que a equipa tem um papel importante na prevenção de quedas, não encontramos uma intervenção estruturada pré-existente, com a exceção de orientações para o conteúdo de ações de formação. Antes de trabalhar com a equipa no serviço de medicina validámos uma intervenção para a equipa gerir o risco de queda em idosos hospitalizados, baseada no programa TeamSTEPPS® (APÊNDICE V), composta pelas intervenções selecionadas, que foram posteriormente postas em prática, após validadas por um painel de peritos.

O protocolo da investigação foi organizado pelas seguintes etapas: consulta de investigadores para o desenho da intervenção; seleção dos peritos com conhecimento na área do estudo; informação dos participantes; análise dos dados; interpretação e apresentação dos resultados (Grisham, 2008).

Para o desenho da intervenção recorreremos a cinco investigadores, com investigação publicada na área do risco e/ou prevenção de quedas na população idosa. A consulta a estes participantes teve por finalidade o desenho da intervenção na equipa, baseada nos resultados da investigação.

Para a validação da intervenção desenhada pelos peritos foram identificados treze profissionais com mais de cinco anos de atividade profissional, a exercerem atividade em hospitais e com responsabilidades em grupos de trabalho sobre as quedas e elementos de departamentos de segurança e qualidade. A opção por dois grupos de participantes heterogêneos (investigadores e profissionais da clínica) foi intencional para assegurar a validade dos resultados, já que a multidisciplinaridade permite obter consensos preditivos mais válidos (Waltz, Strickland, & Lenz, 2016).

Para dar resposta ao objetivo do estudo optou-se pelo método Delphi que permite obter consenso entre um painel de peritos. Os investigadores consideram útil o seu uso quando a evidência numa área é limitada ou contraditória, em que as questões são amplamente inexploradas ou difíceis de definir (Fletcher & Marchildon, 2014; Waltz, Strickland, & Lenz, 2016) e defendem que é um método de pesquisa particularmente bom para obter o consenso entre um grupo de indivíduos que têm experiência num tópico específico (Grisham, 2008; Waltz, Strickland, & Lenz, 2016).

A primeira ronda decorreu só com os investigadores de modo a obter contributos para o desenho da intervenção e definição dos indicadores pelas categorias definidas à priori (formação da equipa; comunicação; liderança; monitorização e suporte mútuo).

O questionário foi construído e enviado através do Google Drive®. Foi solicitado aos peritos que se pronunciassem em relação aos indicadores pontuando entre (-2) nada pertinente, (-1) pouco pertinente, (0) não tenho opinião, (1) pertinente e (2) muito pertinente.

Há autores que sugerem que um consenso de 80% deveria ser o objetivo, outros, como sugerem que as percentagens não devem ser utilizadas, mas o processo deve parar quando a estabilidade dos dados ocorre (Grisham, 2008). Para este estudo optou-se por obter um consenso igual ou superior a 80% entre os peritos para cada um dos indicadores em avaliação e foi pré-definido que os indicadores que não obtivessem 80% de consenso seriam reformulados e reenviados na próxima ronda (Grisham, 2008). Após a primeira rodada, as sugestões e os itens reformulados foram agregados e devolvidos aos participantes, o que permitiu aos mesmos fornecer feedback sobre os achados.

A revisão da literatura permitiu constatar que apesar de se recomendar intervir na equipa e de haver estudos que trabalharam a comunicação, ou a formação desta e o impacto na diminuição da prevalência, do risco ou das lesões associadas (Spiva et al., 2014; Godlock et al., 2016; Baixinho & Dixe, 2017), não existe uma intervenção estruturada para intervir na equipa com o intuito de desenvolver competências na gestão do risco de queda da população idosa.

Esta revisão, e o consenso obtido pelo painel de peritos para a maior parte das intervenções delineadas, possibilitou assim organizar, a intervenção em cinco categorias que os autores consideram centrais para a intervenção na equipa: formação da equipa; comunicação; liderança; monitorização e suporte mútuo (Spiva et al., 2014; Godlock et al., 2016; Baixinho & Dixe, 2017). Apresenta-se em apêndice a intervenção validada (APÊNDICE V).

Posto isto, e após o consenso das intervenções a implementar por parte do painel de peritos e da validação da professora orientadora e da enfermeira orientadora com especialidade em EMCCI do serviço de medicina, iniciou-se o estágio

propriamente dito no dia 26 de outubro de 2017. Segue-se a descrição, interpretação e avaliação das intervenções implementadas, agrupadas de acordo com as cinco categorias atrás explanadas.

3.2.1. Formação/estrutura da equipa

Em qualquer programa de prevenção de quedas a formação dos profissionais é vital para o sucesso do mesmo, para o aumento da qualidade de vida e para a diminuição dos custos (Teresi et al., 2013). Também Nitz et al. (2012) consideram a formação do pessoal como um elemento crucial nos programas de prevenção, já que aumenta a adesão à notificação dos episódios de quedas e os registos são mais completos. Por outro lado, segundo Spirgiené et al. (2013), a administração e as equipas hospitalares devem primeiro reconhecer e entender a importância da prevenção de quedas no hospital antes de qualquer intervenção.

Assim, dia 29 de novembro de 2017 realizou-se a primeira sessão de formação à equipa. Na formação estiveram presentes seis enfermeiros do serviço de medicina, uma enfermeira aluna da especialidade de EMCC também em estágio e uma aluna da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) do curso base de enfermagem. O título da formação foi o seguinte: “Prevenção de quedas no idoso em ambiente hospitalar”. Teve como objetivos lembrar e reforçar conhecimentos previamente adquiridos, alertar para a persistência de algumas falhas na prevenção de quedas e simultaneamente, apresentar o projeto a desenvolver (APÊNDICE VI). Os capítulos abordados foram: identificação do projeto; revisão bibliográfica (recomendações e procedimentos, tipos de queda, intervenções de enfermagem, instrumentos de avaliação de risco de queda, Timed Up And Go Test, risco de queda de acordo com a terapêutica prescrita, cuidados centrados na pessoa, medidas de prevenção de queda, apresentação de dados estatísticos); apresentação das atividades do projeto de acordo com o TEAMSTEPPS® (AHRQ, 2013b). Devido ao facto de não terem estado presentes todos os enfermeiros da unidade na sessão de formação, a mesma foi replicada por mais cinco ocasiões, tendo-se conseguido abranger toda a equipa de enfermagem. A avaliação e o feedback por parte dos formandos foi bastante positiva, notando-se motivação para desenvolver e melhorar o trabalho até agora efetuado, e por outro lado, incorporar as novas tarefas e procedimentos.

Posteriormente, dia 10 de janeiro de 2018 realizou-se uma segunda sessão de formação à equipa de enfermagem centrada no uso dos instrumentos de avaliação de risco de queda, nomeadamente no correto uso da escala de Morse e na introdução do TUGT, um dos melhores preditores da ocorrência de queda em conjugação com outros instrumentos de avaliação de risco (Baixinho, 2014), como forma de complementar a escala de Morse (oficialmente instituída no CH). Reforçaram-se ainda algumas orientações preconizadas por este projeto, nomeadamente os ensinamentos a realizar ao idoso/família acerca do uso de calçado fechado/antiderrapante, o colocar na folha de passagem de turno data, hora, antecedentes de queda e assinalar risco e a passagem oral de informação da ocorrência de queda nas primeiras 24 horas após a ocorrência de um incidente (APÊNDICE VII). Relembrou-se ainda os fatores de risco mais comuns e as medidas de prevenção a implementar. Finalmente abordou-se a escala de Morse e a sua correta avaliação, já que segundo a Joint Commission (2015), os fatores mais comuns que contribuem para a ocorrência de quedas prendem-se com uma avaliação de risco inadequada e a falhas de comunicação/orientação inadequada da equipa.

Após a formação distribuiu-se aos formandos um guia de bolso para uma correta avaliação da escala de Morse, elaborado com base no trabalho de Barbosa, Carvalho e Cruz (2015) (APÊNDICE VIII). Esta ação de formação foi replicada em mais três sessões de forma a abranger a maior parte dos enfermeiros, sendo que aos profissionais que não estiveram presentes se fez formação individual.

No dia 9 de janeiro de 2018 efetuou-se formação à equipa de assistentes operacionais da unidade, onde estiveram presentes quatro formandos. Posteriormente a formação foi replicada de forma a englobar toda a equipa de assistentes operacionais. Os objetivos prenderam-se com a apresentação do projeto e do trabalho a desenvolver, incidindo nas medidas de prevenção (como o acompanhar sempre o idoso dependente/semidependente à casa de banho nunca o deixando só; colocar faixa de contenção nos doentes sentados e ir verificando...) e nos cuidados e ações a desenvolver em caso de queda. Os participantes mostraram-se bastante motivados durante e após as sessões de formação, colocando questões, fazendo sugestões e ilustrando com situações concretas ocorridas no serviço (APÊNDICE XIX). A importância de envolver toda a equipa que presta cuidados ao idoso é fulcral, já que na opinião de Quigley e White (2017), uma verdadeira cultura

de segurança é sustentada por fortes equipas interdisciplinares, que incluem colaboração e cooperação entre líderes, equipa de enfermagem e outros funcionários.

3.2.2. Comunicação

De acordo com Viernes (2016), algumas quedas ocorrem porque as intervenções para prevenção de quedas não foram executadas com sucesso pela equipa, devido a défices de conhecimento na prevenção de quedas e à falta de comunicação na implementação dessas intervenções entre funcionários e utentes.

Assim, realizaram-se durante o estágio, reuniões periódicas com equipa, coincidindo ou não com os momentos de passagem de turno onde se discutiram estudos de caso concretos relativos a doentes idosos com queda, de modo a fomentar a discussão de medidas preventivas implementadas e a implementar, bem como a eficácia das mesmas. Procurou-se motivar a equipa de enfermagem a discutir num prazo de 24 horas os fatores de risco de queda de cada idoso internado, o que foi globalmente cumprido.

No serviço de medicina, existe uma folha de passagem de turno onde consta, para cada doente internado, os seus antecedentes pessoais, motivo de internamento, algumas informações básicas e atualizações dos últimos turnos, situação social e presença ou não de pensos/úlceras de pressão. Com a realização deste projeto, conseguiu-se introduzir na referida folha um campo para as quedas, onde se passou a registar o risco, após a primeira avaliação, e data de ocorrência de quedas (a existirem) com uma breve descrição do mecanismo das mesmas (APÊNDICE X). Já que de acordo com Marques-Vieira et al. (2016), criar registo de episódios de queda onde conste data, hora, local da ocorrência, mecanismo da queda, atividade que estava a ser executada, lesões resultantes e se a queda foi (ou não) testemunhada, é muito útil para o controlo do medo de cair comum entre os idosos que já sofreram uma queda e que acabam por perder a confiança na realização das atividades de vida diária e instrumentais

Tal como afirmam Colon-Emeric et al. (2013), a melhoria da comunicação da equipa pela partilha de informações precisas sobre os comportamentos dos idosos, estado de saúde, medicamentos e outros fatores de risco pode contribuir para uma

diminuição de 12% dos episódios de queda. Assim, pensou-se numa forma de manter informação relevante sobre a ocorrência de quedas no serviço de modo presente e chamativa, reforçando a importância da prevenção das mesmas. A solução encontrada foi colocar no placard da sala de trabalho do serviço (um dos locais mais frequentados por enfermeiros, assistentes operacionais e médicos), conteúdos destacados referentes ao número de quedas no ano corrente e anos anteriores, motivos de queda, equipamento envolvido, lesões físicas e algumas orientações relativas às atividades a desenvolver referentes a este projeto (APÊNDICE XI).

Para aprimorar a comunicação e a divulgação do projeto no seio da equipa, criou-se, na rede social VIBER®, um grupo onde se adicionou todos os enfermeiros da equipa que possuíam a referida aplicação. Esta intervenção acabou por se revelar um veículo bastante importante de discussão, promoção e calendarização de atividades relativamente à prevenção de quedas no idoso (APÊNDICE XII), já que, tal como referem Spiva et al. (2014), a associação entre o treino da equipa e a comunicação aprimorada, entre os seus elementos, sobre o risco de cair do idoso, é eficaz para reduzir a prevalência de queda (Spiva et al., 2014).

3.2.3. Liderança

Segundo a Joint Commission (2015), os fatores mais comuns que contribuem para a ocorrência de quedas, prendem-se com a falta de adesão aos protocolos e práticas de segurança, défices no ambiente físico e falta de liderança. Para Baixinho & Dixe (2017), a comunicação dos fatores de risco de queda no seio das equipas é baixa, o que quer dizer que estes fatores, na maioria das vezes, não são discutidos, podendo indicar uma desvalorização do risco de queda. Assim, procurou-se conduzir e motivar a equipa no sentido de perceber como é feita a avaliação de risco de queda, nomeadamente quais as dificuldades sentidas na aplicação da escala de Morse e, por outro lado, incentivar a equipa a implementar medidas individualizadas preventivas de quedas. Para tal, como foi referido no subcapítulo anterior, efetuou-se formação relativa à correta avaliação da escala de Morse, forneceu-se um guia de bolso e, por outro lado, introduziu-se o teste TUGT como complemento à Morse por forma a englobar todos os fatores de risco da pessoa idosa, e assim implementar medidas de prevenção individualizadas, centradas na pessoa.

Taylor *et al.* (2005) defende que uma cultura de segurança é o primeiro passo para que o programa de prevenção de quedas seja integrado na organização, e alerta que o seu desenvolvimento requer uma mudança nas atitudes, crenças, comportamento dos profissionais e da gestão. Este processo implica uma liderança forte, comunicação efetiva, novas políticas de desenvolvimento e formação das equipas multiprofissionais (Taylor *et al.*, 2005).

Um dos pilares de uma verdadeira cultura de segurança é a existência de um ambiente físico seguro, não só para os profissionais, como principalmente para os idosos. O ambiente físico, a disposição do mobiliário, as formas com que os materiais são usados têm um importante papel na ocorrência de quedas nos idosos em aproximadamente 30 a 50% de todos os eventos (Stephenson *et al.*, 2015). Por outro lado, e de acordo com Gu *et al.* (2015), um dos aspetos mais importantes da prevenção de quedas em ambiente hospitalar é o uso de um sistema integrativo de gestão de cuidados no qual o design da instalação é levado em consideração.

Assim, no dia 29 de janeiro de 2018, em conjunto com a enfermeira chefe do serviço e a outra colega dinamizadora dos PQCE na área da prevenção de quedas no serviço de medicina, realizou-se a avaliação das condições físicas e ambientais da unidade, que o hospital preconiza como sendo anual, em folha de registo próprio (ANEXO II). Como pontos menos positivos, destaca-se a escassez de cintos nas cadeiras de rodas (apenas uma tem), o facto de não ser fácil tirar os braços das mesmas quando necessário e de não possuir ajuste ao peso do doente. Quanto às grades das camas, estas existem, mas não impedem na totalidade as saídas/quedas. No que diz respeito aos chinelos disponibilizados, não têm sola antiderrapante, e com frequência não se adaptam e saem do pé. Destacam-se ainda como pontos negativos a falta de luzes de presença em todas as zonas comuns, a ausência de barras de apoio nos corredores e a não existência de piso antiderrapante principalmente nas cabines de duche do wc. Todas estas deficiências foram registadas pela enfermeira chefe do serviço com conhecimento do enfermeiro diretor e do gabinete de gestão de risco, atual GSD (Gabinete de Segurança do Doente), aguardando-se por isso melhorias nas mesmas.

O gabinete de gestão de risco constituído por diversas estruturas, polarizadas numa Comissão da Qualidade e Segurança que tem como um dos seus objetivos a

promoção da melhoria da cultura da qualidade e segurança do ambiente interno nos hospitais que compõem o CH (CHLC, 2018d), foi envolvido neste projeto como parceiro imprescindível que é. A consulta aos dados estatísticos proveniente dos relatos de queda produzida por esta entidade, bem como a participação das enfermeiras do GSD não só na pesquisa bibliográfica, concepção e implementação do projeto como também nas formações em serviço revelou-se fulcral, o que me levou a desenvolver competências na área da gestão de risco ao nível institucional ou das unidades funcionais (OE, 2010).

3.2.4. Monitorização

A alta prevalência de quedas justifica a articulação entre as equipas multiprofissionais de saúde em todos os níveis de atenção, com o intuito de detetar os idosos em risco de cair ou com histórico prévio (Nascimento & Tavares, 2016). Para tal é necessário o uso de um instrumento de avaliação de risco validado e globalmente aceite na prevenção de quedas em ambiente hospitalar. O CH ao qual pertence o serviço de Medicina usa a escala de Morse, tendo-se introduzindo também no âmbito deste projeto o teste TUGT para complementar e auxiliar a individualizar os cuidados aos doentes em risco, tal como sugerem Baixinho e Dixe (2017).

Efetuaram-se três momentos de monitorização aos processos clínicos/ registos de enfermagem (a 07/01, 13/01, 16/01 de 2017) e em todos a escala de Morse tinha sido preenchida conforme preconizado pela Procedimento Multisectorial do CH (CHLC, 2014) – na admissão, de sete em sete dias ou na reavaliação em caso de queda. O TUGT foi realizado pelo mestrando com sucesso a idosos internados no serviço, com a presença de outros colegas num contexto de formação informal. Os testes foram realizados na enfermaria usando um rolo de fio com marca nos 3 metros, tal como preconizado na guideline do teste. A monitorização sistemática da segurança e dos eventos adversos, nomeadamente das quedas é uma prática essencial para diminuir a prevalência de quedas (Duffy, 2013). Os profissionais têm a responsabilidade de diminuir a incidência deste evento, pelo que os cuidados prestados e os seus esforços devem garantir a segurança e o bem-estar dos idosos (Duffy, 2013). Por outro lado, as políticas e (a legislação) devem permitir detetar práticas pouco corretas e lidar com situações em que a segurança pode estar

comprometida (Duffy, 2013). Deste modo, um dos tópicos analisados prendeu-se com a forma como o registo sobre as medidas preventivas implementadas era efetuada. Através dos momentos de monitorização atrás referidos constatou-se que, tal como preconizado, nos doentes com médio e alto risco existia um plano de cuidados com medidas preventivas, mas demasiado generalistas e pouco individualizados à pessoa idosa. Por outro lado, em mais do que uma situação, aferiu-se que a informação presente na folha de colheita de dados, aquando da admissão era ou inexistente ou incompleta, faltando dados como data, hora, local ou mecanismo de queda. Apesar de todas as ocorrências terem sido relatadas em formato próprio, em alguns processos não havia qualquer registo no processo de enfermagem ou esses registos estavam, também, incompletos.

De acordo com Quigley (2015) os idosos com risco de queda ou internados por queda deve ter cuidados diferenciados. Em caso de alta, especialmente aqueles que tenham sido internados por queda ou com risco de queda devem ser alvo de uma adequada preparação para a alta, começando ainda no internamento e prolongando-se em ambulatório, baseando-se numa parceria com o próprio idoso e numa articulação com os prestadores de cuidados na comunidade. Devido a este facto, verificou-se no âmbito da monitorização efetuada a informação presente na carta de alta/transferência sobre a avaliação do risco de queda, medidas preventivas e ocorrência de quedas no momento da alta. Constatou-se que os elementos correspondentes à avaliação de risco de queda e ocorrência de quedas estavam presentes na maioria das cartas de alta monitorizadas. No entanto as medidas preventivas instituídas não estavam presentes em nenhuma das cartas de alta que foram alvo de monitorização.

Na preparação do regresso a casa os ensinamentos centraram-se nas medidas de prevenção de quedas individualizadas, como o uso de calçado fechado antiderrapante, bem como na preparação de um domicílio sem obstáculos nas vias de passagem e sem tapetes. Em algumas situações foi possível contactar o centro de saúde da área de residência do idoso, estabelecendo contacto com os enfermeiros responsáveis, de modo a apresentar-lhes um resumo do internamento focalizado nas medidas de prevenção de quedas e na comunicação do risco.

A informação oral nas passagens de turno no que diz respeito às ocorrências de queda foi também analisada, constando-se uma maior preocupação no seio da equipa, desde o início da implementação do projeto, com o tema em questão. Ao contrário do que acontecia no período que antecedeu o projecto, várias colegas passaram a referir oralmente os antecedentes de queda e a descrever detalhadamente as quedas, os seus mecanismos e medidas tomadas quando ocorreram.

3.2.5. Suporte Mútuo

O suporte mútuo existiu sempre, na opinião do mestrando, desde o início da implementação do projeto. Esta intervenção na equipa é de grande pertinência, dado que na União Europeia ocorrem perto de 40.000 mortes de idosos devido a quedas e como a proporção de idosos está a aumentar, o envelhecimento terá um efeito imediato no impacto das lesões nesta faixa etária (DGS, 2012). Aliado a este facto, os episódios de quedas são vividos muitas vezes com sentimentos de culpabilização por parte dos profissionais (Baixinho & Dixe, 2017). Esta culpabilização traz diversos efeitos nefastos, não só porque diminui a comunicação no seio da equipa, que como vimos atrás, é fulcral num programa de prevenção de quedas, como quebra o envolvimento do idoso/família num processo do qual são atores principais, ao não lhes ser explicado, muitas das vezes, as razões, mecanismos e medidas de prevenção de quedas. Deste modo, procurou-se desmistificar estes conceitos nas reuniões formais e informais que foram acontecendo ao longo deste projeto, procurando espaços de partilha, de colocação de dúvidas e de reforço positivo, no âmbito daquele que pretende ser um programa de prevenção de quedas dirigido à pessoa idosa.

3.2.6. Avaliação do projeto

Após a implementação do projeto e de acordo com a informação obtida através dos relatos de queda disponibilizada pelo GGR do CH, em 2017, das 70 quedas ocorridas no serviço de Medicina (menos oito que em igual período do ano anterior), 40 (57% em comparação com 77% do ano anterior) foram em idosos e 80% do total não foram presenciadas por nenhum profissional.

Os dados que nos mostram, em 2017, o tipo, motivo, equipamento envolvido e lesões físicas decorrentes das quedas foram semelhantes ao ano anterior: a maioria destas quedas tiveram origem em situações em que os doentes escorregaram (40%) e apresentaram perda de equilíbrio (36%). Nos motivos que levaram à ocorrência de quedas, evidencia-se o estado de saúde do doente como a desorientação/confusão, instabilidade postural e diminuição da força muscular (67%), fatores ambientais (21%) e resposta ao tratamento/anestesia (3%). Relativamente ao local, grande parte das quedas ocorreram junto à cama (27%) e na casa de banho (11%). Dos incidentes de queda em que resultaram lesões (20% do total), destacam-se as localizadas no crânio (4%), face (7%), e região dorsal (3%), no entanto há que referir também a incidência de traumatismos crânio-encefálico (uma), fraturas (uma) e lacerações (duas). Quanto à gravidade das lesões, 31% dos relatos identificam o dano como “ligeiro”, 13% de “moderado” e 1% de grave.

Entre 1 de outubro de 2017 e 28 de fevereiro de 2018, coincidindo com o período de tempo em que decorreu o estágio, foram relatadas pelos enfermeiros do serviço 24 quedas. Destas, 46% deveram-se a situações em que o doente escorregou e 38% a perda de equilíbrio. Os principais motivos que levaram à ocorrência de queda deveram-se a desorientação/confusão (42%) e diminuição de força muscular (54%) e instabilidade postural (21%). Os fatores ambientais foram considerados como motivo para queda em 21% dos incidentes, principalmente devido a pavimento escorregadio (na casa de banho), calçado inadequado e presença de obstáculos. No que diz respeito ao local, 46% dos relatos de quedas dizem respeito a quedas ocorridas na unidade do doente (cama/cadeira) e 17% na casa de banho do serviço. Em 21% das quedas relatadas (cinco quedas) existiram danos físicos, sendo que destas cinco, quatro foram consideradas como tendo originado danos “ligeiros” e um dano “moderado”.

A **tabela 1** compara o número de relatos de queda entre os meses em que foi implementado o projeto (outubro de 2017 a fevereiro de 2018) em comparação com o mesmo período do ano anterior (outubro de 2016 a fevereiro de 2017):

Tabela 1 - Número de relatos de queda em dois períodos distintos

MESES	2016/2017	2017/2018
Outubro	15	10
Novembro	7	11
Dezembro	8	5
Janeiro	10	5
Fevereiro	11	3

Fonte: GGR do CH (2018)

É notório que, à exceção do mês de novembro de 2017, assistiu-se a uma diminuição significativa do número total de relatos de queda por mês, durante o período em que o projeto decorreu. Por outro lado, durante todo o ano de 2017 ocorreram menos 8 quedas quando em comparação com o ano anterior, assistindo-se a uma clara diminuição destas mesmas quedas em idosos: 57% em 2017 face a 77% em 2016.

Para avaliar a intervenção na equipa foi utilizada a escala de práticas e comportamentos das equipas (EPCE) (ANEXO IV) na gestão do risco de queda dos idosos (Baixinho & Dixe, 2017). Esta escala unidimensional, com 6 itens que pontuam 6 a 30 pontos, numa escala de Lickert, apresenta boas propriedades psicométricas no estudo de validação, com um Alfa de Cronbach de 0,918 (Baixinho & Dixe, 2017). Neste estudo o alfa foi de ,804 o que atesta uma boa consistência interna.

Os participantes foram 27 profissionais do serviço de medicina onde decorreu o estágio e que participaram livre e esclarecidamente no estudo.

Previamente, os profissionais foram contactados para garantir que respeitavam os critérios de inclusão, pedir a sua colaboração e promover a adesão à resposta. Foram garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados. A escala foi aplicada

aos participantes na primeira semana de estágio numa primeira ocasião e, na última semana, numa segunda ocasião.

Em relação à categoria profissional 70,4% (19) dos participantes são enfermeiros e 29,6% (8) são assistentes operacionais, trabalham em média há 8,5 anos, com um mínimo de 14 meses e um máximo de 372 meses de atividade profissional. A amostra é maioritariamente feminina - 92,6% (25).

No que concerne à formação constatamos que 74,1% (20) teve formação sobre os fatores de risco e medidas preventivas de queda na população idosa hospitalizada ao longo da sua atividade profissional e 70,4% (19) sabe como atuar após a ocorrência de um episódio de queda.

Os resultados da aplicação da escala de práticas e comportamentos das equipas na gestão do risco de queda dos idosos apontam para uma melhoria em todos os indicadores da escala conforme se apresenta na tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização da amostra quanto às práticas e comportamentos da equipa para a prevenção da queda, antes e após a intervenção, Lisboa, Lx, Portugal, 2018.

Práticas e comportamentos	Antes da intervenção			Após a intervenção		
	(N=27)			(N=24)		
	Media	Mediana	DP	Media	Mediana	DP
1. A equipa discute os fatores de risco para a queda dos diferentes idosos	3,37	3	,629	3,96	4	,550
2. A equipa discute as medidas preventivas de queda a aplicar a cada idoso	3,15	3	,662	4	4	,417
3. Decidimos em equipa as medidas preventivas a aplicar a cada idoso	3,30	3	,775	4,08	4	,584
4. A comunicação é essencial para prevenir quedas	4,30	5	,869	4,79	5	,509
5. Através da comunicação conheço, avalio, interpreto e transmito elementos relevantes para a prevenção de quedas	3,59	4	,797	4,17	4	,482
6. Habitualmente manifesto interesse em identificar as causas de quedas	3,74	4	,764	4,08	4	,584
Total (6-30)	21,44			22,30		

Confrontando as médias obtidas em cada uma das avaliações e analisando o score final da escala, constatámos que em todos os indicadores se registaram melhorias entre os dois momentos de avaliação, levando a concluir que o nível de conhecimentos e o grau de envolvimento da equipa no que se relaciona com a prevenção de quedas em ambiente hospitalar aumentou, entre o início e o final da aplicação da intervenção.

4. CONCLUSÃO

De acordo com a evidência, nos últimos anos, tem-se assistido de forma global a um aumento significativo do número de quedas em ambiente hospitalar, sendo que, na pessoa idosa, a ocorrência de quedas assume-se como um dos principais fatores de morbidade/mortalidade. Por outro lado, a admissão no hospital está normalmente associada a alterações bruscas no contexto de vida da pessoa idosa que, quando combinadas com um ambiente pouco familiar, poderá trazer um maior risco de queda.

Por forma a fazer face a um problema real, que é a elevada prevalência de quedas no idoso em ambiente hospitalar, interveio-se na equipa recorrendo ao “TeamSTEPPS®” da AHRQ e ao mesmo tempo usando como referência o modelo de McCormack e McCance (2006, 2016), centrando os cuidados na pessoa idosa, nomeadamente nos seus fatores de risco de queda.

Na área da pessoa idosa, preconiza-se que o enfermeiro especialista deva desenvolver competências para cuidar das pessoas idosas e sua família em situação de doença crónica e crónica agudizada nos vários contextos onde se encontram.

Por sua vez, enquanto mestre em enfermagem, o enfermeiro deve sustentar a sua prática na evidência, preconizando um aumento da qualidade dos cuidados de saúde e assumindo um papel influenciador na mudança de práticas.

Assim, o desenvolvimento deste projeto, intitulado: **“Prevenção de quedas em ambiente hospitalar”**, compreendeu a necessidade de perceber a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente dos cuidados à pessoa idosa, tanto em ambiente hospitalar (desde a admissão até à alta) como na comunidade, já que, como futuro enfermeiro especialista a desempenhar funções num serviço de medicina hospitalar, é fulcral compreender como se efetua a avaliação de risco de queda na comunidade e, por outro lado, perceber o medo de cair e o impacto que este medo tem no autocuidado.

Para tal, considerou-se pertinente realizar um primeiro período de estágio na comunidade, de modo a ter uma noção real do risco de queda no idoso em casa e, por outro lado, mensurar de que forma o medo de cair tem impacto no autocuidado para, em contexto hospitalar, fazer uma adequada prevenção, preparação para o regresso a casa e articulação com os colegas que prestam cuidados na comunidade.

Com base na evidência científica, constatou-se, durante o período de estágio na USF, que a prevenção de quedas na comunidade, especialmente no que à pessoa idosa diz respeito, precisa de ser melhorada com intervenções como a avaliação do risco de queda a todos os idosos a quem são prestados cuidados, o diagnóstico do risco de queda a esta população e com a definição de intervenções individualizadas para a prevenção da queda e controlo do medo, ajustadas ao risco previamente avaliado. Apurou-se que não existe um registo organizado que inclua dados como a história de quedas ocorridas ou lesões decorrentes de quedas e que a avaliação de risco não é na maior parte das vezes efetuada.

Do ponto de vista da pessoa idosa residente em casa, verificou-se, por um lado, um real medo de cair, através da análise entrevistas efetuadas e da aplicação da FES, condicionando as atividades de vida, e por outro, a presença de vários fatores de risco de queda, que vão além dos biofisiológicos, habitualmente mais valorizados pelos profissionais de saúde.

No hospital, tal como sugere a evidência, observou-se através da monitorização efetuada, uma elevada prevalência de quedas na pessoa idosa (57% no ano de 2017). Por outro lado, a equipa do serviço de medicina apresentava algumas dificuldades na prevenção de quedas, nomeadamente na avaliação de risco, na comunicação (de fatores de risco, de mecanismos de queda, de medidas de prevenção e na atuação após a queda) e na individualização das medidas de prevenção às especificidades únicas de cada pessoa.

Este projeto, desde a sua conceção à implementação, permitiu-me o desenvolvimento de competências de natureza diversa, nomeadamente no domínio técnico, no domínio científico e do conhecimento, no domínio ético e relacional e no domínio da liderança e gestão, como futuro enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente dos cuidados ao idoso.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010) considero ter desenvolvido competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, já que os cuidados prestados e as estratégias de resolução de problemas foram sempre realizados em parceria com a pessoa idosa, respeitando sempre os direitos humanos e tendo como base o código

deontológico do enfermeiro (OE, 2009). No domínio da melhoria da qualidade, o facto de, por um lado, ser dinamizador dos PQCE na área de prevenção de quedas e de, por outro, ter desenvolvido atividades inerentes a este projeto, permitiu-me desenvolver competências neste domínio, ao deter conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua, incorporando esses mesmo conhecimentos na prestação de cuidados. A prevenção de quedas no idoso em ambiente hospitalar compreende necessariamente a criação e a manutenção de um ambiente terapêutico seguro, que foi assegurada e fomentada tanto em casa, como no hospital. No âmbito da gestão de cuidados, ao conduzir e mobilizar a equipa na prevenção de quedas no idoso em ambiente hospitalar, desenvolveram-se competências ao nível da tomada de decisão, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Finalmente, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o desenvolvimento e aplicação deste projeto, auxiliou-me a reconhecer os meus limites pessoais e profissionais, para, partindo destes, reconhecer os meus recursos de forma a adequá-los da melhor forma possível à prática no âmbito na prevenção de quedas na pessoa idosa.

Foi um percurso que não só contribuiu para o desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional, mas que também deixou repercussões positivas nos locais de estágio onde prestei cuidados. Na USF/comunidade ao prestar cuidados direcionados à prevenção de quedas no idoso de acordo com os seus fatores de risco, efetuando simultaneamente formação à equipa de enfermagem/médica. No serviço de Medicina, ao intervir na equipa, melhorando o seu desempenho, envolvimento e nível de conhecimento na prevenção de quedas, evidenciado pelos dados resultantes da aplicação da EPCE como também pela diminuição significativa do número de relatos de queda e lesões decorrentes das mesmas, no período em que decorreu o estágio.

Atualmente e para o futuro, a temática da prevenção de quedas não será, de certo, esquecida. Com base no que foi construído com este projeto, sustentado pelas competências adquiridas como enfermeiro especialista em EMC, é intenção do mestrando continuar a desenvolver conhecimento e trabalho nesta área, continuando a assumir funções como enfermeiro dinamizador dos PQCE na área da prevenção de quedas, e ao mesmo tempo, guiar e estimular a(s) equipa(s) a prestar cuidados individualizados e personalizados à pessoa idosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHRQ (2013a). *Preventing Falls in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care*. EUA: RAND Corporation.

AHRQ (2013b). TeamSteps 2.0 - Team Strategies & Tools to Enhance Performance and Patient Safety. EUA: RAND Corporation. Acedido a: 10/10/2018. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/teamstepps/index.html>

Almeida, B. (2015). *Os Enfermeiros e Conhecer os riscos para melhor prevenir*. Acedido a: 09/10/2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/3731/julho15.pdf>.

Aryee, E., James, S., Hunt, G. & Ryder, H. (2017). Identifying protective and risk factors for injurious falls in patients hospitalized for acute care: a retrospective case-control study. *BMC Geriatrics*.17 (260). DOI 10.1186/s12877-017-0627-9.

Baixinho, C., Dixe, M., Camara, P. & Jesus, E. (2014). TUGT (Timed up and go test): um bom preditor do risco de queda?: Resultados de uma Revisão Sistemática de Literatura. *Revista Referencia; Suplemento*, 1(4): 92.

Baixinho CL, & Dixe MA. (2017). Team practices in fall prevention in institutionalized elderly people: scale design and validation. *Texto Contexto Enferm*; 26(3), e2310016. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002310016>

Barbosa, P., Carvalho, L. & Cruz, C. (2015). *Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. ISBN: 978-989-98443-8-4.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto. ISBN 972-8535-97-X.

Bouldin E., Andresen E., Dunton N., Simon M., Waters T., Liu M., Daniels M., Mion L. & Shorr, R. (2013). *Falls among Adult Patients Hospitalized in the United States: Prevalence and Trends*. 9 (1): 13-17. DOI:10.1097/PTS.0b013e3182699b64.

Boushon B., Nielsen G., Quigley P., Rutherford P., Taylor J., Shannon D. & Rita S. (2012). *How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.

Cameron ID., Gillespie LD., Robertson MC., Murray GR., Hill KD., Cumming RG. & Kerse N. (2012). *Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 12. Art. No.: CD005465. DOI:10.1002/14651858.CD005465.pub3.

Campos, A. C. (2008). *Reformas da Saúde - O fio condutor*. Coimbra: Almedina.

CHLC (2014). Circular Informativa: Procedimento Multisectorial - prevenção e monitorização das quedas em ambiente hospitalar

CHLC (2018a). Base de dados da intranet hospitalar.

CHLC (2018b). Missão, Visão, Valores e Objetivos. Acedido a: 12/09/2018. Disponível em: <http://www.chlc.min-saude.pt/missao-visao-valores-e-objectivos/>

CHLC (2018c). Regulamento interno da unidade funcional do serviço de medicina.

CHLC (2018d). Sistema Integrado da Qualidade e Segurança. Acedido a: 25/09/2018. Disponível em: <http://www.chlc.min-saude.pt/sistema-integrado-da-qualidade-e-seguranca/comissao-da-qualidade-e-seguranca>

Colon-Emeric CS, McConnell E, Pinheiro SO, Corazzini K, Porter K, Earp KM, et al. (2013). CONNECT for Better Fall Prevention in Nursing Homes: Results from a Pilot Intervention Study. *J Am Geriatr Soc*. 61(12): 2150–9. doi:10.1111/jgs.12550. doi: 10.1111/jgs.12550.

Cunha, S. (2013). *Quedas dos Doentes no Hospital de Braga: Análise dos Eventos e Custos Associados*. Escola de Engenharia: Universidade do Minho para obtenção do grau de mestre. Braga.

Decreto-Lei n.º 298/2007. Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF). *Diário da República*, 1.ª série. 161. 22/08/2007. 5587-5596

DGS (2012). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes*. Lisboa: Ministério da Saúde.

DGS (2015). Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Plano Nacional Para a Segurança dos doentes 2015-2020. *Diário da República – 2ª Serie*, Nº28 (10/02/2015).

DGS (2017). *Portugal Saúde em Números*. (5). Lisboa: Ministério da Saúde.

DGS (2018). Principais Indicadores da Saúde para Portugal., 2013-2017. Acedido a: 03/10/2018. Disponível em: [file:///C:/Users/hp/Downloads/i024591%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/hp/Downloads/i024591%20(3).pdf).

Duarte, M. (2011). *Caracterização e impacte das quedas de doentes, como indicador de qualidade, num Hospital E.P.E.* Tese de Mestrado. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.

Duffy, A. (2013). The assessment and management of falls in residential care settings. BJN, 22(5): 259-63. doi: <https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.5.259>

Fixsen, D., Scott, V., Blasé, K., Naoom, S. & Magar, L. (2011). When evidence is not enough: the challenge of implementing fall prevention strategies. Journal of Safety Research, 42(6): 419-422. doi: 10.1016/j.jsr.2011.10.002. Epub 2011 Oct 31.

Fletcher A. & Marchildon G. (2014). Using the Delphi Method for Qualitative, Participatory Action Research in Health Leadership. IJQM.13(1):1-18. doi: <https://doi.org/10.1177/160940691401300101>

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Graham, B. (2012). Examining Evidence-Based Interventions to Prevent Inpatient Falls. *Medsurg Nursing*. 21(5), 267-270.

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.

Grisham T. (2008). The Delphi technique: a method for testing complex and multifaceted topics. International Journal of Managing Projects in Business. 2(1): 112-130. DOI 10.1108/17538370910930545.

Gu, Y., Balcaen, K., Ni, Y., Ampe, J. & Goffin, J. (2015). Review on prevention of falls in hospital settings. *Chinese Nursing Research*. (3), 7-10. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cnre.2015.11.002>.

Hadassah, M. (2017). Falls Prevention in Hospitals-the Need for a New Approach an Integrative Article. *Nursing & Care Open Access Journal*. 2(3): 03-96. DOI: 10.15406/ncoaj.2017.02.00040.

Hill AM, Hoffmann T.& Haines T. (2013). Circumstances of falls and falls-related injuries in a cohort of older patients following hospital discharge. *Clinical Interventions in Aging*. 8, 765-774. doi: 10.2147/CIA.S45891. Epub 2013 Jun 24.

Instituto Nacional de Estatística (2016). *Estatísticas demográficas 2015*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Joint Comission (2015). *Preventing falls and fall-related injuries in health care facilities*. *Sentinel Event Alert* Issue. 55.

Lunsford, B.& Wilson L. (2015). Assessing your patients' risk for falling. *American Nurse Today*. 10 (7), 29-31.

Marques-Vieira, C., Sousa, L., Severino, S., Sousa, L. & Caldeira, S. (2016). Cross-cultural validation of the falls efficacy scale international in Elderly: Systematic literature review. *JCGG*, 7:72-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcgg.2015.12.002>

Melo, C. (2003). *Adaptação Cultural e Validação da Escala "FALLS EFFICACY SCALE" de Tinetti*. *Ifisionline*,1(2):33-43.

McCormack, B. & McCance, T. (2006). *Development of a framework for person-centred nursing*. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479.

McCormack, B. & McCance, T. (2016). *Person-Centred Practice in Nursing Health Care*. (2). UK: John Wiley & Sons Ltd.

Morse J. (2009). *Preventing Patient Falls: Establishing a Fall Intervention Program*. (2^a ed.). Nova Iorque: Springer Publishing Company.

Nascimento J. & Tavares D. (2016). *Prevalence and factors associated with falls in the elderly*. *Texto Contexto - Enfermagem*, 2016; 25(2): e0360015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000360015>.

NICE (2013). *Falls in older people: assessing risk and Falls in older people: assessing risk and prevention*. Reino Unido: National Institute for Health and Care Excellence.

NICE (2017). *Falls in older people overview*. Reino Unido: National Institute for Health and Care Excellence.

Nitz J., Cyarto E., Andrews S., Fearn M., Fu S., Haines T., Haralambous B., Hill K., Hunt S., Lea E., Moore K., Renehan E. & Robinson A. (2012). Outcomes from the implementation of a facility-specific evidence-based falls prevention intervention program in residential aged care. *Geriatr Nurs*, 33(1): 41-50. doi: 10.1016/j.gerinurse.2011.11.002. Epub 2011 Dec 30.

OMS (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. France: World Health Organization.

OMS (2016). *Falls – Fact Sheet*. Acedido a 03/10/2018. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico do Enfermeiro: inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros publicado no anexo da Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro de 2009*. Acedido: 25/10/2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2010) - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido a 03/10/2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-das-compet%C3%A2ncias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-compet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pearson, K. & Coburn, A. (2011). Evidence-based Falls Prevention in Critical Access Hospitals. Policy Brief. 24.

Pordata (2015). *Retrato de Portugal na Europa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Quigley, P. (2015). We've made gains in preventing falls, but more work remains. *American Nurse Today*. 10 (7): 28.

Quigley, P. & White, S. (2017). Hospital-Based Fall Program Measurement and Improvement in High Reliability Organizations. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 18 (2):5. DOI: 10.3912/OJIN.Vol18No02Man05.

Robertson, B., Delk, M., Patrick, S., Kimrey, M., Green, B., Gallagher, E. (2017). Effectiveness of Team Training on Fall Prevention. Acedido a: 11/10/2018. Disponível em: <https://www.nursingrepository.org/handle/10755/601779>.

Singh I. & Okeke J. (2018). *Reducing inpatient falls in a 100% single room elderly care environment: evaluation of the impact of a systematic nurse training programme on falls risk assessment (FRA)*. BMJ Quality Improvement Reports. 5:u210921.w4741.

Spirgiené, L., Bosh-Leertouwer, H., Watson, M., Spirgys, A. & Nadirbekova, G. (2013). Improving patient safety: implementation of falls prevention strategy in hospital Fall prevention education. *Gerontologija*. 14(4). 235-242.

Spiva, L., Robertson, B., Delk, M. L., Patrick, S., Kimrey, M. M., Green, B., & Gallagher, E. (2014). Effectiveness of team training on fall prevention. *Journal of Nursing Care Quality*, 29(2): 164. doi:10.1097/NCQ.0b013e3182a98247

Stephenson, M., McArthur, A., Giles, K., Lockwood, C., Aromataris, E., Pearson, A. (2015). Prevention of falls in acute hospital settings: a multi-site audit and best practice implementation project. *International Journal for Quality in Health Care*. 28(1):92-8. doi: 10.1093/intqhc/mzv113. Epub 2015 Dec 17.

Taylor, J.A., Parmelee, P., Brown, H., & Ouslander, J.G. (2005). The falls management program: a quality improvement initiative for nursing facilities. Georgia: Agency for Healthcare Research and Quality.

Teresi, J.A., *et al.* (2013). Comparative effectiveness of implementing evidenced-based education and best practices in nursing homes: effects on falls, quality-of-life and societal costs. *International Journal of Nursing Studies*, 50(4): 448-463. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2011.07.003

Tojal, A. (2011). *Percepção dos enfermeiros sobre a formação em serviço*. (Dissertação de mestrado). Acedido a: 10/10/2018. Disponível em: file:///C:/Users/hp/Downloads/D2011_10001822012_2816032_1.pdf.

Tzeng, H. (2011). Nurses' Caring Attitude: Fall Prevention Program Implementation as an Example of Its Importance. *Nursing Forum*. 46(3), 137-145. doi: 10.1111/j.1744-6198.2011.00222.x.

Vaccari, L., Lenardt, M., Willig, M., Betioli, S., Oliveira, E. (2014). *Safety of the hospital environment in terms of preventing falls on the part of the elderly: a descriptive study*. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 13 (3) :271-281. doi: <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20144753>.

Viernes, J. A. (2016). An Interdisciplinary Approach to Reducing Falls: Utilizing Team Huddles and Visual Aids to Increase Nursing Staff and Patient Knowledge on T.E.A.M. Fall Risk Interventions. *USF Scholarship: a digital repository @ Gleeson Library |Geschke Center*. San Francisco. <https://repository.usfca.edu/capstone/297>.

Waltz, C., Strickland, O., & Lenz, E. (2016). *Measurement in Nursing and Health Research* (5th. Ed.). New York: Springer Publishing Company.

Weil, T. (2015). Patient falls in hospitals: An increasing problem. *Geriatric Nursing*. 36(5):342-7. doi: 10.1016/j.gerinurse.2015.07.004. Epub 2015 Aug 22.

APÊNDICES

APÊNDICE I:
Questionários às Enfermeiras da USF

QUESTIONÁRIO

No âmbito do 7º Curso de Pós-licenciatura e Mestrado na área de especialização em Enfermagem médico-cirúrgica na vertente dos cuidados à pessoa idosa e no estágio que se traduz na aplicação do projeto de Mestrado subordinado ao tema “Prevenção de quedas no idoso em ambiente hospitalar”, venho solicitar a participação no preenchimento de um breve questionário dirigido à equipa de enfermagem. As perguntas dizem respeito à prevenção de quedas no idoso na comunidade. Não requer identificação, garantindo-se assim o anonimato.

Obrigado!

Idade: ____

Experiencia profissional (anos)_____

Habilitações literárias:

Licenciatura ☐ Pós-Licenciatura de Especialização ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐

- 1. Com base no seu contexto profissional, como considera ser a incidência de quedas no idoso na comunidade?**

2. Faz avaliação de risco queda aos utentes idosos?

Sim ☐

Não ☐

Esporadicamente ☐

2.1. Se sim, que escala(s) de avaliação utiliza?

2.2. Se não, porque considera que o risco não é avaliado?

3. Quando identificados utentes idosos com queda são prestados, na sua opinião, cuidados diferenciados a esses mesmos utentes? (ex.: na avaliação de risco, no acompanhamento no domicílio, na avaliação de risco ambiental...)?

Obrigado

Luís Cunha

APÊNDICE II:
Guião de entrevista

Guião orientador para colheita de dados (entrevista)

Nome, Data de nascimento, Estado civil

Escolaridade, Profissão, Morada, Rendimentos

Onde vive – tipo de habitação: própria, alugada, etc.

Características habitacionais (elevador, escadas, ...)

Co-habitantes

Família/ rede de suporte existente

Hábitos de vida (rotinas diárias, contactos sociais, ...)

Patologias (altura do diagnóstico e internamentos anteriores)

Medicação em ambulatório (conhecimento da medicação)

Seguimento médico e de enfermagem em ambulatório

Gestão de terapêutica em ambulatório – adesão terapêutica / conhecimento dos fármacos

Crenças de saúde e face às patologias

Necessidade actual de cuidados (dificuldades/facilidades)

Expectativas para o futuro

Sentimentos do próprio, relativos à sua situação pessoal e sócio-familiar:

- **Positivos** – “o que está bem”; “o que lhe dá forças”, “o que lhe dá prazer”

- **Negativos** – “o que não está bem”, “o que o faz sentir-se incomodado/mal/desiludido”, o que sente face a estes aspectos menos bons, estratégias que considera que podem ajudar a superar

APÊNDICE III:
Estudo de caso

INTRODUÇÃO

O aumento do envelhecimento da população e da longevidade dos indivíduos é um fenómeno a que temos assistido nas últimas décadas. Em Portugal entre 2013-2015, a esperança de vida à nascença era de 80,41 anos tendo também o índice de envelhecimento aumentado, para 146,5 idosos por cada 100 jovens. (INE, 2016). Espera-se que esta tendência permaneça, prevendo-se que em 2060 o índice de envelhecimento cresça para 307 idosos por cada 100 jovens (INE, 2016).

De acordo com a OMS (2002), o envelhecimento da população tem um impacto positivo para as políticas de saúde, bem como para o desenvolvimento social e económico mundial. Isto significa que, ao longo dos tempos as mudanças socioculturais e as políticas de saúde instituídas têm apresentado benefícios nomeadamente na diminuição das taxas de mortalidade infantil e o aumento da esperança média de vida. No entanto, este aumento pode não significar necessariamente que estes anos sejam vividos com qualidade. Em Portugal verifica-se que a esperança de vida em saúde é menor que a esperança de vida à nascença. Em 2014 a esperança de vida em saúde foi estimada em 58,3 anos para os homens e 55,4 anos para as mulheres (INE, 2016).

Com o maior número de idosos observou-se o aumento na incidência de doenças crónicas e degenerativas, que muitas vezes são acompanhadas por sequelas, limitando o desempenho funcional e gerando dependência (Vieira, 2016).

A vulnerabilidade do ser idoso, está não só relacionada com o conjunto de doenças, mas também com a consequência de acidentes, como as quedas, que podem ter impacto mais ou menos permanentes na vida do idoso. As pessoas são seres bípedes, que recorrem ao andar para se deslocarem de um lugar para outro e garantindo assim a sua independência. O caminhar é considerado a atividade física mais comum entre os idosos, e é aquela que é praticada com maior regularidade comparativamente a outras atividades mais vigorosas (Shahar et al., 2012) e depende do equilíbrio, mobilidade articular, resistência e força muscular (Adell et al., 2012). As alterações na mobilidade podem ocorrer ao longo do ciclo de vida e, quando inesperadas, podem colocar o idoso em situações de vulnerabilidade e dependência. Quanto mais cedo o idoso recuperar a capacidade de andar, mais depressa se torna independente para outras atividades de vida (Baixinho, 2008).

Schrack et al. (2010), referem que a diminuição na velocidade da marcha é um preditor de incapacidade, no que concerne à necessidade de recorrer aos cuidados de saúde, institucionalização em lares e mortalidade dos idosos, sendo que a fadiga é frequentemente a maior causa de incapacidade de marcha no idoso. Já a velocidade de marcha diminui com a idade e é, também, um significativo preditor de morbilidade e mortalidade (Shahar et al., 2012).

Manter a autonomia e a independência durante o processo de envelhecimento assume-se como uma meta fundamental para indivíduos e governantes (WHO, 2005), porque uma vida ativa melhora a saúde mental e promove contactos sociais. A atividade promove a independência, diminui o risco e a ocorrência de quedas e promove a saúde mental (WHO, 2005).

Para a realização deste estudo de caso decidi basear-me no modelo teórico de Betty Neuman: o Modelo de Sistemas, uma vez que preconiza uma visão abrangente do indivíduo, dando especial atenção aos seus recursos fortalecedores como forma de prevenção das perturbações ao seu equilíbrio e privilegiando a manutenção da homeostasia e equilíbrio do sistema.

Para a definição dos problemas e diagnósticos de enfermagem, foi utilizada a Taxonomia NANDA. Assim, foram definidas as intervenções de enfermagem a implementar com vista à resolução dos problemas previamente identificados e realizada a respetiva avaliação.

1. ESTUDO DE CASO NA PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO DE DÉFICE DE MOBILIDADE – MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman tem por base a teoria geral dos sistemas e encara o indivíduo como um sistema aberto, isto é, um sistema constituído por fatores comuns e características inatas, trocando energia e informação com os elementos que o rodeiam, mais especificamente com agentes stressores que podem desequilibrar o sistema. Assim sendo, os stressores requerem a adaptação ao problema (Tomey & Alligood, 2004).

O sistema do utente é composto por uma estrutura básica de factores de sobrevivência (núcleo central ou *core*), circundada por anéis protetores concêntricos: a linha de defesa normal, a linha flexível de defesa e as linhas de resistência (*figura 1*). Esta estrutura básica representa os fatores de sobrevivência comuns a todos os seres humanos, bem como os fatores que são individuais e específicos para cada pessoa, (Tomey & Alligood, 2004).

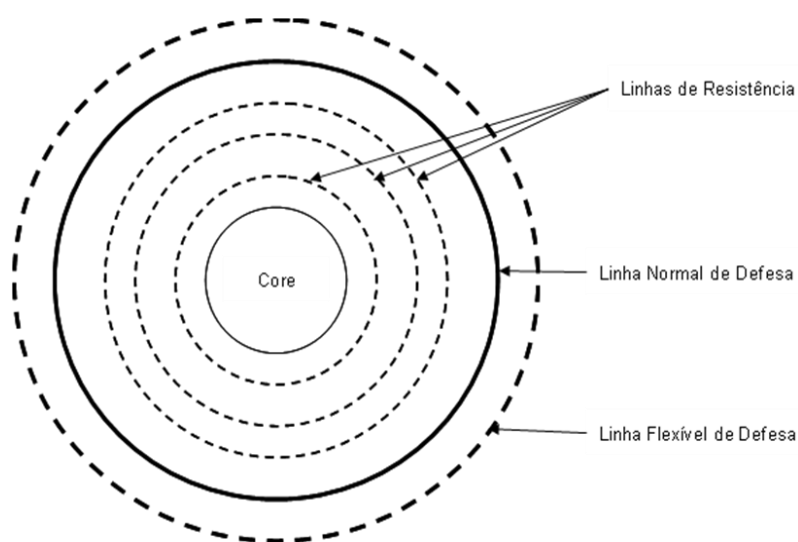


Figura 1 – Sistema do utente de acordo com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

1.1. Caracterização do Core

1.1.1. Identificação da pessoa idosa e do seu contexto de vida

Este estudo apresenta diz respeito a uma idosa utente da USF do ACES Lisboa Central.

A colheita de dados foi efetuada através da realização de entrevista ao utente mediante o uso de um guião orientador (ver *anexo I*) e a consulta do processo clínico. A família da utente não esteve presente durante a entrevista realizada.

Nome: Sr^a E. R.

Data de nascimento: 15/08/1934 (84 anos).

Residência: Freguesia de Marvila – Lisboa.

Estado Civil: Casada.

Escolaridade: 4^a classe (incompleta).

Profissão: trabalhou no bar e cozinha do aeroporto de Lisboa.

Rendimentos: Em conjunto com pensão do marido auferir uma reforma de cerca de 500€.

Aplicação da Notação Social das Famílias (Graffar): Score 18 – Classe IV – Média Baixa.

Aplicação da Escala de Lawton: Score 45 – Independência total.

Aplicação do Índice de Katz: Score 17 – Independente.

Falls Efficacy Scale (FES): 8 em 10 questões pontuadas com 8 (Muito Confiante).

Peso: 68kg (IMC: 29.45).

Altura: 152cm.

Habitação: Apartamento T2, situado num prédio dos anos 70. Prédio com 4 pisos e 1 elevador. É um apartamento alugado, mas que acabou por adquirir recentemente, onde vive desde 1981. Vive só desde que o marido faleceu, há 5 anos. As divisões existentes são a cozinha, um wc, quarto onde dorme, outro pequeno quarto, dispensa e uma sala.

Características habitacionais e de saneamento: Casa com água canalizada, luz elétrica e gás recentemente adaptado para gás natural. As limpezas estão a cargo da própria, com colaboração pontual dos filhos.

Rede de suporte sócio-familiar: Viúva, o marido faleceu em 2012. Refere que tinha uma “muito boa” relação (sic) e de quem tem “muitas saudades” (sic) Tem dois filhos, um de 60 anos (Q), com quem diz ter melhor relação, e outro de 57 anos (J), ambos vivendo em casas próprias. Tem dois netos e uma neta (filha do seu filho Q) com quem diz ter uma “relação muito próxima” (sic). Refere ter tido 10 irmãos, restando-lhe apenas uma irmã viva, 4 anos mais velha, que vive na freguesia dos Olivais e com quem admite ter contacto pontual. Diz sentir-se triste por estar só, especialmente desde a morte do marido. Por vezes participa em excursões/ convívios com pessoas do bairro, que segundo a própria são das atividades que atualmente mais preza. Faz compras de forma autónoma, na maior parte das vezes no mercado de Alvalade, até onde se desloca de autocarro.

Rede de suporte social: as refeições são confeccionadas por si, almoçando e jantando diariamente em casa. As limpezas são também efetuadas por si e pontualmente com a ajuda dos filhos. Sugere a criação de um espaço de convívio para idosos que diz não existir.

1.1.2. Identificação, caracterização e descrição da situação de cuidados

História pessoal e história da doença:

Utente com antecedentes pessoais de:

- Hipertensão arterial;
 - Osteoporose;
 - Hipotireoidismo;
 - Atrite reumatoide;
 - Infecção respiratória;
 - Incontinência urinária;
 - Bursite do cotovelo esquerdo;
 - Ferida traumática na face anterior da perna esquerda originada por queda.
-

Medicada em ambulatório com:

Levotiroxina 0,1mg ao PA; Etoricoxib 90mg; Paracetamol 1g ao almoço; Metamizol magnésio 575 1 ao PA; Adulgur 1 ao almoço; Spasmolex 20mg 1 de Manhã e 1 à Noite; Omeprazol 1 em Jejum.

Diz ser independente na gestão e toma da terapêutica, no entanto quando questionada sobre a mesma, confunde e esquece-se de medicamentos, doses e horários.

História da doença atual:

A Sr^a E.R., há cerca de 2 semanas encontrava-se na sua casa em Lamego onde tinha ido com o filho passar o fim de semana. De noite, levantou-se da cama para urinar, não ligou a luz e ao não ver o degrau da escada, caiu e embateu com a região lombar, resultando também uma ferida na face anterior da perna direita, circular, com cerca de 2cm por 2cm, superficial, bordos regulares e tecido de granulação. A família contactou o INEM e acabou por ser assistida no hospital da área. Da queda resultou a referida ferida que atualmente motiva os tratamentos de enfermagem à mesma no domicílio duas vezes por semana. Além da lesão, diz sentir desde então um agravamento nas dores, essencialmente a nível do membro inferior direito, joelho esquerdo e região lombar. Refere ter tido outra queda em 2017, não sabendo especificar a data exata: em casa ao abrir a caixa do correio, escorregou num “líquido” que se encontrava no chão e caiu. Diz não ter apresentado lesões, além de dores generalizadas que, entretanto, reverteram parcialmente com a toma de medicação analgésica.

Aplicação da escala de avaliação do risco de queda – TUGT:

23,4s – Risco de queda

Aplicação da escala de avaliação da força muscular – escala de Lovett (nos membros inferiores):

4/5 Contração muscular, com movimento articular completo, vencendo a gravidade, mas sem resistência total mantida.

RESUMO DO DIÁRIO CLÍNICO:

Alimentação e hidratação: Alimenta-se por mão própria e confeciona os seus próprios alimentos. Faz compras habitualmente no mercado de Alvalade até onde se desloca de autocarro. Diz não ter alergias ou restrições alimentares, tendo segundo a própria uma alimentação variada. Tem a maioria das peças dentárias, não tendo dificuldades a nível da mastigação.

IMC (índice de massa corporal): 29,45kg/m².

Respiração: eupneica em repouso e em atividade.

Circulação: hemodinamicamente estável (TA e P controlados) e tendencialmente normotensa. Avaliada TA = 136/82mmHg numa das visitas efetuadas.

Temperatura corporal: apirética

Comunicação: apresentava discurso sem alterações. Consciente, orientada auto e alopsiquicamente, no tempo e no espaço. No entanto apresenta alguns lapsos de memória para factos recentes. Ex: Não consegue especificar em que mês ocorreu a primeira queda de 2017 e mais recentemente desta última – Num primeiro momento refere que foi há 15 dias, mas não se lembra do dia do mês ou da semana.

Sono e repouso: refere por vezes não conseguir dormir, devido “às dores” (sic). Não toma medicação para o efeito.

Eliminação vesical: refere incontinência urinária. Usa fralda, especialmente quando sai de casa.

Eliminação intestinal: evacua no wc diariamente, segundo a própria fezes de características normais.

Mobilização: comprometida na medida em que apresenta alguma diminuição de força muscular nos membros inferiores (4 em 5 na escala de Lovett). Dá passos curtos e lentos. Usa bengala essencialmente quando se desloca à rua. Em casa, segundo a utente, é raro sentir necessidade de usar a bengala, apoiando-se por vezes na mobília. Em casa refere conseguir realizar a maior parte das atividades, exceto as limpezas mais profundas e principalmente a higiene pessoal, devido ao facto do wc possuir banheira que acaba por constituir uma barreira difícil de transpor. Teve duas quedas no ultimo ano em casa aparentemente causadas por desequilíbrio/instabilidade postural.

1.2. Identificação/ caracterização das linhas de resistência

Segundo Tomey e Alligood (2004) as linhas de resistência são *“as séries de anéis quebrados que circundam a estrutura nuclear básica. Estes anéis representam os factores de recurso que ajudam o cliente a lutar contra um stressor”*.

Desta forma, as linhas de resistência deste doente serão caracterizadas por:

- Boa resposta aos tratamentos
- Relação com esposa e filha;
- Força anímica sustentada pela crença de que vai voltar a andar.

1.3. Identificação/ caracterização da linha normal de defesa

A Linha de Defesa Normal é o *“círculo sólido exterior do modelo. Representa um estado de estabilidade para o indivíduo ou sistema. É preservada ao longo do tempo e funciona como padrão para apreciar os desvios do habitual bem-estar do cliente. Inclui variáveis e comportamentos do sistema, tais como os padrões normais de coping do cliente, estilo de vida e estágio de desenvolvimento”* (Tomey & Alligood, 2004).

No caso do Sr^a. E.R., a linha normal de defesa desta utente será constituída por:

- Orgulho em conseguir manter-se independente apesar das limitações;
 - Relação com os filhos, especialmente com o filho mais velho;
 - Confraternização com vizinhos/amigos no centro de idosos que frequenta e participação em excursões.
-

1.4. Identificação/ caracterização da linha flexível de defesa

A Linha de Defesa Flexível, é o anel externo, *“é dinâmica e pode ser rapidamente alterada num curto espaço de tempo. É entendida como um pára-choques protector para impedir que os stressores atravessem o normal estado de bem-estar, conforme representado pela linha de defesa normal”* (Tomey & Alligood, 2004).

Assim, a linha flexível de defesa do Sr. A.M. será constituída por:

- O apoio prestado pela USF;
- A instituição de apoio ao idoso que a utente frequenta;
- A relação de ajuda prestada pela equipa de saúde.

1.5. Identificação dos stressores segundo o modelo teórico de Betty Neuman

Como já foi referido, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman considera sistema do utente composto por uma estrutura básica de fatores de sobrevivência (núcleo central), circundada por anéis protetores concêntricos: linha de defesa normal, linha de defesa flexível e linhas de resistência. Esta estrutura básica representa os fatores de sobrevivência comuns e individuais a todas as pessoas, (Tomey & Alligood, 2004).

Os chamados agentes de stress, preconizados pela autora, podem dividir-se consoante a sua natureza: fatores intrapessoais, fatores interpessoais e fatores extrapessoais (forças do exterior que atuam sobre a pessoa), que se interligam com as variáveis que constituem o indivíduo (Tomey & Alligood, 2004).

. Assim torna-se crucial que se identifiquem os fatores de stress para que a pessoa possa superá-los e adaptar-se ao meio em que se encontra, ultrapassando os problemas. No entanto, esta capacidade de adaptação difere de indivíduo, pois cada pessoa dispõe de recursos internos e externos diferentes.

Para a Sra. E. R. foram identificados os seguintes stressores, como explicitado no Quadro 1:

	Variável Fisiológica	Variável Psicológica	Variável Sócio-cultural	Variável Desenvolvimento	Variável Espiritual
Domínio Intra-pessoal	Instabilidade postural e instabilidade na marcha Dores intermitentes nos ombros, joelhos, região lombar, mais acentuadas à noite (Osteoporose, quedas, osteoartrose do joelho)	Apesar de referir dores essencialmente à noite, incontinência urinária, ferida na face anterior da perna direita, o que causa maior stress na utente acaba por ser a ausência do marido e o facto de os filhos não a visitarem mais vezes.	Apesar de confraternizar periodicamente com amigos/vizinhos, refere sentir-se só devido ao facto de o marido ter falecido há 5 anos.		
Domínio Inter-pessoal			Gostaria de confraternizar mais com os vizinhos/amigos como por exemplo realizado excursões Gostaria de estar com os filhos e neta mais vezes		
Domínio Extra-pessoal				O wc da sua casa possui banheira alta o que segundo a própria dificulta bastante a realização dos cuidados de higiene.	

Quadro 1 – Identificação de stressors segundo o modelo teórico de Betty Neuman.

2. DEFINIÇÃO DE DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Numa era em que a uniformização da linguagem em enfermagem é imprescindível para a prestação de cuidados de enfermagem, a necessidade de uma taxonomia formal para os diagnósticos de enfermagem é cada vez mais uma realidade. Assim, os diagnósticos de enfermagem do presente estudo de caso foram definidos utilizando a taxonomia NANDA.

Segundo Vieira (2016), NANDA-I é a classificação de diagnósticos de enfermagem submetida a maior número de estudos de investigação. É caracterizada pela objetividade e, comparativamente à CIPE®, que é uma classificação de termos, é considerada mais adequada para o raciocínio clínico do enfermeiro e para a definição de diagnósticos.

Com base nos stressores previamente identificados com o doente, foram assim definidos os diagnósticos de enfermagem. As intervenções foram baseadas nas entrevistas realizadas ao doente e família, na informação disponibilizada pelo processo clínico e do trabalho decorrente da articulação com a equipa de saúde.

2.1. Dor crónica, relacionada com hipotireoidismo, artrite reumatoide e queda

A Sr^a E. R. refere queixas articulares generalizadas mais acentuadas à noite e de manhã. Quando entrevistada não referiu queixas (0 na escala numérica). Refere ainda dor no membro inferior direito, especialmente ao toque e quando faz movimentos na face anterior do membro inferior direito, decorrente da queda de há 2 semanas atrás. Quando questionada sobre a terapêutica, referia não ter dúvidas quando à toma da mesma, no entanto, além de não conhecer completamente as indicações terapêuticas da mesma e possuir medicação fora do prazo de validade, trocava medicação, posologias. Foi feito ensino relativo à toma correta de medicação e suas indicações terapêuticas e a enfermeira da USF sinalizou a situação de forma a monitorizar a mesma em próximas visitas.

2.2. Mobilidade física prejudicada, relacionada com doença crónica (artrite reumatoide) e lesão na face anterior da perna esquerda decorrente de queda manifestada por perda de autonomia no andar (canadiana) .

Aparenta boa adaptação à canadiana, não sabendo especificar há quanto tempo a usa. No entanto, o wc possui banheira que, por ser relativamente alta, provoca grandes dificuldades no cuidar da sua higiene pessoal. Neste sentido foi sugerido pedir auxílio aos filhos/noras já que a Sr^a E.R. recusa à partida qualquer tipo de apoio domiciliário. Foi também feito ensino no que toca ao mobiliário da casa, após se ter aplicado o registo de “Segurança do Ambiente Físico e Barreiras Arquitetónicas no domicílio”, onde se observou, além da banheira, a presença de tapetes móveis em vários pontos da casa e de mobiliário que potencialmente pode obstruir a passagem no hall de entrada.

2.3. Risco de queda relacionado com idade (84A), patologia osteoarticular, incontinência urinária, fatores ambientais, antecedentes de queda e uso de dispositivo auxiliar de marcha (bengala).

A Sr^a E.R. teve 2 episódios de queda em 2017. Quando aplicado o teste TUGT, levou 23,4s a realiza-lo indicado risco de queda. Apresenta alguma diminuição da força muscular nos membros inferiores (4 em 5 na escala de Lovett). Após se aplicar a versão portuguesa da Falls Efficacy Scale (FES), constatou-se que a mesma refere pouca confiança (2) para tomar banho, chegar aos armários e fazer pequenas compras, referindo ter “medo de cair” (sic). O registo de observações da segurança do ambiente físico e barreiras arquitetónicas no domicílio revelou-nos a presença de alguns tapetes pouco seguros, nomeadamente na cozinha e no quarto de dormir, mas principalmente a presença de banheira relativamente alta, que segundo a Sr^a E.R., a limita bastante nos cuidados de higiene. Foram feitos ensinamentos relativos à necessidade de eliminar tapetes ou adquirir tapetes antiderrapantes. Quanto à banheira, a Sr^a E.R. referiu que iria tentar perceber com o filho se este conseguiria responsabilizar-se pela transformação da banheira em poliban. Verificou-se que o calçado também não seria o mais adequado, pelo que sugeriu à utente o uso de calçado fechado com sola antiderrapante. Verificou-se também a terapêutica prescrita e como foi atrás referido, foi feito ensino relativo à correta administração da mesma.

Sugeri o uso de fralda/cueca, especialmente à noite, de forma a impedir os levantes bruscos para urinar que poderão originar quedas, tal como a ultima que se verificou e da qual resultou a lesão no membro inferior direito. Sugeriu-se à Sr^a E.M. pedir auxilio aos filhos para as compras mais volumosas e que impliquem deslocações a distancias maiores de forma a minimizar o uso da bengala e o risco de queda associado.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adell E., Wehmhórner S., Rydwik E. (2012). *The Test-Retest Reliability of 10 Meters Maximal Walking speed in older people living in a residential care unit*. Journal of GERIATRIC Physical Therapy. 35(10):1-4.

Baixinho C. (2008). *Capacidade de deambulação após fractura do colo do fémur: Revisão sistemática da literatura*. Referência. II(8).79-86.

Instituto Nacional de Estatística (2016). *Estatísticas demográficas 2015*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística

Lord S, Rochester L. Walking in the real world: Concepts related to functional gait. J Physiotherapy [Internet]. 2007 [cited 2015 Feb 15]; 35(3):126-30. Available from: <http://physiotherapy.org.nz/assets/Professionaldev/Journal/2007-November/2007Novcommentary.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010) – *Regulamento das Competencias Comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_IdoneidadeFormativa_AG29Maio2010_VCorrecta_25Jun2010.pdf

Schrack JA, Simonsick EM, Ferrucci L. *The energetic pathway to mobility loss: An emerging new framework for longitudinal studies on aging*. J Am Geriatr Soc. Acedido a: 22/06/2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3057770/>

Shahar D, Houston D, Hue T, Lee J, Sahyoun N, Tyllavsky F... Harris T. (2012). *Adherence to mediterranean diet and decline in walking speed over 8 years in community-dwelling older adults*. JAGS 60(10). 1881-1888

Tomey A., Alligood, M. (2004). Teóricas de enfermagem e sua obra: modelos e teorias de enfermagem. 5ª edição, Loures: Lusociência.

Vieira C., Sousa, L., Sousa, L., Berenger, S. (2016) *O Diagnóstico de Enfermagem "Andar Comprometido" nos Idosos: Revisão Sistemática da Literatura*. Texto & Contexto – Enfermagem. 25(3). 1-10

WHO (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde

APÊNDICE IV:
Ação de formação na USF

PREVENÇÃO DE QUEDAS NO IDOSO

AUTOR: LUÍS CUNHA

ENF. ORIENTADORA: ENF. ANA FILIPA SILVA

PROF. ORIENTADORA: PROF. CRISTINA BAIXINHO



FINALIDADE

- Compreender a problemática do risco de queda na população idosa residente na comunidade

OBJETIVOS

Identificar o risco de queda no idoso em casa

Analisar os fatores de risco de queda presentes no domicílio

Descrever o medo de cair em idosos residentes em casa e o impacto no autocuidado

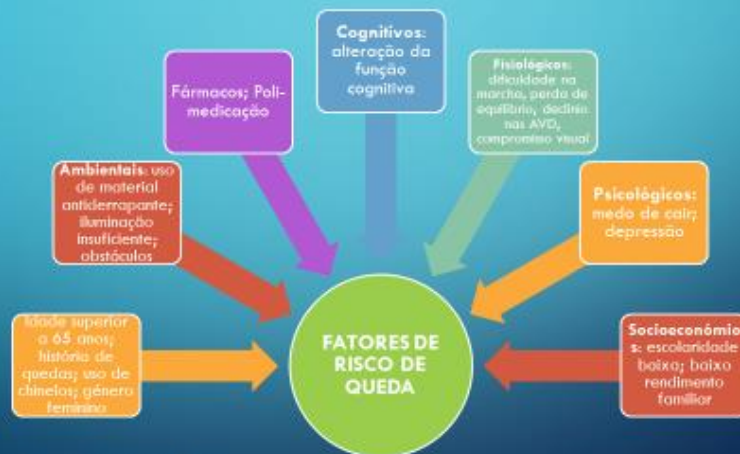
3

DEFINIÇÃO

- Podemos definir queda como o evento que leva a pessoa a *"inadvertidamente ficar no solo ou em outro nível inferior"* (OMS, 2007:9),

4

FATORES DE RISCO NA COMUNIDADE



(OMS, 2007) (Sousa et al, 2016)

6

TIPOS DE QUEDA



(Morse, 2009)

5

QUEDAS NA COMUNIDADE

Os idosos têm o maior risco de morte ou lesões graves decorrentes de uma queda e o risco aumenta com a idade. (OMS, 2016)

As quedas são o maior motivo para idas aos serviços de urgência e admissões no hospital em pessoas com mais de 65 anos. (ACSQHC, 2009)

Entre 28 a 35% da população com idade igual ou superior a 65 anos de idade sofre uma queda todos os anos, aumentando esta prevalência para 32 a 42% na população com idade superior a 70 anos de idade. (PNS, 2015)

7

QUEDAS NA COMUNIDADE

Os idosos têm baixos níveis de conhecimento sobre as estratégias adequadas de prevenção de quedas após a alta, apesar do aumento do risco de quedas durante esse período.

Estudos sugerem que os profissionais de saúde devem projetar programas de prevenção de quedas direcionados especificamente a idosos no momento da alta.

A incidência de quedas no período pós-alta demonstrou ser maior do que na população residente na comunidade

(Hill, A., Hoffman T., Haines, T., 2013)

8

QUEDAS 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, A., Hoffman T., Haines, T., 2013)

Existe uma relação entre o medo de cair e o declínio nas atividades de vida do idoso e consequente deterioração na qualidade de vida (Melo, 2003).

O custo médio por cada episódio de queda com dano, envolvendo uma pessoa com idade igual ou superior a 65 anos, é de cerca de 2 900 euros. (DGS, 2015)

9

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUEDA

O USO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO VALIDADOS É O PILAR NA PREVENÇÃO DE QUEDAS (Gu et al, 2015)

- História das quedas.
- Problemas de mobilidade e uso de dispositivos de assistência
- Medicação (que possa provocar sedação, confusão, perda de equilíbrio ou alterações tensão arterial ortostática)
- Estado mental
- Incontinência
- Défice visual

(AHRQ, 2013)

10

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

- Entrevista aos enfermeiros da USF (como fazem a avaliação do risco?)
- Recolher dados junto do idoso e família sobre a ocorrência de quedas, mecanismo de queda, lesões associadas e medo de cair
- Entrevista ao idoso e cuidador informal sobre as medidas de prevenção de queda
- Avaliação do risco de queda no contexto de visita domiciliária (biofisiológico, comportamental e ambiental).
- Questionar o idoso sobre o medo de cair, o impacto que o medo de cair tem na realização das AVD e as restrições ao autocuidado após queda

11

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Timed Up and Go Test (TUGT)
- FES (Falls Efficacy Scale)
- Registo de Observação da Segurança do Ambiente Físico e Barreiras Arquitetónicas no domicílio
- Questionário às Enfermeiras da USF

12

TIMED UP AND GO TEST (TUGT)

- 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.
- Se demorar mais que 12,6s tem risco de queda
- **TODOS** os utentes avaliados (5) têm risco de queda

13

FES (FALLS EFFICACY SCALE)

MEIO QUE TEM DE CARI 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 leve	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 o portão 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		

Versão Portuguesa da Falls Efficacy Scale (Tinetti)

14

FES (FALLS EFFICACY SCALE)

- Avaliação do medo de cair
- A pontuação varia entre 10 (Sem nenhuma confiança) e 100 (Totalmente confiante)
- 80% dos utentes avaliados referem medo de cair relacionado com a execução de pelo menos 3 atividades (ex: tomar banho ou duche; chegar aos armários; execução de pequenas compras)

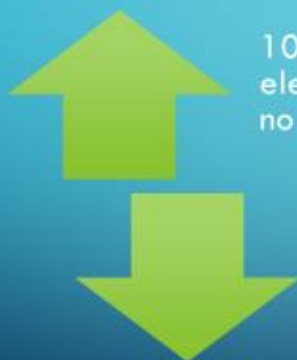
15

REGISTO DE OBSERVAÇÃO DA SEGURANÇA DO AMBIENTE FÍSICO E BARREIRAS ARQUITETÓNICAS NO DOMICÍLIO

Presença de animais "soltos"	Não observado
Presença de escadas/degraus	Ausência de elevadores ou elevadores distantes
Presença de pavimentos irregulares	Observado em duas situações
Presença de tapetes	Tapetes instáveis na maioria das casas
Ambiente doméstico (fios elétricos, mobília instável...)	Não observado nos casos em estudo
Casa de banho	Banheira em todas as casas

16

QUESTIONÁRIO



100% das Enfermeiras consideram elevada a incidência de quedas no idoso na comunidade

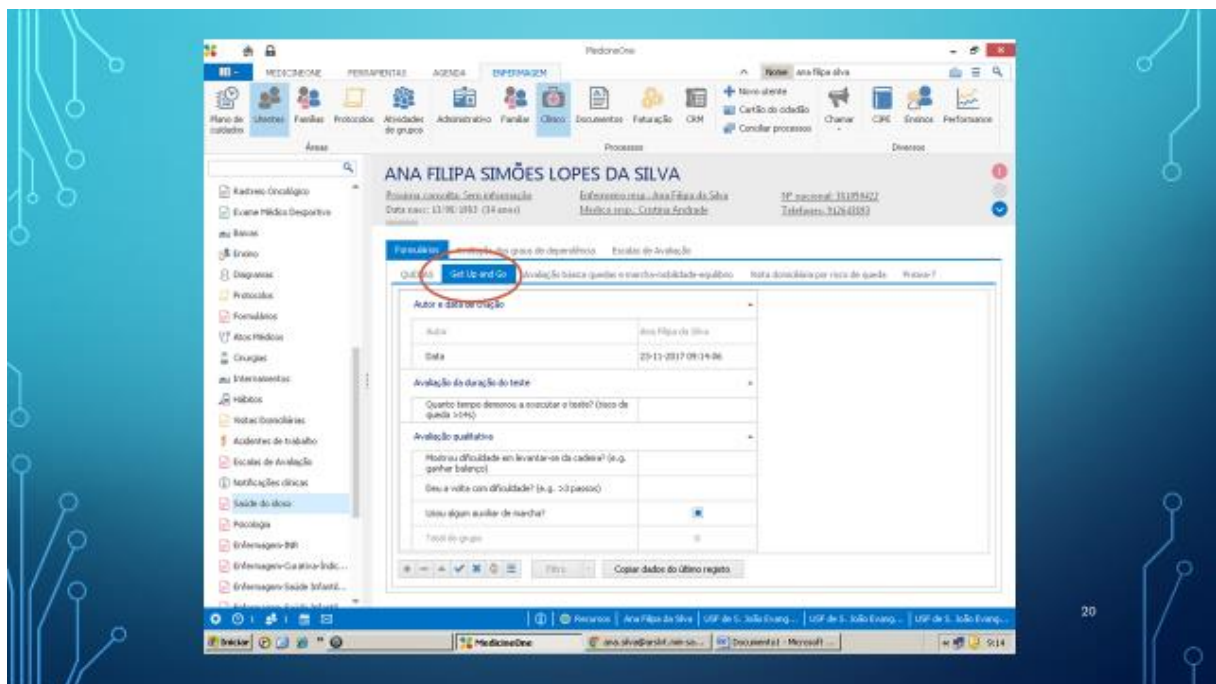
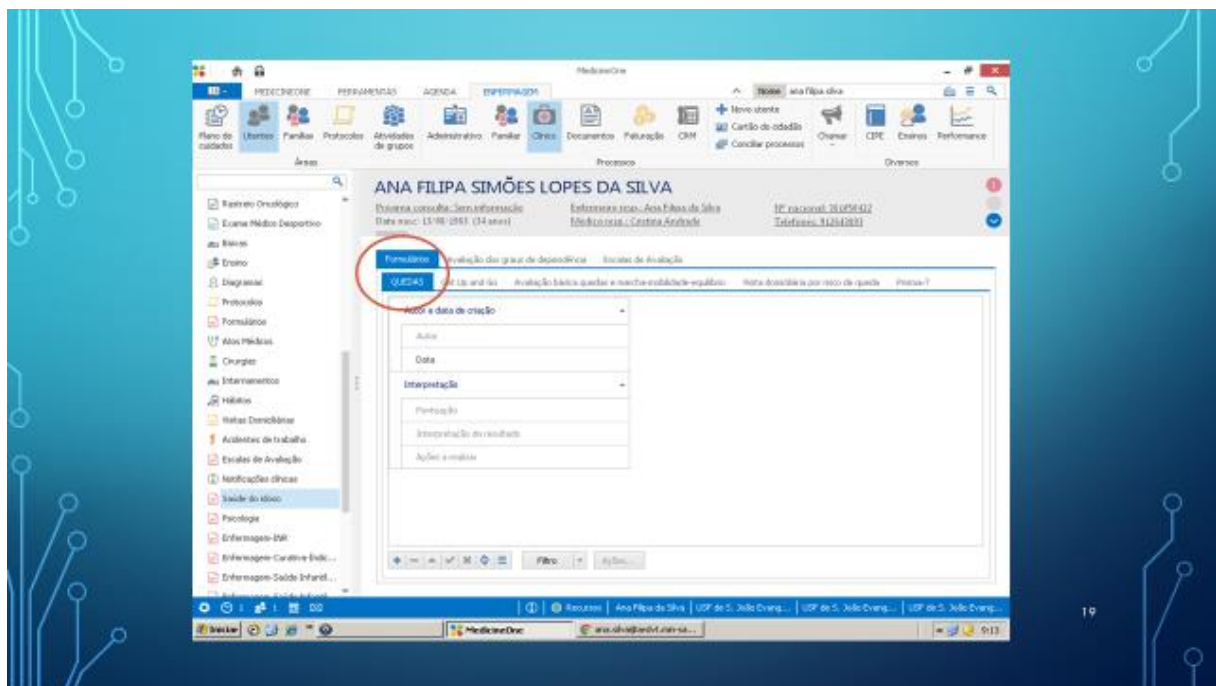
80% das enfermeiras referem não usar ou usar esporadicamente os instrumentos de avaliação do risco de queda

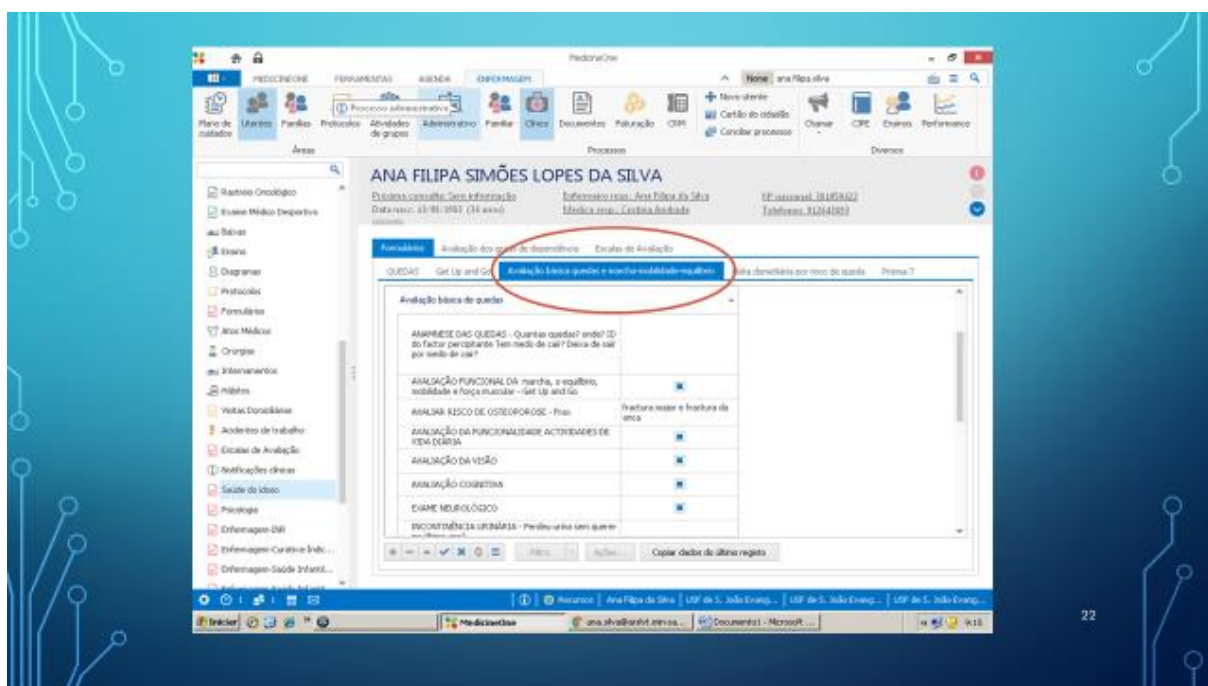
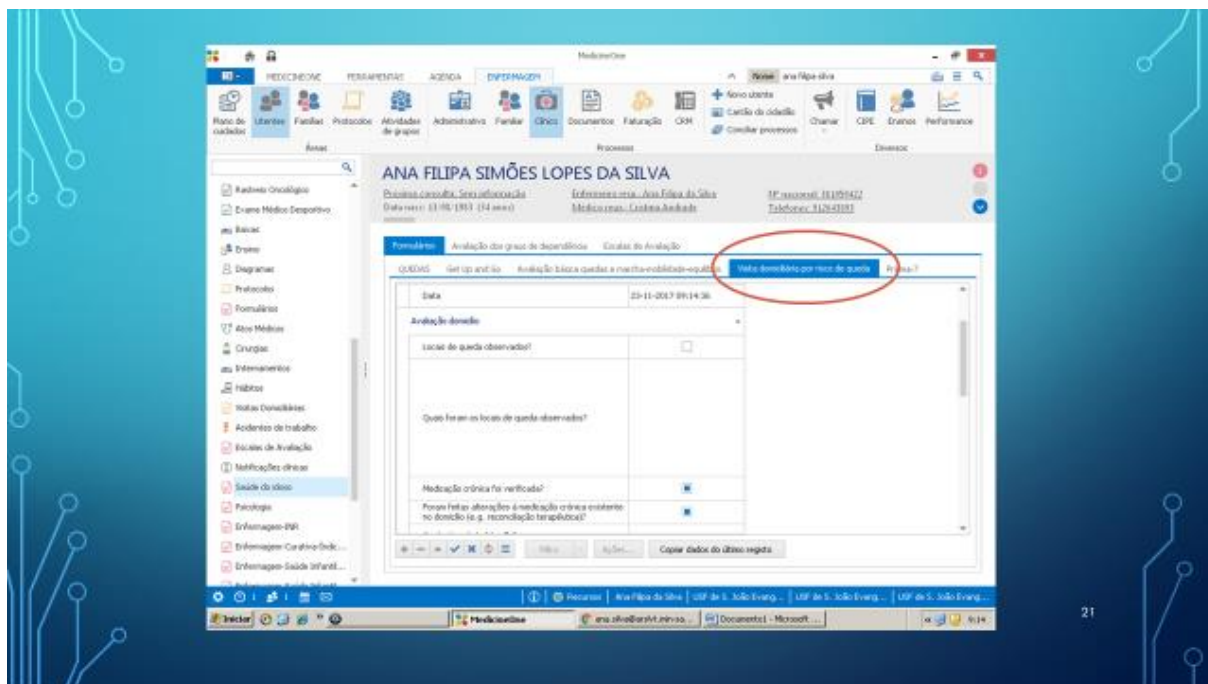
17

SUGESTÕES

- Avaliar o risco de queda com teste TUGT todos os utentes com mais de 65 anos
- Fazer avaliação de risco ambiental no contexto de visita domiciliária
- Registar no sistema informático todas as quedas e mecanismo de queda associado (entrevista ao utente/família)
- Planear intervenções de prevenção de risco dirigidas às características de cada utente (ex: calçado antiderrapante, eliminar tapetes, rever terapêutica...)

18





CONCLUSÕES

- O risco de quedas deve ser um dos focos de atenção dos profissionais de saúde para a população idosa a nível comunitário.
- É fundamental o uso de instrumentos de avaliação de queda e o registo sistemático da ocorrência e mecanismo de quedas de modo a adotar estratégias de prevenção dirigidas a cada utente.
- A contribuição de todos os profissionais de saúde torna-se essencial (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogo...)

23

BIBLIOGRAFIA

- ACSQHC (2009). *Preventing Falls and Harm From Falls in Older People*. Australia: ACSQHC
- Baixinho, C., Dixe, M., Camara, P., Jesus, E. (2014). TUGT (Timed up and go test): um bom preditor do risco de queda? Resultados de uma Revisão Sistemática de Literatura. *Revista Referência Suplemento*, 1(4): 92.
- Hill, AM, Hoffmann T, Haines T. (2013). Circumstances of falls and falls-related injuries in a cohort of older patients following hospital discharge. *Clinical Interventions in Aging*. 8, 765-774.
- Morse J. (2009). *Preventing Patient Falls: Establishing a Fall Intervention Program*. (2^o ed.). Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Melo, C. (2003). Adaptação Cultural e Validação da Escala "FALLS EFFICACY SCALE" de Tinetti. *Ifisionline*, 1(2). 33-43.
- Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Plano Nacional Para a Segurança dos doentes 2015-2020. *Diário da República – 2ª Série*, N.º 28 (10/02/2015).
- WHO (2016). Falls – Fact Sheet. Acedido a 22/11/2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>.

24

APÊNDICE V:

Prevenir quedas em idosos hospitalizados: desenho e
validação de uma intervenção para a equipa

Prevenir quedas em idosos hospitalizados: desenho e validação de uma intervenção para a equipa

Luís Cunha¹; Maria Adriana Henriques²; Cristina Lavareda Baixinho²

¹ Centro Hospitalar Lisboa Norte

² Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem. CiTheCare. Lisboa, Portugal.

Resumo

Os estudos aconselham intervir nas equipas como medida para prevenir quedas em idosos hospitalizados, todavia não há uma intervenção validada para a equipa. Foi objetivo deste estudo desenhar e validar, por um painel de peritos, uma intervenção para a equipa gerir o risco de queda em idosos hospitalizados. Estudo metodológico, de abordagem quantiquantitativa, utilizando o método de Delphi. Foi desenvolvido em duas fases: na primeira cinco investigadores desenharam a intervenção; na segunda fase 13 profissionais validaram a intervenção durante duas rodadas entre os peritos. A análise de conteúdo às respostas dos participantes na primeira fase do estudo possibilitou a definição dos indicadores a colocar em cada categoria definidas previamente: formação da equipa; comunicação; liderança; monitorização e suporte mútuo. Após as duas rodadas todos os indicadores obtiveram um consenso superior a 80%, o Content Validity Index da intervenção é de 0,94. Os resultados do teste de fidedignidade garantem que a intervenção pode ser utilizada com segurança na clínica e na investigação.

Descritores: Quedas, Idosos, Gestão de riscos, Equipa; Segurança.

Introdução

A queda é um foco de atenção em saúde, que assume uma importância crescente com o envelhecimento populacional, sendo considerada um problema emergente e de premente resolução, pelo impacto negativo que tem na funcionalidade e na qualidade de vida das pessoas com idade superior a 65 anos (Burland et al., 2013; AHRQ, 2015; Baixinho & Dixe, 2016).

As lesões resultantes das quedas são das principais causas para a hospitalização dos idosos e têm um impacto significativo na dor e no sofrimento da pessoa, bem como na perda da sua independência constituindo-se numa fonte importante de morbilidade e mortalidade (Burland et al., 2013).

As intervenções para a sua prevenção tem de ser individualizadas, multidimensionais, envolvendo cuidadores, ambiente e idosos. O que implica que, para além da compreensão biomédica, haja uma compreensão mais abrangente da queda, que estude o impacto psicológico, as emoções e ações associadas à queda é à necessária prevenção (Baixinho & Dixe, 2016).

Há boa evidência que as quedas podem ser prevenidas (Burland et al., 2013; AHRQ, 2015), no entanto os autores consideram que apesar do enorme impacto que as quedas têm nos idosos ainda há pouca evidência sobre a eficácia das intervenções preventivas (Damián et al., 2013; Baixinho & Dixe, 2017). Por este motivo alguns autores consideram que o desafio para as instituições de saúde é

implementar estratégias eficazes de prevenção de queda que atenda às especificidades e necessidades de cada idoso baseadas em programas implementados no seio de uma equipa multidisciplinar (Baixinho & Dixe, 2017).

Um estudo recente sobre as práticas e comportamentos das equipas para prevenir as quedas em idosos institucionalizados constata que a informação sobre os fatores de risco e a discussão em equipe sobre as medidas preventivas nem sempre são mantidas, o que pode possibilitar que elementos diferentes da equipe possam valorizar medidas diferentes, não garantindo a continuidade de cuidados e a individualização das medidas face ao risco avaliado (Baixinho & Dixe, 2017).

Outra pesquisa que, que teve por finalidade avaliar a eficácia de um curriculum de prevenção de quedas baseado no “TeamSTEPPS®” revela que a associação entre o treino da equipe e a comunicação aprimorada, entre os seus elementos, sobre o risco de cair do doente é eficaz para reduzir a prevalência de quedas (Spiva et al., 2014), o que por si justifica um investimento na equipa porque estas têm um papel fundamental na implementação das melhores práticas (Fixsen et al., 2011) e na translação do conhecimento da melhor evidência para a práxis clínica.

Face ao exposto alguns investigadores recomendam a intervenção na equipa recorrendo ao TeamSTEPPS® (Spiva et al., 2014; Godlock et al., 2016). Em outros contextos este programa tem diminuído a probabilidade de ocorrência de incidentes/danos e assume-se como um importante contributo clínico para a prevenção de quedas (Godlock et al., 2016).

A estrutura do programa permite otimizar o desempenho da equipa em todo o sistema de prestação de cuidados de saúde e é constituído por 5 componentes: 1) Estrutura da equipa, que deve trabalhar em conjunto de forma eficaz para garantir a segurança do doente; 2) Comunicação, baseada num processo estruturado pelo qual a informação é trocada de forma clara e precisa entre os membros da equipa; 3) Liderança, que envolve a capacidade de maximizar as atividades dos membros da equipa, garantindo que as ações da equipa sejam compreendidas, as mudanças na informação são partilhadas e os membros da equipa possuem os recursos necessários, 4) Monitorização, baseada num processo de avaliação ativa de elementos situacionais para obter informações e apoiar o funcionamento da equipa e 5) Suporte Mútuo, sustentado na capacidade de antecipar e apoiar as necessidades dos membros da equipa através de um conhecimento preciso sobre suas responsabilidades e carga de trabalho (Godlock et al., 2016).

É objetivo deste estudo desenhar e validar, por um painel de peritos, uma intervenção para a equipa gerir o risco de queda em idosos hospitalizados.

Método

Este estudo metodológico de abordagem quantiquantitativo decorreu no segundo semestre de 2017.

A revisão da literatura permitiu constatar que as guidelines internacionais e os diferentes estudos aconselham intervir nas equipas como medida para prevenir quedas em idosos hospitalizados, todavia a evidência sobre a efetividade desta medida é escassa, talvez por os estudos se centrarem nas intervenções mais biomédicas (Baixinho & Dixe, 2017) e as orientações para a intervenção na equipa centram-se na formação sobre os fatores de risco e medidas preventivas. Por este motivo considerou-se pertinente o desenho de uma intervenção para as equipas hospitalares em serviços de internamento de idosos.

Para dar resposta ao objetivo do estudo optou-se pelo método Delphi que permite obter consenso entre um painel de peritos. Os investigadores consideraram útil o seu uso quando a evidência numa área é limitada ou contraditória, em que as questões são amplamente inexploradas ou difíceis de definir (Fletcher & Marchildon, 2014; Waltz, Strickland, & Lenz, 2016) e defendem que é um método

de pesquisa particularmente bom para obter o consenso entre um grupo de indivíduos que têm experiência em um tópico específico (Grishan, 2008; Waltz, Strickland, & Lenz, 2016).

O protocolo da investigação foi organizado pelas seguintes etapas: consulta de investigadores para o desenho da intervenção; seleção dos peritos com conhecimento na área do estudo; informação dos participantes; análise dos dados; interpretação e apresentação dos resultados (Grishan, 2008).

Para o desenho da intervenção recorreremos a cinco investigadores, com investigação publicada na área do risco e/ou prevenção de quedas na população idosa. A consulta a estes participantes teve por finalidade o desenho da intervenção na equipa, baseada nos resultados das suas investigações.

Para a validação da intervenção desenhada pelos peritos foram identificados 13 profissionais com mais de cinco anos de atividade profissional, a exercerem atividade em hospitais e com responsabilidades em grupos de trabalho sobre as quedas e elementos de departamentos de segurança e qualidade. A opção por dois grupos de participantes heterogéneos (investigadores e profissionais da clínica) foi intencional para assegurar a validade dos resultados, já que a multidisciplinaridade permite obter consensos preditivos mais válidos (Waltz, Strickland, & Lenz, 2016).

Ambos os grupos foram contactados individualmente por um dos investigadores para informar sobre as finalidades e solicitar a participação e o compromisso (Fletcher & Marchildon, 2014) de participação nas diferentes rondas, o tempo exigido e o que seria feito com a informação (Grishan, 2008).

Não houve contacto entre os dois grupos e os peritos do painel. O anonimato permite aos participantes discutir e avaliar de forma mais aberta as questões em análise (Fletcher & Marchildon, 2014).

O método Delphi facilita a confidencialidade e a inclusividade, as rodadas ocorreram on-line, sem encontros presenciais, os comentários dos participantes individuais permaneceram confidenciais enquanto foi mantido o diálogo "virtual" sobre as descobertas agregadas (Fletcher & Marchildon, 2014).

A primeira rodada decorreu só com os investigadores para obter contributos para o desenho da intervenção e para a definição dos indicadores pelas categorias definidas a priori (formação da equipa; comunicação; liderança; monitorização e suporte mútuo).

O questionário foi construído e enviado através do Google Drive®. Foi solicitado aos peritos que se pronunciassem em relação aos indicadores pontuando entre (-2) nada pertinente, (-1) pouco pertinente, (0) não tenho opinião, (1) pertinente e (2) muito pertinente.

Há autores que sugerem que um consenso de 80% deveria ser o objetivo, outros, como sugerem que as percentagens não devem ser utilizadas, mas o processo deve parar quando a estabilidade dos dados ocorre (Grishan, 2008). Para este estudo optou-se por obter um consenso igual ou superior a 80% entre os peritos para cada um dos indicadores em avaliação. Após o reenvio dos instrumentos da primeira rodada efetuou-se a estatística descritiva das proposições e a análise das sugestões de alteração/reformulação dos itens. O nível de consenso e as sugestões foram integradas de acordo com o referencial teórico utilizado.

Neste estudo foi pré-definido que os indicadores que não obtivessem 80% de consenso seriam reformulados e reenviados na próxima ronda (Grishan, 2008). Utilizou-se o SPSS versão 13 para a análise e fornecer feedback aos participantes.

A Validação do conteúdo foi efetuada através do Content Validity Index aplicado a cada um dos itens (CVII) e à totalidade do protocolo (CVI) e o Interrater agreement (IRA) para avaliação da Fidedignidade ou concordância interavaliadores (Waltz, Strickland, & Lenz, 2016).

Após a primeira rodada, as sugestões e os itens reformulados foram agregados e devolvidos aos participantes, o que permitiu aos participantes fornecer feedback sobre os achados.

Os dados da primeira rodada foram analisados e devolvidos ao painel no prazo de um mês para evitar lapsos temporais e diminuição da participação (Fletcher & Marchildon, 2014). A utilização destas medidas permitiu determinar, por meio de um processo iterativo, a extensão do acordo entre os participantes.

Algumas das vantagens do método são permitir que os participantes possam responder individualmente, promovendo o "diálogo" entre especialistas de diversos locais geográficos, preservando o anonimato e a confidencialidade dos dados, é útil para mitigar os efeitos das relações de poder e pode impedir a dominação da opinião do grupo por um dos elementos que constituem o painel (Fletcher & Marchildon, 2014).

Resultados

Os 5 investigadores que colaboraram no desenho da intervenção para a equipa tem doutoramento e investigação na área das quedas na população idosa. A análise das respostas destes peritos permitiu definir os indicadores a colocar em cada categoria definidas previamente (formação da equipa; comunicação; liderança; monitorização e suporte mútuo) (Quadro 1).

Os 13 peritos que validaram a intervenção através da técnica de Delphi, tem média de idades de 37,4 anos, trabalham em média há 15, 3 anos, 46,1% tem licenciatura, 38,5% tem mestrado e 15,4% tem doutoramento.

No Quadro 1, estão representadas as categorias definidas a priori e os indicadores, sujeitos a avaliação pelo painel de peritos, bem como o nível de concordância obtida na 1ª rodada entre os peritos.

De salientar que para a obtenção dos níveis de concordância considerou-se as repostas pontuadas em (1) pertinente e (2) muito pertinente como válidas.

Quadro 1 - Concordância dos peritos (primeira rodada de avaliação) em relação aos indicadores da intervenção na equipe. Lisboa; 2018.

	Dimensões da intervenção na equipa para gerir o risco de queda nos idosos hospitalizados	CVII**	IRA***	CVI****
Formação da Equipa				
1	Avaliação do risco	1	,84	,92
2	Determinação de comportamentos inseguros	,76		
3	Familiarização do utente com o meio envolvente	,84		
4	Manutenção a luz de chamada ao alcance	,92		
5	Manutenção dos pertences pessoais ao alcance	,84		
6	Colocação da cama em posição baixa quando o utente está deitado	,84		
7	Manutenção da cama travada	1		
8	Fornecimento de calçado antiderrapante	,84		
9	Uso de luzes noturnas ou iluminação suplementar	,92		
10	Manutenção das superfícies do chão limpas e secas	1		
11	Fornecimento de informações e suporte relevantes para o idoso e familiares/cuidadores	,84		
12	Explicação ao idoso dos seus fatores de risco de queda	,84		
13	Estratégias para o envolvimento do idoso em qualquer intervenção multifatorial	,69		
Comunicação				
14	Reunir periodicamente com a equipa	1	1	
15	Colocar informação mensal no placard sobre a prevalência de quedas	,92		
16	Na passagem e turno solicitar aos colegas informação sobre o risco de queda nos idosos internados nas últimas 24 horas	,84		
17	Incentivar a equipa a discutir as medidas preventivas implementadas e sua eficácia	1		
18	Criar registo de episódios de queda onde conte data, hora, local da ocorrência, mecanismo da queda, atividade que estava a ser executada, lesões resultantes, se a queda foi testemunhada.	1		
Liderança				
19	Promover a discussão na equipa multidisciplinar sobre como é feita a avaliação do risco de queda	1	1	
20	Incentivar a equipa a implementar medidas individualizadas preventivas de quedas	1		
21	Promover o aumento da segurança do espaço físico, monitorizando equipamentos e materiais	,92		
22	Promover ações de formação periódicas sobre a temática	1		
23	Articular com o gabinete de qualidade e segurança do hospital	1		
24	Desenvolver a confiança da equipa na comunicação dos episódios de queda de modo proactivo	1		
Monitorização				
25	Preenchimento da escala de morse a todos os idosos	1	1	
26	Avaliação do TUGT aos idosos com alto risco de queda	,84		
27	Análise dos registos sobre as medidas preventivas implementadas	1		
28	Análise da informação oral transmitida na passagem e turno	,84		
29	Verificação da informação na carta de alta/ transferência sobre a avaliação do risco de queda no momento da alta	1		
30	Verificação da informação na carta de alta/ transferência sobre medidas preventivas de quedas ao longo do internamento	,92		
31	Verificação da informação na carta de alta/ transferência sobre ocorrência de queda ao longo do internamento	1		
32	Verificação de informação sobre educação efetuada	,92		
Suporte mútuo				
33	Reuniões periódicas	1	1	
34	Reforço positivo aquando da implementação de medidas de segurança	1		
35	Não culpabilizar	1		

Nota: *Instituição de Longa Permanência para Idosos **Content Validity Index, aplicado aos itens do protocolo; ***Interrater Agreement, aplicado às dimensões do protocolo; ****Content Validity Index da intervenção

Dos 13 indicadores (I) que constituem a categoria formação da equipa os peritos clínicos consideram a “Determinação dos comportamentos inseguros” (I2) e as “Estratégias para o envolvimento do idoso em qualquer intervenção multifatorial” (I13) podem ser abordados na formação da equipa, todavia ressalvam que “os idosos confusos, com demências e alterações do estado de consciência não permitem uma avaliação objetiva do que é comportamento seguro e simultaneamente não permite o envolvimento do idoso na prevenção” (P12), por isso os peritos sugerem a alteração destes 2 indicadores para “importância do reforço do comportamento seguro do idoso e/ou da equipa” (P3) como um assunto a ser trabalhado na formação interdisciplinar. Sugerem a introdução da “Utilização segura de sinalética de informação sobre o risco e/ou prevenção” na formação.

Na categoria comunicação no que concerne ao indicador I18 dois peritos (P2, P7) consideram que o registo dos episódios de queda deve ser baseado na Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Este item não foi submetido a segunda ronda por ter obtido 100% de consenso na primeira rodada.

No que concerne à Liderança e monitorização para além do consenso não houve sugestões de alteração ou inclusão de novos indicadores,

Na última categoria suporte mútuo o participante n.º 9 sugere o acréscimo do indicador “Apoio em caso de incidente com dano grave ou morte”.

No Quadro 2 estão representados os indicadores em avaliação na segunda rodada e o nível de concordância obtido entre os peritos.

Quadro 2 – Concordância dos peritos sobre os indicadores colocados em avaliação na segunda rodada

	Indicador	CVII**
2	Importância do reforço do comportamento seguro do idoso e/ou da equipa	,92
13	Utilização segura de sinalética de informação sobre o risco e/ou prevenção	,84
36	Apoio em caso de incidente com dano grave ou morte	1

Após a segunda rodada e a avaliação dos 3 indicadores, a totalidade da intervenção validada tem 36 indicadores. A 1ª categoria passou a ter um IRA=0,89e o CVI da intervenção passou de 0,92 para 0,94.

Discussão

A natureza multifatorial e a complexidade da relação entre os fatores de risco de queda dificultam o controlo deste flagelo. A prevenção de quedas implica um trabalho em equipa multiprofissional, com uma intervenção direcionada à própria equipa que assume, desde a avaliação do risco, à implementação das medidas preventivas e comunicação dos episódios de queda, um papel crucial na implementação das melhores práticas (Baixinho & Dixe, 2017).

A revisão da literatura permitiu constatar que apesar de se recomendar intervir na equipa e de haver estudos que trabalharam a comunicação, ou a formação desta e o impacto na diminuição da prevalência, do risco ou das lesões associadas (Spiva et al., 2014; Godlock et al., 2016; Baixinho & Dixe,

2017), não existe uma intervenção estruturada para intervir na equipa com o intuito de desenvolver competências na gestão do risco de queda da população idosa.

Esta revisão possibilitou ainda organizar, a intervenção em 5 categorias que os autores consideram centrais para a intervenção na equipa: formação da equipa; comunicação; liderança; monitorização e suporte mútuo (Spiva et al., 2014; Godlock et al., 2016; Baixinho & Dixe, 2017).

Face ao exposto a validação de uma intervenção para as equipas multiprofissionais emerge para apoiar a clínica e a investigação nesta área. Apesar das críticas que alguns autores apresentam face ao método utilizado e ao nível de evidência dos consensos por peritos, apraz-nos advogar que o uso dos instrumentos de validados é o pilar na prevenção de quedas (Ruan et al., 2015), não só para a avaliação do risco, mas também para a intervenção.

A primeira categoria - formação da equipa- tem 13 indicadores com um final de IRA=0,89, agrupa os conteúdos da formação específica sobre a intervenção da equipa no controlo de fatores de risco. Face à multiplicidade de fatores de risco da queda excluiu-se deste domínio a formação que a equipa deve efetuar à pessoa idosa hospitalizada e sua família. É importante que a equipa compreenda que há fatores de risco que tem de ser controlados somente pela equipa e que em outros há uma co-responsabilidade partilhada com a pessoa hospitalizada. De salientar que as práticas das equipas na comunicação dos fatores de risco são baixas, o que quer dizer que não são discutidos na maioria das vezes, o que pode indicar uma desvalorização do risco de queda (Baixinho & Dixe, 2017).

Em qualquer programa de prevenção de quedas a formação dos profissionais é vital para o sucesso do mesmo, para o aumento da qualidade de vida e para a diminuição dos custos (Teresi et al., 2013). Também Nitz et al. (2012) consideram a formação do pessoal como um elemento crucial nos programas de prevenção, já que aumenta a adesão à notificação dos episódios de quedas e os registos são mais completos

A segunda categoria, referente aos 5 indicadores da comunicação na equipa multiprofissional, obteve um IRA=1. A melhoria da comunicação da equipe pela partilha de informações precisas sobre os comportamentos dos idosos, estado de saúde, medicamentos e outros fatores de risco pode contribuir para uma diminuição de 12% dos episódios de queda (Colon-Emeric et al., 2015).

Um estudo com introdução de um protocolo multi-intervenção, que implicava uma colaboração multiprofissional, demonstrou que as intervenções combinadas, para a prevenção de quedas, que incluíam o treino da equipe para melhorar a comunicação interdisciplinar sobre o risco de queda, foram efetivas na redução do número de episódios de quedas (Jackson, 2016). Outra pesquisa que teve por finalidade avaliar a eficácia de um *curriculum* de prevenção de quedas baseado no “TeamSTEPPS”, revela que a associação entre o treino da equipe e a comunicação aprimorada, entre os seus elementos, sobre o risco de cair do idoso, foi eficaz para reduzir a prevalência de queda (Spiva et al., 2014).

Não desvalorizando os outros indicadores referimos que o I18 - Criar registo de episódios de queda onde conte data, hora, local da ocorrência, mecanismo da queda, atividade que estava a ser executada, lesões resultantes, se a queda foi testemunhada- é muito útil para o controlo do medo de cair comum entre os idosos que já sofreram uma queda e que acabam por perder a confiança na realização das atividades de vida diária e instrumentais (Marques - Vieira et al., 2016).

Os seis indicadores da categoria liderança obtiveram um consenso superior a 92% na primeira rodada. A alta prevalência de quedas justifica a articulação entre as equipes multiprofissionais de saúde em todos os níveis de atenção, com o intuito de detetar os idosos em risco de cair ou com

histórico prévio (Nascimento & Tavares, 2016), mas para atingir este objetivo maior é necessário uma liderança efetiva das equipas e é essencial o desenvolvimento de uma cultura de segurança (Jackson, 2016).

A formação e o treino, conjugados com a supervisão e liderança, aliados a políticas e procedimentos baseados na evidência, têm um impacto positivo (Duffy, 2013) no controlo da queda.

Taylor *et al.* (2005) defende que uma cultura de segurança é o primeiro passo para que o programa de prevenção de quedas seja integrado na organização, e alerta para o desenvolvimento de uma cultura de segurança requer uma mudança nas atitudes, crenças, comportamento dos profissionais e da gestão. Este processo requer uma liderança forte, comunicação efetiva, novas políticas de desenvolvimento e formação das equipas multiprofissionais (Taylor *et al.*, 2005). A pessoa responsável pela instituição ou pelo programa de prevenção deve ser proativa na promoção e introdução das orientações internacionais de cuidados nas unidades residenciais para idosos, especialmente no que concerne às medidas preventivas (Duffy, 2013).

A quarta categoria – monitorização, tem oito indicadores, que obtiveram mais de 80% de consenso na primeira rodada. A monitorização sistemática da segurança e dos aduentos adversos, nomeadamente das quedas é uma prática essencial para diminuir a prevalência de quedas (Duffy, 2013). Os profissionais tem a responsabilidade de diminuir a incidência deste evento, os cuidados prestados e os seus esforços devem garantir a segurança e o bem-estar dos idosos (Duffy, 2013). Por outro lado as políticas e (a legislação) devem permitir detetar práticas pobres e lidar com situações em que a segurança pode estar comprometida (Duffy, 2013).

A quinta e última categoria relaciona-se com o suporte mútuo, aos três indicadores sugeridos pelos participantes da primeira fase do estudo, na primeira rodada e avaliados unanimemente, como muito pertinentes, um dos peritos sugeriu introduzir: “Apoio em caso de incidente com dano grave ou morte”. Esta intervenção na equipa é deveras pertinente dado que na União Europeia ocorrem perto de 40.000 mortes de idosos devido e como a proporção de idosos está a aumentar, o envelhecimento terá um efeito imediato no impacto das lesões nesta faixa etária (DGS, 2012). Concomitantemente os episódios de quedas são vividos com sentimentos de culpabilização por parte dos profissionais (Baixinho & Dixe, 2017).

Conclusões

Este estudo permitiu validar uma intervenção, por um painel de peritos, para a equipa gerir o risco de queda em idosos hospitalizados. A intervenção está organizada em cinco domínios (categorias): formação da equipa; comunicação; liderança; monitorização e suporte mútuo.

Baseado na análise dos contributos de cinco investigadores, cuja respostas foram sujeitas a análise de conteúdo, desenhou-se a intervenção que foi validada por 13 peritos. Os valores obtidos no teste de fidedignidade (>0,8) atestam que a intervenção pode ser utilizada na clínica e investigação para atingir o fim que se pretende. A próxima etapa é a validação clínica da intervenção.

Este estudo apresenta as limitações inerentes ao método e ao tipo amostra, com escolha intencional dos participantes das duas fases da investigação, o que não permite fazer generalizações para a restante população. Salienta-se ainda que a intervenção construída está baseada na autoperceção e no conhecimento clínico dos peritos, podendo as respostas ter sido influenciadas pelo que pode ser considerado socialmente desejável.

Referências

- AHRQ (2013). *Preventing Falls in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care*. EUA: RAND Corporation.
- Baixinho CL, & Dixe MA. (2016). Construction and Validation of the Scale of Practices and Behaviors of Institutionalized Elderly to Prevent Falls. *Universal Journal of Public Health*. 4(3):139-43.
- Baixinho CL, & Dixe MA. (2017). Práticas das equipas na prevenção de queda nos idosos institucionalizados: construção e validação de escala. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(3), e2310016. Epub August 21, 2017. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002310016>
- Burland, B., Martens, P., Brownell, M., Doupe, M; & Fuchs, D. (2013). The Evaluation of a Fall Management Program in a Nursing Home Population. *The Gerontologist*, 53(5): 828-838.
- Colon-Emeric CS, McConnel E, Pinheiro SO et al. CONNECT for Better Fall Prevention in Nursing Homes: Results from a Pilot Intervention Study. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(12): 2150–9. doi:10.1111/jgs.12550.
- Damián, J., Pastor-Barriuso, R., Valderrama-Gama, E., & Pedro-Cuesta, J. (2013). Factors associated with falls among older adults living in institutions. *BMC Geriatrics* 2013, 13(6); Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/13/6>
- Duffy, A. (2013). The assessment and management of falls in residential care settings. *BJN*, 22(5), 259-63. doi: <https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.5.259>
- Grisham T. The Delphi technique: a method for testing complex and multifaceted topics. *International Journal of Managing Projects in Business* 2008; 2(1): 112-130. DOI 10.1108/17538370910930545
- Fixsen, D., Scott, V., Blasé, K., Naoom, S., & Magar, L. (2011). When evidence is not enough: the challenge of implementing fall prevention strategies. *Journal of Safety Research*, 42(6): 419-422.
- Fletcher AJ, Marchildon GP. Using the Delphi Method for Qualitative, Participatory Action Research in Health Leadership. *IJQM*. 2014; 13(1):1-18. <https://doi.org/10.1177/160940691401300101>
- Dodlock, 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
- Jackson KM. Improving nursing home falls management program by enhancing standard of care with collaborative care multi-interventional protocol focused on fall prevention. *J Nurs Educ Practice*. 2016;6(6):84-96. doi: <https://doi.org/10.5430/jnep.v6n6p84>.
- Marques-Vieira, C.M.A., Sousa, L.M.M., Severino, S., Sousa, L., & Caldeira, S. (2016). Cross-cultural validation of the falls efficacy scale international in Elderly: Systematic literature review. *JCGG*, 7,72-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcgg.2015.12.002>
- Nascimento JS, Tavares DMS. Prevalence and factors associated with falls in the elderly. *Texto Contexto Enferm*, 2016; 25(2):e0360015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000360015>.
-

-
- [Nitz, J.](#), et al. (2012). Outcomes from the implementation of a facility-specific evidence-based falls prevention intervention program in residential aged care. [Geriatr Nurs](#), 33(1): 41-50.
- Ruan, W., Yao, L., Sheng, Q.Z., Falkner, N., Li, X., Gu, Tao (2015). TagFall: Towards Unobstructive Fine-Grained Fall Detection based on UHF Passive RFID Tags. [EAI Endorsed Transactions on Internet of Things](#) 15(2): e4. doi: <http://dx.doi.org/10.4108/eai.22-7-2015.2260072>
- Spiva, L., Robertson, B., Delk, M. L., Patrick, S., Kimrey, M. M., Green, B., & Gallagher, E. (2014). Effectiveness of team training on fall prevention. *Journal of Nursing Care Quality*, 29(2), 164. doi:10.1097/NCQ.0b013e3182a98247
- Teresi, J.A., *et al.* (2013). Comparative effectiveness of implementing evidenced-based education and best practices in nursing homes: effects on falls, quality-of-life and societal costs. *International Journal of Nursing Studies*, 50(4): 448-463.
- Waltz, C., Strickland, O., & Lenz, E. (2016). *Measurement in Nursing and Health Research* (5th. Ed.). New York: Springer Publishing Company.
-

APÊNDICE VI:
Primeira sessão de formação no serviço de Medicina

PREVENÇÃO DE QUEDAS NO IDOSO EM AMBIENTE HOSPITALAR



AUTOR: LUÍS CUNHA

ENF. ORIENTADORA: ENF. JOANA VIEIRA

PROF. ORIENTADORA: ENF. CRISTINA BAIXINHO

SUMÁRIO

1. Identificação
do projeto

2. Revisão
bibliográfica

3. Intervenção

4. Resumo

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

- **Título:** Prevenção de quedas no idoso em ambiente hospitalar
- **Palavras – chave:** Idoso; equipa; cuidados centrados na pessoa; quedas; instrumentos de avaliação; prevenção
- **Data de início:** 26 de setembro de 2017
- **Duração:** 6 meses

3

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA RECOMENDAÇÕES E PROCEDIMENTOS

Recomendações do Conselho da União Europeia, de 9 de Junho de 2009, sobre a **segurança dos doentes**

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Sendo um dos objetivos estratégicos prevenir a ocorrência de quedas)

Procedimento Multisectorial – Prevenção e Monitorização das Quedas em Ambiente Hospitalar – SDO104 (CHLC, 2014)

4

RECOMENDAÇÕES E PROCEDIMENTOS

Padrões de qualidade OE

Programa Padrões de Qualidade
dos Cuidados de Enfermagem
(PPQCE) no Hospital

ÁREAS TRANSVERSAIS – área de melhoria de qualidade em quedas com um dinamizador por serviço sob a orientação do enfermeiro coordenador da unidade funcional e do enfermeiro coordenador de área (medicina)

5

TIPOS DE QUEDA



(Morse, 2009)

6

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM



7

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUEDA

○ USO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO VALIDADOS É O PILAR NA PREVENÇÃO DE QUEDAS (Gu et al, 2015)

- História das quedas.
- Problemas de mobilidade e uso de dispositivos de assistência
- Medicação (que possa provocar sedação, confusão, perda de equilíbrio ou alterações tensão arterial ortostática)
- Estado mental
- Incontinência
- Déficit visual

(AHRQ, 2013)

8

TIMED UP AND GO TEST (TUGT)

- 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.
- Se demorar mais que 12,6s tem risco de queda
- Teste de avaliação funcional simples e rápido de executar considerado pela evidencia como o melhor preditor de quedas quando associado a uma escala validada (Morse)
- Se não se obtiver concordância entre a MORSE e a TUGT, prevalece a que der risco mais alto

9

RISCO DE QUEDA DE ACORDO COM A TERAPEUTICA PRESCRITA (MEDICATION FALL RISK SCALE)

3 (ALTO)

Analgésicos (opióides);
antipsicóticos;
anticonvulsivantes;
benzodiazepinas...

Sedação; tonturas;
alterações posturais;
alterações cognitivas...

2 (MÉDIO)

Antihipertensores,
vasodilatadores;
antiarrítmicos;
antidepressivos

Induzem hipertensão
ortoestáticas;
diminuem perfusão cerebral;

1 (BAIXO)

Diuréticos

Aumentam a
necessidade de
deambulação;
induzem hipotensão
ortoestáticas.

AHRQ (2013)

CUIDADOS CENTRADOS NA PESSOA



(McCormack & McCance, 2006)

11

CUIDADOS CENTRADOS NA PESSOA

A implementação de um programa de prevenção de quedas deve cultivar os princípios dos cuidados centrados na pessoa (Tzeng, 2011)

O desafio para as instituições de saúde é implementar uma estratégia eficaz de prevenção de queda que atenda às especificidades e necessidades de cada doente (Ang et al, 2011)

O uso dos instrumentos de avaliação de risco validados é o pilar na prevenção de quedas (Gu et al, 2015)

12

QUEDAS NO IDOSO

Os idosos têm o maior risco de morte ou lesões graves decorrentes de uma queda e o risco aumenta com a idade. (OMS, 2016)

As quedas são o maior motivo para idas aos serviços de urgência e admissões no hospital em pessoas com mais de 65 anos. (ACSQHC, 2009)

Entre 28 a 35% da população com idade igual ou superior a 65 anos de idade sofre uma queda todos os anos, aumentando esta prevalência para 32 a 42% na população com idade superior a 70 anos de idade. (PNS, 2015)

13

MEDIDAS DE PREVENÇÃO UNIVERSAIS

- Familiarizar o utente com o meio envolvente;
- Incentivar o utente a demonstrar o uso do dispositivo de chamada;
- Manter a luz de chamada e os pertences pessoais ao alcance;
- Colocar o leito em posição baixa quando o utente está deitado;
- Manter a cama travada;
- Fornecer/pedir à família calçado antiderrapante, confortável e bem ajustado ao utente;
- Usar luzes noturnas ou iluminação suplementar;

(AHRQ, 2013; NICE, 2013; Cameron *et al.* 2012)

14

MEDIDAS DE PREVENÇÃO UNIVERSAIS

- Fornecer informações e suporte relevantes para o utente e familiares/cuidadores se este concordar. Tomar em consideração a capacidade da pessoa de entender e reter informação (sem declínio cognitivo);
- Explicar ao utente os seus fatores de risco de queda;
- Ajudar o utente a envolver-se em qualquer intervenção multifatorial destinada a abordar os seus fatores de risco individuais.

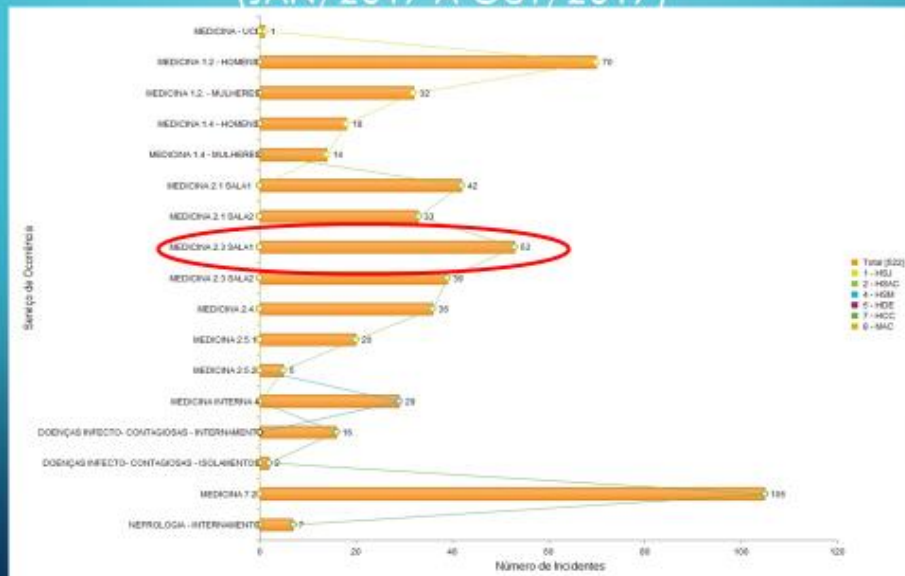
(AHRQ, 2013; NICE, 2013; Cameron *et al.* 2012) ¹⁵

EM CASO DE QUEDA...

- AVALIAR SINAIS VITAIS (INCLUINDO DOR)
- VERIFICAR POSSÍVEIS LESÕES
- VERIFICAR ESTADO DE CONSCIÊNCIA
- CONTACTAR MÉDICO
- FAZER RELATO DE INCIDENTE E GRAVAR (ENCERRAR NO MOMENTO DA ALTA OU FALECIMENTO)
- REAVALIAR O RISCO (INTERVENÇÃO SOS)
- REGISTAR EM NOTAS LIVRES CIRCUNSTÂNCIAS DA QUEDA, DATA E HORA ASSIM COMO NA NOTA DE ALTA
- AVISAR LOGO QUE POSSÍVEL A FAMÍLIA/CUIDADORES

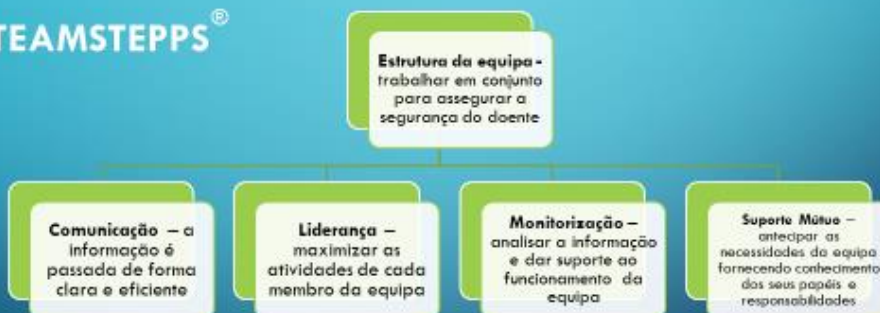
16

INCIDENTES DE QUEDA POR UNIDADE (JAN/2017 A OUT/2017)



3. INTERVENÇÃO

TEAMSTEPS®



[Agency for Healthcare Research and Quality, 2013]

TEAMSTEPS[®] - COMUNICAÇÃO

- Reuniões periódicas para discussão de casos concretos (Mensal)
- Colocação de informação destacada com uma periodicidade mensal na sala de trabalho sobre a prevalência de quedas
- Discussão do risco de queda nos idosos internados nas últimas 24 horas, durante a passagem de turno (referenciar sempre o risco de queda/colocar na folha de passagem de turno)
- Assinalar na folha de passagem de turno de forma destacada data e hora de queda (letra 8, maiúsculas, negrito, sublinhado)
- Relato de queda para todas as quedas e encerrar os relatos no momento da alta!

23

TEAMSTEPS[®] - LIDERANÇA

- Promover a discussão na equipa sobre como é feita a avaliação do risco de queda
- Incentivar a equipa a implementar medidas individualizadas preventivas de quedas
- Monitorizando equipamentos e materiais (em relação à segurança)
- Promover ações de formação periódicas
- Articular com o gabinete de qualidade e segurança do hospital
- Desenvolver a confiança da equipa na comunicação dos episódios de queda

24

TEAMSTEPS® - MONITORIZAÇÃO

- Aplicar escala de práticas e comportamentos da equipa no início e final do projeto
- Verificar o preenchimento da escala de Morse a todos os idosos (algumas incongruências no preenchimento)
- Verificar a avaliação do TUGT aos idosos com alto risco de queda
- Efetuar a análise dos registos sobre as medidas preventivas implementadas
- Analisar a informação oral transmitida na passagem e turno
- Verificar a adequação dos planos de cuidados

25

TEAMSTEPS® - MONITORIZAÇÃO

- Verificar a informação na carta de alta/ transferência sobre a avaliação do risco de queda no momento da alta
- Observar a informação na carta de alta/ transferência sobre medidas preventivas de quedas ao longo do internamento
- Verificar a informação na carta de alta/ transferência sobre ocorrência de queda ao longo do internamento
- Analisar a documentação produzida quanto ao registo da educação para a saúde

26

TEAMSTEPS® – SUPORTE MUTUO

- Reuniões periódicas
- Reforço positivo aquando da implementação de medidas de segurança
- Atitude pró-ativa de não culpabilização
- Incentivo para a equipa envolver-se no projeto de forma ativa e participativa tendo em conta a importância dos objetivos

27

4. RESUMO

- Introduzir escala/teste TUGT em simultâneo com a escala de Morse (para doentes com alto e médio risco)
- Fazer ensino ao doente/família sobre medidas de prevenção e calçado seguro na admissão
- Manter informação destacada na sala de trabalho da prevalência de quedas
- Colocar na folha de passagem de turno data, hora e antecedentes de queda e assinalar risco (médio ou alto)
- Passar oralmente ocorrência de queda nas últimas 24 horas
- Reunir mensalmente para discutir casos selecionados (seleção de um estudo de caso)
- Colocar na nota de alta/transferência: avaliação do risco no momento da alta, medidas preventivas e ocorrência de quedas

28

BIBLIOGRAFIA

- ACSQHC (2009). *Preventing Falls and Harm From Falls in Older People*. Australia: ACSQHC.
- AHRQ (2013). *Preventing Falls in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care*. EUA: RAND Corporation.
- AHRQ (2013). *TeamSteps 2.0 - Team Strategies & Tools to Enhance Performance and Patient Safety*. EUA: RAND Corporation. Disponível em: <https://www.aahrq.gov/teamsteps/index.html>. Acesso em: 05/07/2017.
- Almeida, B. C. S. (2015). Os Enfermeiros e ... Conhecer os riscos para melhor prevenir. (2 de Agosto de 2015). Disponível em: <http://www.ordenamentos.pt/ptas/ptas/artigospublicados/impressao/Documentos/Artigo%20agosto%202015%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20%20quedas%20dos%20doentes.pdf>.
- Ang, E., Mordiffi S., Wong H. (2011). Evaluating the use of a targeted multiple intervention strategy in reducing patient falls in an acute care hospital: a randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*. 1984-1992.
- Boixinho CL, Dixe MA. (2016). Construction and Validation of the Scale of Practices and Behaviors of Institutionalized Elderly to Prevent Falls. *UJPH*. 2016; 4(3):139-43. doi: 10.13189/ujph.2016.040303.
- *Management Guidelines in WA Healthcare Settings*. Australia: Department of Health, Western Australia.
- Graham, Bridget C. (2012). Examining Evidence-Based Interventions to Prevent Inpatient Falls. *Medurg Nursing*. 21(5), 267-270.
- Healey, E. (2010). A guide on how to prevent falls injury in hospitals. *Nursing Older People*. 22, 16-22

29

BIBLIOGRAFIA

- Boixinho CL, Dixe MA. (2017). PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS DAS EQUIPES NA GESTÃO DO RISCO DE QUEDA DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS. Texto e contexto (sobrevisto para publicação)
- Cameron ID, Gillespie ID, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, Kense N (2012) Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals (Review). The Cochrane Collaboration.
- CHLC - EPE (2013) - Circular Informativa: Procedimento Multisectorial - Enfermeiros Dinamizadores: Princípios Orientadores - RHJ.112.
- CHLC - EPE (2014) - Circular Informativa: Procedimento Multisectorial - prevenção e monitorização das quedas em ambiente hospitalar - SDO.104.
- Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Plano Nacional Para a Segurança dos doentes 2015-2020. Diário da República - 2ª Série, N.º 26 (10/02/2015).
- Duarte, M. (2011). Caracterização e impacto das quedas de doentes, como indicador de qualidade, num Hospital E.P.E. Tese apresentada na ENSP, UNL para obtenção do grau de mestre, orientada por Paula Sousa, Lisboa.
- Government of West Australia (2015). *Fall-Fall*
- Graham, Bridget C. (2012). Examining Evidence-Based Interventions to Prevent Inpatient Falls. *Medurg Nursing*. 21(5), 267-270.
- Healey, E. (2010). A guide on how to prevent falls injury in hospitals. *Nursing Older People*. 22, 16-22

30

BIBLIOGRAFIA

- Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. *Journal of the American Geriatrics Society* 2001;49:664-72.
- Hill AM, Hoffmann T, Holmes T. (2013). Circumstances of falls and falls-related injuries in a cohort of older patients following hospital discharge. *Clinical Interventions in Aging*. 8, 765-774.
- Johnson M, George A, Tran D. (2011). Analysis of falls incidents: Nurse and patient preventive behaviours. *International Journal of Nursing Practice* 17, 60-66.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479.
- Morse J. (2009). *Preventing Patient Falls: Establishing a Fall Intervention Program*. (2^a ed.). Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- NICE (2013). *Falls in older people: assessing risk and prevention*. Reino Unido: National Institute for Health and Care Excellence.
- Ordem dos Enfermeiros (2010) - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Disponível em: http://www.odemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadaAFG20Nov201010.pdf.

BIBLIOGRAFIA

- Tzeng, H. (2011). Nurses' Caring Attitude: Fall Prevention Program Implementation as an Example of Its Importance. *Nursing Forum*. 46(3), 137-145.
- Tzeng H. M., Yin, C. Y. (2008) - Nurses' solutions to prevent inpatient falls in hospital patient rooms, *Nursing Economic*, Maio - Junho 26(3),179-87.
- World Health Organization (2007) - Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice. Geneva: WHO publications.
- WHO (2016). *Falls – Fact Sheet*. Acedido a 03/06/2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>.
- Williams TA; King G; Hill AM; Rajagopal M; Barnes T; Basu A... Kidd H (2007). *Journal of Clinical Nursing*. 16, 316-324.
- Yuan Gu, Y., Balcaen, K., Ni, Y., Ampe, J., Goffin, J. Review on prevention of falls on hospital settings. *Chinese Nursing Research*. 3(2016), 7-10.

APÊNDICE VII:
Segunda sessão de formação no serviço de Medicina

PREVENÇÃO DE QUEDAS NO IDOSO EM AMBIENTE HOSPITALAR



AUTOR: LUÍS CUNHA

ENF. ORIENTADORA: ENF. JOANA VIEIRA

PROF. ORIENTADORA: ENF. CRISTINA BAIXINHO

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUEDA

O USO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO VALIDADOS É O PILAR NA
PREVENÇÃO DE QUEDAS (Gu et al, 2015)

- História das quedas.
- Problemas de mobilidade e uso de dispositivos de assistência
- Medicação (que possa provocar sedação, confusão, perda de equilíbrio ou alterações tensão arterial ortostática)
- Estado mental
- Incontinência
- Défice visual

(AHRQ, 2013)

RECAPITULANDO...EM CASO DE QUEDA:

- Fazer relato de incidente e gravar (**encerrar relato de queda no momento da alta ou falecimento!**)
- Registrar em notas livres e na nota de alta as **circunstancias da queda, data, hora e sequelas caso existam.**
- **Reavaliar o risco** (consultar **SEMPRE** antecedentes de queda)

ORIENTAÇÕES:

- Aplicar escala/teste TUGT (timed up and go test) em simultâneo com a escala de Morse a todos os doentes idosos
- Fazer ensino ao doente/família sobre medidas de prevenção e **calçado seguro (fechado e sola antiderrapante)** na **admissão e durante o internamento**
- Colocar na **folha de passagem de turno**: data, hora e antecedentes de queda e assinalar risco (médio ou alto)
- Passar oralmente ocorrência de queda nas ultimas 24 horas

GUIA PARA OS ENSINOS AO DOENTE/FAMILIA (FATORES DE RISCO MAIS COMUNS):

- **História de quedas** (Ex: questionar o doente/família acerca da ocorrência de quedas e seu mecanismo – data, tipo de queda, local, lesões se existiram e sequelas)
- **Problemas de mobilidade e uso de dispositivos de assistência**
- **Medicação** (que possa provocar sedação, confusão, perda de equilíbrio ou alterações tensão arterial ortostática) (ex.: questionar o doente acerca da terapêutica que fazia/pedir aos familiares lista de terapêutica)
- **Estado mental** (ex.: familiarizar o doente com a sua unidade/serviço)
- **Incontinência** (ex.: incentivar o doente a tocar campainha/fornecer urinol)
- **Défice visual** (ex.: pedir à família para trazer óculos)

MEDIDAS DE PREVENÇÃO UNIVERSAIS

- Familiarizar o utente com o meio envolvente;
- Incentivar o utente a demonstrar o uso do dispositivo de chamada;
- Manter a luz de chamada e os pertences pessoais ao alcance;
- Colocar o leito em posição baixa quando o utente está deitado;
- Manter a cama travada;
- Fornecer/pedir à família calçado antiderrapante, confortável e bem ajustado ao utente;
- Usar luzes noturnas ou iluminação suplementar;

(AHRQ, 2013; NICE, 2013; Cameron *et al.* 2012)

MEDIDAS DE PREVENÇÃO UNIVERSAIS

- Fornecer informações e suporte relevantes para o utente e familiares/cuidadores se este concordar. Tomar em consideração a capacidade da pessoa de entender e reter informação (sem declínio cognitivo);
- Explicar ao utente os seus fatores de risco de queda;
- Ajudar o utente a envolver-se em qualquer intervenção multifatorial destinada a abordar os seus fatores de risco individuais.

(AHRQ, 2013; NICE, 2013; Cameron *et al.* 2012) ⁷

GUIA PARA A ESCALA DE MORSE

ANTECEDENTES DE QUEDA/RISCO DE QUEDA:

- Não – 0 pontos
- Sim – 25 pontos
- O doente pontua se tiver tido uma queda no último ano/3 meses (preconizado pelo centro hospitalar)

NOTA: Em caso de dúvida não preencher – consultar sempre os registos de enfermagem/clínicos e/ou as avaliações anteriores.

GUIA PARA A ESCALA DE MORSE

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

- Não – 0 pontos
- Sim – 15 pontos
- O doente pontua se tiver mais do que um diagnóstico **que possa contribuir para a queda**. Ex: HTA, défices nutricionais, incontinência ou urgência urinária, tonturas/vertigens/alterações neurológicas, desequilíbrio ou alterações posturais.

GUIA PARA A ESCALA DE MORSE

APOIO NA DEAMBULAÇÃO

- **Sem apoio** – 0 pontos: o doente anda sem qualquer tipo de apoio ou se andar **sempre** apoiado por outra pessoa; se é autónomo com a cadeira de rodas; se é **sempre** auxiliado na transferência de e para a cadeira de rodas.
- **Auxiliar de marcha** – 15 pontos: se utiliza alguma auxiliar de marcha (bengala, canadianas, andarilho)
- **Apoio na mobília** – 30 pontos: se anda apoiando-se em tudo o que se encontra ao seu redor (Ex: medo de cair)
- **NOTA:** um suporte rodado não é considerado apoio

GUIA PARA A ESCALA DE MORSE

TERAPIA ENDOVENOSA EM PERFUSÃO

- Não – 0 pontos
- Sim – 20 pontos
- O doente pontua se apresentar terapia endovenosa em perfusão. Perfusões intermitentes também são consideradas. **Medicação em bólus não pontua neste item. CVTI (“implantofix”) também são considerados.**

GUIA PARA A ESCALA DE MORSE

TIPO DE MARCHA

- **Normal** – 0 pontos: o doente anda sem alterações ou desloca-se em cadeira de rodas sendo autónomo nas transferências ou **sempre** transferido por alguém ou está **sempre** em repouso na cama.
- **Desequilíbrio fácil** – 10 pontos: o doente anda **curvado**, mas consegue erguer a cabeça e, se se agarrar ao que o rodeia, fá-lo para **se sentir mais seguro** e não para manter a posição vertical.
- **Défice de marcha** – 20 pontos: o doente **tem dificuldade em levantar-se**; quando anda mantém a cabeça virada para o chão; **agarra-se a tudo o que o rodeia** pois tem um **défice de equilíbrio** e não consegue andar sem essa assistência
- **NOTA:** se o doente está numa cadeira de rodas, é classificado segundo a sua capacidade de se transferir, de acordo com os pontos anteriores.

GUIA PARA A ESCALA DE MORSE

ESTADO MENTAL/PERCEPÇÃO MENTAL

- **Consciente das suas limitações** – 0 pontos: O estado mental refere-se à autoavaliação que o doente faz relativamente à sua capacidade para andar; deve-se questionar o doente, como por exemplo: "É capaz de ir ao wc sozinho?" e se a(s) resposta(s) do doente for(em) coincidente(s) com a avaliação de enfermagem, então o doente estará consciente das suas limitações.
- **Não consciente das suas limitações** – 15 pontos: se a autoavaliação do cliente é irrealista, então considera-se que o cliente sobrestima as suas capacidades e esquece-se das suas limitações, logo não está consciente das suas limitações.
- **NOTA 1:** O estado mental é diferente da orientação tempo-espacial. Um doente pode estar orientado no tempo e no espaço e não estar consciencializado das suas limitações em relação ao risco de queda.
- **NOTA 2:** um doente confuso não está consciente das suas limitações

GUIA PARA O TESTE TIMED UP AND GO TEST (TUGT)

- Aplicar aos doentes idosos (+ de 65A) e usar em simultâneo com a escala de Morse
- O teste mede o tempo gasto na tarefa de levantar-se de uma cadeira, andar 3 metros, contornar um obstáculo e voltar a sentar-se na cadeira.
- Se o doente demorar mais que 12,6s tem risco de queda.
- Registar em notas livres. Ex: "TUGT=14s, risco de queda".
- Se não se obtiver concordância entre a escala de MORSE e a TUGT, prevalece a que der risco mais alto.
- **NOTA:** todos os doentes que não conseguirem realizar o teste (ex.: acamados) são classificados como tendo **risco de queda**.

BIBLIOGRAFIA

- Baixinho CL, Dixe MA. (2017). PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS DAS EQUIPES NA GESTÃO DO RISCO DE QUEDA DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS. Texto e contexto (sobrevisto para publicação)
- Cameron ID, Gillespie ID, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Canning RG, Kense N (2012) *Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals: (Review)*. The Cochrane Collaboration.
- CHLC – EPE (2013) - Circular Informativa: Procedimento Multisectorial – Enfermeiros Dinamizadores: Princípios Orientadores – RHJ.112.
- CHLC – EPE (2014) - Circular Informativa: Procedimento Multisectorial - prevenção e monitorização das quedas em ambiente hospitalar - SDO.104.
- Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Plano Nacional Para a Segurança dos doentes 2015-2020. Diário da República – 2ª Série, N.º 26 (10/02/2015).
- Duarte, M. (2011). Caracterização e impacto das quedas de doentes, como indicador de qualidade, num Hospital E.P.E. Tese apresentada na ENSP, UNL para obtenção do grau de mestre, orientada por Paula Sousa, Lisboa.
- Government of West Australia (2015). *Fall-Fall*
- Graham, Bridget C. (2012). Examining Evidence-Based Interventions to Prevent Inpatient Falls. *Medurg Nursing*. 21(5), 267-270.
- Healey, E. (2010). A guide on how to prevent falls injury in hospitals. *Nursing Older People*. 22, 16-22

16

BIBLIOGRAFIA

- ACSQHC (2009). *Preventing Falls and Harm From Falls in Older People*. Australia: ACSQHC.
- AHRQ (2013). *Preventing Falls in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care*. EUA: RAND Corporation.
- AHRQ (2013). *TeamSteps 2.0 - Team Strategies & Tools to Enhance Performance and Patient Safety*. EUA: RAND Corporation. Disponível em: <https://www.aahrq.gov/teamsteps/index.html>. Acedido a: 05/07/2017.
- Almeida, B. C. S. (2015) - Os Enfermeiros e ... Conhecer os riscos para melhor prevenir. (2 de Agosto de 2015). Disponível em: <http://www.ordamentenfermeiros.pt/sites/default/files/Documentos/Artigo%20agosto%202015%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20%20quedas%20dos%20doentes.pdf>.
- Ang, E., Mondiffi S., Wong H. (2011). Evaluating the use of a targeted multiple intervention strategy in reducing patient falls in an acute care hospital: a randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*. 1984-1992.
- Baixinho CL, Dixe MA. (2016). Construction and Validation of the Scale of Practices and Behaviors of Institutionalized Elderly to Prevent Falls. *UJPH*. 2016; 4(3):139-43. doi: 10.13189/ujph.2016.040303.
- *Management Guidelines in WA Healthcare Settings*. Australia: Department of Health, Western Australia.
- Graham, Bridget C. (2012). Examining Evidence-Based Interventions to Prevent Inpatient Falls. *Medurg Nursing*. 21(5), 267-270.
- Healey, E. (2010). A guide on how to prevent falls injury in hospitals. *Nursing Older People*. 22, 16-22

15

BIBLIOGRAFIA

- Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. *Journal of the American Geriatrics Society* 2001;49:664-72.
- Hill AM, Hoffmann T, Holmes T. (2013). Circumstances of falls and falls-related injuries in a cohort of older patients following hospital discharge. *Clinical Interventions in Aging*. 8, 765-774.
- Johnson M, George A, Tran D. (2011). Analysis of falls incidents: Nurse and patient preventive behaviours. *International Journal of Nursing Practice* 17, 60-66.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479.
- Morse J. (2009). *Preventing Patient Falls: Establishing a Fall Intervention Program*. (2^a ed.). Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- NICE (2013). *Falls in older people: assessing risk and prevention*. Reino Unido: National Institute for Health and Care Excellence.
- Ordem dos Enfermeiros (2010) - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Disponível em: http://www.odemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadaAFG20Nov217010.pdf.

BIBLIOGRAFIA

- Tzeng, H. (2011). Nurses' Caring Attitude: Fall Prevention Program Implementation as an Example of Its Importance. *Nursing Forum*. 46(3), 137-145.
- Tzeng H. M., Yin, C. Y. (2008) - Nurses' solutions to prevent inpatient falls in hospital patient rooms, *Nursing Economic*, Maio - Junho 26(3),179-87.
- World Health Organization (2007) - Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice. Geneva: WHO publications.
- WHO (2016). *Falls – Fact Sheet*. Acedido a 03/06/2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>.
- Williams TA; King G; Hill AM; Rajagopal M; Barnes T; Basu A... Kidd H (2007). *Journal of Clinical Nursing*. 16, 316-324.
- Yuan Gu, Y., Balcaen, K., Ni, Y., Ampe, J., Goffin, J. Review on prevention of falls on hospital settings. *Chinese Nursing Research*. 3(2016), 7-10.

APÊNDICE VIII:
Guia de bolso para avaliação da escala de Morse

GUIA PARA A ESCALA DE MORSE

1.1 Antecedentes de queda/Risco de queda

Não – 0 pontos

Sim – 25 pontos

O doente pontua se tiver tido uma queda no ultimo ano/3 meses (preconizado pelo centro hospitalar)

1.2 Diagnóstico secundário

Não – 0 pontos

Sim – 15 pontos

O doente pontua se tiver mais do que um diagnóstico **que possa contribuir para a queda**.
Ex: HTA, défices nutricionais, incontinência ou urgência urinária, tonturas/vertigens/alterações neurológicas, desequilíbrio ou alterações posturais.

1.3 Apoio na deambulação

Sem apoio – 0 pontos: o doente anda sem qualquer tipo de apoio ou se andar **sempre** apoiado por outra pessoa; se é autónomo com a cadeira de rodas; se é **sempre** auxiliado na transferência de e para a cadeira de rodas.

Auxiliar de marcha – 15 pontos: se utiliza alguma auxiliar de marcha (bengala, canadianas, andarielho)

Apoio na mobília – 30 pontos: se anda apoiando-se em tudo o que se encontra ao seu redor (Ex: medo de cair)

NOTA: um suporte rodado não é considerado apoio

1.4 Terapia endovenosa em perfusão

Não – 0 pontos

Sim – 20 pontos

O doente pontua se apresentar terapia endovenosa em perfusão. Perfusões intermitentes também são consideradas. **Medicação em bólus não pontua neste item. CVTI ("implantofix") também são considerados.**

GUIA PARA A ESCALA DE MORSE (CONT.):

1.5 Tipo de marcha

Normal – 0 pontos: o doente anda sem alterações ou desloca-se em cadeira de rodas sendo autónomo nas transferências ou **sempre** transferido por alguém ou está **sempre** em repouso na cama.

Desequilíbrio fácil – 10 pontos: **o doente anda curvado**, mas consegue erguer a cabeça e, se se agarrar ao que o rodeia, fá-lo para se sentir mais seguro e não para manter a posição vertical.

Défi ce de marcha – 20 pontos: o doente **tem dificuldade em levantar-se**; quando anda mantém a cabeça virada para o chão; **agarra-se a tudo o que o rodeia** pois tem um **défi ce de equilíbrio** e não consegue andar sem essa assistência

NOTA: se o doente está numa cadeira de rodas, é classificado segundo a sua capacidade de se transferir, de acordo com os pontos anteriores.

1.6 Estado mental/percepção, mental

Consciente das suas limitações – 0 pontos: **O estado mental refere-se à autoavaliação que o doente faz relativamente à sua capacidade para andar**; deve-se questionar o doente, como por exemplo: "É capaz de ir ao wc sozinho?" e **se a(s) resposta(s) do doente for(em) coincidente(s) com a avaliação de enfermagem, então o doente estará consciente das suas limitações**

Não consciente das suas limitações – 15 pontos: se a autoavaliação do cliente é **irrealista**, então considera-se que o cliente **sobrestima as suas capacidades** e esquece-se das suas limitações, logo não está consciente das suas limitações.

NOTA 1: O estado mental é diferente da orientação tempo-espacial. Um doente pode estar orientado no tempo e no espaço e não estar consciencializado das suas limitações em relação ao risco de queda.

NOTA 2: um doente confuso **não está consciente das suas limitações**

GUIA PARA O TESTE TIMED UP AND GO TEST (TUGT)

- Aplicar aos doentes idosos (+ de 65A) e usar em simultâneo com a escala de Morse
- O teste mede o tempo gasto na tarefa de levantar-se de uma cadeira, andar 3 metros, contornar um obstáculo e voltar a sentar-se na cadeira.
- Se o doente demorar mais que **12,6s** tem risco de queda.
- Registrar em notas livres. Ex: "TUGT=14s, risco de queda".
- Se não se obtiver concordância entre a escala de MORSE e a TUGT, prevalece a que der risco mais alto.

NOTA: todos os doentes que não conseguirem realizar o teste (ex.: acamados) são classificados como tendo **alto risco de queda**.

APÊNDICE XIX:

Sessão de formação efetuada aos assistentes operacionais do
serviço de Medicina

PREVENÇÃO DE QUEDAS NO IDOSO EM AMBIENTE HOSPITALAR



AUTOR: LUÍS CUNHA

ENF. ORIENTADORA: ENF. JOANA VIEIRA

PROF. ORIENTADORA: ENF. CRISTINA BAIXINHO

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

- **Título:** Prevenção de quedas no idoso em ambiente hospitalar
- **Palavras – chave:** Idoso; equipa; cuidados centrados na pessoa; quedas; instrumentos de avaliação; prevenção
- **Data de início:** 26 de setembro de 2017
- **Duração:** 6 meses

QUEDAS NO IDOSO

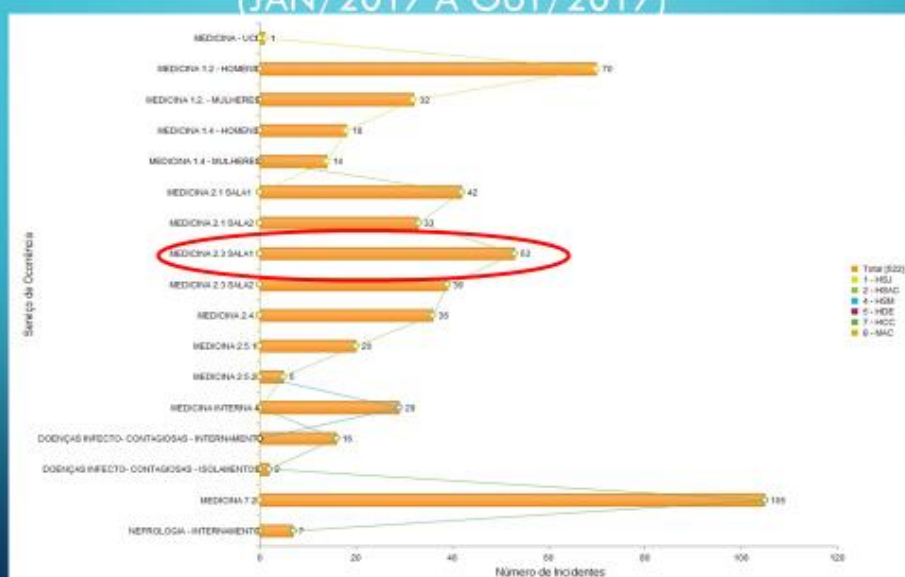
Os idosos têm o maior risco de morte ou lesões graves decorrentes de uma queda e o risco aumenta com a idade. (OMS, 2016)

As quedas são o maior motivo para idas aos serviços de urgência e admissões no hospital em pessoas com mais de 65 anos. (ACSQHC, 2009)

Entre 28 a 35% da população com idade igual ou superior a 65 anos de idade sofre uma queda todos os anos, aumentando esta prevalência para 32 a 42% na população com idade superior a 70 anos de idade. (PNS, 2015)

3

INCIDENTES DE Queda POR UNIDADE (JAN/2017 A OUT/2017)



DEFINIÇÃO

- Podemos definir queda como o evento que leva a pessoa a *"inadvertidamente ficar no solo ou em outro nível inferior"* (OMS, 2007:9)

TIPOS DE QUEDA



(Morse, 2009)

FATORES DE RISCO DE QUEDA

- História das quedas.
- Problemas de mobilidade e uso de dispositivos de assistência
- Medicação (que possa provocar sedação, confusão, perda de equilíbrio ou alterações tensão arterial)
- Estado mental
- Incontinência
- Défice visual

TEAMSTEPS[®]



[Agency for Healthcare Research and Quality, 2013]

MEDIDAS DE PREVENÇÃO

- Familiarizar o utente com o meio envolvente;
- Incentivar o utente a demonstrar o uso de luz de chamada;
- Manter a luz de chamada e os pertences pessoais ao alcance;
- Colocar e manter o leito em posição baixa quando o utente está deitado;
- Manter a cama travada;
- Fornecer/pedir à família calçado antiderrapante, confortável e bem ajustado ao utente;
- Usar luzes noturnas ou iluminação suplementar;

(AHRQ, 2013; NICE, 2013; Cameron *et al.* 2012)

9

MEDIDAS DE PREVENÇÃO

- Acompanhar os utentes dependentes ou semi-dependentes às instalações sanitárias ou outras.
- NUNCA deixar um utente dependente ou semi-dependente sozinho no WC – em caso de extrema necessidade colocar faixa de contenção e avisar enfermeiro;
- Colocar SEMPRE faixa de contenção nos doentes sentados após o levante – ir verificando ao longo do turno;

EM CASO DE QUEDA...

- Contactar IMEDIATAMENTE enfermeiro e/ou médico;
- Verificar se o utente está consciente;
- Questionar se tem dor e onde;
- NÃO mobilizar doente até ser observado por enfermeiro e/ou médico;
- Descrever o que aconteceu de forma o mais pormenorizada possível, especialmente se a queda tiver sido presenciada.

A PREVENÇÃO DE QUEDAS SÓ É POSSIVEL
COM O CONTRIBUTO DE TODOS!

MUITO OBRIGADO

BIBLIOGRAFIA

- ACSQHC (2009). *Preventing Falls and Harm From Falls in Older People*. Australia: ACSQHC.
- AHRQ (2013). *Preventing Falls in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care*. EUA: RAND Corporation.
- AHRQ (2013). *TeamSteps 2.0 - Team Strategies & Tools to Enhance Performance and Patient Safety*. EUA: RAND Corporation. Disponível em: <https://www.aahrq.gov/teamsteps/index.html>. Acedido a: 05/07/2017.
- Almeida, B. C. S. (2015). Os Enfermeiros e ... Conhecer os riscos para melhor prevenir. (2 de Agosto de 2015). Disponível em: <http://www.ordenamentos.pt/ptas/ptas/artigospublicados/impressao/Documentos/Artigo%20agosto%202015%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20%20quedas%20dos%20doentes.pdf>.
- Ang, E., Mordiffi S., Wong H. (2011). Evaluating the use of a targeted multiple intervention strategy in reducing patient falls in an acute care hospital: a randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*. 1984-1992.
- Boixinho CL, Dixe MA. (2016). Construction and Validation of the Scale of Practices and Behaviors of Institutionalized Elderly to Prevent Falls. *UJPH*. 2016; 4(3):139-43. doi: 10.13189/ujph.2016.040303.
- *Management Guidelines in WA Healthcare Settings*. Australia: Department of Health, Western Australia.
- Graham, Bridget C. (2012). Examining Evidence-Based Interventions to Prevent Inpatient Falls. *Medurg Nursing*. 21(5), 267-270.
- Healey, F. (2010). A guide on how to prevent falls injury in hospitals. *Nursing Older People*. 22, 16-22

13

BIBLIOGRAFIA

- Boixinho CL, Dixe MA. (2017). PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS DAS EQUIPES NA GESTÃO DO RISCO DE QUEDA DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS. Texto e contexto (sobre para publicação)
- Cameron ID, Gillespie ID, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, Kense N (2012) Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals (Review). The Cochrane Collaboration.
- CHLC - EPE (2013) - Circular Informativa: Procedimento Multisectorial - Enfermeiros Dinamizadores: Princípios Orientadores - RHJ.112.
- CHLC - EPE (2014) - Circular Informativa: Procedimento Multisectorial - prevenção e monitorização das quedas em ambiente hospitalar - SDO.104.
- Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Plano Nacional Para a Segurança dos doentes 2015-2020. Diário da República - 2ª Série, N.º 26 (10/02/2015).
- Duane, M. (2011). Caracterização e impacto das quedas de doentes, como indicador de qualidade, num Hospital E.P.E. Tese apresentada na ENSP, UNL para obtenção do grau de mestre, orientada por Paula Sousa, Lisboa.
- Government of West Australia (2015). *Fall-Fall*
- Graham, Bridget C. (2012). Examining Evidence-Based Interventions to Prevent Inpatient Falls. *Medurg Nursing*. 21(5), 267-270.
- Healey, F. (2010). A guide on how to prevent falls injury in hospitals. *Nursing Older People*. 22, 16-22

14

BIBLIOGRAFIA

- Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. *Journal of the American Geriatrics Society* 2001;49:664-72.
- Hill AM, Hoffmann T, Haines T. (2013). Circumstances of falls and falls-related injuries in a cohort of older patients following hospital discharge. *Clinical Interventions in Aging*. 8, 765-774.
- Johnson M, George A, Tran D. (2011). Analysis of falls incidents: Nurse and patient preventive behaviours. *International Journal of Nursing Practice* 17, 60-66.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479.
- Morse J. (2009). *Preventing Patient Falls: Establishing a Fall Intervention Program*. (2^a ed.). Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- NICE (2013). *Falls in older people: assessing risk and prevention*. Reino Unido: National Institute for Health and Care Excellence.
- Ordem dos Enfermeiros (2010) - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Disponível em: http://www.odemfeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadaAFG20Nov215010.pdf.

BIBLIOGRAFIA

- Tzeng, H. (2011). Nurses' Caring Attitude: Fall Prevention Program Implementation as an Example of Its Importance. *Nursing Forum*. 46(3), 137-145.
- Tzeng H. M., Yin, C. Y. (2008) - Nurses' solutions to prevent inpatient falls in hospital patient rooms, *Nursing Economics*, Maio - Junho 26(3),179-87.
- World Health Organization (2007) - Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice. Geneva: WHO publications.
- WHO (2016). *Falls – Fact Sheet*. Acessado a 03/06/2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>.
- Williams TA; King G; Hill AM; Rajagopal M; Barnes T; Basu A... Kidd H (2007). *Journal of Clinical Nursing*, 16, 316-324.
- Yuan Gu, Y., Balcaen, K., Ni, Y., Ampe, J., Goffin, J. Review on prevention of falls on hospital settings. *Chinese Nursing Research*. 3(2016), 7-10.

APÊNDICE X:

Folha de passagem de turno

C13 - A [redacted] Leucemia (sic), adenocarcinoma do intestino c/ileostomia, oclusão de artéria coronária Diag: Foco infeccioso a esclarecer 29/12 TAC- revelou várias adenopatias 201 Abscesso perianal c/ saída de líquido purulento - zaragatoa, MRSA +, sob linezolid. HC neg Eritema fúngico — clotri II Fleimão sulco interglúteo 5/01 BCF 11/01 Abd distendido — colocada SNG em DP — observ. pela cirurgia no SU (feito enema); retirou sonda a 12/01 e iniciou dieta líquida RISCO DE QUEDA: baixo risco UD: ileostomia (trocado saco e placa a 8/1 — autônomo) Social: Vive com esposa (cunhado Dr. Eugénio)	C14 - [redacted] AP: Adenocarcinoma do Cólon sigmóide, estágio IV (Mtx pulmonares + GG) sob cirurgia e QT; Neo da próstata, submetido a prostatectomia radical em 2012 11/2016, TV/P e TEP incidental em TC 04/16 sob HBPM IA, Osteoporose 2º paraneio QT (aparentemente sem evidencia de Mtx ósseas) - fraturaria com múltiplos colapsos vertebrais submetido a vertebroplastias varias dorso-lombares em agosto e 09/16; Hipotireoidismo conhecido há vários anos; HTA Diag: Síndrome febril com foco inicial respiratório Dispneia CVC- Implantofix- troca agulha a 15/1 9/01 HC pendente e UC neg, sob TAZOBAC 11/01 Gripe A neg RISCO DE QUEDA: ALTO RISCO DE QUEDA Barthel: 10/01-86 (D. leve) (JD: 13/01 Social: vive com a esposa	C15 - [redacted] AP: Operado no dia 21/09/17: Hérnia incisional supra e infra umbilical complexa complicada com peritonite e necessidade de ileostomia, cirurgia por diverticulite aguda com múltiplas intervenções, HTA, Coxartrose anca esquerda e Dislipidemia. Diag: Lesão renal aguda possivelmente iatrogénica Leucemia proliferativa Diplopia — Penso OFT alternados CVC refazer penso 17/01 // DVF Ferida cirúrgica abdominal — penso com aquacell ag 212 dias 15/01 Eritema — RB- calcâneos 21/12 — Mielograma + BO: sind mieloproliferativo B 10/1- Obs. Pela neurologia 11/1- 1º Ciclo QT; usar mascara nos despejos de urina e fezes 1211 Consulta de Oftalmologia 1511 Consulta de Neuroftalmoloia 9H RISCO DE QUEDA: MÉDIO RISCO Barthel: 09/1 - D. Severa: 48 Hematologia UD: ileostomia funcionante fezes líquidas, trocar placa + saco a 14/01 Social: Vive com es osa e filho
C16 - [redacted] AP: IC (episódio de EAP 2013), CI e hip, FA, DPOC tabágica, HTA, DM2 c/ complicações micro e macrovasculares, Neo da língua conhecida desde 2011 e submetida a RT (seguido no IPO), Hábitos alcoólicos e tabágicos marcados no passado, Hipoacusia, colecistectomizado, apendicectomizado e submetido a cirurgia gástrica que não sabe especificar Diag: Inf respiratória cl agudização de DPOC tabágica e ICC global Tosse produtiva // CVP Gripe A neg. HC pendentes. UC p/ legionella e Strptococcus neg. Sob ceftriaxone RISCO DE QUEDA: Barthel: Dependência Leve: 86 UD: 13/1- sic Social: sozinho, acompanhado filha Maria Teresa	C17 - [redacted] AP: VIH (não cumpre regime terapêutico); Hiperuricemia; HTA Diag: Esclarecimento de quadro de edema no MIE e de lesões no dorso Edema MI's // Hérnia escroto Banho com betadine espuma diário — em todo tegumento, fazer mistura (óxido de zinco Clotrimazol e aplicar 2)(dia) Ferida cotovelo esquerdo - epitelizado Ferida região axilar direita — epitelizado 18/01 — Retira pontos do pé esq. (biopsia) 15/1 - Colhe Uli + UC + Sangue RISCO DE QUEDA - ALTO RISCO UD: 13/01 SOCIAL: Indigente (Falar com AS) — obs SCM	C18 - [redacted] AP: Carcinoma da mama esq submetido a mastectomia radical 2012, Provável esofagite radica (vários episódios de disfagia condicionando múltiplas idas ao SU e realização de EDA por suspeita de impactação alimentar - ultima das quais em 28/12). Linfedema do MSE e extensa dermatite rádica c/ compromisso funcional, TVP recorrente do MIE sob HBPM, HTA, Dislipidemia e Sífilis latente (fez tratamento com penicilina IM) Diag: Controlo sintomático, discussão com Gastro, provável referênciação a UCP Deambula com canadiana CVP II Inicia dieta líquida EDA: lesões esofágicas + alimentos inteiros removidos 1 2/1 RISCO DE QUEDA SOCIAL: vive com genro, filha e filho, e neto. Relações familiares conflituosas
C19 - [redacted] /01) AP: Toxicodependência p/ drogas EV c/ Hep C e sob Metadona 125mg peio CAT Xabregas + HIV+ e sob TARV + TP + Tabagismo + Endocardite Diag: Sind. Febrif a esclarecer CVP Gripe A nea 10/01 - 2HC + UC p/ Streptococcus pneumoniae +, sob amoxicilina e ácido clavulânico 12/01 Febre Paracetamol 23:30 Paracetamol CJD: Social: Indigente. Quer voltar p/ a Vitae?	C20 - [redacted] AP: Síndrome demencial provável, em estudo; Adenocarcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical em 2011; Status pós-TP no passado; Tabagismo 1 maço/d em abstinência desde há meses; Alcoolismo em abstinência desde há 10 anos; Status pós-herniotastia inguinal Diag: Infecção respiratória CONFUSO! Gripe A, HC e UC p/ legionella neg RISCO DE QUEDA: ALTO RISCO DE QUEDA Barthel: UD: 13/01 Social: vive com sobrinha, encaminhado pi AS	C21 - [redacted] AP:HTA; Neoplasia do pulmão com metástases do SNC, seguido na consulta de oncologia Diag: Infecção respiratória? CVP 04/01 - 21JHC + Rx Tórax II Febre às 22h paracetamoi Lesão no pénis- observado Dermatologia: Valaciclovir 09/01 - Fez RT nos SAIMS RISCO DE QUEDA - MEDIO RISCO Barthel: UD: 11/01 Social: vive sozinho

C22 - D Doença do sistema circulatório AP: Pneumonia à esquerda (Internado em 01/2017); Neoplasia da próstata em estágio IV (Met. ganglionar e ósseas, MT coluna vertebral D3 compressão); a fazer Ác. Zoledrónico (início 1/2017 e último a 8/11/2017); Fez cabazitaxel de 05/2017 a 07/2017 e em 11/2016 compressão radicular. Diag: Esclarecimento de quadro CVP Metástases SNC - RT3 - Força nos MI's RT3 - Força nos MI's // Disfagia 5/01- RMN-CE 7/01 — Medicamento homeopático (que tem consigo) com autorização do Dr. Brotas 13/01 Morfina AR 20 às OCH Fentanil 100ug/h troca a 14/01 às 21h RISCO DE QUEDA: ALTO RISCO (Queda a 11/11) BARTHLEI: D severa 49 IJD: 13/01 Social: Vive no Brasil com a esposa mas tem os filhos em Portugal	C23 - A Anemia AP: Lombalgia há 40 anos? Diag: PAC e esclarecimento do quadro de dor lombar <u>14/01. Troca FENTANIL 50UG/H às 21h</u> Lentificado/ períodos de confusão UC neg. HC + Streptococcus gordonii, sob penicilina 09/01 Gripe A neg 12/01 RM coluna dorsal + lombar + Eco TE 12/1 10h30 10mg morfina SC 0/01 — Metamizol EV 3h30 lombalgias Barthel: O. Total 6 pontos RISCO DE QUEDA: ALTO RISCO (sem historia de queda) IJD: 2 microlax a 09/01 (aguarda ereito) Social: Vive com filho e neta	C24 — F Frequência cardíaca 8/01) AP Status pós-cirurgia a estomago/vesicula por? Em internamento de 2015 na ortopedia é descrito colecistectomia e duodenectomia, Anemia de diagnóstico recente com terapêutica de suplementação com ferro em ambulatório que estaria suspenso desde ha 15 dias, Status pós-fractura do úmero esquerdo operado em 2015 Diag: Insuficiência respiratória grave em contexto de- obstrução da cânula por secreções 02: IL por Traqueo // Secreções ++ CVP // SNG troca a 19/01 11/1 Desalgaliado <u>12101 Consulta de ORL às 9h: Trocou a cânula para sem cuff, não fenestrada nº 8 (reflexo tossígeno não presente, não eficaz</u> <u>Consulta de Pace às 11h remarcada</u> B rthle: D5 v1 RISCO DE QUEDA: MÉDIO RISCO UD: 09/01 Social: reside sozinho no domicílio com apoio do sobrinho. Feita candidatura / a rede

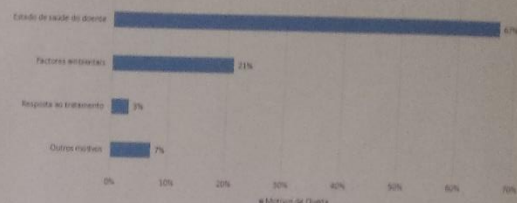
APÊNDICE XI:
Conteúdos afixados na sala de trabalho

TOTAL DE INCIDENTES DE QUEDA NOS ULTIMOS ANOS

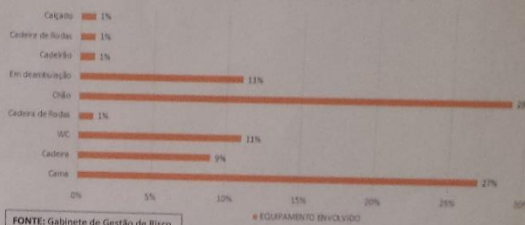
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
32	94	94	63	57	52	68	49	78	70

ANO DE 2017:

MOTIVOS DE QUEDA



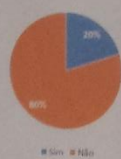
EQUIPAMENTO ENVOLVIDO



FONTE: Gabinete de Gestão de Risco

QUEDAS – DADOS DE 2017

LESÕES FÍSICAS



QUEDAS PREVENIDAS



FONTE: Gabinete de Gestão de Risco

QUEDAS

EM CASO DE QUEDA:

1. Fazer relato do incidente e gravar (encerrar relato de queda no momento da alta ou falecimento)
2. Registrar em: todas, horas, e na nota de alta as circunstâncias da queda, data, hora e sequestro caso existam.
3. Reavaliar o risco (consultar SEMPRE antecedentes de queda)

ORIENTAÇÕES:

- Aplicar escalaforte TUGT (timed up and go test) em simultâneo com a escala de Morse a todos os doentes idosos
- Fazer ensino ao doente/família sobre medidas de prevenção o calçado seguro (fechado e sola antiderrapante) na admissão e durante o internamento
- Colocar na folha de passagem de turno: data, hora e antecedentes de queda e assinalar risco (nível ou alto)
- Passar oralmente ocorrência de queda: nas últimas 24 horas

GUIA PARA OS ENSINHOS AO DOENTE/FAMÍLIA (fatores de risco mais comuns):

- História de quedas (ex: questionar o doente/família acerca da ocorrência de quedas e seu mecanismo – data, tipo de queda, local, lesões, se anteriores a seguintes)
- Problemas de mobilidade e uso de dispositivos de assistência
- Medicação (que possa provocar sonolência, confusão, perda de equilíbrio ou alterações tendo em conta a medicação) (ex: questionar o doente acerca da terapêutica que faz/pega aos familiares logo da terapêutica)
- Estado mental (ex: familiarizar o doente com a sua unidade/terapêutica)
- Incontinência (ex: incentivar o doente a usar campainha/terapêutica urinária)
- Déficit visual (ex: pedir à família para trazer óculos)

Medidas a adoptar em doentes infectados

Higiene das mãos antes e após o contacto com o doente ou com o seu ambiente

Utilização de luvas e avental nos cuidados ao doente

Utilização de máscara facial nos procedimentos susceptíveis de gerar salpicos de sangue, fluidos corporais e de secreções

Descartar a roupa e os materiais utilizados no doente, ainda junto do doente e da sua unidade, levando para perto de nós os contentores com os sacos próprios para tal

Lavagem e desinfecção regular dos equipamentos e superfícies que compõem a unidade do doente (pelo menos 1x por dia!)

Individualização de alguns materiais ou lavagem/desinfecção antes da utilização noutro doente



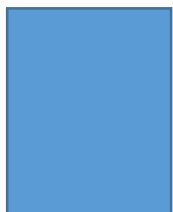
APÊNDICE XII:

Grupo criado na rede social VIBER

CHATS 1

CONTACT... 1

CHAMADAS

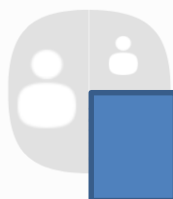


15/08/18



08/08/18

Voltar ao Viber! Diga "olá" hoje!

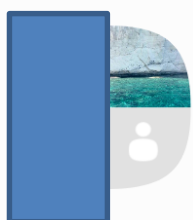


Grupo

13/05/18



Sem mensagens

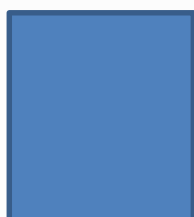


Livros, séries e filme...

13/05/18



Sem mensagens



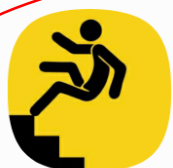
Medicina



13/05/18



Sem mensagens



Projeto Quedas

13/05/18



Sem mensagens

APÊNDICE XIII:
Projeto de estágio

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

1.1. Título: Prevenção de quedas em ambiente hospitalar

1.2. Palavras-chave: Idoso; equipa; cuidados centrados na pessoa; quedas; instrumentos de avaliação; prevenção

1.3. Data de Início: 25 de Setembro

1.4. Data de Término: 2 de Fevereiro

1.5. Duração: 5 meses

1. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Este projeto de estágio será desenvolvido em dois locais distintos: O serviço de Medicina de um Hospital do Centro de Lisboa, onde exerço funções como enfermeiro generalista e a Unidade de Saúde Familiar (USF) São João Evangelista dos Lóios em Marvila do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Lisboa Centro.

2.1. Serviço de Medicina

O serviço de Medicina pertence a um Centro Hospitalar de Lisboa que tem por missão prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS). A atividade do centro hospitalar:

assegura a cada doente cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e numa lógica de governação clínica, promove uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, abrangendo, ainda, as áreas de investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados, conforme o primado do doente (CH, 2010).

Trata-se de um serviço que presta cuidados generalizados a doentes do foro médico, do sexo masculino, na sua maioria idosos. A unidade possui também 2 camas para doentes de dermatologia e recebe com frequência doentes da especialidade de hematologia (por falta de vagas no seu serviço de origem). Quanto a recursos humanos, o serviço possui um total de 20 enfermeiros incluindo a enfermeira chefe, 11 assistentes operacionais e um número variável de médicos. Os enfermeiros distribuem-se por 4/5 enfermeiros na manhã, 3 enfermeiros tarde e 2 enfermeiros à noite para um total de 24 camas. Estas camas distribuem-se em 6 enfermarias de 4 camas, com um wc único para toda a unidade. Além dos profissionais referidos, colaboram com o serviço diariamente 1 assistente social, 1 técnico de eletrocardiografia, 1 técnico de análises e 1 dietista, além dos profissionais de manutenção e limpeza e do apoio geral. O horário de visitas compreende o período de tempo das 12h às 21h com um total de 2 visitas em simultâneo, de forma ininterrupta.

2.2. USF São João Evangelista dos Lóios

A USF São João Evangelista dos Lóios faz parte da ACES Lisboa Central situado no bairro dos Lóios, na freguesia de Marvila.

Segundo o Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto as USF são as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo e têm por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos. Com objetivos específicos, esta unidade propõe-se a aumentar significativamente a qualidade e a quantidade dos serviços de saúde a todos os utentes inscritos, a proporcionar segurança, ao apoio e consideração e a dotar a população de conhecimentos suficientes para que possa cuidar e manter a sua saúde com boa qualidade de vida.

Trata-se de uma unidade com cerca de 13140 utentes inscritos (RNU 31 2016). Destes, cerca de 2400 têm uma idade superior a 65 anos (cerca de 930 homens e 1450 mulheres).

A USF possui consultas e tratamentos em várias áreas, como Medicina geral, consultas médicas e de enfermagem ao domicílio, consultas de vigilância e prevenção, consulta de Diabetes, tratamentos, pensos, injetáveis e vacinação.

Quanto a recursos humanos, existem 6 enfermeiros, 7 médicos, 5 secretários clínicos, 1 assistente social e 1 psicólogo e horário de funcionamento é das 8h às 20h exceto fins-de-semana.

2. COMPONENTE CIENTIFICA E FORMATIVA

2.3. Sumário

Como enfermeiros integrados na sociedade e nos problemas que nela existem, é cada vez mais preocupante a dinâmica que a pirâmide etária está a desenvolver. Tal como podemos confirmar pelas estatísticas do INE (2016) em Portugal, acompanhando a tendência europeia e mundial, constata-se um aumento do índice de envelhecimento, da prevalência de doenças crónicas assim como do índice de dependência dos idosos. O aumento destes índices, de acordo com Campos (2008), traduz-se numa sobrecarga nos serviços de saúde, especialmente a nível hospitalar com maiores tempos de internamento, havendo consequentemente um crescimento nos gastos em saúde, situação que se poderá vir a tornar insustentável para o SNS.

No idoso, a ocorrência de quedas assume-se como um dos principais fatores de morbilidade/mortalidade. Estima-se que cerca de 424 000 quedas fatais ocorram todos os anos, tornando-se a segunda principal causa de morte por acidentes involuntários, a seguir aos acidentes de trânsito (OMS, 2016). Os idosos têm o maior risco de morte ou lesões graves decorrentes de uma queda e o risco aumenta com a idade (OMS, 2016). Segundo OMS (2007), aproximadamente 30 a 50% das pessoas que estão institucionalizadas sofrem quedas, aumentando esta estatística nos idosos com mais de 70 anos. Para a Comissão Europeia (2015), 20 a 30% das quedas causam ferimentos leves a severos e cerca de 20% das pessoas que sofrem estes ferimentos morrem dentro de um ano. A OMS (2007) especifica que, após a ocorrência de uma queda, pode haver perda de independência, de autonomia, períodos de confusão imobilização e depressão. Do ponto de vista económico, 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 2 900 euros. (DGS, 2015). Nos idosos, o custo médio decorrente de queda nos estados unidos é de 1049 dólares por lesão (OMS, 2016).

Em Portugal, de acordo com os dados do sistema nacional de notificação de incidentes, 21% do total de incidentes notificados são incidentes relacionados com quedas (DGS, 2015). Entre 28 a 35% da população com idade igual ou superior a 65 anos de idade sofre uma queda todos os anos, aumentando esta prevalência para 32 a 42% na população com idade superior a 70 anos de idade (DGS, 2015). Num estudo feito por Duarte (2011), num hospital EPE de Lisboa, constava que, dos doentes com registo de queda 61% tinham mais de 65 anos. Cunha (2013) realizou um estudo no hospital de Braga, referindo que dos doentes com registo de queda, 59% têm idade superior a 70 anos. De acordo com o GGR de um Hospital Central de Lisboa, a percentagem de registos de quedas em doentes com idade superior a 70 anos foi de 48% no ano de 2016.

Em 9 de Junho de 2009 o Conselho da União Europeia descreveu recomendações sobre a segurança dos doentes, baseadas nos trabalhos sobre realizados pela OMS através da Aliança Mundial para a Segurança dos Pacientes, o Conselho da Europa e a OCDE. Consequentemente, em 2015 foi criado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 sendo um dos seus objetivos estratégicos prevenir a ocorrência de quedas.

Antes, em 2001, foram definidos e pela Ordem dos Enfermeiros, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Neste documento um dos enunciados refere que: “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos utentes” (OE, 2002). É assim criada uma orientação importante para os enfermeiros, na qual se pode incluir a prevenção das quedas em contexto hospitalar e a definição de intervenções para a sua prevenção.

Na sequência do protocolo estabelecido com a Ordem dos Enfermeiros o Centro Hospitalar onde exerço funções, aderiu desde 2005 ao “Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” (PPQCE) cujos objetivos são:

-
- 1 Disseminar os PQCE definidos pela OE e promover a apropriação pelos enfermeiros do enquadramento conceptual e enunciados descritivos da qualidade do seu exercício profissional;
 - 2 Definir Indicadores de Qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem;
 - 3 Desenvolver ações no sentido da promoção, implementação e avaliação de programas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Assim, na procura da excelência dos cuidados prestados, estão implementados planos de melhoria contínua transversais ao centro hospitalar (CH) e a monitorização dos respetivos indicadores evidencia as atividades dos enfermeiros e o seu contributo na mudança positiva do estado de saúde das populações. O projeto de melhoria de qualidade deu origem a um sistema documental de políticas e procedimentos do qual o Procedimento Multissetorial (Prevenção e monitorização das quedas em ambiente hospitalar) é um exemplo (CH, 2014). Foi também criada a figura do enfermeiro dinamizador que tem como função desenvolve intervenções para a dinamização da área de Melhoria que lhe foi atribuída, assegurando que as políticas e procedimentos são adotados na sua Unidade Funcional (sou dinamizador na área da prevenção de quedas desde 2015 no serviço de Medicina).

Segundo Tzeng (2011), uma estratégia bem-sucedida na prevenção de quedas deve cultivar por parte dos enfermeiros a ideia de cuidar do doente como se este fosse da sua própria família. Assim, definir metas educacionais com foco nos cuidados de enfermagem pode resultar na mudança de práticas, e essa mudança sustentada deverá ser centrada no doente e baseada num ambiente de cuidados que promova a relação de ajuda (McCormack, 2006). Este trabalho será por isso sustentado no modelo de McCormack (2006), preconizado pelos cuidados centrados na pessoa. É um modelo composto por uma estrutura constituída pelos **pré-requisitos**, que se concentram nas características do enfermeiro, **o ambiente de cuidados**, que se concentra no contexto em que os cuidados são prestados; **os processos centrados na pessoa**, que se concentram na prestação de cuidados através de uma série de atividades (trabalhar com crenças e valores do doente, compromisso, presença simpática, partilha na tomada de decisão e atendimento de necessidades físicas) e **os resultados esperados (outcomes)**, que são os resultados de enfermagem efetiva

centrada na pessoa. Segundo Tzeng (2011), a implementação de um programa de prevenção de quedas deve não só promover a destreza e o conhecimento profissional dos enfermeiros como também cultivar os princípios dos cuidados centrados na pessoa (Tzeng, 2011). Assim, o desafio para as instituições de saúde é implementar uma estratégia eficaz de prevenção de queda que atenda às especificidades e necessidades de cada doente (Ang *et al*, 2011).

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente pessoa idosa, é desejado o desenvolvimento de competências de modo a permitir a compreensão da situação da pessoa idosa e família, na sua globalidade. Assim, o enfermeiro especialista presta cuidados à pessoa na área da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, e possui um conhecimento aprofundado que lhe permite, através do julgamento clínico e da tomada de decisão, responder adequadamente às dificuldades das pessoas tendo em conta as suas respostas aos processos de vida e aos problemas de saúde (OE, 2010).

Na área da pessoa idosa, o enfermeiro especialista deve desenvolver competências para cuidar das pessoas idosas em situação de doença crónica e crónica agudizada e sua família nos vários contextos onde se encontram. Por sua vez, enquanto mestre em enfermagem o enfermeiro deve sustentar a sua prática baseada na evidência preconizando um aumento da qualidade dos cuidados de saúde assumindo um papel influenciador na mudança de práticas. Assim, a finalidade deste projeto será a de **desenvolver competências de enfermeiro mestre e especialista na área médico-cirúrgica no cuidado à pessoa idosa e sua família** e o objetivo geral o de: **Desenvolver competências como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente na prevenção de quedas no idoso em contexto hospitalar**. Os objetivos específicos são os seguintes:

- Identificar o risco de queda no idoso em casa;
 - Descrever o medo de cair em idosos residentes em casa e o impacto no autocuidado;
 - Identificar o risco de queda nos idosos hospitalizados num serviço de Medicina;
 - Introduzir medidas preventivas de queda individualizadas à pessoa idosa num serviço de Medicina;
-

-
- Capacitar a equipa para prestar cuidados individualizados face ao risco de queda na população idosa hospitalizada num serviço de Medicina;
 - Preparar atempadamente o regresso a casa do idoso/família.

2.4. Descrição Técnica

2.4.1. Revisão da Literatura

Podemos definir queda como o evento que leva a pessoa a *"inadvertidamente ficar no solo ou em outro nível inferior"* (OMS, 2007:9), em que a pessoa não tem *"capacidade de correção em tempo útil, sendo determinada por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade"* (Almeida, 2015:1). De acordo com Morse (2009), as **quedas** podem ser classificadas em acidentais e fisiológicas e estas em previsíveis ou não previsíveis. Sabendo que as quedas ocorrem como resultado de uma complexa interação de fatores de risco, de acordo com a OMS (2007), podemos dividir os fatores de risco de queda no idoso em biológicos, comportamentais, ambientais e socioeconómicos. Os fatores de risco biológicos abrangem características dos indivíduos que estão relacionadas com o corpo, como a idade e género. Estes fatores estão também associados às mudanças atribuídas ao envelhecimento, tais como o declínio das capacidades físicas e cognitivas, e à prevalência de doenças crónicas. Os fatores de risco comportamentais são os que dizem respeito às ações humanas, emoções ou escolhas diárias e, ao contrário dos biológicos, são potencialmente modificáveis. Os fatores de risco ambientais incluem a interação do indivíduo com o ambiente envolvente (OMS, 2007). Assim, o desafio para as instituições de saúde é implementar uma estratégia eficaz de prevenção de queda que atenda às especificidades e necessidades de cada doente (Ang *et al.*, 2011), baseada em programas implementados no seio de uma equipa multidisciplinar. Isto porque, segundo Tzeng (2011), a implementação de um programa de prevenção de quedas deve não só promover a destreza e o conhecimento profissional dos enfermeiros como também cultivar os princípios dos cuidados centrados na pessoa. Empregando intervenções eficazes, os enfermeiros podem diminuir a incidência de lesões relacionadas com a queda, melhorando a qualidade de vida do doente e reduzindo os custos (Graham & Bridget, 2012). Assim, todos os enfermeiros têm um

papel fundamental na prevenção de quedas e toda a equipa deverá estar envolvida (Tzeng & Yin 2008), de preferência existindo no seio da equipa um ou mais que um especialista em quedas (Healey, 2010).

Por forma a capacitar a equipa para prestar cuidados individualizados face ao risco de queda na população idosa hospitalizada este projeto será baseado no programa **TeamSTEPPS® 2.0** (AHRQ, 2013). Como refere Godlock *et al.* (2016) este programa reduz a probabilidade de ocorrência de incidentes/danos e assume-se como um importante contributo clínico para a prevenção de quedas. Consiste numa estrutura baseada na evidência para otimizar o desempenho da equipa em todo o sistema de prestação de cuidados de saúde constituído por 5 componentes: **Estrutura da equipa**, que deve trabalhar em conjunto de forma eficaz para garantir a segurança do doente; **Comunicação**, baseada num processo estruturado pelo qual a informação é trocada de forma clara e precisa entre os membros da equipa; **Liderança**, que envolve a capacidade de maximizar as atividades dos membros da equipa, garantindo que as ações da equipa sejam compreendidas, as mudanças na informação são partilhadas e os membros da equipa possuem os recursos necessários, **Monitorização**, baseada num processo de avaliação ativa de elementos situacionais para obter informações e apoiar o funcionamento da equipe; **Suporte Mútuo**, sustentado na capacidade de antecipar e apoiar as necessidades dos membros da equipa através de um conhecimento preciso sobre suas responsabilidades e carga de trabalho (Godlock *et al.*, 2016).

Para a OMS (2007), as intervenções para a prevenção de quedas devem incluir o treino dos doentes com o objetivo de aumentar a força e equilíbrio, a modificação do ambiente e da atenção clínica destinada a remover ou reduzir fatores de risco específicos. Segundo (Gu *et al.*, 2015), o uso dos instrumentos de avaliação de risco validados é o pilar na prevenção de quedas. Esta avaliação deve contemplar alguns pontos essenciais, tais como: História das quedas, problemas de mobilidade e uso de dispositivos de assistência, medicação (que possa provocar sedação, confusão, perda de equilíbrio ou alterações tensão arterial ortostática), estado mental, incontinência e défice visual (AHRQ, 2013; NICE, 2013)

As medidas prevenção universais de queda, em ambiente hospitalar, dirigidas ao idoso e sustentadas pela evidência são as seguintes (AHRQ, 2013; NICE, 2013; Cameron *et al.* 2012):

-
- Familiarizar o utente com o meio envolvente;
 - Incentivar o idoso a demonstrar o uso de luz de chamada;
 - Manter a luz de chamada e os pertences pessoais ao alcance;
 - Colocar o leito em posição baixa quando o utente está deitado;
 - Manter a cama travada;
 - Fornecer calçado antiderrapante, confortável e bem ajustado ao idoso;
 - Usar luzes noturnas ou iluminação suplementar;
 - Manter as superfícies do chão limpas e secas;
 - Fornecer informações e suporte relevantes para o idoso e familiares/cuidadores se este concordar. Tomar em consideração a capacidade da pessoa de entender e reter informação (idosos sem declínio cognitivo);
 - Explicar ao idoso os seus fatores de risco de queda;
 - Ajudar o idoso a envolver-se em qualquer intervenção multifatorial destinada a abordar os seus fatores de risco individuais.

Convém salientar que as medidas de prevenção selecionadas não serão eficazes se não houver ligação entre o plano de cuidados à prática. Este, depois de determinados os fatores de risco de queda, deve ser incluído por rotina nas passagens de turno e nas cartas de transferência (AHRQ; NICE, 2013).

2.4.2. Plano de trabalho e métodos

De acordo com o GGR do Hospital onde exerço funções em 2016, das 78 quedas ocorridas no serviço de Medicina onde será implementado o projeto., 60 foram em idosos e 79% do total não foram presenciadas por nenhum profissional. A maioria destas quedas teve origem em situações em que os doentes escorregaram (39%) e apresentaram perda de equilíbrio (37%). Quanto aos motivos que levaram às quedas evidencia-se o estado de saúde do doente, seguindo-se desorientação/confusão e diminuição da força muscular. Relativamente ao local, grande parte das quedas ocorreram junto ao leito e no WC, sendo que 77% das quedas não foram presenciadas pelos profissionais de saúde. Dos incidentes de queda em que resultaram lesões, a maioria dessas lesões localizaram-se no crânio, face, cotovelos e joelhos, no entanto há que referir também a incidência de traumatismos crânio-encefálico e fraturas (2

casos). Estamos, pois, perante um problema, que a introdução da avaliação sistemática de risco de queda através da escala de Morse e da sua reavaliação de 7 em 7 dias por si só não resolveu. (CH, 2017). Isto porque o facto de exercer funções no serviço de Medicina há cerca de 4 anos e, tal como foi referido anteriormente, ser dinamizador do PQCE na área das quedas, permitiu-me identificar algumas lacunas na implementação das medidas de prevenção. No serviço de Medicina, como já foi referido, é feita a avaliação sistemática do risco de queda e os incidentes são devidamente registados, no entanto a equipa refere algumas dificuldades no preenchimento dos indicadores da escala de Morse, nomeadamente na determinação do histórico de quedas, na correcta selecção do tipo de marcha ou na avaliação do estado mental. Por outro lado, a avaliação do risco não orienta a introdução de medidas preventivas centradas no doente, nas suas especificidades e também por isso não são implementados cuidados baseados na evidência a quem tem alto risco. No que diz respeito à comunicação sobre o risco e a prevenção esta não é feita de modo sistematizado na equipa multiprofissional e também não é feita educação ao idoso/família sobre o risco e prevenção de quedas. Por fim, existe uma desvalorização da prevenção de quedas visto que estas continua a ser vistas como uma inevitabilidade própria do ser idoso tal como refere Morse (2009).

Os idosos têm também baixos níveis de conhecimento sobre as estratégias adequadas de prevenção de quedas a alta, apesar do aumento do risco de quedas durante esse período. A incidência de quedas no período pós-alta demonstrou ser maior do que na população residente na comunidade. Os idosos geralmente não conseguem ver a prevenção de quedas como relevante, o que pode explicar a baixa adesão na comunidade a estratégias de redução de risco de quedas (Hill, Hoffman&Haines, 2013). Existe também uma relação entre o medo de cair e o declínio nas atividades de vida do idoso e consequente detioração na qualidade de vida (Melo, 2003).

Considerando o problema real identificado na prática de cuidados, torna-se pertinente o desenvolvimento de um trabalho com a metodologia de projeto. Esta metodologia é uma atividade intencional que pressupõe iniciativa e autonomia, através do planeamento de estratégias e atividades que preveem uma mudança das práticas, baseada na investigação e centrada na resolução de um problema. A metodologia de projeto desenvolve-se em cinco etapas: diagnóstico da situação, definição de

objetivos, planeamento, execução e avaliação, e divulgação dos resultados através de um relatório (Ruivo *et al.*, 2010). Assim, este trabalho só terá sucesso com o envolvimento e participação de todos, nomeadamente dos idosos e família, utentes da USF Lóios e Medicina 2.3.1 bem como das respetivas equipas multidisciplinares, da professora orientadora e do autor do projeto.

No desenvolvimento do projeto serão utilizadas várias técnicas de recolha de dados com o objetivo de aprofundar o conhecimento do fenómeno em estudo. Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objetivo do estudo, às questões de investigação colocadas e às hipóteses formuladas (Fortin, 1999). Neste trabalho serão utilizadas o registo de observações, entrevistas, questionários, estudos de caso e escalas de avaliação.

As análises dos registos/processo clínico, irá permitir perceber em que medida as medidas de prevenção de quedas estão discriminadas no processo clínico, são individualizadas a cada idoso e se a escala de Morse é corretamente preenchida. Por outro lado, permitirá aferir se após uma ocorrência de queda, a mesma foi relatada com data, hora, local de ocorrência, sequelas ou não, observação médica, sinais vitais e comunicação à família.

A entrevista é, segundo Fortin (1999), um método particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas. Neste projeto prevê-se a realização de entrevistas no contexto do estágio na USF Lóios à equipa de enfermagem, para tentar perceber em que medida a avaliação de risco de queda é feita e aos idosos e família em contexto de visita domiciliária, de modo a aferir os conhecimentos sobre as medidas de prevenção de queda e a sua aplicação no dia-a-dia.

De acordo com Fortin (1999), o questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessitam das respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos. Prevê-se a aplicação de um questionário aos idosos selecionados no estágio na USF Lóios, no sentido de determinar o medo de cair e em que medida este medo os condicionam nas suas AVD.

Por sua vez as escalas, que segundo Fortin, são uma forma de avaliação destinada a medir um conceito ou uma característica de um indivíduo, também serão

utilizadas, nomeadamente a FES(fall efficacy scale) que determina em que medida o medo de cair condiciona as AVD no idoso, a escala de Morse que determina o risco de queda, a TUGT que não se trata propriamente de uma escala mas de um teste de avaliação funcional sustentada pela evidencia como um dos melhores preditores da ocorrência de queda em conjugação com outros instrumentos de avaliação de risco (Baixinho, 2014), e a escala de práticas e comportamentos da equipa (EPCEPQ) com o objetivo de identificar as práticas e comportamentos das equipas na gestão do risco de quedas dos idosos institucionalizados (Baixinho, 2017).

2.4.3. Descrição das tarefas e resultados esperados

A realização de qualquer projeto prevê a necessidade de utilizar recursos que irão condicionar e permitir a realização das atividades propostas. Neste projeto prevê-se usar os seguintes:

- Recursos físicos: locais de estágio (Serviço de Medicina e USF Lóios); salas de reuniões, biblioteca da ESEL e do Hospital e habitações dos utentes em contexto de visita domiciliária na USF;
- Recursos humanos: idosos e família; equipa multidisciplinar do serviço de Medicina e USF; professora orientadora do projeto da ESEL;
- Recursos Materiais: material informático (computador, impressora, projetor), folhas de papel, canetas, instrumento de colheita de dados (ICD), escalas de avaliação;
- Recursos Temporais: organização do tempo pessoal, profissional e académico; disponibilidade e motivação da equipa de enfermagem para o desenvolvimento de atividades de intervenção à pessoa idosa e família relacionadas com a prevenção de queda; disponibilidade dos enfermeiros orientadores de estágio e da professora orientadora da ESEL para acompanhamento do projeto.

A análise SWOT consiste num exercício de disposição por quadrante das debilidades, das ameaças (fatores negativos), das forças e das oportunidades (fatores positivos) de um projeto. Este exercício proporciona, por um lado, a reflexão sobre fatores positivos de que um sistema beneficia (forças e oportunidades) e, por outro, a reflexão sobre os fatores negativos com que o sistema se defronta (debilidades e

ameaças). Trata-se por isso de uma técnica sintetizadora e simplificadora de linhas de análise, assim como, de diagnóstico (Santos, 2007).

Quadro 1. Análise SWOT do projeto

Na conquista dos objetivos do projeto		
Origem do fator	Ajuda	
	Dificulta	
Interno	FORÇAS - Estágio no contexto de trabalho - Motivação da equipa - Existência de trabalho de equipa - Pertinência do projeto - Bom relacionamento interpessoal - Experiência e conhecimentos prévios como dinamizador do serviço na área das quedas - Existência de um segundo dinamizador a colaborar no projeto	FRAQUEZAS - Possível baixa adesão da equipa médica - Desvalorização da importância da prevenção de quedas - Curta duração do estágio
	OPORTUNIDADES - Acompanhamento e orientação tutorial - A maioria dos utentes do serviço de Medicina é idosa - Inexistência de um programa de prevenção de quedas que se traduza nos cuidados prestados	AMEAÇAS - Zonas do serviço com falta de condições físicas - Tempo limitado para a execução do projeto - Vários objetivos a serem cumpridos - Rácio enfermeiro/doente

Os objetivos específicos delineados para o objetivo geral definido, assim como respetivas atividades propostas para os atingir e os respetivos indicadores de avaliação são apresentados de seguida, sob a forma de quadro, de forma a facilitar a sua leitura:

Objetivo geral: Desenvolver competências como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente na prevenção de quedas no idoso em contexto hospitalar		
Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias	Indicadores
Identificar o risco de queda no idoso em casa (USF Lóios)	• Entrevista aos enfermeiros da USF (como fazem a avaliação do risco?) • Recolhe dados junto do idoso e família sobre a ocorrência de quedas, mecanismo de queda, lesões associadas e medo de cair • Entrevista ao idoso e cuidador informal sobre as medidas de prevenção de	• Registo do conteúdo das entrevistas • Referência à descrição do evento feita pelo idoso com queda no domicílio • Enumeração dos fatores de risco multidimensionais identificados nos idosos a quem se realizou visita domiciliária

	queda (conhecimento sobre as mesmas e quais aplica no dia-a-dia) • Avalia o risco de queda (biofisiológico, comportamental e ambiental) no contexto de visita domiciliária; • Reúne com docente e enfermeiro orientador • Pesquisa de literatura sobre a avaliação de risco de quedas ao idoso na comunidade • Realiza ação de formação à equipa multidisciplinar no que diz respeito à avaliação de risco de queda ao idoso, na comunidade	• Referência às medidas preventivas de queda adotadas pelo idoso no seu domicílio • 70% da equipa participou na formação
Descrever o medo de cair em idosos residentes em casa e o impacto no autocuidado (USF Lóios)	• Questiona o idoso sobre o medo de cair • Questiona o idoso sobre o impacto que o medo de cair tem na realização das AVD • Aplica a FES aos idosos em contexto de visita domiciliária • Questiona o idoso sobre as restrições (ou não) no autocuidado após queda • Reúne com docente e enfermeiro orientador • Pesquisa de literatura sobre a avaliação de risco de quedas ao idoso na comunidade	• Aplica a FES A 70% dos idosos em contexto de visita domiciliária • Registo das respostas da FES e dos questionários ao idoso • Apresenta um estudo de caso (pessoa idosa com queda) com compromisso nas AVD resultante da mesma
Identificar o risco de queda nos idosos hospitalizados num serviço de Medicina (Medicina)	• Apresenta o projeto à equipa • Efetua formação a todos os enfermeiros sobre os indicadores da escala de morse e correta classificação dos idosos face ao risco de queda • Determina o mecanismo de queda exato das quedas ocorridas no serviço	• 100% dos processos clínicos auditados mensalmente • Aplica a 95% dos idosos com médio/alto risco de queda a TUGT e escala de Morse • 80% dos enfermeiros participam na formação (registo de presença)

	• Preenchimento da escala de Morse (7 em 7 dias ou se queda) • Aplica o TUGT a todos os idosos com médio/alto risco de queda internados no serviço de Medicina; • Realiza auditoria mensal aos processos clínicos	
Introduzir medidas preventivas de queda individualizadas à pessoa idosa (Medicina)	• Desenho de planos de cuidados com individualização das medidas preventivas de quedas, em função do risco • Ensino na admissão, aos idosos sem declínio cognitivo, sobre medidas preventivas de quedas • Solicita à família de calçado fechado e antiderrapante • Reúne com médico responsável para informar do risco de queda e discutir a medicação	• 75% dos idosos com risco moderado/alto de queda com intervenções no processo para a prevenção de quedas • Regista a adesão da família ao pedido de calçado em registo próprio • Reflexão e registo de interação médico/enfermeiro
Capacitar a equipa para prestar cuidados individualizados face ao risco de queda na população idosa hospitalizada num serviço de Medicina (Medicina)	• Efetua formação a equipa de enfermagem e AO sobre medidas preventivas de quedas • Desenvolve o programa de prevenção baseado no Teamstepps: liderança, comunicação, monitorização dos incidentes e suporte mútuo) • Refere na passagem de turno de qual o risco de queda de cada idoso e medidas implantadas ou a implementar • Promoção de discussões na equipa de enfermagem e AO das medidas preventivas da queda e/ou sua ocorrência para os idosos com médio/alto risco de queda ou com queda no serviço	• 75% da equipa assiste às ações de formação • 100% dos formandos preenchem a folha de avaliação da formação • Análise de um estudo de caso com a equipa de enfermeiros • Verificação diária do quadro de serviço e folha de passagem de turno • Avalia os resultados da escala de práticas e comportamentos da equipa na gestão do risco de queda antes e após a implementação do projeto

	• Mantem o quadro do serviço e folha de passagem de turno com informação destacada acerca dos doentes com queda e/ou alto risco • Avalia as práticas e comportamentos da equipa na gestão do risco de queda • Dá feedback mensal da prevalência de quedas	
Preparar atempadamente o regresso a casa do idoso/família (Medicina)	• Realiza formação à equipa de enfermagem sobre preparação para a alta de um idoso com médio/alto risco de queda • Registo em nota de alta do risco de queda e em caso de queda descrimina dia, hora, circunstâncias da queda, lesões se ocorreram, evolução das mesmas; • Contactar o centro de saúde para transmitir oralmente a informação (doentes com médio/alto risco e /ou com queda no internamento) • Realiza follow-up telefónico ao fim de 72 horas após o regresso a casa	• 75% da equipa assiste às ações de formação • 100% dos formandos preenchem a folha de avaliação da formação • 75% das notas de alta com todos os elementos • 50% dos idosos com médio/alto risco e/ou com queda foram referenciados ao centro de saúde

3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

[illegible]

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHRQ (2013). *Preventing Falls in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care*. EUA: RAND Corporation.

AHRQ (2013). TeamStepps 2.0 - Team Strategies & Tools to Enhance Performance and Patient Safety. EUA: RAND Corporation. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/teamstepps/index.html>. Acedido a: 05/07/2017.

Almeida, B. C. S. (2015) - *Os Enfermeiros e ... Conhecer os riscos para melhor prevenir*. (2 de Agosto de 2015). Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoress/artigospublicadoimpressalocal/Documents/Artigo%20agosto%202015%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20%20quedas%20dos%20idosos.pdf>. Acedido a: 11/07/2017

Ang, E., Mordiffi S., Wong H. (2011). Evaluating the use of a targeted multiple intervention strategy in reducing patient falls in an acute care hospital: a randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*. 1984-1992.

Baixinho, C., Dixe, M., Camara, P., Jesus, E. (2014). TUGT (Timed up and go test): um bom preditor do risco de queda?: Resultados de uma Revisão Sistemática de Literatura. *Revista Referencia; Suplemento*, 1(4): 92.

Baixinho CL, Dixe MA.(2016). Construction and Validation of the Scale of Practices and Behaviors of Institutionalized Elderly to Prevent Falls. *UJPH*. 2016; 4(3):139-43. doi: 10.13189/ujph.2016.040303.

Baixinho CL, Dixe MA. (2017). Práticas e comportamentos das equipas na gestão do risco de queda dos idosos institucionalizados. *Texto e Contexto (aceite para publicação)*

Cameron ID, Gillespie LD, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, Kerse N (2012). *Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals (Review)*. The Cochrane Collaboration.

Campos, A. C. (2008). *Reformas da Saúde - O fio condutor*. Coimbra: Almedina

Comissão Europeia (2015). Falls prevention for older people: A European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing priority. Disponível em: https://ec.europa.eu/eip/ageing/sites/eipaha/files/library/54ecaab4b4a00_A2.pdf

Acedido a: 19/07/2017.

Centro Hospitalar (2009). Circular Informativa: Procedimento Multisectorial - prevenção e monitorização das quedas em ambiente hospitalar.

Centro Hospitalar (2013). Circular Informativa: Procedimento Mutisectorial – Enfermeiros Dinamizadores: Princípios Orientadores.

Centro Hospitalar (2014). Circular Informativa: Procedimento Multisectorial - prevenção e monitorização das quedas em ambiente hospitalar

Centro Hospitalar (2017). Dados do Gabinete de Gestão de Risco. Acedido em Maio 2017

Cunha, S. (2013). *Quedas dos Doentes no Hospital de Braga: Análise dos Eventos e Custos Associados*. Tese apresentada na Escola de Engenharia: Universidade do Minho para obtenção do grau de mestre, orientada por Maria Olivia Baptista de Oliveira Pereira, Braga.

Decreto-Lei n.º 298/2007. Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF). Diário da Republica, 1.ª série. 161. 22/08/2007. 5587-5596

Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Plano Nacional Para a Segurança dos doentes 2015-2020. *Diário da República – 2ª Serie*, Nº28 (10/02/2015).

Duarte, M. (2011). *Caracterização e impacte das quedas de doentes, como indicador de qualidade, num Hospital E.P.E*. Tese de Mestrado. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.

DGS (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Ministério da Saúde, Lisboa.

DGS (2013). Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016: Versão Resumo. Ministério da Saúde, Lisboa

DGS (2016). Principais Indicadores de Saúde para Portugal, 2010-2014. Atualizado em Março de 2016. Direção Geral de Saúde, Lisboa. Acedido a 11/07/2017.
Disponível em: <http://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-dasaude.aspx>.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) (2014). Regulamento de Mestrado. Lisboa: ESEL

ESEL (2017). Documento orientador Opção II/Estágio ano letivo 2016/2017. 8ºCurso de Pós Licenciatura em Enfermagem Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa. Lisboa: ESEL

Fortin, M. (1999). O Processo de Investigação: da conceção à realização. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., Loures.

Graham, BC. (2012). Examining Evidence-Based Interventions to Prevent Inpatient Falls. *Medsurg Nursing*. 21(5), 267-270.

Healey, F. (2010). *A Guide on How to Prevent Falls And Injury in Hospitals*. Nursing Older People. 22(9). 16-22.

Hill AM, Hoffmann T., Haines T. (2013). Circumstances of falls and falls-related injuries in a cohort of older patients following hospital discharge. *Clinical Interventions in Aging*. 8, 765-774.

Instituto Nacional de Estatística (2016). *Estatísticas demográficas 2015*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística

Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/ Supplement. Methodology for JBI Scoping Reviews.

Melo, C. (2003). *Adaptação Cultural e Validação da Escala "FALLS EFFICACY SCALE" de Tinetti*. Ifisionline,1(2). 33-43.

McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). *Development of a framework for person-centred nursing*. Journal of Advanced Nursing, 56 (5), 472-479.

Morse J. (2009). *Preventing Patient Falls: Establishing a Fall Intervention Program*. (2ª ed.). Nova Iorque: Springer Publishing Company.

NICE (2013). *Falls in older people: assessing risk and Falls in older people: assessing risk and prevention*. Reino Unido: National Institute for Health and Care Excellence.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2010) - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido a 19/07/2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros, Divulgar, Lisboa

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Organização Pan-América da Saúde, Brasília/DF

Página oficial do Centro Hospitalar (CH). Disponível em <http://www.chlc.minsaude.pt/homepage.aspx?menuid=1>. Acedido a: 18/07/2017.

Ruivo, M. et al (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. Percursos, n.º 15, Janeiro-Março, 1-38. Acedido a 18/07/2017. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Santos, M., Sobreiro, L., Calca, P., (2007). Texto de Apoio: A análise SWOT e a seleção de prioridades. Centro de Investigação em Sociologia e Antropologia “Augusto da Silva”. Évora.

Tomey A., Alligood, M. (2004). Teóricas de enfermagem e sua obra: modelos e teorias de enfermagem. 5ª edição, Loures: Lusociência.

Tzeng, H- (2011). Nurses' Caring Attitude: Fall Prevention Program Implementation as an Example of Its Importance. *Nursing Forum*. 46(3), 137-145.

Tzeng H. M., Yin, C. Y. (2008). Nurses' solutions to prevent inpatient falls in hospital patient rooms. [*Nursing Economic*](#). Maio - Junho 26(3).179-8

World Health Organization (2007). Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice. Geneva: WHO publications.

WHO (2016). *Falls – Fact Sheet*. Acedido a 03/06/2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>.

Yuan Gu, Y., Balcaen, K., Ni, Y., Ampe, J., Goffin, J. *Review on prevention of falls on hospital settings*. Chinese Nursing Research. 3(2016), 7-10.

ANEXOS

ANEXO I:

Autorização da Comissão de Ética do CH

CENTRO
HOSPITALAR DE LISBOA
CES - CHLC

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARA A SAÚDE

hospitalar"

Os Capuchos
me-se como um dos principais motivos de
nente 30 a 50% das pessoas que estão

26 FEV. 2018
Armandina Antunes
Enfermeira Diretora

PRESENTE À SESSÃO DO
C.A. DE 01 / 03 / 2018

A Presidente
Ana Escóval

O Vogal
António Nunes

O Vogal
Francisco Matoso

O Diretor Clínico
Luís Nunes

A Enfª Diretora
Armandina Antunes

Parecer

Data: 15.02.2018
Processo n.º 492/2017

Título: "Prevenção de Quedas no Idoso em Ambiente Hospitalar"

Relator: Sandrina Bento, Enf

Investigador principal: Luís Filipe Correia da Cunha, Enf

Local: Serviço de Medicina 2.3.1, Hospital Santo António dos Capuchos

Fundamentação: No idoso, a ocorrência de quedas assume-se como um dos morbilidade/mortalidade. Segundo a OMS, aproximadamente 30 a 50% das pessoas—que—es institucionalizadas sofrem quedas, sendo que este número aumenta nos idosos com mais de 70 anos. A OMS especifica ainda que, após a ocorrência de uma queda, pode haver perda de independência, de autonomia, de mobilidade, períodos de confusão e depressão. Torna-se assim fundamental o desenvolvimento de programas dirigidos à prevenção de quedas no idoso hospitalizado.

Objetivos: 1- Desenvolver competências como enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente na prevenção de quedas no idoso em contexto hospitalar; 2- Identificar o risco de queda no idoso em casa, 3- Descrever o medo de cair em idosos residentes em casa e o impacto no autocuidado; 4- Identificar o risco de queda nos idosos hospitalizados num serviço de Medicina; 5- Introduzir medidas preventivas de queda individualizadas à pessoa idosa num serviço de Medicina; 6- Capacitar a equipa para prestar cuidados individualizados face ao risco de queda na população idosa hospitalizada num serviço de Medicina; 7- Preparar atempadamente o regresso a casa do idoso / família.

Amostra: Todos os utentes com mais de 65 anos internados no serviço de Medicina 2.3.1 do HSAC

Processo de recolha de dados: aplicação de escalas de avaliação - Escala de Morse; TUGT; RES; EPCEPQ

O Presidente da Comissão de Ética

(Gonçalo Cordeiro Ferreira)

Consentimento informado e esclarecido: não é apresentado

Parecer do Responsável da Área/ Especialidade/ Unidade: Parecer favorável do Director da Área da Medicina, Exm^o ProP Dr^o Fernando Nolasco, parecer favorável do Exm^o Sr^o EnP Coordenador da Área da Medicina, Sr^o Enf^o João Pais, parecer favorável do Exrn^o Director de Serviço, Dr^o Eduardo Silva e da Exm^a Sr^a Enfermeira Chefe, Enr Isabel Rodrigues.

Calendário: 25 de Setembro de 2017 a 2 de Fevereiro de 2018

Apresentação e divulgação do trabalho: o investigador prevê apresentar os resultados em contexto de formação em serviço

Parecer: Após apreciação do projeto de investigação "Prevenção de Quedas no Idoso em Ambiente Hospitalar" é do entender desta Comissão que, sendo este de aplicação em dois contextos distintos, a USF de São João de Lóios e o Serviço de Medicina 2.3.1 do Hospital Santo António dos Capuchos do CHLC, esta CES apenas se pode pronunciar no âmbito de aplicação do CHLC, devendo o investigador pedir parecer à CES da respectiva ARS, relativamente à sua aplicação na USF.

Para a recolha de dados, o investigador (elemento dinamizador na Área da Prevenção de Quedas do CHLC) prevê o acesso e análise aos processos clínicos dos doentes internados no Serviço de Medicina e assume o compromisso que em momento algum será quebrado o anonimato e a confidencialidade dos dados. Prevê ainda a utilização de um teste de avaliação funcional, preditor de risco de queda, que apenas poderá ser aplicado após prévio consentimento do doente. Alertamos para a necessidade de reformular o cronograma do estudo. O estudo tem parecer favorável dos respectivos responsáveis da Área da Medicina.

Conclusão:

Após apreciação do processo inicial e analisados os posteriores esclarecimentos prestados pelo investigador é do entender desta CES que o estudo em análise não levanta questões do ponto de vista ético, pelo que entende emitir parecer favorável à sua realização.

original



CENTRO pb INVSTIGACAO	
CHEC • EPE	
Secretariado	<u>CI</u>
Nº	<u>406</u>
Entrada	<u>07/03/2018</u>
Saída:	<u> / / </u>

ANEXO II:

Avaliação das condições físicas e ambientais do serviço de
Medicina

Avaliação das condições físicas e ambientais				
Unidade	Ped 3.1			
Data:	29/01/2018	Auditor		
	SIM	NÃO	N/A	Observações
EQUIPAMENTO				
1. Cadeiras de rodas e de higiene/cadeirões de repouso/ cadeiras e carros de transporte/ cadeiras de alimentação				
Têm rodas	X			
As rodas têm travões	X			Nem todas
Os travões travam eficazmente	X			Nem todos
Os pneus são maciços ou estão cheios	X			
As rodas permitem a mobilização eficaz da cadeira (não estão vazias nem empenadas)	X			
Têm cinto (este tem de estar operacional)		X		Agendas para Cadeir. Cinto
Os braços da cadeira são facilmente retirados para as transferências		X		
Os apoios para os pés são ajustáveis (altura, posição, etc.) às necessidades do doente.	X			Agendas 1
Existem cadeiras de rodas que permitem ajustar ao peso do doente (Ex: doente com amputação dos MI)		X		
2. Suporte de Soros				
O suporte de soro tem dispositivo de fixação (parte superior/inferior) funcionante	X			
As rodas deslizam facilmente em todas as direcções e não encravam	X			
O suporte tem uma base de cinco rodas permitindo manter a sua estabilidade	X			
3. Camas/Macas/Berços				
As camas/macás permitem ajustar a altura às necessidades do doente	X			
As camas/macás têm grades	X			
As grades da cama/berço/maca sobem e baixam facilmente	X			
As grades da cama/berço/maca ficam seguras quando elevadas	X			
As grades ocupam o espaço necessário para impedir a saída/queda do doente		X		
As camas/berços têm travões	X			
Os travões travam eficazmente a cama /berços/maca	X			

4. Chinelos (Calçado)				
Chinelos disponibilizados pelo hospital têm solas anti-derrapantes		X		
Chinelos pertencentes ao doente são avaliados para verificação deste aspecto	X			
5. Campanhas				
Existem à cabeceira de todas as camas	X			
Estão acessíveis ao doente em todas as camas	X			
Estão funcionantes	X			
O som do alarme da campainha é audível na sala de trabalho/copa	X			
Estão acessíveis em todas as casas de banho	X			
Fio que acciona o alarme está em boas condições	X			
6. Andarilhos /Canadianas /Pirâmides				
Borrachas de segurança das pontas estão em boas condições	X			
São estáveis	X			
AMBIENTE				
7. Condições de iluminação				
Existem luzes de presença em todos os quartos	X			
As luzes de presença funcionam	X			
Existem luzes de presença em todas as zonas comuns		X		
As luzes de presença funcionam	X			
8. Corrimão / Barras de apoio				
Nos chuveiros	X			
Casas de banho	X			
Corredores		X		
9. Condições do piso				
Sem irregularidades	X			
Material antiderrapante nas casas de banho	X			
Material antiderrapante no resto do serviço		X		
Desníveis assinalados			X	

Exceção 2 em
sala na box

ANEXO III:
Falls Efficacy Scale (FES)

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 IV:

Escala de Práticas e Comportamentos da Equipa

Escala de Práticas e Comportamentos da Equipa na Gestão do Risco de Queda

Idade: _____

Sexo : _____

Tempo de atividade profissional: _____ meses

Categoria Profissional: _____

Nos últimos dois anos frequentou ação de formação sobre:

	Sim	Não
Fatores de risco de queda	☐	☐
Medidas preventivas de queda	☐	☐
Atuação após a queda	☐	☐

Responda a cada uma das afirmações assinalando nunca; poucas vezes (25%), às vezes (50%) muitas vezes (75%) ou sempre, consoante a frequência com que cada prática acontece.

	Nunca	Poucas vezes	às vezes	Muitas vezes	Sempre
A equipa discute os fatores de risco para a queda dos diferentes idosos					
A equipa discute as medidas preventivas de queda a aplicar a cada idoso					
Decidimos em equipa as medidas preventivas a aplicar a cada idoso					
A comunicação é essencial para prevenir quedas					
Através da comunicação conheço, avalio, interpreto e transmito elementos relevantes para a prevenção de quedas					
Habitualmente manifesto interesse em identificar as causas de quedas					

ANEXO V:

Registo de Observação da 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	Hall de Entrada/Sala	Presente			
		Seguro			
	Corredor	Presente			
		Seguro			
	Quarto, junto à cama	Presente			
		Seguro			
	Cozinha	Presente			
		Seguro			
	Cozinha	Presente			
		Seguro			
	Casa de banho	Presente			
		Seguro			
Luz Adequada	Hall de Entrada/Sala				
	Corredor				
	Quarto				

	Cozinha				
Ambiente Doméstico	Fios eléctricos/telefone no chão				
	Gavetas Abertas				
	Mobília Instável				
	Soleiras das portas niveladas com o chão				
Mobiliário	Articulações coxofemoral e do joelho fazem ângulo de 90º	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: _____				

ANEXO VI:
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:

N.º do processo:

Sexo:

Ajuda técnica para Marcha:

Roupa adequada para a marcha:

Sapato fechado:

Sapato com sola antiderrapante:

Sapato adequado para a marcha:

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:
