

Gerir o Risco de Queda: ***Perspetivas e Tendências*** ***EBOOK***

Cristina Lavareda Baixinho, Cristina Marques-Vieira,
Inês Agostinho e Tiago Nascimento
Organizadores

Ficha Técnica

Título

Gerir o Risco de Queda: Perspetivas e Tendências

Organizadores

Cristina Lavareda Baixinho, Cristina Marques-Vieira, Inês Agostinho, Tiago Nascimento

Revisores Científicos

Fabiana Faleiro Castro, Larissa Pedreira, Cristina Lavareda Baixinho, Cristina Marques-Vieira, Sandra Risso, Tiago Nascimento

Designer Gráfico e Paginação

Pedro Moreira - Audiovisuais ESEL

Edição

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ISBN

978-989-53445-2-9

1ª edição: Outubro de 2023

Índice

- Parte 1 - A Queda na Pessoa Idosa Residente na comunidade	
- O Uso de Medicamentos Potencialmente Inadequados em Idosos e a Sua Relação com o Risco de Queda	6
- O Medo de Cair na Pessoa Idosa	19
- Projeto Q - Projeto de Intervenção Comunitária: Prevenção de Queda no Idoso	32
- Gestão do risco na pessoa idosa em contexto comunitário	44
- Prevenção de quedas: um projeto de intervenção em cuidados de saúde primários	53
- Prevenir a Queda na Pessoa Idosa Residente na Comunidade: Abordagem Centrada na Família	66
- Parte 2 - A queda na pessoa idosa em unidades de cuidados de longa duração	
- Avaliar o Risco de Queda em Unidades de Cuidados de Longa Duração	77
- O Impacto das Medidas Restritivas na Gestão do Risco e Adoção de Medidas Preventivas de Quedas - Um Case Study em Pandemia?	85
- Percepções e Desafios da Equipe de Enfermagem Sobre Idosos Residentes em uma Instituição de Longa Permanência	96
- Parte 3 - A Queda da Pessoa Idosa em Ambiente Hospitalar	
- Hospital Sem Quedas	100
- Cuidadores Familiares de Idosos e Fatores Dificultadores no Ambiente de Cuidado	111
- Gestão do Risco de Quedas em Pessoas Idosas na Transição Hospital-Domicílio	115
- Parte 4 - E Quando a Queda Acontece?	
- Fraturas de Fragilidade a Face Mais Visível da Queda	127
- Documentar (exaustivamente) as Quedas	131
- Tomada de Decisão Clínica para a Gestão do Risco de Queda	138
- Parte 5 - O Caminho para a Saúde 4.0 e a Gestão do Risco de Queda	
- Desafios à Tecnologia para a Transferência do Conhecimento Sobre Prevenção de Quedas para a População Idosa	152
- A Queda na Mulher em Situação Obstétrica: Resultados Preliminares de uma Scoping Review	163

Índice de Figuras

- Parte 2 - A queda na pessoa idosa em unidades de cuidados de longa duração	
- Avaliar o Risco de Queda em Unidades de Cuidados de Longa Duração	77
- Figura 1 - Fatores Intrínsecos e Extrínsecos no Risco de Queda	80
- Parte 3 - A queda da pessoa idosa em ambiente hospitalar	
- Hospital sem Quedas	100
- Figura 1 - Guia de Prevenção de Quedas	106
- Figura 2 - Kit de Higiene	107
- Figura 3 - Registo de Quedas	108
- Parte 4 - E quando a queda acontece?	
- Documentar (exaustivamente) as quedas	131
- Figura 1 - O que documentar após a queda	134
- Tomada de Decisão Clínica para a Gestão do Risco de Queda	138
- Figura 1 – A Tomada de Decisão, segundo Tanner	141

Índice de Quadros

- Parte 1 - A queda na pessoa idosa residente na comunidade	
- O uso de medicamentos potencialmente inadequados em idosos e a sua relação com o risco de queda	6
- Quadro 1 – MPI potenciadores de quedas identificados, de acordo com os Critérios de Beers, 2012.	13
- Quadro 2 – Potenciais interações medicamentosas mais prevalentes e respetivo risco clínico, 2022.	14
- O Medo de Cair na Pessoa Idosa	19
- Quadro 1 – Instrumentos de avaliação do medo de cair em idosos residentes na comunidade.	25
- Quadro 2 – Escala de eficácia de quedas-Internacional: Portugal (FES-I Portugal).	26
- Quadro 3 – Escala de eficácia de quedas-Internacional: 7 itens Portugal (FES-I 7 itens Portugal).	27

Parte 1

A Queda na Pessoa Idosa Residente na comunidade

O Uso de Medicamentos Potencialmente Inadequados em Idosos e a Sua Relação com o Risco de Queda

Cristiana Midões. Professora Adjunta Convidada

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda

O envelhecimento é cada vez mais abordado, sobretudo nos países desenvolvidos, visto ter várias implicações individuais e sociais, podendo analisar-se sob a perspetiva do aumento da esperança média de vida ou sob o aumento da proporção de pessoas idosas. Em Portugal, apesar de ainda se notar alguma heterogeneidade geográfica, a tendência de envelhecimento é transversal a todo o país (Carrilho & Gonçalves, 2004).

A idade traz consigo, de forma geral, o aumento da prevalência de doenças crónicas e degenerativas, até pelas próprias alterações a nível fisiológico que acarreta, sendo comuns as situações em que um idoso apresenta vários problemas de saúde em simultâneo, o que promove a utilização de vários medicamentos ao mesmo tempo (Fanhani, Takemura, Cuman, Seixas, & Andrade, 2007). Uma das consequências do aumento da idade é a degradação da estrutura de vários órgãos, levando a uma redução da função de vários sistemas orgânicos, com implicações importantes, não só na dependência e autonomia dos idosos, mas também na farmacocinética e farmacodinâmica dos vários medicamentos que frequentemente têm prescritos.

A incidência de quedas a partir dos 65 anos ronda os 35%, sendo que esta situação representa a sexta causa de morte em idosos e é responsável por aproximadamente 40% dos internamentos (Fanhani, et al., 2007). De salientar igualmente que alguns fármacos podem ser responsáveis pela geração ou agravamento da instabilidade postural e pelo aumento da propensão para quedas nesta faixa etária.

Este trabalho propõe-se analisar esta questão e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, tornando a administração de fármacos mais segura.

Alterações Fisiológicas no Idoso e Suas Consequências

O avançar da idade traz consigo a degeneração de alguns órgãos, que potenciam o aparecimento de doenças próprias da idade, consideradas como as principais causas de morbilidade e até de mortalidade do idoso (Henriques, 2006). A nível do sistema nervoso há uma diminuição acentuada do número de células neuronais, que poderá estar relacionada com o declínio da função cerebral. Este facto, aliado à diminuição de células musculares poderá associar-se à diminuição

progressiva das funções sensoriais, nomeadamente a nível da visão, olfato, sabor e tato (Alves, 2012). As mudanças que ocorrem em órgãos-chave para a resposta a fármacos, principalmente no fígado e no rim, serão de grande importância, e poderão exigir alterações nas dosagens prescritas (Alves, 2012).

É de salientar, no entanto, que a forma como o organismo irá reagir aos fármacos depende de pessoa para pessoa e dos próprios medicamentos. A resposta terapêutica será influenciada não pela idade em si, mas por todas as mudanças que o envelhecimento comporta, aliadas ao estilo de vida do indivíduo (Alves, 2012).

A avaliação da saúde no idoso está relacionada com a sua capacidade de cuidar de si e de gerir a sua vida, e faz-se através da análise das atividades da vida diária, contemplando quatro importantes domínios funcionais: cognição, humor, mobilidade e comunicação (Moraes, Marino & Santos, 2010).

A diminuição, ou perda importante destes domínios funcionais, dará origem às grandes síndromes geriátricas, também designadas por "7^{is}" e que incluem a Imobilidade, a Incontinência, a Insuficiência cognitiva, a Incapacidade comunicativa, a Insuficiência familiar, a Instabilidade postural e a Iatrogenia, representando esta última os problemas derivados da ação de profissionais da área da saúde, que por vezes não estão conscientes das particularidades inerentes ao processo de envelhecimento (Moraes et al, 2010).

O comprometimento da mobilidade no idoso pode trazer graves consequências, como por exemplo propensão para quedas, já por si frequente nestes pacientes devido a vertigens, hipotensão ortostática, diminuição da visão e da força muscular, para além do impacto direto que representa na independência do indivíduo. A incidência de quedas a partir dos 65 anos ronda os 35% e esta situação representa a sexta causa de morte em idosos, responsável por aproximadamente 40% dos internamentos hospitalares. Contudo, apesar das alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento poderem facilitar o surgimento de quedas, o envelhecimento per si não é a causa de quedas (Moraes et al 2010).

De salientar igualmente que alguns fármacos podem ser responsáveis pela geração ou agravamento da instabilidade postural, entre os quais se incluem: benzodiazepinas, psicofármacos, alguns anti-hipertensores e relaxantes musculares (Oliveira, Rodrigues & Salinas, 2018). Os fármacos anticolinérgicos estão

também inseridos neste contexto, não só devido às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, mas também ao aumento da permeabilidade da barreira hemato-encefálica. Um outro fator que predispõe o idoso aos efeitos adversos destes fármacos é a diminuição de neurónios colinérgicos a nível cerebral. A acrescentar, existem alguns medicamentos que, apesar de não estarem classificados como anticolinérgicos, apresentam propriedades deste tipo, entre os quais se incluem anti-histamínicos ou broncodilatadores. Pelos problemas que podem acarretar, os anticolinérgicos estão frequentemente classificados como potencialmente inapropriados para utilização em idosos (Bento, 2016).

Também a prescrição de ansiolíticos deve ter em conta algumas considerações, preferindo-se as benzodiazepinas de curta ou média duração de ação, comparativamente com as de longa duração, em doses mais baixas e com intervalos de administração aumentados.

É também comum o consumo de antidepressivos, mas o facto da metabolização se apresentar diminuída e o seu volume de distribuição aumentado, pode ser causa de problemas nos indivíduos idosos. Os antidepressivos tricíclicos apresentam normalmente uma pequena janela terapêutica e podem levar a complicações cardiovasculares, principalmente se usados em altas doses. Também têm, como reação adversa, a instabilidade postural, fator de risco para quedas (Silva, Schmidt & Silva, 2012).

Critérios para Avaliação de Medicamentos Potencialmente Inapropriados em Pessoas Idosas

A probabilidade de ocorrência de fenómenos adversos aquando da utilização de medicamentos em pessoas idosas, levou ao desenvolvimento de alguns critérios que teriam como base ajudar o prescritor na identificação de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) e de interações medicamentosas potencialmente perigosas (IMPP), para utilização nestes indivíduos. Os que têm maior visibilidade são os de Beers, cujo início data de 1991, resultado de uma reunião entre 13 especialistas das áreas de geriatria e farmacoterapia, da qual surgiu uma lista com medicamentos a serem evitados nos idosos. Estes critérios têm sofrido revisões ao longo dos anos como forma de inclusão de novas informações, entretanto disponíveis na literatura (Ferreira, 2010). Uma revisão sistemática realizada em 2011, incluindo estudos

publicados nos EUA e na Europa, concluiu serem os critérios de Beers originais os mais frequentemente utilizados na prática e mais frequentemente adaptados, quando falamos em MPI (Soares, Fernandez-Llimós, Cabrita & Morais, 2011).

Estudo Empírico

A polipatologia e a polimedicação são condições que expõem o idoso a uma maior probabilidade de eventos adversos, tais como interações medicamentosas ou utilização de medicamentos potencialmente inapropriados que podem ser potenciadores de quedas, pelo que se propõe analisar esta questão e contribuir para a implementação de critérios que apoiem os profissionais de saúde na prescrição de medicamentos a estes indivíduos, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida e tornando a administração de fármacos mais segura.

No sentido de uma melhor orientação dos pontos a analisar, foram definidos os seguintes objetivos específicos: Avaliar o índice de longevidade das pessoas idosas institucionalizadas no concelho da Mealhada; averiguar o perfil de consumo de medicamentos; identificar e quantificar a utilização de MPI potenciadores de quedas em pessoas idosas institucionalizadas, através da aplicação dos critérios de Beers; identificar IMPP que poderão potenciar quedas em pessoas idosas institucionalizadas no concelho da Mealhada, através da utilização da ferramenta Micromedex®.

Este estudo é do tipo descritivo e transversal, realizado através da consulta aos processos clínicos de pessoas idosas institucionalizadas, recolhendo dados biográficos caracterizadores da amostra e ainda referentes à medicação utilizada no último ano. A recolha de dados foi feita presencialmente, em duas instituições particulares de solidariedade social (IPSS), que atuam na área de intervenção de apoio a idosos existentes no concelho da Mealhada, na região centro do país.

Como critérios de inclusão foram considerados os indivíduos, de ambos os géneros, com mais de 65 anos, utentes destas instituições, tanto na valência “Estrutura Residencial Para Idosos (ERPI)”, como nas valências “Centro de dia” e “Apoio domiciliário” e que utilizaram medicamentos nos 12 meses anteriores a esta recolha. O instrumento de recolha de dados (IRD) foi uma adaptação do utilizado no trabalho de Midões (2012), referente ao consumo de medicamentos em idosos.

Este trabalho teve também em consideração questões éticas, que devem orientar qualquer trabalho desta natureza. Desta forma, toda a informação obtida foi recolhida de forma voluntária, tendo as instituições sido informadas dos objetivos do trabalho, tendo sido respeitada a confidencialidade e anonimato dos inquiridos, conforme a Declaração de Helsínquia e garantido que os dados recolhidos eram apenas utilizados para fins académicos.

A metodologia aplicada ao estudo foi consistente com os objetivos propostos, no entanto, apresentou algumas limitações na obtenção e no tratamento dos dados. O facto de não termos acesso aos diagnósticos médicos dos utentes também representou um entrave a uma análise mais profunda, referente à utilização de medicamentos potencialmente inapropriados, tendo em consideração a patologia subjacente.

A análise de dados foi realizada considerando 98 idosos, tendo-se calculado as frequências às respostas referentes a cada questão, calculando-se ainda o índice de longevidade da amostra.

A análise da informação recolhida foi realizada com recurso à base de dados Micromedex®, que serviu de apoio à pesquisa de interações medicamentosas, no perfil farmacoterapêutico de cada indivíduo, e ainda através dos Critérios de Beers de 2012. A análise descritiva dos dados foi realizada com recurso ao programa informático Excel.

Análise e Discussão dos Resultados

As mulheres representam 67.3% da amostra e a média de idades situa-se nos 80,7 anos, para um mínimo de 66 e um máximo de 99. A faixa etária com maior representatividade é a das pessoas idosas com mais de 85 anos, seguida da dos 76-85 anos, mostrando a tendência de longevidade. Neste sentido, e para confirmar esta projeção, calculou-se o índice de longevidade, que resulta do quociente entre a população com idade igual ou superior a 75 anos, e a população com 65 ou mais anos, obtendo-se o valor de 85.7%. Se o compararmos com o registado para o concelho da Mealhada, onde se insere o estudo, de 54.7%, notamos que é claramente superior, confirmando que estamos perante uma amostra de população bastante envelhecida.

Todos os 98 indivíduos consumiram medicamentos com regularidade, nos 12 meses anteriores à colheita de dados, sendo a média de consumo diário de 6.23 medicamentos. O trabalho de Muniz et al. (2017) evidenciou também esta tendência de consumo de medicamentos em pessoas idosas brasileiras, com uma média diária de 5.8 fármacos consumidos, sendo que os mais utilizados são os referentes ao aparelho cardiovascular. Também Pinto, Nascimento, Pereira, Azevedo e Pereira (2014), no seu trabalho referente à presença de polimedicação em idosos institucionalizados no Norte de Portugal, identificaram que são administrados a estes indivíduos, em média, 6.85 medicamentos, ocupando os anti-hipertensores o maior destaque em termos de prescrição, seguidos das benzodiazepinas.

Retomando a análise no concelho da Mealhada, identificaram-se um total de 595 prescrições, sendo as mais expressivas as referentes ao sistema cardiovascular, com 36.0%, seguidas das relativas ao SNC, com 29.5%. Dentro dos grupos mais prescritos, os antihipertensores são os fármacos que assumem a primeira posição, seguidos dos anti-dislipidémicos e das benzodiazepinas, inseridas na categoria de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, que assumem 8.2% dos medicamentos prescritos.

Utilizando os critérios de Beers (2012), foram identificados 36 MPI, distribuídos por 189 prescrições, sendo que em 73 se encontram medicamentos que poderão aumentar a propensão para quedas, tal como indicado no quadro 1.

Quadro 1 – MPI potenciadores de quedas identificados, de acordo com os Critérios de Beers, 2012.

Classificação ATC	Fármaco	Justificação	Recomendação	Qualidade da evidência	Força da recomendação	N
Sangue	Dipiridamol	Pode causar hipotensão ortostática. Existem alternativas mais seguras	Evitar	Moderada	Forte	2
SNC	ADT (amitriptilina, maprotilina, mirtazapina e trazodona)	Fortes efeitos anticolinérgicos, sedação, hipotensão ortostática	Evitar	Alta	Forte	21
	BZD: CDA/IDA (lorazepam, oxazepam, alprazolam)	Idosos têm sensibilidade aumentada a BZD, e redução do metabolismo nas BZD de longa duração de ação.	Evitar de qualquer tipo para tratamento de insónia, agitação e delírio	vtAlta	Forte	36
	LDA (diazepam, cloxazolam, bromazepam, clorazepato, clobazam)	No geral, as BZD aumentam o risco de distúrbio cognitivo, delírio, quedas, fraturas, e acidentes com veículos				13

Legenda: ADT_ Antidepressivos tricíclicos; BZD – Benzodiazepinas; CDA – Curta duração de ação; IDA – Intermédia duração de ação; LDA – Longa duração de ação

Assim, verificámos que o maior número de MPI potenciadores de queda prescritos, pertence a fármacos destinados a atuar no SNC, nomeadamente, antidepressivos tricíclicos, antipsicóticos de primeira e segunda geração, e benzodiazepinas (incluindo 13 prescrições de BZD de longa duração de ação).

Em relação à pesquisa de eventuais IM nestes indivíduos, tendo para esse efeito sido avaliadas as prescrições de cada um dos utentes, recorrendo à base de dados Micromedex®, foram identificadas 150 IM diferentes, num total de 208 prescrições, ou seja, a mesma IM surge várias vezes em indivíduos diferentes. Neste seguimento, identificaram-se as IM mais prevalentes, considerando para análise aquelas que surgem em três ou mais registos.

No quadro 2 destacam-se as que podem representar um aumento da propensão para quedas, incluindo o grau de gravidade, a qualidade da documentação que sustenta a inclusão em cada grupo, as consequências prováveis da respetiva interação, e a respetiva frequência.

Quadro 2 – Potenciais interações medicamentosas mais prevalentes e respetivo risco clínico, 2022.

Fármaco - Fármaco	Gravidade	Risco Clínico	Nº de prescrições	%
Furosemida - IECAs	Moderada	Risco de hipotensão postural	6	2,9
AAS - Metformina	Major	Do risco de hipoglicémia	4	1,9

Legenda: IECA – inibidores da enzima conversora de angiotensina; AAS – Ácido Acetilsalicílico.

Conclusão

De acordo com as estatísticas demográficas do INE (2011), tem vindo a verificar-se um crescimento da população idosa e muito idosa a nível nacional, mas também no concelho da Mealhada, onde decorreu este estudo. Nesta região os indivíduos com 65 ou mais anos representam 22.7% da população. As mesmas estatísticas evidenciam que as mulheres prevalecem em todas as faixas etárias, sendo a mais representativa nesta amostra a que situa acima dos 75 anos. Neste particular, o sexo feminino responde por 67.3% da amostra.

Foi também possível constatar que a população idosa vive cada vez mais tempo, facto igualmente comprovado pelo aumento do índice de longevidade, que neste caso se situa nos 85.7%. A estrutura familiar foi também avaliada, concluindo-se que existiam cerca de 30% de idosos a viver numa instituição e que quase 60% dos indivíduos amostrados são viúvos.

A revisão de literatura permitiu, também, identificar que o aumento da idade está associado a um maior número de doenças e, consequentemente, ao aumento do consumo de medicamentos. A este propósito, 98 indivíduos afirmaram utilizar medicamentos nos 12 meses precedentes à recolha de dados, sendo os mais prescritos os que se destinam a problemas do sistema cardiovascular (36%), seguidos dos que tratam patologias do SNC (29.5%). É de destacar a grande quantidade de benzodiazepinas e antidepressores prescritos nestes indivíduos.

Utilizaram-se os critérios de Beers de 2012 para análise das prescrições destes idosos, considerando-se esta ferramenta bastante útil e de fácil utilização. Das 595 prescrições identificadas, 73 (12,3%) incluíam um MPI que poderia aumentar a propensão para quedas, sendo o maior parte destes com atuação no SNC.

Para a identificação de interações medicamentosas recorreu-se à base de dados Micromedex®, que se revelou fundamental, não só pela facilidade de utilização, mas também devido à vasta informação que fornece. Esta ferramenta permitiu a deteção de 10 situações em que o idoso poderia estar exposto a um maior risco de queda pela associação de fármacos.

À luz dos dados analisados, acredita-se ser fundamental a inclusão de critérios de identificação de MPI e de IMPP em material de apoio à prescrição (índice

terapêutico, Simposium Terapêutico, etc.), assim como o aumento da formação a este nível, no que se refere aos profissionais de saúde que lidam com pessoas idosas.

Não se pode, contudo, terminar sem antes referir, uma vez mais, que este trabalho apresenta limitações. Desde logo pelas dificuldades em dimensionar a amostra, o que retira amplitude e capacidade para generalizar os resultados. E, além disso, a falta de acesso ao diagnóstico médico dos amostrados também limita a obtenção de informação referente à utilização de medicamentos inapropriados, considerando a patologia.

Tendo em conta estas limitações, que são transversais a qualquer estudo desta natureza, e ciente do rigor científico e ético com que se procurou realizar este trabalho, sugere-se, como pistas para investigações futuras, a oportunidade de replicar este estudo numa amostra maior ou, inclusivé, para toda a população idosa institucionalizada neste concelho. Reconhece-se ainda utilidade na sua realização noutros concelhos com o objetivo de contrastar resultados. Ainda numa perspetiva futura, seria importante uma análise estatística mais aprofundada de alguns dos dados obtidos, para uma melhor compreensão do consumo de medicamentos nesta amostra.

Referências Bibliográficas

- Alves, C. (2012). Alterações farmacológicas na terapêutica geriátrica. Dissertação de Mestrado. Universidade do Algarve. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.1/3006>
- Bento, C. (2016). Carga anticolinérgica versus outcomes clínicos - estudo observacional em idosos institucionalizados (Master's thesis, Universidade de Coimbra) Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/40653/1/Catia%20Bento.pdf>
- Carrilho, M., & Gonçalves, C. (2004). Dinâmicas territoriais do envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos censos 91 e 2001. Revista de Estudos Demográficos, (36), pp. 175-192.
- Fanhani, H., Takemura, O., Cuman, R., Seixas, F., & Andrade, O. (2007). Consumo de medicamentos por idosos atendidos em um centro de convivência no noroeste do Paraná, Brasil. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 10 (3). Rio de Janeiro.
- Henriques, M. (2006). Adesão ao regime terapêutico em idosos (Programa de doutoramento em enfermagem – Revisão sistemática da literatura), Lisboa, Universidade de Lisboa.
- Midões, Cristiana (2012). Fatores determinantes no consumo de medicamentos (um estudo em idosos no concelho de Macedo de Cavaleiros). Bragança: Escola Superior de Tecnologia e Gestão. Dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10198/8231>
- Moraes, E.; Marino, M. & Santos, R. (2009). Principais síndromes geriátricas. Revista Médica de Minas Gerais; 20(1), pp.54-66
- Muniz, S.; Goulart, F.; Lazarini, C.; Marin, M. (2017). Análise do uso de medicamentos por idosos usuários de plano de saúde suplementar. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 20(3), pp. 375- 387. Brasil. Retrieved from <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403852162008>
- Oliveira, G; Rodrigues, M. & Salinas, R. (2018). Influência dos medicamentos na ocorrência de quedas em idosos: Um estudo longitudinal. Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA. Anápolis.
- Pinto, I.; Nascimento, L.; Pereira, F.; Azevedo, J.; Pereira, S. (2014). Polypharmacy in institutionalized elderly in nursing homes of Northern Portugal. In 2nd World Congress of Health Research. Atención Primaria. ISSN 0212-6567 46 (Espec Cong 1), pp. 73-73
- Roblek, T., Vanpotic, T., Mrhar, A. & Lainscak, M. (2014). Drug-drug interaction software in clinical practice: a systematic review. Eur J Clin Pharmacol. doi:10.1007/s00228-014-1786-

- Silva, R; Schmidt, O. & Silva, S. (2012). Polifarmácia em geriatria. Revista da AMRIGS, 56(2), pp.164-174. Retrieved from <http://www.amrigs.org.br/revista/56-02/revis.pdf>
- Soares, Fernandez-Llimós, Cabrita & Morais (2011). Critérios de avaliação de prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados: uma revisão sistemática. Acta Med Port 2011; 24, pp. 775-784.

O Medo de Cair na Pessoa Idosa

Cristina Marques Vieira

Doutora em Enfermagem. Mestre em Comportamento Organizacional e Gestão. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Investigadora integrada no Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), onde coordena um grupo "Activity & Safety". Investigadora colaboradora no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR). É autora de publicações no âmbito da Pessoa idosa, Andar Comprometido e Risco de quedas. É revisora de várias revista de enfermagem internacionais.

Nota Introdutória

Os enfermeiros atualmente são chamados a desempenhar um papel relevante na dinâmica da equipa de saúde, onde através da experiência e da investigação acumulam e constroem conhecimento (Avant, Zeller & Zeller, 2013). Ser enfermeiro requer uma atenção individual e, simultaneamente, holística, onde as diversas dimensões da pessoa devem estar incluídas. Na dimensão física, dimensão mais objetiva, a atividade “andar” e a seu “risco de queda” constituem funções fundamentais, pois estão fortemente relacionados com a independência das pessoas, em particular nas pessoas idosas.

Com o envelhecimento populacional verificado a nível mundial, com mais expressão na Europa, onde Portugal se destaca, atender à singularidade da pessoa idosa é um imperativo. Atender ainda às alterações associadas à marcha, nomeadamente o andar comprometido, o risco de quedas, o medo de cair, têm repercussões concretas na qualidade de vida da pessoa idosa.

A pessoa idosa terá um papel de destaque neste capítulo, uma vez que é nesta etapa do desenvolvimento humano que o andar comprometido, e risco de quedas, ocorre com maior frequência (Tavares & Dias, 2012), mas também porque os idosos são considerados uma população prioritária para a investigação de enfermagem, pela vulnerabilidade que lhe está associada (OE, 2015).

A identificação das necessidades da pessoa idosa, a intervenção de enfermagem e os resultados obtidos, tem tido cada vez mais um significado de “ser com” a pessoa, onde se espera que o enfermeiro(a) acompanhe a pessoa nas suas experiências de saúde, no seu ritmo e segundo o caminho que a própria escolhe, ou seja, o enfermeiro e a pessoa idosa são parceiros nos cuidados individualizados (Kérouac et al., 2007). Cuidar neste paradigma é um desafio. Tem-se verificado vários estudos associados ao andar comprometido, risco de quedas e medo de cair, tanto a nível nacional, como internacional, no sentido de apoiar o enfermeiro na melhor tomada de decisão.

Neste capítulo começa-se por uma breve contextualização ao fenómeno, percorrendo a validação dos diagnósticos de enfermagem “andar comprometido” e “risco de quedas” em pessoas idosas a residirem na comunidade, e como fez emergir a importância da etiologia “medo de cair”. Segue-se a importância da

mensuração do medo de cair e respetiva validação da “FES-Internacional” e “FES-I 7 itens” na pessoa idosa a residir em comunidade em Portugal. Por fim, o impacto que o desenvolvimento do conhecimento tem na enfermagem, e consequente na pessoa com quem os enfermeiros cuidam, mais concretamente na pessoa idosa.

Enquadramento

As classificações na disciplina de enfermagem são fulcrais. Particularmente podem contribuir para melhor compreender cada diagnóstico de enfermagem, a sua relação com uma teoria, numa lógica de um processo aberto e coconstruído (von Krogh, 2008). O uso de taxonomias associadas às classificações de enfermagem, é uma maneira útil e eficiente, de organizar todo o conhecimento hoje disponível (Avant et al., 2013). Para alcançar cuidados de qualidade, um dos grandes desafios da enfermagem consiste no estabelecimento de uma linguagem padronizada que favoreça a comunicação entre os enfermeiros nos diferentes contextos da prática (Garbin, Rodrigues, Rossi & Carvalho, 2009; Silva et al., 2015).

O andar constitui, uma resposta humana e, por isso, de interesse para o enfermeiro que deve dispensar uma atenção especial quando o andar está comprometido, utilizando os recursos e estratégias de avaliação para planear intervenções adequadas.

Andar é uma habilidade física que é possível observar. O conceito é objetivo e a abordagem realizada pelo enfermeiro à pessoa idosa com andar comprometido é complexa e deve considerar as várias dimensões da vida e, também, ser centrada no desenvolvimento de competências necessárias para que a pessoa cuidada volte a desempenhar esta habilidade física. O andar poderá ser visto como uma intervenção ou como uma meta primária no plano de cuidados do enfermeiro, pelo que importa investir no seu treino.

Quanto mais cedo a pessoa idosa ultrapassar a incapacidade na marcha, mais depressa recupera a independência para outras atividades de vida diárias (Baixinho, 2014). Neste sentido, a(s) alteração(ões) na capacidade de andar poderá originar isolamento social e a necessidade de um cuidador familiar.

As alterações na marcha podem ser determinantes para que as pessoas

possam, ou não, retomar os seus papéis sociais (Kim, Choi, Lee & Song, 2015). Ao melhorar a capacidade de andar na pessoa, não só pode haver ganhos ao nível da sua independência, mas também ao nível da sua participação na sociedade, da sua qualidade de vida e da redução dos custos associados ao suporte por cuidadores (Kim et al., 2015).

Associado ao andar comprometido, e envelhecimento, está o risco de queda. Da literatura emerge que cerca de 30% das pessoas idosas, sofre pelo menos uma queda por ano e dessas quedas resulta 10 a 15% de lesões graves (Sturnieks et al, 2008).

As quedas acidentais são um problema de saúde e afetam um em cada três pessoas idosas. A taxa de ocorrência de quedas aumenta com a idade e pode afetar 45% das pessoas com idade superior a 75 anos (Cebolla, Rodacki & Bento, 2015).

Um estudo refere que em 6.205 registos em contexto de Estrutura Residencial para Idosos (ERPI), resultante da aplicação de instrumento semi-estruturado, foram identificados 123 episódios de quedas. Em que 40 idosos, teve pelo menos uma queda, desses 23 tiveram duas ou mais quedas e a maioria não resultou em lesão (Baixinho & Dixe, 2014; Baixinho, 2014).

Outro estudo, este em contexto hospitalar, refere que em 214 episódios de notificação de incidente de queda de 190 doentes, a etiologia foi a medicação associada ao Sistema Nervoso Central, como é o caso do haloperidol (Costa-Dias et al., 2013).

Da evidência científica emerge que a história de queda, a toma de medicação e os défices na mobilidade, na força, no andar e no equilíbrio, são os fatores de risco mais frequentes para a queda (Sturnieks et al., 2008; Baixinho & Dixe, 2014; Baixinho, 2014; Costa-Dias et al., 2014, Marques-Vieira, 2017).

A queda aumenta os custos em saúde, origina problemas sociais, leva à redução da funcionalidade, à perda de independência e pode mesmo levar à morte. Esta depende de fatores extrínsecos (meio ambiente, calçado, entre outros) e fatores intrínsecos (força, redução de energia, controlo e alterações de parâmetros posturais da marcha, défices visuais, défices funcionais e défices cognitivos) (Cebolla et al., 2015).

A capacidade de dividir a atenção entre uma tarefa motora e uma tarefa cognitiva (dual-tasking), componente presente na maioria das atividades de vida diária, pode afetar o equilíbrio, o andar e o risco de queda em idosos. Halvarsson e coautores (2015) abordam a pessoa idosa com osteoporose, associado aos fatores de risco anteriormente referidos, pode levar à diminuição da atividade, diminuição da função física, aumento do risco de quedas e consequente diminuição da qualidade de vida. Este grupo de investigação desenvolveu um programa de treino de equilíbrio com tarefas funcionais para idosos com problemas de equilíbrio, treino esse avaliado com sucesso, de onde resultou uma redução do medo de cair, melhoria no equilíbrio e melhoria no andar dos idosos (Halvarsson, Franzén & Ståhle, 2013).

A diminuição do equilíbrio pode causar queda, o que poderá levar a lesões graves na pessoa idosa (Kim & Kim, 2015).

A velocidade da marcha é uma medida clínica essencial, sobretudo para as pessoas idosas, já que pode indicar a capacidade de andar em segurança, ou seja, a diminuição da velocidade da marcha em pessoas idosas está associada a um aumento do risco de quedas. Também a diminuição da força muscular nas extremidades inferiores leva à diminuição da estabilidade postural e ao aumento da possibilidade de quedas (Shin & Yoo, 2015).

As mulheres idosas em particular, pela redução significativa de massa óssea associada à menopausa, são mais vulneráveis a fraturas decorrentes de quedas, que consequentemente levarão a dificuldades no andar (Jung, Ko & Jeong, 2015).

Os estudos remetem-nos para a existência de correlação direta entre quedas e a diminuição da qualidade de vida nos idosos (Toomey, 2015). Também a recuperação da capacidade de andar, particularmente no idoso, pode ser determinante na aquisição da independência para as atividades de vida (Baixinho, 2008). Sabemos hoje que a diminuição da capacidade de andar poderá originar o aumento do risco de quedas (Marques-Vieira et al, 2016). Desta forma, os enfermeiros devem dirigir a sua atenção para os idosos, particularmente vulneráveis para a marcha, na qual o risco de quedas está presente em muitas circunstâncias. Destaca-se ainda que associado aos diagnósticos de enfermagem “andar comprometido” e “risco de quedas” no idoso, a etiologia presente em ambos de forma mais expressiva foi o medo de cair” (Marques-Vieira, 2017), embora não esteja previsto como fator de risco no diagnóstico de enfermagem risco de quedas (na classificação NANDA-

Internacional).

O medo de cair provoca falta de confiança nas tarefas do quotidiano, restrição nas atividades sociais e aumento da dependência. Este é causador de institucionalização, mesmo quando os idosos não caíram (Marques-Vieira et al, 2016). O medo de cair aumenta com a idade, é mais comum entre as mulheres, tem sido associado com o risco de quedas e com lesões decorrentes da queda (diminuição da velocidade da marcha, o equilíbrio e a função física) (Halvarsson et al., 2015).

Num estudo que tinha como objetivo investigar a incidência de medo de cair e os fatores de risco associados ao medo de cair, transitório e persistente, em pessoas idosas residentes na comunidade, verificou-se que os preditores eram sintomas depressivos e alterações clínicas do andar (Oh-Park, Xue, Holtzer & Verghese, 2011). O sexo feminino e a presença de história de quedas anterior foram preditores de medo de cair persistente, mas não do medo de cair transitório. O medo de cair é o fator de risco de queda referido pelas pessoas idosas (Oh-Park et al., 2011; Halvarsson et al., 2013; Vitorino et al., 2019; Marques-Vieira, 2017; Baixinho et al., 2021).

A mensuração do medo de cair é assim determinante. Existem vários instrumentos, que nos podem apoiar na tomada de decisão. A utilização de um instrumento adaptado e validado culturalmente permite garantir a fiabilidade dos resultados (Marques-Vieira, 2017) e contribui para o raciocínio clínico e diagnósticos de enfermagem mais acurados.

Para suportar esta tomada de decisão na prática clínica é determinante haver escalas previamente validadas para o contexto e população específica (Marques-Vieira, 2017). Em 2015 foi feita uma revisão sistemática referente aos instrumentos de avaliação do risco de quedas, onde destes emergiu 3 escalas que avaliavam especificamente o medo de cair em idosos residentes na comunidade (Sousa et al., 2016) (tabela 1).

Quadro 1 – Instrumentos de avaliação do medo de cair em idosos residentes na comunidade.

Instrumentos de avaliação	Autores, ano
Falls Efficacy Scale-International (FES-I).	Delbaere, Smith & Lord (2011); Kwan, Close, Wong & Lord (2011); Oh-Park, Xue, Holtzer & Verghese (2011); Pighills et al. (2011); Delbaere et al. (2013); Halvarsson, Franzén & Stahle (2013); Kumar et al. (2014); Stubbs, Eggermont, Patchay & Schofield (2014).
Survey of Activities and Fear of Falling in the Elderly (mSAFFE).	Painter, Allison, Dhingra, Daughtery, Cogdill & Trujillo (2012); Stubbs, Eggermont, Patchay & Schofield (2014).
Iconographical Falls Efficacy Scale (Icon-FES).	Delbaere, Smith & Lord (2011); Delbaere et al. (2013).

Fonte: Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C. M. A., Caldevilla, M. N. G. N., Henriques, C. M. A. D., Severino, S. S. P., & Caldeira, S. (2016). Instrumentos de avaliação do risco de quedas em idosos residentes na comunidade. *Enfermería Global*, 15(2), 490-505.

Pela sua importância e objetividade, optou-se por aprofundar o conhecimento referente à FES-I através de uma revisão sistemática, que também foi divulgada (Marques-Vieira et al., 2016), no sentido de conhecer as suas características. Neste sentido, a FES-I foi a escala mais utilizada.

A FES foi inicialmente desenvolvida para avaliar o medo de cair em idosos em situação de vulnerabilidade na realização de 10 tarefas relacionadas com as atividades diárias (Tinitti, Richman & Powell, 1990). A escala evoluiu para a FES-Internacional, com 16 itens (Yardley et al., 2005), e que avalia o medo de cair na vida social. Associa-se uma escala tipo likert e os termos evoluíram de “confiante” para “preocupado” (Melo, 2011). A pontuação somada varia entre os 16 (“Não se preocupa”) e os 64 pontos (“Muito preocupado”) (Yardley et al., 2005; Halvarsson et al., 2013). Este instrumento foi validado em vários países, nomeadamente Reino Unido, Holanda, Brasil, Itália, Irão, Portugal, entre outros.

Quadro 2 – Escala de eficácia de quedas-Internacional: Portugal (FES-I Portugal).

Gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre qual é sua preocupação a respeito da possibilidade de cair. Por favor, responda imaginando como normalmente faz determinada atividade. Se atualmente não faz a atividade (por ex. alguém lhe vai às compras), responda de maneira a mostrar como se sentiria em relação a quedas se tivesse que fazer essa atividade. Para cada uma das seguintes atividades, por favor, marque com um círculo no local que mais se aproxima à sua opinião sobre o quão preocupado fica com a possibilidade de cair, ao fazer esta atividade.

Legenda: 1: Nem um pouco preocupado

2: Um pouco preocupado

3: Muito preocupado

4: Extremamente preocupado

	1	2	3	4
1.Limpar a casa (ex: passar pano, aspirar ou limpar o pó)	1	2	3	4
2.Vestir ou despir a roupa	1	2	3	4
3.Preparar refeições simples	1	2	3	4
4.Tomar banho ou duche	1	2	3	4
5.Ir às compras	1	2	3	4
6.Sentar ou levantar de uma cadeira	1	2	3	4
7.Subir ou descer escadas	1	2	3	4
8.Caminhar pela vizinhança	1	2	3	4
9.Apanhar algo a acima do nível da cabeça ou do chão	1	2	3	4
10.Atender o telefone	1	2	3	4
11.Andar sobre superfície escorregadia (ex: chão molhado)	1	2	3	4
12.Visitar um amigo ou parente	1	2	3	4
13.Andar em lugares com multidões	1	2	3	4
14.Caminhar sobre superfície irregular (com pedras ou buracos)	1	2	3	4
15.Subir ou descer uma ladeira	1	2	3	4
16.Frequentar um evento social (ex: acto religioso, reunião de família ou encontro no clube)	1	2	3	4
Total				

Fonte: Marques-Vieira, C. M. A., Sousa, L. M. M. D., Sousa, L. M. R. D., & Berenguer, S. M. A. C. (2018). Validation of the Falls Efficacy Scale-International in a sample of Portuguese elderly. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 747-754.

As suas características, levaram efetivamente que rapidamente a escala se tornasse a mais usada. Foi validada para a população idosa portuguesa, através de uma amostra de 170 pessoas idosas residente na comunidade. Esta escala demonstrou ser válida e fiável (Halvarsson et al., 2013; Stubbs et al., 2014) para medir o medo de cair associado à execução das Atividades Básicas de Vida Diária e às Atividades Instrumentais de Vida Diárias.

A FES-I 7 itens, emergiu da anterior, onde se percebeu que usando apenas 7 dos seus itens conseguia-se mensurar o medo de cair (Marques-Vieira et al., 2021).

Quadro 3 – Escala de eficácia de quedas-Internacional: 7 itens Portugal (FES-I 7 itens Portugal).

Gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre qual é sua preocupação a respeito da possibilidade de cair. Por favor, responda imaginando como normalmente faz determinada atividade. Se atualmente não faz a atividade, responda de maneira a mostrar como se sentiria em relação a quedas se tivesse que fazer essa atividade. Para cada uma das seguintes atividades, por favor, marque com um círculo no local que mais se aproxima à sua opinião sobre o quão preocupado fica com a possibilidade de cair, ao fazer esta atividade.

Legenda: 1: Nem um pouco preocupado
 2: Um pouco preocupado
 3: Muito preocupado
 4: Extremamente preocupado

	1	2	3	4
1.Vestir ou despir a roupa	1	2	3	4
2.Tomar banho ou duche	1	2	3	4
3.Sentar ou levantar de uma cadeira	1	2	3	4
4.Subir ou descer escadas	1	2	3	4
5.Apanhar algo a acima do nível da cabeça ou do chão	1	2	3	4
6.Subir ou descer uma ladeira	1	2	3	4
7.Frequentar um evento social (ex: acto religioso, reunião de família ou encontro no clube)	1	2	3	4
Total				

Fonte: Marques-Vieira, C. M. A., Sousa, L. M. M. D., Baixinho, C. R. S. L., Reis, M. G. M. D., Pérez-Rivas, F. J., & Sousa, L. M. R. D. (2021). Validation of the international 7-item falls efficacy scale in portuguese community-dwelling older adults. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 30.

Foi igualmente validada através de uma amostra constituída por 170 idosos residentes na comunidade. A FES-I 7 itens era igualmente válida e fiável (Oh-Park et al., 2011; Marques-Vieira et al., 2021), e não menos importante, demorava metade do tempo o seu preenchimento.

Este percurso relatado, acaba por promover o desenvolvimento do conhecimento Enfermagem, e consequentemente na prática clínica, uma vez que disponibiliza mais elementos para apoiar na decisão clínica, estamos a contribuir para que seja baseada em evidência científica.

Considerações Finais

Temos assistido nos últimos anos a uma evolução técnico-científica nos cuidados de saúde, onde tem existido uma preocupação crescente com uma prática baseada em evidência científica, e de preferência associada ao paradigma da transformação. A crescente complexidade das intervenções de enfermagem, tornam vital a produção científica associada aos diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e seus resultados.

Concretamente o “Andar comprometido” e “Risco de quedas”, bem como as suas etiologias, como é exemplo o “Medo de cair”, são fundamentais. Fundamental também é a translação dos resultados obtidos na investigação para a prática clínica. É determinante a utilização de instrumentos devidamente traduzidos, validados para a população em concreto onde se pretende aplicar a mesma.

Só desta forma, através do contributo da academia aos contextos da prática clínica, o enfermeiro consegue efetivamente atribuir a importância à pessoa na sua singularidade única.

Referências Bibliográficas

- Avant, K., Zeller, R. & Zeller, L. (2013). Introdução às taxonomias: O que são e por que a enfermagem precisa delas. In NANDA Internacional Inc. T. Herdman & E. Carvalho (Org.). PRONANDA Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem: Conceitos básicos. (pp. 11-28). Porto Alegre: Artmed Panamericana.
- Baixinho, C. & Dixe, M. A. (2014). Monitoramento de episódios de quedas em instituição para idosos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(1), 28-34.
- Baixinho, C. L., Dixe, M. D. A., Henriques, M. A., Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2021). The fear of falls in the caregivers of institutionalized elders. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42.
- Baixinho, C. R. S. L. (2014). Gestão do risco de queda em equipamentos para idosos. (Tese de Doutorado). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.
- Cebolla, E. C., Rodacki, A. F. & Bento, P. B. (2015). Balance, gait, functionality and strength: Comparison between elderly fallers and non-fallers. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 19(2), 146-151.
- Costa-Dias, M. J., Oliveira, A. S., Moreira, C. N., Santos, A. S., Martins, T. & Araújo, F. (2013). Quedas dos doentes internados em serviços hospitalares, associação com os grupos terapêuticos. *Revista Referência*, III(9), 105-114.
- Garbin, L. M., Rodrigues, C. C., Rossi, L. A. & Carvalho, E. C. (2009). Classificação de resultados de enfermagem (NOC): Identificação da produção científica relacionada. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(3), 508-15.
- Halvarsson, A., Franzén, E. & Stahle, A. (2013). Assessing the relative and absolute reliability of the falls efficacy scale-international questionnaire in elderly individuals with increased fall risk and the questionnaire's convergent validity in elderly women with osteoporosis. *Osteoporosis International*, 24(6), 1853-1858.
- Jung, D. I., Ko, D. S. & Jeong, M. A. (2015). Kinematic effect of Nintendo wii™ sports program exercise on obstacle gait in elderly women with falling risk. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(5), 1397-1400.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (2007). *Grandes corrientes del pensamiento. El Pensamiento enfermero* (M. B. Trad.). Barcelona: Elsevier Masson.
- Kim, H., Choi, W., Lee, K. & Song, C. (2015). Virtual dual-task treadmill training using video recording for gait of chronic stroke survivors: A randomized controlled trial. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(12), 3693-32697. DOI: 10.1589/jpts.27.3693.
- Kim, S. & Kim, M. (2015). The intra and inter-rater reliabilities of the short form berg

balance scale in institutionalized elderly people. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(9), 2733-2734. DOI: 10.1589/jpts.27.2733.

- Marques-Vieira, C. M. A. (2017). Validação Do diagnóstico De Enfermagem Impaired Walking (00088) em Idosos. (Tese de Doutoramento). Universidade Catolica Portuguesa, Lisboa, Portugal.
- Marques-Vieira, C. M. A., Sousa, L. M. M. D., Baixinho, C. R. S. L., Reis, M. G. M. D., Pérez-Rivas, F. J., & Sousa, L. M. R. D. (2021). Validation of the international 7-item falls efficacy scale in portuguese community-dwelling older adults. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 30.
- Marques-Vieira, C. M. A., Sousa, L. M. M. D., Sousa, L. M. R. D., & Berenguer, S. M. A. C. (2018). Validation of the Falls Efficacy Scale–International in a sample of Portuguese elderly. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 747-754.
- Oh-Park, M., Xue, X., Holtzer, R., & Verghese, J. (2011). Transient versus persistent fear of falling in community-dwelling older adults: incidence and risk factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(7), 1225-1231.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Áreas investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação. Lisboa: Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Shin, S. & Yoo, W. (2015). Effects of gait velocity and center of mass acceleration during turning gait in old-old elderly women. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(6), 1779-1780.
- Silva, N. C. M., Oliveira, A. R. S. & Carvalho, E. C. (2015). Conhecimento produzido sobre os resultados da “Nursing Outcomes Classification – NOC”: Revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(4): 104-11.
- Sousa, L. M. M. (2015). As propriedades psicométricas dos instrumentos de hetero-avaliação. *Enformação*, 6, 20-24.
- Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C. M. A., de Caldevilla, M. N. G. N., Henriques, C. M. A. D., Severino, S. S. P., & Caldeira, S. (2016). Instrumentos para evaluación del riesgo de caídas en los ancianos residentes en la comunidad. *Enfermería Global*, 15(2), 490-521.
- Sturnieks, D. L., George, R. & Lord, S. R. (2008). Balance disorders in the elderly. *Clinical Neurophysiology*, 38, 467-478.
- Tavares, D. & Dias, F. (2012). Capacidade funcional, morbididades e qualidade de vida de idosos. *Texto & Contexto de Enfermagem*, 21(1), 112-120.
- Tinetti, M. E., Richman, D., & Powell, L. (1990). Falls efficacy as a measure of fear of falling. *Journal of gerontology*, 45(6), P239-P243.

- Toomey, L.J. (2015). Falls in the geriatric population: Studies show a direct correlation between falls and a decrease in overall quality of life. Advance Healthcare Network Nursing.
- Vitorino, L. M., Marques-Vieira, C., Low, G., Sousa, L., & Cruz, J. P. (2019). Fear of falling among Brazilian and Portuguese older adults. *International journal of older people nursing*, 14(2), e12230.
- von Krogh, G. (2008). An examination of the NANDA International taxonomy for domain completeness, ontological homogeneity, and clinical functionality. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19.
- Yardley, L., Beyer, N., Hauer, K., Kempen, G., Piot-Ziegler, C., & Todd, C. (2005). Development and initial validation of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I). *Age and ageing*, 34(6), 614-61

Projeto Q - Projeto de Intervenção Comunitária: Prevenção de Queda no Idoso

Ana Figueiredo

Enfermeira especialista em enfermagem comunitária, ARS Algarve- UCC Al-Buhera, Portugal

Ângela Pais

Enfermeira especialista em enfermagem comunitária, ARS Algarve- USF Quarteira

Filipa Sanches

Enfermeira especialista em enfermagem comunitária, ARS Algarve- UCC Gentes de Loulé, Portugal

Inês Daniel

Enfermeira especialista em enfermagem comunitária, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, serviço de ortopedia/ neurocirurgia, Portugal

Inês Barregão

Enfermeira especialista em enfermagem comunitária, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, serviço de urgência, Portugal

Marlene Gonçalves

Enfermeira especialista em enfermagem comunitária, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, serviço de urgência, Portugal

Patrícia Nascimento

Enfermeira especialista em enfermagem comunitária, ARS Algarve- UCSP Loulé, Portugal

Sara Luz

Enfermeira especialista em enfermagem comunitária, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, unidade de cuidados intensivos, Portugal

Tânia Venâncio

Enfermeira especialista em enfermagem comunitária, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, serviço de ortopedia/ neurocirurgia, Portugal

Introdução

O envelhecimento da população é um fenómeno global que deriva dos avanços e progressos económicos, sociais e da saúde pública alcançados nas últimas décadas. Portugal, um país expressivamente condicionado por essas transformações demográficas, assumiu o compromisso em estabelecer políticas públicas de saúde em conciliação com as diretrizes internacionais que visam a promoção de um envelhecimento ativo e saudável, como é o caso da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (ENEAS) (Ministério da Saúde, 2017), reconhecendo a importância da intervenção dos profissionais de saúde, entre os quais os enfermeiros.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC), pela sua proximidade com as pessoas, tem a possibilidade de colaborar de forma ativa na elaboração de projetos de saúde individual ou coletiva que promovam o exercício da cidadania e o empoderamento, (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho), segundo uma abordagem centrada na pessoa (McCormack & McCance, 2010) e, por conseguinte, na comunidade (Melo, 2020).

O planeamento em saúde é um processo contínuo, lógico e dinâmico que visa dar resposta a necessidades e/ou problemas identificados numa comunidade através do diagnóstico de saúde. No caso particular dos idosos do concelho de São Brás de Alportel (SBA) – Algarve e, após o processo de priorização realizado, entendeu-se abordar a queda. De facto, dentro da esfera dos acidentes domésticos, a queda é a situação que mais afeta a população idosa em todo o mundo e constitui a segunda causa de mortalidade dentro dos acidentes não intencionais. A queda no idoso assume-se, então, como um importante problema de saúde pública e foco de atenção sensível aos cuidados de enfermagem, tendo um impacto considerável na qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos, famílias, grupos e/ou comunidades, pelo que existe uma necessidade premente em atuar sobre o mesmo, especialmente, segundo uma ótica de prevenção (Ministério da Saúde, 2010). Tendo por base esta premissa, o presente projeto de intervenção comunitária foi desenhado no âmbito da prevenção de quedas, orientado para o envelhecimento ativo e saudável.

Enquadramento

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Pender, 2015) e o Modelo de Avaliação de Intervenção de Empoderamento Comunitário (MAIEC) (Melo, 2020), foram os referenciais conceituais de enfermagem que sustentam a presente intervenção comunitária.

O modelo de Nola Pender centra-se na adoção de um estilo de vida saudável, explorando os conceitos de motivação e tomada de decisão intrínsecos ao processo de mudança comportamental, onde o enfermeiro desenvolve a natureza multidimensional do indivíduo num compromisso construtivo para com a identificação de determinantes e vivências prévias ao cliente, que são trabalhadas, com vista a modificação e criação de estratégias, com ganhos promotores de saúde (Pender, 2015).

O modelo de avaliação, intervenção e empoderamento comunitário (MAIEC), desenvolvido por Pedro Melo, estabelece uma matriz de decisão clínica em Enfermagem Comunitária, sustentado numa prática empoderadora, conceito proposto por Laverack em 2008, com diferentes níveis de ação sobre os indivíduos, grupos dinamizadores, parcerias, lideranças, associações sociais e políticas, numa dinâmica sistémica e tendo a comunidade como unidade de cuidados. O MAIEC combina nove domínios operacionais (participação comunitária, liderança local, desenvolvimento de estruturas organizacionais, capacidade para avaliar problemas, capacidade para questionar, mobilização de recursos, ligação a outros, relações com agentes externos e gestão do problema) (Melo, 2020). Assim o seu foco principal é a gestão comunitária com a identificação, a criação de estratégias de coping e a resolução dos problemas de uma comunidade, numa interação sobre o binómio pessoa-ambiente, tendo o empoderamento como processo e resultado neste modelo (Melo, Silva & Figueiredo, 2018; Melo, 2020; Melo et al., 2020).

O projeto Q tem como finalidade promover a segurança e a capacidade funcional da população idosa a residir no concelho de SBA, orientado para o envelhecimento ativo e saudável. É um projeto de intervenção comunitária com vista à prevenção da ocorrência de quedas nos idosos a residir no domicílio, no concelho de São Brás de Alportel. Assim, delinearam-se os seguintes objetivos específicos:

- *Promover o envolvimento dos stakeholders e parceiros para a problemática das quedas no idoso;*

- *Avaliar o risco de queda no idoso a residir no domicílio no concelho de SBA;*
- *Identificar os fatores de risco associados a quedas no idoso a residir no domicílio no concelho de SBA;*
- *Capacitar idosos/cuidadores informais a residir no concelho SBA para a minimização dos riscos associados às quedas no domicílio;*
- *Promover a criação de ambientes físicos domiciliários que garantam a segurança do idoso a residir no concelho de SBA;*
- *Capacitar cuidadores formais e líderes da comunidade de SBA para a promoção da segurança e bem-estar da população idosa;*
- *Diminuir o risco de queda no idoso a residir no domicílio no concelho de SBA;*
- *Reduzir os fatores de risco de queda modificáveis associados ao idoso a residir no domicílio no concelho de SBA;*
- *Aumentar o acesso aos cuidados de saúde do idoso a residir no concelho de SBA.*

Para cada objetivo específico, foram definidos indicadores e metas. Os indicadores permitem conhecer a realidade, medindo os avanços alcançados mediante os objetivos pré-estabelecidos. As metas correspondem ao que se pretende alcançar tendo em conta os indicadores delineados (Melo, 2020).

Foram estabelecidas parcerias permitindo a partilha de recursos e oportunidades, trabalho em rede e colaboração estreita, sendo as mesmas consideradas por Stanhope e Lancaster (2011), um elemento-chave para a concretização dos objetivos de qualquer projeto na área da saúde comunitária.

Estratégias

As estratégias de intervenção correspondem à etapa do planeamento em saúde em que se define quais os métodos ou técnicas a utilizar para se atuar sobre a necessidade ou o problema de saúde identificado como prioritário, com vista a minimizá-lo ou atenuá-lo (Imperatori & Giraldes, 1993).

Considerando os objetivos específicos do “Projeto Q”, as estratégias de intervenção a adotar são: a consulta de enfermagem no domicílio (CED) - estratégia preconizada na prestação de cuidados de Enfermagem em contexto domiciliário dirigido aos indivíduos, famílias e grupos em situação de vulnerabilidade com necessidade de acompanhamento próximo (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de

fevereiro), onde se aplica o processo de Enfermagem no contexto da identificação de diagnósticos de enfermagem, prescrição e implementação de intervenções e avaliação dos resultados obtidos ou ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem (Melo, 2021); a educação para a saúde - que permite capacitar as pessoas para melhorar e aumentar o controlo sobre a sua saúde e sobre os determinantes comportamentais psicossociais e ambientais (Stanhope & Lancaster, 2011); o empoderamento comunitário - com recurso à educação para a saúde tendo em vista a capacitação dos indivíduos e da comunidade, através de sessões formativas sobre a problemática da queda dirigidas à pessoa idosa/cuidador informal, cuidadores formais e líderes comunitários.

Execução

A execução é a etapa do planeamento em saúde na qual são especificadas as atividades do projeto e o modo como vão ser executadas, onde inclusive se estima o tempo, os recursos e os custos implicados na prossecução do projeto (Imperatori & Giraldes, 1993). As atividades a desenvolver têm em consideração duas abordagens distintas: 1) abordagem centrada na pessoa, em que as intervenções de Enfermagem são desenvolvidas no domicílio do idoso e centradas nas suas necessidades individuais; e 2) abordagem centrada na comunidade, em que as intervenções de Enfermagem são centradas nas necessidades da população.

As atividades delineadas para este projeto são cinco (5) conforme descrição em seguida.

1. “Saúde à porta” – consiste na apresentação do projeto ao idoso, em procedimentos relacionados com o consentimento livre e esclarecido, bem como o cumprimento dos padrões éticos emanados por guidelines internacionais de referência (Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas, 2009; WHO, 2011). Irá elaborar-se um plano individual de cuidados de enfermagem, tendo em conta a avaliação do estado cognitivo, avaliação do risco de queda e avaliação dos fatores de risco associados à queda, utilizando os seguintes instrumentos de avaliação: Escala de Quedas de Morse® - versão portuguesa

(Costa-Dias&Ferreira&Oliveira,2014)(DGS,2019);Teste Mini-Cog® - versão portuguesa; checklist do “Projeto Q”- desenvolvida pela equipa de projeto (lista de 11 itens considerados pertinentes para a avaliação do risco de queda no idoso a residir no domicílio; para cada um dos itens estão associados subitens em que é aplicada uma escala dicotómica (sim/não) e “não aplicável”).

De salientar que, a escolha dos instrumentos de medida “Escala de Quedas de Morse®” e “Teste Mini-Cog®” se baseou na oferta disponibilizada no sistema de informação SClínico – ferramenta informática preconizada pelo Ministério da Saúde na área da informatização clínica do Serviço Nacional de Saúde, com vista à uniformização dos registos clínicos e normalização da informação.

2. “Menos quedas, mais saúde” – será previsivelmente executada na segunda visita ao domicílio do idoso, de acordo com o plano individual de cuidados previamente estabelecido. Nesta atividade pretende-se realizar uma sessão de educação para a saúde com o idoso/cuidador informal sobre a problemática da queda enquanto acidente doméstico e suas consequências, medidas para minimizar os fatores de risco modificáveis anteriormente identificados que potenciam a queda e medidas a adotar em situação de queda.

3. “Intervir para prevenir” – As deslocações ulteriores ao domicílio do idoso estarão integradas nesta terceira atividade, na qual será realizado o acompanhamento e auscultação dos fatores de risco modificados e por modificar e, em caso de necessidade, articulação/referenciação com parceiros e stakeholders para a resolução de problemas. Esta atividade será repetida tantas vezes quanto necessário durante uma janela temporal definida, tendo em consideração o nível de risco de queda e/ou necessidade de intervenções específicas sobre fatores de risco modificáveis.

4. “Juntos pela prevenção” – tem como finalidade a realização de sessões formativas para sensibilizar os líderes da comunidade sobre a problemática das quedas no idoso e capacitar

os cuidadores formais a colaborar nas instituições stakeholders públicas que prestam serviço de apoio domiciliário a idosos a residir no domicílio no concelho de SBA.

5. “Prevenir para não remediar” – por último, e porque a capacitação individual no domínio da intervenção comunitária é por si só insuficiente, esta atividade consistirá na realização de sessões de educação para a saúde dirigidas à população em geral, a residir em meio rural no concelho de SBA.

Um projeto de intervenção comunitária pressupõe a realização de uma estimativa de recursos necessários e custos associados. Esta estimativa deve ser o mais detalhada e realista possível, não obstante de ser alterada ao longo do processo de execução do projeto. Além do cálculo dos custos diretos e indiretos, de forma ao projeto se apresentar viável a esse nível, é crucial uma divulgação eficaz para que a participação nas atividades seja uma realidade. Assim, o recurso aos meios de comunicação social, redes sociais, promoção de informação em lugares públicos de interesse (em vídeo ou em formato papel) é uma estratégia deste projeto.

Avaliação

A avaliação consiste na última etapa do planeamento em saúde, permitindo verificar se as atividades desenvolvidas contribuíram para alcançar os objetivos propostos. Esta etapa não se cinge à medição dos resultados obtidos, mas também à melhoria contínua, onde se fazem alterações e/ou ajustes que se consideram necessários mediante a comparação entre os resultados obtidos e os objetivos, indicadores e metas estabelecidas (Imperatori & Giraldes, 1993). A avaliação do “Projeto Q” irá ocorrer em dois momentos distintos. Uma primeira avaliação (intermédia) terá lugar seis meses após o início das atividades planeadas, permitindo aferir a evolução dos indicadores de execução e resultado e, eventual necessidade em corrigir desvios. Ao fim de doze meses, realizar-se-á uma avaliação final, em que se irá verificar a concretização das metas definidas. É de salientar que, em ambas as avaliações, se prevê a discussão dos resultados com os parceiros, a fim de se favorecer a melhoria contínua do projeto.

Os resultados obtidos serão dados a conhecer aos intervenientes envolvidos no “Projeto Q” através de um relatório final, onde irá constar uma análise reflexiva entre os resultados e a pertinência da finalidade, a justificação das atividades, o grau de execução do projeto relativamente aos objetivos delineados, a gestão dos recursos sob ponto de vista de eficiência e eficácia do projeto na resolução do problema de saúde (Imperatori & Giraldes, 1993). Posteriormente, os resultados serão apresentados à população em geral.

Implicações Expectáveis para a Saúde

O “Projeto Q” visa a promoção da segurança e prevenção da queda no idoso no domicílio do concelho de SBA, através da execução de atividades pormenorizadamente planeadas, mas de simples exequibilidade e em harmonia com os recursos e serviços da comunidade. A intervenção direta sobre fatores de risco modificáveis no contexto domiciliar e capacitação individual e coletiva tendo como foco o indivíduo, as famílias, os grupos e a comunidade, seguindo uma abordagem multidisciplinar e intersectorial, apresentam um valor intrínseco ao nível da diminuição da ocorrência do fenómeno de queda e respetivas consequências, advindo daí potenciais ganhos em saúde.

Segundo uma perspetiva microssistémica (i.e., individual e comunitária) o projeto poderá gerar contributos no que respeita à manutenção ou melhoria da autonomia, independência, participação social ativa, qualidade de vida e bem-estar, assim como diminuição da morbilidade e mortalidade. Além disso, otimização e maximização dos recursos e/ou serviços disponibilizados na comunidade. Do ponto de vista macro (i.e., sistema de saúde, economia e sociedade em geral), os ganhos poderão ocorrer ao nível da diminuição de custos relacionados com tratamentos prolongados e reabilitação, internamentos hospitalares e institucionalização em unidades de saúde, assim como aspetos relacionados com o absentismo e níveis de produtividade. A efetividade do projeto poderá ser tão ou mais evidenciada consoante as avaliações do risco e intervenções sobre os fatores de risco realizadas, bem como os indivíduos, grupos, famílias e comunidade a serem empoderados. Considera-se, portanto, a aplicação do projeto em formato piloto numa primeira instância para ulterior implementação em larga escala. Importa salientar, contudo, o facto de os ganhos em saúde resultantes dos projetos de intervenção comunitária

terem a particularidade de, na sua grande maioria, serem atingidos a médio/ longo-prazo, situação essa que deve ser tida em consideração aquando da sua apreciação.

Por último, referir a transversalidade inscrita no desenho do projeto, com possibilidade de replicação futura noutros contextos e, quiçá, servir como modelo para um programa ou projeto de prevenção de quedas nos cuidados de saúde primários de âmbito regional e/ou nacional.

Considerações Finais

O “Projeto Q” enquadra-se no âmbito de problemáticas de relevância global, nomeadamente o envelhecimento demográfico e a queda na pessoa idosa.

No seu desenvolvimento, mobilizaram-se competências específicas do EEEEC para delinear o projeto de intervenção, com base na metodologia do planeamento em saúde, onde as estratégias de intervenção escolhidas se baseiam na consulta de Enfermagem no domicílio e nas sessões de educação para a saúde individual e coletiva.

A intervenção in loco, no domicílio do idoso, a capacitação individual e o empoderamento comunitário maximizam o potencial deste projeto de intervenção comunitária, pois é na coresponsabilização dos vários intervenientes comunitários pelos comportamentos preventivos que se consegue sustentar a promoção da saúde. Para uma resposta verdadeiramente efetiva nos diferentes níveis de prevenção primária, secundária e terciária, o “Projeto Q” contemplou o estabelecimento de parcerias na comunidade, fortalecendo a acessibilidade da pessoa idosa à rede de serviços de saúde e sociais disponíveis, nomeadamente, a Unidade de Cuidados Continuados local, o poder local e autarquia que, por sua vez, demonstraram sinais de interesse no desenvolvimento e implementação.

Considera-se, portanto, este projeto inovador, exequível e sustentável, com planeamento pormenorizado e de implementação facilitada por profissionais experientes em intervenção comunitária e reconhecidos pela população. A aceitável estimativa de custos que este projeto acarreta, rentabiliza os recursos já disponíveis na comunidade, objetivando colmatar uma problemática com elevado custo

económico ao nível nacional e mundial.

Algumas limitações foram denotadas no desenvolvimento do projeto, tais como: (a) impossibilidade na aplicação do critério clássico da magnitude no estabelecimento de prioridades, uma vez que o Diagnóstico da Situação de Saúde seguiu a metodologia qualitativa por constrangimentos da pandemia e; (b) inexistência de uma escala validada ao nível nacional para avaliação do risco de quedas em pessoas idosas em contexto domiciliário, exigindo a adoção da Escala de Quedas de Morse com maior aplicabilidade ao contexto hospitalar e inadequação do sistema aplicativo ao contexto comunitário;

Referências Bibliográficas

- Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (2009). International Ethical Guidelines for Epidemiological Studies. Genebra, Suíça: Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas. Disponível em: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/01/International_Ethical_Guidelines_LR.pdf
- Costa-Dias, MJ, Ferreira, P., Oliveira, A., (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Revista de Enfermagem Referência. 2(IV), 7-17. <https://doi.org/10.12707/RIII1382>
- Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Diário da República, 1.ª série – N.º 38. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/247675/details/maximized>
- Direção Geral da Saúde (2019). Norma 008/2019 - Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019.aspx>
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- McCormack, B. & McCance, T. (2010). Person-centred nursing: theory and practice. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Melo P, Silva RC & Figueiredo MH. (2018). Os focos de atenção em enfermagem e o empoderamento comunitário - Um estudo qualitativo. Revista de Enfermagem Referência. 19(IV) - out./nov./dez: 81 – 90 <https://doi.org/10.12707/RIV18045>
- Melo, P. (2020). Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Lisboa: Lidel.
- Melo, P., Neves-Amado, J., Pereira, A., Maciel, C., Vieira Pinto, T., & Cardoso, T. (2020). Assessing Community Empowerment for an Innovative Epidemiologic Approach. Healthcare (Basel, Switzerland), 8(2), 173. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare8020173>
- Melo, P. (2021). Consultas de Enfermagem nos cuidados de saúde primários: guia de decisão clínica. Lidel
- MINI-COG© (2020). Indicações do MINI-COG©. Disponível em: <http://mini-cog.com/wp-content/uploads/2020/02/Mini-Cog-in-Portuguese.pdf>
- Ministério da Saúde (2010). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/>

[dastprograma-nacional-de-prevencao-de-acidentes-pdf.asp](#)

- Ministério da Saúde (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M.A. (2015). Health promotion in nursing practice (7.ª Ed.). Pearson Education, Inc
- Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. Diário da República, 2.ª série — N.º 135. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). Enfermagem de Saúde Pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população (7.ª Ed.). Loures: Lusodidacta.
- World Health Organization (2011). Standards and operational guidance for ethics review of health-related research with human participants. Genebra, Suíça: World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/ethics/publications/9789241502948/en/>

Gestão do risco na pessoa idosa em contexto comunitário

Isabel Santos

Enfermeira Especialista de Reabilitação, Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade de Palmela

Introdução

A Constituição da República, no seu artigo 64.º, defende a proteção da saúde como um dever fundamental dos cidadãos.

Relativamente à proteção da saúde, a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro), identifica a segurança dos doentes como uma área fundamental e determina que as pessoas têm direito a cuidados de saúde adequados à sua situação, no tempo considerado clinicamente aceitável, com dignidade, de acordo com a melhor evidência científica disponível, e de acordo com as boas práticas de qualidade e segurança em saúde.

Os incidentes de segurança, aquando da prestação de cuidados de saúde, são uma realidade que exige a implementação de políticas e estratégias de prevenção, bem como a sua operacionalização por parte de todos os profissionais, nomeadamente os que têm responsabilidades acrescidas na área da gestão.

A questão da segurança dos utentes tem sido um desafio para a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Palmela, pois a generalidade dos estudos e evidência científica referem-se a ambientes físicos de Hospital ou Unidades de Saúde, enquanto o contexto da UCC é a comunidade, e no caso particular da Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) é o domicílio.

A área de abrangência da UCC de Palmela corresponde ao concelho de Palmela, a qual, segundo a Administração Central do Sistema de Saúde, dá resposta a uma população de 59.767 utentes, dos quais 13.041 habitantes têm idade maior ou igual a 65 anos, com um índice de dependência de idosos de 34,24%.

A equipa da UCC de Palmela identificou como problema a inexistência de uma gestão do risco sistematizada relativamente à prevenção da queda da pessoa idosa em contexto comunitário.

Iremos, assim, dar especial relevância à dimensão segurança na saúde, em particular à temática central “A queda na pessoa idosa residente na comunidade”, através da partilha do projeto melhoria da qualidade da Unidade de Cuidados na Comunidade de Palmela.

Este projeto tem como objetivos promover uma cultura de segurança na

Unidade de Cuidados na Comunidade de Palmela; constituir um instrumento de liderança e ser facilitador da comunicação; promover a gestão da segurança do utente, em particular na prevenção de quedas; e por último promover práticas de cuidados de enfermagem seguras em ambientes seguros.

Enquadramento Conceptual

Ao longo de cinco anos, o Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2015-2020 fomentou a segurança do doente no Sistema Nacional de Saúde, com melhorias ao nível de questões específicas como a identificação de doentes, a cirurgia segura, a prevenção de úlceras de pressão, a segurança na medicação, as infeções associadas a cuidados de saúde, a prevenção de quedas, a cultura de segurança e a notificação de incidentes de segurança.

O Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 foi aprovado em maio de 2021, em resolução, na 74ª Assembleia Mundial de Saúde. Visa eliminar os danos evitáveis nos cuidados de saúde, permitindo evitar ou mesmo travar a morte de milhões de doentes, na sequência de cuidados de saúde inseguros a nível mundial.

Este Plano contempla sete objetivos estratégicos:

- *Desenvolver práticas de saúde para eliminar danos evitáveis;*
- *Criar sistemas de saúde de elevada confiança;*
- *Garantir a segurança dos processos clínicos;*
- *Envolver e capacitar os doentes e familiares;*
- *Motivar, educar e capacitar os profissionais de saúde;*
- *Garantir a informação e investigação;*
- *Desenvolver parcerias, sinergias e solidariedade.*

Existe evidência científica de que as quedas em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos são uma das principais causas de incapacidade, morbilidade e até mesmo morte, o que acarreta gastos em cuidados de saúde e sociais, e tem implicações negativas na qualidade de vida das pessoas e famílias.

Santos & Baixinho (2020), realizaram uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) orientada pela questão de investigação “Que intervenções de enfermagem são adequadas para a prevenção de queda no domicílio da pessoa idosa?”. Santos & Baixinho (2020) apontam diversos autores que referem que as quedas são um problema de saúde pública de difícil prevenção devido à natureza multidimensional dos fatores de risco. Sustentam ainda que as orientações internacionais apontam a visita domiciliária preventiva como uma estratégia valiosa no sentido da manutenção da saúde e independência, e consequentemente de prevenção de incapacidades e hospitalizações desnecessárias, com redução de custos em saúde.

Consideramos ainda pertinente referir que os mesmos salvaguardaram que as conclusões dos estudos analisados na RIL não são explícitas relativamente à eficácia de algumas intervenções efetuadas em contexto domiciliário, no sentido de redução do risco, e a prevalência da queda.

Com o objetivo de promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, o Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro), inclui os contextos de saúde modernos como o domicílio e telessaúde.

O Plano considera cinco pilares fundamentais em matéria de segurança do doente, que são eles: cultura de segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente; e práticas seguras em ambientes seguros.

Estratégias e Instrumentos

A estratégia para abordagem do problema identificado na UCC assenta em quatro áreas principais: formação, literacia em saúde, instrumentos de boas práticas, e casos clínicos.

A formação dos profissionais relativamente às questões da segurança, onde se inclui a prevenção de quedas, tem como finalidade promover uma cultura de segurança na UCC de Palmela, ou seja, a promoção de valores, crenças, normas e competências individuais e de equipa que conduzam a um compromisso com a segurança do utente/família.

A formação envolve a equipa da UCC, e consideramos pertinente realçar a importância da clarificação de conceitos, análise e prevenção de incidentes críticos relacionados com a segurança dos doentes, através do documento “Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente” (WHO, 2009).

Relativamente à promoção da literacia em saúde, sobre prevenção de quedas, a UCC de Palmela intervém em dois níveis: dirigida a grupos comunitários de risco e dirigida ao indivíduo (cidadão/utente/família).

Assim, foram realizadas ações de prevenção de quedas sob a forma de dinâmicas de grupo interativas em todas as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) do concelho de Palmela. Estas foram dirigidas aos utentes de Centro de Dia e aos funcionários da Instituição.

Também se realizam ações de âmbito comunitário que ocorreram nos Mercados Municipais do concelho dirigidos ao cidadão em geral.

Por fim, a área da identificação de risco e prevenção de queda é alvo de atenção em todos os utentes/famílias admitidos na Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Palmela da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Cumpre-nos salvaguardar que as atividades de contexto comunitário (mercados e IPSS) estiveram suspensas devido à pandemia pela COVID 19, nos últimos dois anos.

A elaboração de instrumentos consistiu na elaboração dos procedimentos internos da UCC com a finalidade de melhorar a qualidade da decisão clínica através da indicação de recomendações claras, diminuindo a variação da prática clínica, substanciando opções técnicas eficazes e seguras, e melhorando a consistência dos cuidados.

Destacamos os seguintes procedimentos internos na área das quedas:

1. “A admissão do utente na ECCI de Palmela” o qual preconiza a avaliação do risco de queda, através da avaliação da Escala de Morse, de forma sistemática a todos os utentes admitidos na Equipa de Cuidados Continuados Integrados, com registos no sistema informático em vigor na instituição: SClinico.

2. O procedimento “Identificação e prevenção do risco de quedas na ECCI” permitiu o treino na aplicação da Escala de Morse entre os diferentes profissionais da Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Palmela, e o estabelecimento de fluxogramas de atuação em função do risco. A fundamentação para a escolha da Escala de Morse, não obstante esta não se encontrar validada para a comunidade, deve-se ao facto de ser uma escala de rastreio de risco de quedas, validada para a população portuguesa e que se encontra disponível no processo clínico informatizado da instituição.

3. O procedimento “Segurança do utente” permitiu identificar, analisar e prevenir incidentes críticos relacionados com a segurança do utente, nomeadamente a ocorrência de quedas. Este procedimento contempla um mapa de deteção de incidentes nos utentes da ECCI de Palmela o qual é analisado de forma sistemática, nas reuniões semanais de Equipa documentando-se o episódio de queda. Este mapa permite que, para cada incidente, se faça a identificação do incidente, do grau de severidade dos danos, da probabilidade de ocorrência do risco, das recomendações para eliminação/correção do risco, e a identificação do(s) profissional(s) responsável pelas medidas corretivas.

A discussão de casos tem-se mostrado muito importante na medida em que permite a partilha e comunicação no seio da equipa, bem como a identificação de problemas e áreas de formação.

Por outro lado, sabendo-se que as causas que determinam a queda são multifatoriais, as estratégias a desenvolver no sentido de manutenção de um ambiente seguro no domicílio, devem passar forçosamente por uma avaliação individualizada dos fatores a que cada pessoa e família está sujeita (discussão de casos), ou seja, por uma análise do risco individualizada.

O enfermeiro da UCC promove, deste modo, a saúde dos utentes, cuidadores e comunidade ao promover cuidados antecipatórios e preventivos na gestão do risco de queda, o que deve constituir uma prioridade da sua intervenção quer a nível das visitas domiciliárias, quer na intervenção na comunidade de âmbito geral, ou dito de outra forma, deve constituir uma responsabilidade de cidadania.

Avaliação

A avaliação do projeto é realizada através do indicador de ganhos em saúde de âmbito nacional: “taxa de internamentos por fratura do colo do fémur”, cujos resultados são monitorizados pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

A taxa de internamentos por fratura de colo do fémur, em pessoas residentes na área de abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade de Palmela, foi de 883,14 e 937,27 por 10.000 habitantes, em 2019 e 2020, respetivamente. Neste biénio o valor máximo considerado aceitável pela ACSS foi de 810,00.

Em 2021, a taxa de internamentos por fratura de colo do fémur, foi de 1.040/10.000 habitantes, sendo que a ACSS considera que o valor máximo aceitável para esse ano é até 1.200 pessoas.

Considerações Várias

O projeto de melhoria continua descrito é fruto de uma responsabilidade de governação, coordenação e operacionalização da segurança da prestação de cuidados de saúde em que o foco é sempre o utente e os seus cuidadores.

Encontra-se alinhado com as orientações internacionais e nacionais, e está adaptado à realidade local do concelho de Palmela, constituindo uma ferramenta para a gestão e liderança, e para os profissionais de saúde.

Este projeto tem-se mostrado dinâmico e apresenta uma boa relação custo efetividade, porque não tem custos acrescidos e existe evidência internacional de que uma aposta na segurança dos cuidados conduz a ganhos em saúde.

Implicações/Recomendações para a Prática

As implicações para a prática clínica do projeto de melhoria da qualidade a destacar são:

- *Apoio e melhoria da decisão clínica;*

- *Otimização de recursos e da eficiência da UCC de Palmela;*
- *Identificação de áreas que revelem necessidade de investigação clínica;*
- *Divulgação de boas práticas, quer inter, quer intra institucionalmente, nomeadamente através do Boletim Informativo da Direção de Enfermagem do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida.*

Palavras-Chave

Gestão do risco, idoso, domicílio, queda.

Referências Bibliográficas

- ACSS – BI-CSP (PAUF). <https://pauf.min-saude.pt/pauf/home/populacao/utentes>, consultado em 27/05/2022.
- DGS. <https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-de-acao-mundial-para-a-seguranca-do-doente-2021-2030-foi-aprovado.aspx>, consultado em 27/05/2022.
- Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro do Ministério da Saúde. (2021). Diário da República: Série II, Parte C. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Lei constitucional n.º 1/2005, de 12 de agosto, sétima revisão constitucional do Ministério Público. (2005). https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=565&tabela=leis
- Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro da Assembleia da República. (2019). Diário da República: Série I. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Santos BW dos, Baixinho CL. Possibilidade de intervenção da enfermagem na prevenção de queda em idoso: estudo de revisão. Cogitare enferm. [Internet]. 2020 [acesso em 27 de maio de 2022]; 25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.713>
- World Health Organization (2009). Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente – Relatório Técnico Final. Tradução realizada pela Divisão de Segurança do Doente do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção Geral de Saúde em 2011. <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Estrutura%20Conceitual%20da%20Classificação%20Int%20Segurança%20do%20Paciente.pdf>

Prevenção de quedas: um projeto de intervenção em cuidados de saúde primários

Anabela Schinck

USF Costa Mar, ARSLVT

Ana Patrícia Martins

USF Costa Mar, ARSLVT

José Edmundo Sousa

ESEL

Introdução

Com o crescente aumento da esperança média de vida, cuidamos de pessoas cada vez mais idosas que nos colocam perante um problema de saúde pública importante, com consequências no nível de saúde, necessidade de cuidados médicos e de enfermagem, custos para o serviço nacional de saúde, consequências no nível de dependência, autonomia e qualidade de vida dos indivíduos, tornando-se num desafio para os profissionais de saúde, no planeamento e execução dos cuidados.

No último século a população mundial mais do que triplicou (Rosa, Seabra & Santos, 2004) e, entre 2000 e 2050, o aumento no grupo etário dos maiores de 65 anos tornar-se-á cada vez mais evidente.

Um dos temas pertinentes nesta faixa etária é a prevenção de quedas, definido como um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2015-2020). Números obtidos da realidade nacional, 68,7% dos acidentes devem-se a quedas (Contreiras & Rodrigues, 2012) sendo que, o último relatório, de 2012 do sistema EVITA (Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes), pelo Instituto Nacional Doutor Ricardo Jorge, revela que os acidentes ocorrem maioritariamente dentro de casa: 33,7%, em maiores de 65 anos, e acontecem maioritariamente a indivíduos do sexo feminino (64,3% versus 35,7% para o sexo masculino).

Para além do importante impacto pessoal, familiar e social, e de poder conduzir a maiores níveis de dependência, perda de autonomia, confusão, imobilização e depressão, “as quedas estão na origem de uma significativa morbilidade ou mortalidade, sendo uma das principais causas de internamento hospitalar” (Despacho nº1400-A, 2015, p.3882-7).

Enquadramento Conceptual do Tema

Importa, em primeiro lugar, definir o conceito de idoso. Em Portugal, a Direção Geral de Saúde (DGS), por intermédio do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI), de 2004, define como população alvo a “população residente com mais de 65 anos” (DGS, 2006, p.17), pelo que também no contexto deste trabalho será esta a idade após a qual o indivíduo é considerado idoso.

Estritamente relacionado com o envelhecimento encontramos o conceito de vulnerabilidade. A sua associação à saúde pública é relativamente recente e, a abordagem associada ao envelhecimento considerada no presente trabalho, pressupõe a vulnerabilidade como um construto que tem um carácter não probabilístico, como o resultado de um conjunto de aspetos não só individuais, mas também coletivos e contextuais: vai além da convencional abordagem do risco (Ayres, 2003).

Também Schroder-Butterfill & Marianti (2006) analisaram este conceito seguindo três variáveis: 1) a exposição, que inclui variáveis como o estado civil ou socioeconómico; 2) as ameaças incluem eventos/momentos específicos com os quais o indivíduo é confrontado, e 3) a capacidade de coping que se refere à aptidão do indivíduo para se proteger de um “resultado negativo” e superar crises.

Um outro conceito chave é o de queda. Assim, utiliza-se no presente trabalho a definição proposta pela OMS: movimento inadvertido de um indivíduo em direção ao chão ou nível inferior àquela no qual este se encontra (OMS, 2007). A queda pode ter como consequência o internamento hospitalar: 20% dos internamentos nesta população, por fratura da bacia resultam em morte no espaço de 12 meses e, adicionalmente, passamos a ter “maiores níveis de dependência, perda de autonomia, confusão, imobilização e depressão, o que conduz posteriormente a restrições nas atividades de vida diárias” (OMS, 2007, p.2).

Quando se fala em quedas, surge imediatamente o conceito de risco de queda associado. Há registo, mundialmente, de 28-35% de quedas em indivíduos com mais de 65 anos de idade, anualmente, valor que, acima dos 70 anos, aumenta para 32 a 42% (CDC, 2006; OMS, 2007). Paralelamente encontram-se vários outros fatores, na presença dos quais o risco de queda é superior:

1. Sexo feminino (Franse et al, 2017; Kyrdalen et al, 2019; Kumar et al, 2014);
2. Número de quedas nos últimos três meses (Kyrdalen et al, 2019; Teo et al, 2006; Kamińska et al, 2015; Meyer et al, 2012; Sousa et al, 2017; Kumar et al, 2014);
3. Presença de múltiplas patologias e problemas de saúde (são exemplos a diabetes, hipertensão, AVC anterior, depressão,

incontinência urinária) (Franse et al, 2017; Kyr dalen et al, 2019; Hanley, Silke & Murphy, 2011; Teo et al, 2006; Kamińska et al, 2015; Meyer et al, 2012; Sousa et al, 2017; Morris et al, 2013; Menz & Lord, 2001);

4. Polimedicação (mais do que quatro fármacos) (Kyr dalen et al, 2019; Fortinsky et al, 2004; Kumar et al, 2014);

5. Alterações na acuidade visual ou auditiva (Franse et al, 2017; Kyr dalen et al, 2019; Yamashita, Noe & Bailer, 2012; Sousa et al, 2017; Kamińska et al, 2015; Meyer et al, 2012; Nazarko, 2014; Menz & Lord, 2001);

6. Consumo de bebidas alcoólicas e/ou tabaco (Meyer et al, 2012; Yamashita, Noe & Bailer, 2012);

7. Falta de equilíbrio e outras limitações físicas (Fortinsky et al, 2004; Nazarko, 2014; Morris et al, 2013; Menz & Lord, 2001, Kumar et al, 2014).

Umavez que se pretende mudar um comportamento, no sentido de conseguir promover a prevenção da queda no domicílio, será utilizado no presente projeto de intervenção comunitária o Modelo Teórico de Nola Pender. Este modelo foi escolhido por conseguir identificar os fatores que, em conjunto com um comportamento anterior passível de ser alterado, poderão conduzir a comportamentos saudáveis.

O projeto foi realizado segundo a metodologia do planeamento em saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1993) e Nunes (2016), com vista a promover na população alteração de comportamentos que possam ser facilitadores da existência de quedas, na USF Costa do Mar, unidade funcional do ACES Almada Seixal, que, em 2019, dos 18077 utentes inscritos, 4285 têm idade superior a 65 anos (23,7% do total de inscritos (BI-CSP, 2019).

Diagnóstico de Situação em Saúde

Para a realização do diagnóstico de situação de saúde definiu-se como população todos as pessoas idosas, maiores de 65 anos de idade, inscritos na USF Costa do Mar, com médico de família; como população alvo os indivíduos idosos inscritos na USF Costa do Mar, com médico de família, desde que sejam residentes

na área de abrangência da unidade e não institucionalizados.

À amostra, selecionada segundo uma técnica de amostragem não probabilística, intencional, foi aplicado um questionário de administração indireta (Quivi & Campenhoudt, 1992) constituído por quatro partes: A) Caracterização sociodemográfica; B) Caracterização clínica; C) Índice de Barthel e D) Escala de Morse, no período de 15 de julho e 16 de agosto de 2019.

No que diz respeito às considerações éticas foram cumpridas todas as exigências para um trabalho deste âmbito, nomeadamente autorizações na USF Costa do Mar e Direção Executiva do ACES Almada-Seixal e parecer favorável pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Foram inquiridos 318 idosos, com idades compreendidas entre os 65 e os 99 anos, média de idades de 78,19 (dp 7,26), maioritariamente do sexo feminino (66,4%), sendo que 79,3% estudaram menos de 4 anos. Relativamente à coabitação, 84,6% reside acompanhado por, pelo menos uma pessoa, 79,6% dos idosos têm como antecedente pessoal hipertensão arterial, 74,2% sentem fadiga e cansaço ao longo do dia, 78,2% tem dificuldade em subir e 72,6% refere essa dificuldade ao descer escadas. A grande maioria (80,2%) tem medo de cair e 82,4% faz mais do que 4 fármacos por dia.

No que diz respeito ao evento queda, 28,3% da amostra teve, pelo menos um episódio de queda, nos últimos 3 meses, sendo que destes, 20,1% caiu dentro de casa. Da avaliação do índice de Barthel, 68,2% apresenta algum nível de dependência (apenas 31,8% da amostra é independente).

Da avaliação do índice de Barthel destaca-se que é o grupo de indivíduos independentes que menos caíram (16,8%) enquanto pela avaliação da escala de Morse, 12,6% dos indivíduos com baixo risco apresentaram episódios de quedas.

Após análise dos resultados dos questionários foi identificada uma lista de problemas, agrupados em duas áreas de intervenção:

1. Idosos com maiores níveis de dependência caem com mais frequência;
2. Idosos caem mais dentro de casa;

3. Idosos com baixo nível de instrução caem mais;
4. O medo de cair poderá condicionar o nível de dependência do idoso;
5. Idosos que fazem, diariamente, mais do que 4 fármacos, caem mais;

À luz do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, foram transformados nos seguintes diagnósticos de enfermagem, em linguagem CIPE (OE, 2015):

- 10015122. *Risco de queda no idoso;*
- 10009030. *Segurança ambiental no domicílio ineficaz;*
- 10010400. *Capacidade para gerir regime terapêutico comprometida.*

Os critérios de priorização: importância (30%), relação com o problema (20%), capacidade intervir (40%) e exequibilidade (10%) resultaram em dois diagnósticos prioritários:

- 1) Risco de queda no idoso;
- 2) Segurança ambiental no domicílio ineficaz.

Para organizar a intervenção de enfermagem optou-se por definir critérios, assumindo que será esta a população com vulnerabilidade acrescida:

- *Idosos que fazem polimedicação (dado recolhido pela história de enfermagem);*
- *Idosos com grau de dependência ligeira e/ou moderada (avaliação pelo índice de Barthel);*
- *Idosos com alto risco de queda (avaliação pela Escala de Morse).*

Desta seleção obtiveram-se 74 utentes elegíveis de serem integrados na etapa de intervenção do projeto.

Projeto De Intervenção Comunitária

Definição de Objetivos

Este projeto tem como objetivo geral prevenir as quedas nos idosos inscritos, não institucionalizados, com equipa de família, da USF Costa do Mar.

Como objetivos específicos, e respectivos objetivos operacionais, pretende-se:

Objetivo específico 1: Mobilizar a equipa de enfermagem para a implementação do projeto “Diga não às Quedas”

Objetivos operacionais:

Realizar, pelo menos, três reuniões de equipa para abordar e sensibilizar para o tema, delinear estratégias de atuação e definir metas na realização de consultas de enfermagem ao domicílio;

Realizar, pelo menos, um documento informativo para entregar à equipa e promover a utilização de uma linguagem comum, aquando da realização das consultas de enfermagem ao domicílio.

Objetivo específico 2: Sensibilizar o idoso/família para a problemática: “Quedas no Domicílio”.

Objetivos operacionais:

Diminuir o evento queda em, pelo menos, 50% da amostra através da educação para a saúde do idoso/família na adaptação do espaço físico da casa para redução de fatores de risco, nos próximos 6 meses;

Diminuir o evento queda em, pelo menos, 75% da amostra através da educação para a saúde do idoso/família na adaptação do espaço físico da casa para redução de fatores de risco, nos próximos 2 anos.

Seleção de Estratégias

Como estratégia, tendo por base o primeiro objetivo específico delineado, começou-se, em primeiro lugar por envolver a equipa de enfermagem na realização de consultas de enfermagem no domicílio para promoção da saúde do idoso. Foram realizados quatro momentos em reunião de equipa, nos quais foram apresentados objetivos e atuação que era esperada da sua parte.

De forma a motivar o envolvimento da equipa na implementação do projeto, realizando consultas de enfermagem no domicílio aos seus utentes, reforçou-se o facto de contribuir para o aumento de resultados de alguns indicadores (consultas realizadas pelo enfermeiro de família e visitas domiciliárias de enfermagem).

Foi realizado um documento de registo com a identificação dos utentes elegíveis para consulta de enfermagem no domicílio, inseridos no presente projeto, com sugestão de datas (por semanas de cada mês) para a realização da consulta por cada enfermeiro de família.

Construiu-se igualmente um guião que pretendeu focalizar a consulta de enfermagem para a identificação de fatores de risco ambientais no domicílio e respetiva sugestão de medidas corretivas sempre que eram identificados. Em consulta seria necessário seguir o guião e em conjunto com o idoso (e cuidador, caso existisse), percorrer as divisões da casa, observar e propor sugestões de melhoria/otimização do ambiente, para diminuir o risco de queda.

Implementação do Projeto

A implementação do projeto “Diga não às quedas” decorreu no período de 23 de setembro 2019 e 7 fevereiro de 2020.

Após a primeira consulta de enfermagem no domicílio, ficou agendado um segundo contacto, para 3 meses após o primeiro. Neste segundo momento pretendeu-se analisar a manutenção das medidas corretivas propostas na primeira consulta de enfermagem e ainda aplicar o questionário que permitirá efetuar a avaliação.

Um dos pontos positivos com claros ganhos em saúde, para além do aumento da satisfação dos utentes perante o projeto, apesar da temática quedas estar presente, foi conseguirmos durante as consultas de enfermagem de vigilância, articular a prestação de cuidados com outros programas de saúde em CSP. Destes destaca-se: a atualização do PNV e sensibilização para a vacinação contra a gripe, uma vez que a consulta de enfermagem no domicílio é um momento privilegiado e oportunista para garantir que os restantes programas estejam também em cumprimento.

Avaliação

Para avaliar o projeto foi construído um questionário de administração indireta no segundo contato, em consulta de enfermagem no domicílio, e recolhidos 60 questionários válidos para avaliação da intervenção.

Entre a primeira consulta de enfermagem no domicílio realizada e a avaliação ocorreram três (3) óbitos, sete (7) não foram submetidos a intervenção de enfermagem e aos restantes quatro (4) utentes não foi possível realizar a identificação da correspondência entre os dois momentos de aplicação do questionário.

Dos indicadores definidos encontram-se os seguintes resultados:

1) Indicadores de atividade

1.1. Indicador 1: Reuniões de equipa realizadas (100%)

1.2. Indicador 2: Consultas de enfermagem ao domicílio realizadas (100%)

1.3. Indicador 3: Documentos informativos elaborados (100%)

1.4. Indicador 4: Intervenção de enfermagem realizada a idosos com alto risco de Quedas (89,4%)

Foram identificados 7 utentes aos quais não foi realizada intervenção. Assim, dos 80% previstos inicialmente apenas foi realizada intervenção a 89,4% dos idosos.

2) Indicadores de execução

2.1. Indicador 1: Eficácia da intervenção de enfermagem na prevenção da queda (90%)

2.2. Indicador 2: Percentagem de idosos com intervenção de enfermagem e queda (10%)

2.3. Indicador 3: Percentagem de idosos com alto risco de queda e intervenção de Enfermagem (95,5%)

Considerações Finais

A utilização da metodologia do planeamento em saúde permite-nos, por intermédio de uma sucessão de etapas predefinidas, ajustar intervenções de enfermagem adequadas aos diagnósticos inicialmente identificados. Cada etapa teve a sua importância e permitiu compreender melhor tudo o que é necessário ter em atenção no desenvolvimento de um trabalho na comunidade.

Importa ainda referir a importância da comunicação. Não só com a motivação da equipa de enfermagem, mas também no contato com o utente: é importante conseguir fazer chegar a nossa mensagem e que a mesma seja compreendida, para que se verifiquem resultados.

Seguindo o que sempre idealizamos como trabalho fundamental em cuidados de saúde primários, consideramos que se conseguiu que a equipa de enfermagem atribuísse uma maior importância à vigilância da saúde e se sentisse motivada a realizar consultas de enfermagem numa perspetiva de prevenção primária.

Nesta mudança de paradigma, conseguiu-se ainda contribuir para a capacitação do utente no reconhecimento de que há pequenas modificações no ambiente do seu domicílio que, sendo alterados, poderão constituir ganhos para a sua saúde.

Dos resultados alcançados conseguimos concluir que obtivemos ganhos em saúde: nos últimos três meses, após implementação da intervenção de enfermagem, 90% dos idosos não caíram. Importava, contudo, que, no decurso da implementação do projeto tivesse sido possível identificar os motivos que levaram à queda. Apesar de estar a ser identificado como limitação, é ponto assente que o idoso e família ficaram mais sensibilizados para este assunto e estarão mais alerta para potenciais fatores promotores da queda, se se deparem com os mesmos.

Importa, contudo, que o trabalho seja contínuo pelo que, contamos realizar nova avaliação em dezembro 2022, após o período de “pausa” motivado pela pandemia covid.

Referências Bibliográficas

- Ayres, J. R. C. M.; et al. (2003) O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, D.; Freitas, C. M. Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 121-141.
- Centers for Disease Control (2006), Prevention. Fatalities and injuries from falls among older adults--United States, 1993-2003 and 2001-2005. MMWR Morbidity and mortality weekly report. 55(45):1221-4.
- Contreiras, Teresa e Rodrigues, Emanuel (2012) Evita: Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes. Relatório 2009-2012. Departamento de Epidemiologia. INSA. Disponível em http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2449/3/INSA-Relatorio_EVITA_2009-2012.pdf
- Despacho nº1400-A (2015). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Diário da República, Série II (n.º 28/2015, de 10 de fevereiro de 2015). Disponível em: <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2006). Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. - Lisboa: DGS
- Fortinsky, R. H., Iannuzzi-Sucich, M., Baker, D. I., Gottschalk, M., King, M. B., Brown, C. J., & Tinetti, M. E. (2004). Fall-risk assessment and management in clinical practice: Views from healthcare providers. Journal of the American Geriatrics Society. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52416.x>
- Franse, C. B., Rietjens, J. A. C., Burdorf, A., Van Grieken, A., Korfage, I. J., Van Der Heide, A., ... Raat, H. (2017). A prospective study on the variation in falling and fall risk among community-dwelling older citizens in 12 European countries. BMJ Open. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-015827>
- Hanley, A., Silke, C., & Murphy, J. (2011). Community-based health efforts for the prevention of falls in the elderly. Clinical Interventions in Aging. <https://doi.org/10.2147/CIA.S9489> Consultado a 20 abril 2019
- Imperatori, E. & Giraldes, M. A. (1993). Metodologia do planeamento em saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. (3ª ed.). Lisboa, ENSP: Edições da saúde.
- Kamińska, M. S., Brodowski, J., & Karakiewicz, B. (2015). Fall risk factors in community-dwelling elderly depending on their physical function, cognitive status and symptoms of depression. International Journal of Environmental Research and Public Health. <https://doi.org/10.3390/ijerph120403406>

- Kumar, A., Carpenter, H., Morris, R., Iliffe, S., & Kendrick, D. (2014). Which factors are associated with fear of falling in community-dwelling older people? Age and Ageing. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft154>
- Kyrdalen, I. L., Thingstad, P., Sandvik, L., & Ormstad, H. (2019). Associations between gait speed and well-known fall risk factors among community-dwelling older adults. Physiotherapy Research International. <https://doi.org/10.1002/pri.1743>
- Menz, H. B., & Lord, S. R. (2001). The contribution of foot problems to mobility impairment and falls in community-dwelling older people. Journal of the American Geriatrics Society. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.t01-1-49275.x>
- Meyer, C., Dow, B., Bilney, B. E., Moore, K. J., Bingham, A. L., & Hill, K. D. (2012). Falls in older people receiving in-home informal care across Victoria: Influence on care recipients and caregivers. Australasian Journal on Ageing. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2010.00484.x>
- Morris, J. N., Howard, E. P., Steel, K., Berg, K., Tchalla, A., Munankarmi, A., & David, D. (2016). Strategies to reduce the risk of falling: Cohort study analysis with 1-year follow-up in community dwelling older adults. BMC Geriatrics. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0267-5>
- Nazarko, L. (2014). Falls prevention in practice: guidance and case study. British Journal of Community Nursing. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2006.11.12.22422>
- Nunes, Manuel (2016). Cartilha metodológica do planeamento em saúde e as ferramentas de auxílio. Chiado editora.
- OMS (2007) WHO global report on falls prevention in older age. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf?ua=1.
- Rosa, M. J., Seabra, H. e Santos, T. (2004), Contributos dos 'imigrantes' na demografia portuguesa. O papel das populações de nacionalidade estrangeira, Lisboa: Observatório da Imigração/ ACIDI.
- Schroder-Butterfill, E., & Marianti, R. (2006). A framework for understanding old-age vulnerabilities. Ageing and Society. <https://doi.org/10.1017/s0144686x05004423>
- Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C. M. A., Caldevilla, M. N. G. N. de, Henriques, C. M. A. D., Severino, S. S. P., & Caldeira, S. M. A. (2017). Risk for falls among community-dwelling older people: systematic literature review. Revista Gaucha de Enfermagem. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.55030>

- Teo, J. S. H., Briffa, N. K., Devine, A., Dhaliwal, S. S., & Prince, R. L. (2006). Do sleep problems or urinary incontinence predict falls in elderly women? Australian Journal of Physiotherapy. [https://doi.org/10.1016/S0004-9514\(06\)70058-7](https://doi.org/10.1016/S0004-9514(06)70058-7)
- Yamashita, T., Noe, D. A., & Bailer, A. J. (2012). Risk factors of falls in community-dwelling older adults: Logistic regression tree analysis. Gerontologist. <https://doi.org/10.1093/geront/gns04>

Prevenir a Queda na Pessoa Idosa Residente na Comunidade: Abordagem Centrada na Família

Inês Santos Frazão

Doutoranda em Enfermagem; Mestre em Enfermagem Comunitária;

Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e na área da Enfermagem de Saúde Familiar.

Introdução e Enquadramento

O envelhecimento da população é, atualmente, uma realidade não só a nível mundial, mas também em Portugal. Na última década, a nível nacional, o Índice de Envelhecimento registado agravou-se de forma constante. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2020), entre 2018 e 2080, o número de idosos (65 e mais anos) passará de 2,2 para 3,0 milhões; o índice de envelhecimento quase duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens, em 2080, em resultado do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa.

Tendo em conta este cenário, do envelhecimento da população, importa referir que existe uma associação entre as pessoas idosas e a ocorrência de quedas, as quais, segundo a WHO (2019), são definidas como “vir a inadvertidamente ficar no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes e outros objetos” (p.9). Nos idosos, as causas das quedas são multifatoriais, de origem intrínseca e extrínseca, causando inúmeras complicações nesta faixa etária (Oliveira et al, 2018). Para além disso, as mesmas aumentam significativamente com o avançar da idade, devido às alterações anatómicas e fisiológicas, tornando o idoso mais vulnerável e mais propenso a sofrer quedas (Garcia et al, 2020). Em Portugal, os idosos com idade superior a 65 anos, apresentam uma incidência de 28 a 35% de quedas anualmente e os que têm idade superior a 70 anos apresentam um aumento da incidência para 32 a 42 % (Azevedo, 2015).

Os enfermeiros, independentemente das suas áreas de intervenção, são confrontados diariamente com o diagnóstico de enfermagem “queda”, permitindo-lhes observar diretamente as suas consequências para o utente, para a família, e, inclusivamente, para os Serviços de Saúde, através do aumento significativo dos gastos de recursos materiais e humanos. Como tal, prevenir a sua ocorrência é uma das intervenções mais importantes, onde a educação para a saúde assume um papel primordial. No entanto, pelo facto de o idoso ser um membro inserido numa família, é vital que a educação para a saúde, para prevenir a ocorrência de quedas, inclua não só os idosos, mas também a sua família.

Na comunidade, é da competência do enfermeiro de família cuidar: “(...) da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária

e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde (...)” (Decreto-lei no 118/2014, 2014). Os enfermeiros de família assumem um papel privilegiado na identificação precoce dos riscos que levam os idosos a cair e, conseqüentemente, na prevenção de ocorrência de quedas. Em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP) é utilizada a Escala de Quedas de Morse, para avaliar o risco de quedas, sendo que Pereira (2017) sugere que o enfermeiro na sua avaliação deve “observar o edifício e condições do mesmo; observar a marcha e deambulação no interior do edifício; avaliar os conhecimentos acerca de medidas de segurança; e avaliar o risco de queda da família” (p.297).

Atendendo que a família é realmente importante em enfermagem, devemos reconhecê-la como foco de cuidados porque: a promoção, manutenção e a recuperação da saúde das famílias tem importância para a sobrevivência da sociedade; a saúde e a doença são assuntos da família; a família como um todo é afetada quando um ou mais dos seus membros experienciam problemas de saúde, e é um fator significativo no cuidado da saúde e bem-estar dos seus membros; a família como um todo tem impacto no modo como os seus elementos resolvem os problemas de saúde e os comportamentos de saúde individuais afetam a família como um todo; a eficácia dos cuidados de saúde é melhorada quando a ênfase é colocada sobre a família, e não apenas sobre o indivíduo (Hanson, 2005).

O Institute for Patient and Family Centered Care (2022) defende que os cuidados, para além de serem centrados no indivíduo, devem ser centrados na família. Por isso, é perceptível que a filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF) vai além da interação do profissional com o indivíduo, pois considera todos os membros da família, para além de ter em conta que as decisões tomadas incluem as famílias nas escolhas (Kuo et al., 2012). Os CCF são uma abordagem aos cuidados de saúde que influenciam o seu planeamento, a sua prestação e a sua avaliação, baseando-se numa parceria mutuamente benéfica entre indivíduos, famílias e profissionais de saúde, reconhecendo a importância da família na vida dos indivíduos. Esta definição considera a família como um todo, reconhece a centralidade da família nos vários níveis da prestação de cuidados e afirma que esta filosofia de cuidados traz vantagens a todos os intervenientes (Grant & Johnson, 2019). Na verdade, quando os cuidados são centrados na família leva a uma melhor experiência no cuidar (do indivíduo e da família), melhor satisfação dos enfermeiros de família e melhores resultados de saúde (Grant & Johnson, 2019).

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) emergiu como referencial teórico e operativo, pretendendo dar resposta às necessidades dos enfermeiros face aos cuidados com as famílias, no desenvolvimento de práticas a elas direcionadas, enquanto foco de cuidados de enfermagem, a partir da compreensão dessas mesmas práticas no contexto dos CSP. Desta forma o MDAIF concretiza-se como um guia orientador que norteia a prática dos enfermeiros de família (Figueiredo, 2009). No que diz respeito à estrutura operativa do MDAIF, a avaliação familiar centra-se em áreas de atenção integradas em três dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional. A dimensão estrutural incide sobre a estrutura da família, visando identificar a composição da mesma, os vínculos existentes entre a família e outros subsistemas como a família extensa e os sistemas mais amplos (Figueiredo, 2012). A dimensão de desenvolvimento no sistema familiar implica o reconhecimento do ciclo vital como um processo conjeturável, constituído por etapas para todas as famílias e simultaneamente a identificação dos seus processos evolutivos associados à evolução nas transições familiares específicas e características de cada família (Figueiredo, 2012). A dimensão funcional refere-se aos padrões de interação familiar que permitem, complementarmente, o desenvolvimento das funções e tarefas familiares de forma continua, evolutiva e dinâmica, promotora da sustentabilidade do sistema familiar, como um todo co-evolutivo (Figueiredo, 2012). Este referencial identifica diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados, sustentados pelas suas definições e perspetivados para a maximização do potencial de saúde da família, que se encontram organizados segundo a matriz operativa, que integra as dimensões e respetivas áreas de atenção.

Para dar resposta às necessidades da família em análise efetivou-se a avaliação da mesma através do MDAIF e propuseram-se intervenções capazes de minimizar os problemas diagnosticados. A filosofia dos CCF foi a selecionada para abordar a problemática em estudo sobre a prevenção da queda na pessoa idosa residente na comunidade.

Este estudo permite ao leitor uma visão global da família estudada, bem como das suas necessidades em cuidados de saúde, quer da família como um todo, quer dos idosos, de uma forma individual, inclusive na prevenção da ocorrência de quedas dessas pessoas.

Metodologia

Como estratégia metodológica foi utilizado o estudo de caso e como referencial teórico o MDAIF. Este estudo qualitativo e descritivo centrou-se no processo de avaliação e intervenção familiar com uma família, inscrita numa Unidade de Saúde Familiar, entre janeiro e março de 2022. A matriz operativa do MDAIF orientou o processo de avaliação e intervenção familiar nas suas dimensões: estrutural, desenvolvimento e funcional, sendo que, tendo em conta a individualidade e especificidade da família, apenas foram focadas as áreas em que se enquadrava a família. Aplicaram-se os instrumentos: Genograma, Ecomapa, Escala de Graffar e APGAR Familiar. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas à família, à luz do MDAIF, em contexto domiciliário (ao total foram realizadas seis visitas domiciliárias de enfermagem), e realizada a análise documental dos registos efetuados pelo enfermeiro de família. Os dados obtidos foram analisados e face aos diagnósticos estabelecidos foram delineadas intervenções à luz do MDAIF com base nos recursos e competências da família.

A realização deste estudo de família teve como objetivo avaliar o impacto dos cuidados de enfermagem numa família idosa em contexto domiciliário.

Resultados e Discussão

Família de classe média baixa (Graffar situado no grau 4), composta pelo casal, ambos de 86 anos e parcialmente dependentes em algumas Atividades de Vida Diárias (AVD's). O casal tem três filhos, com quem mantêm uma relação forte, sendo o contacto pessoal diário com os mesmos. Os filhos apoiam o casal a desenvolver as suas AVD's diariamente. Família funcional (APGAR Familiar de Smilkstein situada em 8). Após a avaliação familiar foram identificados diversos diagnósticos de enfermagem. Na dimensão estrutural, emergiram os diagnósticos: Rendimento familiar insuficiente por a origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) se situar no grau 4; e Precaução de segurança não demonstrado por existência de barreiras arquitetónicas e conhecimento não demonstrado (quer do casal, quer dos três filhos) sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas. Na dimensão de desenvolvimento emergiu o diagnóstico de Satisfação conjugal não mantida por comunicação não eficaz entre o casal. Relativamente à dimensão

funcional emergiram os diagnósticos Papel prestador de cuidados não adequado (por conhecimento do papel não demonstrado) e Processo familiar disfuncional (por comunicação não eficaz entre o casal).

Para cada diagnóstico familiar foram realizadas intervenções familiares. Assim, para o rendimento familiar insuficiente as intervenções familiares implementadas foram: requer serviços sociais (técnica de serviço social) e orientar a família para serviços sociais. No que concerne à precaução de segurança não demonstrado as intervenções familiares executadas foram: ensinar sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas e motivar para as estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas. Importa salientar que estas medidas, entre outras, incluíram a remoção de dois degraus à entrada da casa, tendo sido substituídos por uma pequena rampa, bem como foi removida a banheira da WC, a qual foi substituída por um poliban. Para além disso foram colocadas várias barras de apoio no domicílio do casal, removidos alguns tapetes e pequenas mobílias para facilitar a deambulação das pessoas idosas no seu domicílio, bem como o uso do andarilho por parte de um dos idosos. Estas intervenções visaram prevenir a ocorrência de quedas do casal idoso. É de enfatizar que estas alterações, favoráveis à prevenção da ocorrência de quedas dos idosos, só foi possível pelo facto de a abordagem dos cuidados ter sido centrada na família, uma vez que o apoio dos filhos foi muito importante para a tomada de decisões. Face ao diagnóstico do papel prestador de cuidados não adequado, por conhecimento do papel não demonstrado, as intervenções ensinar os prestadores de cuidados sobre equipamentos adaptativos e medidas de segurança foram facilitadores para a adoção de determinados comportamentos e medidas que visam prevenir a ocorrência de quedas.

Visto que os diagnósticos de Satisfação conjugal não mantida e Processo familiar disfuncional emergiram pelo facto de a comunicação ser não eficaz entre o casal, as intervenções implementadas foram promover a comunicação expressiva das emoções, promover/otimizar a comunicação do casal e motivar para atividades em conjunto. Com estas intervenções, o casal começou a comunicar de forma eficaz, sendo que essa comunicação eficaz foi também facilitadora e impulsionadora para a adoção das medidas preventivas da ocorrência de quedas, medidas essas sobre as quais o casal discutiu entre si e com os filhos.

Após as intervenções familiares implementadas é de referir que a abordagem dos CCF resultou em ganhos de saúde familiar e, conseqüentemente, ganhos para

a saúde das pessoas idosas, inclusive no que concerne à prevenção da ocorrência de quedas no domicílio. Verificou-se que a saúde do idoso é um assunto da família, até porque quando um idoso sofre de uma queda, toda a família, como um todo, é também afetada. A família, ou seja, os filhos, tiveram um impacto positivo no modo como o casal idoso tomou consciência sobre alguns fatores potencializadores de quedas, bem como na resolução dos mesmos e na adoção de novos comportamentos de saúde, individuais e familiares. Constatou-se que a eficácia dos cuidados de saúde, sobre a prevenção da ocorrência de quedas nos idosos, foi melhorada quando a ênfase foi colocada sobre a família, e não apenas sobre as pessoas idosas de uma forma individual.

Conclusão

Verificou-se, após a realização das intervenções familiares, face aos diagnósticos que emergiram da avaliação familiar, ganhos em saúde familiar, ou seja, Prevenção de segurança demonstrado, Papel prestador de cuidados adequado; Satisfação conjugal mantida e Processo familiar não disfuncional. No entanto, o rendimento familiar manteve-se insuficiente, sendo que a técnica de serviço social, continua a intervir com a família visando que o mesmo se traduza brevemente em rendimento familiar suficiente.

Este estudo de caso, com uma abordagem dos cuidados de enfermagem centrados na família, permitiu ainda a identificação precoce de fatores de risco de quedas e, conseqüentemente, a prevenção da ocorrência de quedas no casal idoso residente na comunidade, mais concretamente, no seu domicílio, em colaboração com a família.

O enfermeiro de família, ao realizar a avaliação familiar, em contexto domiciliário, pode também observar as condições do domicílio do casal, observar a marcha e deambulação das pessoas idosas da família em estudo, no interior e exterior do domicílio, avaliar os conhecimentos das pessoas idosas e dos filhos acerca de medidas de segurança, bem como avaliar o risco de queda das pessoas idosas da família.

Concluiu-se que quando os cuidados de enfermagem são centrados na família os resultados de saúde familiar e, conseqüentemente, de saúde individual,

são melhores. Exemplo disso é que quando na família existe um membro idoso, esses cuidados podem contribuir para a prevenção da ocorrência de quedas, como verificado neste estudo.

Recomenda-se a mobilização do MDAIF, enquanto guia orientador para a prática dos enfermeiros nos cuidados às famílias das pessoas idosas residentes na comunidade, uma vez que algumas das suas áreas de atenção contribuem para a identificação precoce de possíveis riscos de queda e para a prevenção da ocorrência de quedas nos idosos.

Referências Bibliográficas

- Azevedo, L. (2015). A queda no idoso: fatores de risco e prevenção. [Tese de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Factores de risco e prevenção 2.pdf ([uc.pt](#))
- Decreto-lei nº 118/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: I Série, nº 149/2014. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/118/2014/08/05/p/dre/pt/html>
- Direção Geral da Saúde (2008). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>
- Figueiredo, M. H. (2009). Enfermagem de Família: Um contexto do cuidar. [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto/Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/20569>
- Figueiredo, M. H. (2012). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. Lusociência.
- Garcia, S. M., Aristela, C., Grassi, L. T., de Araujo, C. C., Hartwig, S. V., & Valadares, T. A. B. (2020). Educação em saúde na prevenção de quedas em idosos. Brazilian Journal of Development, 6(7), 48973-48981.
- Grant, S. & Johnson, B. (2019). Advancing the Practice of Patient- and Family-Centered Care: The Central Role of Nursing Leadership. Nurse Leader, 17(4), 325-330. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2019.05.009>
- Hanson, S. M. (2005). Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação (Lusociência, Ed.; 2a).
- Instituto Nacional de Estatística (2020). Projeções de População Residente 2018-2080. Destaque informação à comunicação social. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Institute for Patient and Family Centered Care (2022, may 31)). What is patient and family centered care? <https://www.ipfcc.org/>
- Kuo, D., Houtrow, A., Arango, P., Kuhlthau, K., Simmons, J., & Neff, J. (2012). Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. Matern Child Health Journal, 16(2):297-305. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7>
- Oliveira, T., Baixinho, C. L., & Henriques, M. A. (2018). Risco multidimensional de queda em idosos. Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde, 31(2). <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7058>

- Pereira, M.C. (2017). Promoção da saúde no currículo de enfermagem: conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes. (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10400.14/24199>
- World Health Organization (2019). WHO global report on falls prevention in older age. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Global-report-on-falls-prevention-in-older-age.pdf>

Parte 2

**A queda na pessoa idosa em unidades
de cuidados de longa duração**

Avaliar o Risco de Queda em Unidades de Cuidados de Longa Duração

Rafael A. Bernardes

The Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA:E),

Nursing School of Coimbra (EEnfC)

rafaelalvesbernardes@esenfc.pt

Introdução

Na lógica da aplicação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), pode considerar-se um “juízo” como uma apreciação ou determinação clínica relacionada com um foco da prática de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2016). Ora, este exercício teórico-prático tem obrigatoriamente uma dependência multifatorial, e que é um desafio para o enfermeiro (Yang & Thompson, 2016), sobretudo em situações clínicas complexas.

De uma forma geral, o enfermeiro deverá apreciar a existência de “variáveis preditivas” de determinado evento, bem como as respetivas “variáveis resultantes”, quando há intervenção, ou quando a mesma é inexistente. Esta avaliação só é possível com uma adequada identificação e definição de fatores envolventes ao evento em causa que, no caso da queda, são simultaneamente intrínsecos e extrínsecos.

Importa, antes de mais, conhecer a realidade portuguesa na Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI), cujo perfil mais frequente do utente que cai, tendo em conta a Entidade Reguladora da Saúde (2013), é: pessoa idosa; sexo feminino; casados ou viúvos; até seis anos de escolaridade; trabalhadores não qualificados; dependentes ou incapazes em termos de autonomia física; apoiados por familiares, principalmente para higiene e alimentação; provenientes de família neutral ou sozinhos; com risco médio ou alto de queda. No mesmo relatório, é possível verificar que 80% dos utentes admitidos na RNCCI apresenta médio ou alto risco de queda, sendo que onde o evento é mais notificado é nas Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e nas Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM), com 31% e 31,6% de utentes a cair pelo menos uma vez (Franco, 2019).

Este trabalho pretende sintetizar o processo avaliativo do risco de queda em pessoas em unidades de cuidados de longa duração, abordando os fatores que influenciam a ocorrência do evento, os instrumentos de avaliação mais comumente utilizados, testes funcionais frequentes, entre outros fatores a ter em conta.

Avaliação do Risco: Fatores Intrínsecos e Extrínsecos

Muitas vezes, o episódio de queda é agravado, por uma situação de fragilidade ou pré-fragilidade em que se encontra a pessoa (Souza et al., 2022). A síndrome da fragilidade foi previamente apresentada por Fried e colegas (Fried et al., 2001), com a coexistência de cinco critérios: perda de peso, exaustão, diminuição da atividade física, lentidão, fraqueza; Veld et al., 2015).

A eficácia das intervenções para prevenir a fragilidade, e concomitantemente o risco de ocorrer um evento de queda, depende na presença dos critérios descritos por Fried et al. (2001), devendo incluir exercício físico, suplementação nutricional, treino cognitivo, e combinações das anteriores (Apóstolo et al., 2018).

Tendo isto em conta, primeiramente a avaliação do risco de queda deve incluir um rastreio anual com três questões (Mielenz et al., 2020):

1. quantas vezes caiu nos últimos 12 meses
2. em caso de queda, foram necessários cuidados médicos?
3. sente dificuldades na marcha ou no equilíbrio?

As respostas obtidas permitirão diferenciar entre risco moderado ou elevado, sendo que as diferenças se encontram na ocorrência de queda com necessidade de cuidados médicos e a existência de dificuldades a nível da marcha e equilíbrio.

Por outro lado, a avaliação é obrigatoriamente multifatorial (Moniz-Pereira et al., 2013), tal como ilustrado pela Figura 1, o que implica o desenvolvimento de programas proporcionais, que devem incluir uma quantificação da taxa de quedas, a performance física (mobilidade e caminhada, equilíbrio, força), medo da queda, nível de atividade física da pessoa (Loureiro et al., 2021).

Figura 1 - Fatores Intrínsecos e Extrínsecos no Risco de Queda



Instrumentos de Avaliação

Relativamente a possíveis instrumentos de avaliação mais comumente utilizados, uma recente revisão da literatura (Baixinho et al., 2020) enumera alguns, como o Easy-Care risk of the Falls (ECRF), St. Thomas Risk Assessment Tool, Escala de Downton, Falls Risk Assessment in the Elderly (FRASE), Morse Falls Scale (MFS), Fall Risk Assessment (FRA), e Hendrich Fall Risk Model-II (HFRM-II). Estes instrumentos são, habitualmente, aplicados em simultâneo com testes de avaliação funcional, como o Performance-Oriented Mobility Assessment (POMA), Timed Up and Go Test (TUGT), Berg Balance Test (BBS), e Escala de Barthel, One-Legged Stance Test (OLST).

Avaliação da Aptidão Física

A avaliação da aptidão física incide habitualmente em três fatores que se reportam à capacidade funcional da pessoa (Yang et al., 2022; Lam et al., 2018).

Força: com o teste “levantar e sentar da cadeira” o mais rápido possível durante 30 segundos (Santos et al., 2013).

Equilíbrio: “teste de Romberg”, no qual a pessoa tenta manter o equilíbrio do corpo durante 10 segundos em quatro posições diferentes (Kozinc et al., 2020).

Mobilidade: “time up and go test” (TUGT), consistindo em levantar de uma cadeira, percorrer uma distância de 3 metros a um ritmo confortável e seguro, contornar um cone, regressando à cadeira e sentar (Asai et al., 2018).

Polimedicação

A polimedicação é um problema entre a população de pessoas idosas, sendo definida pela toma conjunta de 5 a 10 fármacos (Marques et al., 2018) sendo que os principais fármacos que aumentam o risco de queda (Zaninotto et al., 2020; Vries et al., 2018; Seppala et al., 2018) são os opióides, psicotrópicos, fármacos para o sistema cardiovascular (incluindo os diuréticos) e os hipoglicemiantes (incluindo insulina).

Avaliação Cardiovascular

A avaliação associada ao sistema cardiovascular deve focar-se sobretudo em duas grandes dimensões:

Hipotensão Ortostática (HO): há maior risco de queda quando a HO, avaliada com recurso à pressão arterial e frequência cardíaca, ocorre aos 30 segundos ou aos 3 minutos (Hohtari-Kivimäki et al., 2021).

Arritmias, cuja relação com as quedas ainda deverá ser aprofundada (Wiseman et al., 2019).

Avaliação de Problemas nos Pés e Calçado

A avaliação a nível dos pés compreende a presença ou ausência de calos, calosidades, gretas, fissuras, dores e fadiga e, a nível do calçado, o tamanho ajustado, sola anti-derrapante, saltos baixos, atacadores ou elásticos. De facto, muitas pessoas idosas utilizam calçado desajustado, o que está também associado a uma alteração da sensibilidade no pé, influenciando o equilíbrio e, assim, aumentando o risco de queda (Tsekoura & Sakellari, 2021).

Referências Bibliográficas

- Apóstolo, J., Cooke, R., Bobrowicz-Campos, E., Santana, S., Marcucci, M., Cano, A., Vollenbroek-Hutten, M., Germini, F., D'Avanzo, B., Gwyther, H., & Holland, C. (2018). JBI Evidence Synthesis, 16(1), 140-232. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003382>
- Asai, T., Oshima, K., Fukumoto, Y., Yonezawa, Y., Matsuo, A., & Misu, S. (2018). Association of fall history with the Timed Up and Go test score and the dual task cost: A cross-sectional study among independent community-dwelling older adults. *Geriatrics & Gerontology International*, 18(8), 1189-1193. <https://doi.org/10.1111/ggi.13439>
- Baixinho, C. L., Bernardes, R. A., & Henriques, M. A. (2020). How to evaluate the risk of falls in institutionalized elderly people? *Revista Baiana de Enfermagem*, 34: e34861. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34861>
- Entidade Reguladora da Saúde (2013). Avaliação do Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde. https://ers.pt/uploads/writer_file/document/824/Cuidados_continuados.pdf
- Franco, A. B. (2019). Incidência de Quedas e caracterização dos Doentes Internados na Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e Reabilitação. [Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa]. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/91647/1/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Ariadne%20Franco.pdf>
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., McBurnie, M. A., Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-156. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>
- Hohtari-Kivimäki, U., Salminen, M., Vahlberg, T., & Kivelä, S-L. (2021). Orthostatic Hypotension is a Risk Factor for Falls Among Older Adults: 3-Year Follow-Up. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(11), 2325-2330. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.07.010>
- Kozinc, Z., Löfler, S., Hofer, C., Carraro, U., & Sarabon, N. (2020). Diagnostic Balance Tests for Assessing Risk of Falls and Distinguishing Older Adult Fallers and Non-Fallers: A Systematic Review with Meta-Analysis, *Diagnostics*, 10, 667. <https://doi.org/10.3390/diagnostics10090667>
- Lam, F. M., Huang, M-Z., Liao, L-R., Chung, R. C., Kwok, T. C., & Pang, M. Y. (2018). Physical exercise improves strength, balance, mobility, and endurance in people with

cognitive impairment and dementia: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 64(1), 4-15. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.12.001>

- Loureiro, V., Gomes, M., Loureiro, N., Aibar-Almazán, A., & Hita-Contreras, F. (2021). Multifactorial Programs for Healthy Older Adults to Reduce Falls and Improve Physical Performance: Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 10842. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010842>
- Marques, G. F. M., Rezende, D. M. R. P., Silva, I. P., Souza, P. C., Barbosa, S. R. M., Penha, R. M., & Polisel, C. G. (2018). Polypharmacy and potentially inappropriate medications for elder people in gerontological nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(5), 2440-2446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0211>
- Mielenz, T. J., Kanno, S., Jia, H., Pullyblank, K., Sorensen, J., Estabrooks, P., Stevens, J. A., & Strogatz, D. (2020). Evaluating a Two-Level vs Three-Level Fall Risk Screening Algorithm for Predicting Falls Among Older Adults. *Frontiers in Public Health*, 8, 373. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00373>
- Moniz-Pereira, V., Carnide, F., Ramalho, F., André, H., Machado, M., Santos-Rocha, R., & Veloso, A. P. (2013). Using a multifactorial approach to determine fall risk profiles in portuguese older adults. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 38(4), 263-272. https://www.arprheumatology.com/files/article/926_using_a_multifactorial_approach_to_determine_fall_risk_profi_file.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) – Versão 2015.
- Santos, R. G., Tribess, S., Meneguci, J., Bastos, L. L. A. G., Damião, R., & Júnior, J. S. V. (2013). Força de membros inferiores como indicador de incapacidade funcional em idosos. *Motriz: Revista de Educação Física*, 19 (suppl 3). <https://doi.org/10.1590/S1980-65742013000700006>
- Seppala, L. J., Wermelink, A. M. A. T., Vries, M., Ploegmakers, K. J., van de Glind, E. M. M., Daams, J. G., van der Velde, N., EUGMS task and Finish group on fall-risk-increasing drugs. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(4), 371.e11-371.e17. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.12.098>
- Souza, L. F., Canevar, J. B., Moreira, B. S., Danielewicz, A. L., & Avelar, N. C. P. (2022). Association Between Fear of Falling and Frailty in Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *Clinical Interventions in Aging*, 17, 129-140. <https://doi.org/10.2147/CIA.S328423>
- Tanwar, R., Nandal, N., Zamani, M., & Manaf, A. A. (2022). Pathway of Trends and Technologies in Fall Detection: A Systematic Review. *Healthcare*, 10, 172. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010172>

- Tsekoura, M. & Sakellari, V. (2021). Falls, footwear and footwear interventions in older adults. A brief review. Archives of Hellenic Medicine, 38(6), 766-770. <https://www.mednet.gr/archives/2021-6/pdf/766.pdf>
- Veld, L. P. M. O., Rossum, E., Kempen, G. I. J. M., Vet, H. C. W., Hajema, K., & Beurskens, A. J. H. M. (2015). Fried phenotype of frailty: cross-sectional comparison of three frailty stages on various health domains. BMC Geriatrics, 15, 77. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0078-0>
- Vries, M., Seppala, L. J., Daams, J. G., van de Glind, E. M. M., Masud, T., van der Velde, N., EUGMS Task and Finish Group on Fall-Risk-Increasing Drugs (2018). Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis: I. Cardiovascular Drugs. Journal of the American Medical Directors Association, 19(4), 371.e1-371.e9. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.12.013>
- Wiseman, T. & Betihavas, V. (2019). The association between unexplained falls and cardiac arrhythmias: A scoping literature review. Australian Critical Care, 32(5), 434-441. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.08.003>
- Yang, H. & Thompson, C. (2016). Capturing judgment strategies in risk assessments with improved quality of clinical information: How nurses' strategies differ from the ecological model. BMC Medical Informatics and Decision Making, 16:7. <https://doi.org/10.1186/s12911-016-0243-1>
- Yang, Y., van Schooten, K. S., Komisar, V., McKay, H. A., Sims-Gould, J., Cheong, D., & Robinovitch, S. N. (2022). Effects of the Mobility-Fit Physical Activity Program on Strength and Mobility in Older Adults in Assisted Living: A Feasibility Study. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19, 5453. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095453>
- Zaninotto, P., Huang, Y. T., Gessa, G. D., Abell, J., Lassale, C., & Steptoe, A. (2020). Polypharmacy is a risk factor for hospital admission due to fall: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. BMC Public Health, 20(1), 1804. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09920-x>

O Impacto das Medidas Restritivas na Gestão do Risco e Adoção de Medidas Preventivas de Quedas - Um Case Study em Pandemia?

Tiago Nascimento

tnascimento@esel.pt

Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Introdução

A pandemia por SARS-CoV-2, com início na China (WHO, 2021), veio trazer mudanças profundas na saúde à escala global às quais Portugal não foi alheio. O início da pandemia foi acompanhado de mudanças complexas na organização dos serviços de saúde, que levaram à criação de respostas urgentes e diversificadas para conseguir acompanhar as necessidades em saúde, especialmente da população mais idosa, cujo risco era maior, e cuja proteção foi também prioritária (Bolcato et al., 2021).

Este artigo tem como objetivo descrever o desenvolvimento de medidas que ao longo de doze meses permitiram mitigar os riscos relacionados com a segurança dos idosos, e muito em concreto com o risco das quedas. Assim, é apresentado em formato de estudo de caso (Rashid et al., 2019), a caracterização do contexto, população, bem como as medidas que foram sendo tomadas tendo em conta a melhor prática baseada na evidência.

Características do Contexto

Considerando aquele que foi o trabalho realizado no decorrer da fase crítica da pandemia em Portugal, houve necessidade de dar resposta a situações emergentes no que respeita à situação clínica de utentes, especialmente idosos, em situação de vulnerabilidade acrescida, a residir em estruturas de cuidados de longa duração, mais concretamente em estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI) (Grupo de Estudos de Saúde do Idoso, 2020).

Para que esta resposta fosse o mais ajustada possível, com qualidade e com rapidez, houve necessidade de criar estruturas adaptadas à prestação de cuidados de saúde, que de raiz não serviam esse propósito, falamos assim de Centros de Dia/ Creches/Espaços Recreativos. Estas estruturas apesar de terem as características básicas: acessos, casas de banho, cozinhas, espaços comuns, não dispunham da especificidade nem da possibilidade de circulação em contexto de isolamento, características de unidades de saúde (sejam elas hospitalares ou também de cuidados de longa duração). Considerando mais uma vez a emergência da necessidade de resposta a estes utentes, a sua integração nestas estruturas previa-se com uma temporalidade rápida ou imediata, ou seja, 24h ou menos, o que colocava uma

grande incerteza na tipologia de cuidados a prestar.

Acresceu a esta dificuldade, a incerteza quanto à dependência dos utentes, às suas necessidades e até a uma questão tão simples como o seu número. A incerteza nos processos em pandemia, justificada pelo desconhecimento e ajuste contante das diretrizes e protocolos, criou também incerteza na informação, não só na que era produzida, como também na sua própria interpretação.

Todo este processo teria de ser, e teve de o ser, alavancado em equipas, em técnicos, auxiliares e profissionais, cujo recrutamento era também incerto, pelos períodos de isolamento, associado também à escassez de recursos humanos (Henriques et al., 2021a). E mesmo quando estes recursos humanos foram assegurados, colocou-se outra grande, e premente questão: que formação e que integração teriam estas equipas? Que coesão seria expectável ter, e de que forma se poderia uniformizar a informação e os cuidados prestados, num ambiente de elevada complexidade e heterogeneidade? (Sousa et al., 2021).

Estes foram os contextos a trabalhar, a preparar e a gerir, de forma muitas vezes diária, até ser possível definir protocolos internos, procedimentos e instruções de trabalho que criassem um fio condutor numa metodologia de organização dos cuidados de enfermagem que assentasse no trabalho de equipa.

Características da População

Num contexto de dificuldade aumentada para prestação de cuidados de saúde, também a incerteza no que concerne à população a receber se tornou uma constante, a começar pela incerteza na testagem de SARS-CoV-2, em que o facto de os testes serem positivos ou não, tornava os fluxos nestas estruturas diferenciados, com necessidade de segregação, com necessidade de ajustar circuitos que garantissem a segurança de utentes e profissionais. Garantindo também que a hipótese de reinfeções seria mitigada recorrendo a um sistema tão aplicado na gestão, FIFO, first in, first out, ou seja, os primeiros utentes a entrar nestas unidades, seriam os primeiros a sair tendo em conta a contagem do tempo de positividade e, à época, de acordo com a realização de duplo teste negativo, no final dos 14 dias de isolamento profilático.

E que utentes foram estes? Considerando a população idosa em Portugal, consideramos os utentes com idade igual ou superior a 65 anos, com dependência maioritariamente moderada a severa, com comorbilidades associadas como a hipertensão arterial, diabetes ou hipercolesterolemia, constituindo-se como um risco acrescido para o agravamento por Covid-19. Acresce o facto que a população idosa é também ela portadora de em muitos momentos, de alterações cognitivas, secundárias a processos demenciais ou eventos cerebrovasculares, dificultando a compreensão de toda a nova dinâmica, neste contexto imposta num curto espaço de tempo, para uma estrutura completamente diferente, sendo assim um elemento stressor de elevada agressividade psicológica.

Para além desta população comum, cresceu a dificuldade de gerir utentes com comportamentos aditivos ou com limitações funcionais graves, por exemplo invisuais. No caso dos primeiros, a limitação espacial bem como a limitação pela imposição das regras de circulação nos espaços, tornaram o comportamento aditivo mais premente, e acima de tudo, mais preocupante para a gestão pelos profissionais de saúde, na tentativa de encontrar alternativas que pudessem evitar fenómenos de abstinência que pudessem originar momentos de heteroagressividade ou agitação psíquica.

Estes momentos foram resolvidos individualmente com recurso à comunicação terapêutica e à mudança do ambiente envolvente quando tal era possível. No caso do segundo grupo de utentes, a dificuldade da habituação e conhecimento de e a um novo espaço foi algo que teve de ser complementado com a presença de profissionais de origem aquando da transferência, e com o acompanhamento da equipa em permanência junto destes utentes que, pese embora a comunicação estar mantida, tinham a limitação do desconhecimento espacial.

Risco de Queda Aumentado?

Todos estes fatores anteriormente elencados já seriam por si só preditores de um risco de queda aumentado, mas acrescentaram outros que condicionavam e aumentavam a preocupação e a necessidade de implementação de medidas para garantir a segurança dos utentes (Costa-Dias et al., 2014).

Como referido anteriormente, o desconhecimento dos espaços foi um dos

grandes focos pelo risco de queda, por nem todos os espaços serem preparados da mesma forma, tendo a mais-valia da inexistência de escadas, mas com a dificuldade clara de conhecer também os circuitos que estavam vedados (por exemplo acesso a zonas de transição dos profissionais para remoção de Equipamento de Proteção Individual [EPI]). Muitos dos utentes a quem foram prestados cuidados provinham de instituições nas quais estavam integrados há muitos anos, sendo que uma mudança abrupta causou normais períodos de confusão, que se agravavam nos momentos de menor luminosidade, ou seja, no período da noite. O confinamento aos quartos ou ao espaço comum das Unidades aumentou também o número de deslocações por parte dos utentes, aumentando também o risco de queda.

Esta mudança abrupta provocou também um grande estado de ansiedade, dado que nem sempre a informação era dada, e acima de tudo compreendida, aos e pelos utentes. Estes momentos geraram confusão, e incompreensão pelo facto de terem de mudar repentinamente de instalações, especialmente numa fase em que muitos se encontravam [naquele momento] assintomáticos, ou seja, não encontravam justificação para tal, ao contrário de um internamento hospitalar por uma qualquer agudização de doença crónica, em que aí sim, era prevalente a sintomatologia e o motivo para a mudança para outro contexto.

Este processo obrigava a repetidos momentos de explicação e esclarecimento por parte dos profissionais de saúde, como medida tranquilizadora, explicando a temporalidade da intervenção, dado que expetavelmente rapidamente retornariam ao seu lugar de origem, ao seu quarto de origem, às suas pessoas de referência. Em adição a este processo, colocou-se de forma constante o distanciamento que, apesar de não ser físico, era de linguagem acima de tudo linguagem não verbal, em consequência da utilização do EPI. A utilização de EPI por parte dos profissionais, bem como parte dos utentes no caso das máscaras cirúrgicas, tornam o processo comunicacional muito mais complexo, aumentando a dificuldade no entendimento e na perceção.

Para este aumento do risco de queda, e para além da utilização do EPI, contribuíram também as questões relacionadas com o controlo de infeção, que nesta pandemia assumiram um foco preponderante para evitar a disseminação do vírus SARS-CoV-2, e que passavam por uma higienização constante dos espaços, o que aumentava o risco de os utentes escorregarem e caírem.

Que Medidas Protetoras?

Para mitigar este risco foi necessário o desenvolvimento de várias medidas que permitissem garantir a segurança dos utentes ao longo de todo o seu internamento. Assim, o acompanhamento permanente constituído por equipas de enfermagem e de auxiliares de ação médica ao longo das 24h, tornou-se diferenciador face ao atual modelo de ERPI, cuja legislação mais recente remonta já a 2012 (Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2012), estando desatualizada face às necessidades e acima de tudo à dependência da população envelhecida.

Este acompanhamento permanente teve nos seus profissionais uma necessidade de atualização face às medidas instituídas, aos circuitos relacionados (em que a alteração de normas obrigava muitas vezes à redefinição destes circuitos e/ou aos timings de processos de alta), à utilização de EPI bem como às guidelines e normas que foram sendo atualizadas de forma contínua e muitas vezes divergente face a orientações anteriores, o que obrigou a que os profissionais tivessem em si uma capacidade de adaptação e acima de tudo sentido crítico face às questões que lhes foram sendo colocadas numa base diária (Henriques et al., 2021b).

Acresce que para além desta formação, havia lugar à necessidade contínua de conhecer os clientes e as suas famílias bem como o seu contexto de origem, para permitir reduzir a ansiedade na transição entre as Unidades, de forma a tornar o processo semelhante a um internamento, e não uma decisão definitiva de mudança. Desta forma a comunicação interinstitucional teve de ser permanente, não só na perspetiva telefónica ou por correio eletrónico, mas acima de tudo em videochamada, e esta comunicação mais do que para os profissionais, foi extremamente importante para os utentes que encontravam assim a familiaridade. Outra das questões que se implementou foi a criação de horários em que um Enfermeiro estava disponível só para este atendimento telefónico, para comunicar com famílias e dar um efetivo feedback sobre o decorrer do internamento sendo este um dos momentos mais valorizados pelos familiares e cuidadores.

No que concerne à gestão do ambiente, para além do elencado anteriormente, foi prioritário para as equipas a questão da manutenção da autonomia. Apesar do confinamento espacial, tentou-se manter as deslocações entre espaços, o levante para cadeirão e, tendo em conta o número de profissionais, o estímulo pelo reforço dos períodos de deambulação. Análogo a este processo, optou-se assim por não

evitar ao limite a contenção física, realizando apenas a ambiental caso assim houvesse necessidade.

Finalmente, como fator protetor, deu-se prioridade também à reconciliação terapêutica (Hamar et al., 2016). Este fator tornou-se essencial na gestão do internamento garantindo a análise crítica da terapêutica prescrita, e adaptando também ao longo do processo de cuidados, permitindo um ajuste e uma tentativa de redução do fenómeno de polimedicação no utente idoso, que aumenta exponencialmente o risco de queda a médio e longo prazo.

A Maior Medida Protetora

No seguimento de todas as medidas acima elencadas, foi possível aferir que este trabalho só teve a dimensão que teve tendo em conta algo que já é há muito discutido, que são as dotações seguras (Freitas & Parreira, 2013; OE, 2014). O facto de existirem Enfermeiros no período das 24h, em quantidade ajustada às necessidades dos utentes, permitiu implementar uma série de medidas protetoras garantido que ao longo de 12 meses, em mais de uma centena de utentes, em espaços distintos, houvesse apenas a registar uma queda, que claro não deveria ter acontecido.

As dotações seguras permitem nas ERPI um incremento na cultura de segurança das instituições, garantem uma supervisão altamente diferenciada e um acompanhamento que se quer de elevada proximidade. Permitem também dar resposta aos enunciados previstos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2001): a prevenção de complicações, pela redução do risco associado às polipatologias, à polimedicação, e à infeção por SARS-CoV-2; a organização dos cuidados, por se implementarem novos mecanismos de monitorização, de formação e de acompanhamento, que redundam em mais e melhores práticas e em melhor comunicação; a readaptação funcional na medida em que suporte fornecido pelos profissionais é promotor de maior autonomia e maior independência em que se observaram ganhos claros durante o processo de internamento; finalmente o bem-estar e autocuidado, pelo reforço anteriormente elencado nos processos de autonomia, e na tentativa de capacitar e envolver o utente no seu projeto de saúde e nos cuidados que lhe eram prestados diariamente.

Assim, este caso permitiu de forma inequívoca, demonstrar que a presença em número adequado de Enfermeiros, garante um aumento exponencial da qualidade dos cuidados além, apesar de empiricamente, uma maior satisfação de utentes e de colaboradores. Esta satisfação foi evidenciada ao longo dos meses, através de elogios oriundos de familiares, que nos chegavam de forma escrita, por correio eletrónico.

Que Evidência?

A evidência corrobora aqueles que foram empiricamente os nossos achados no desenvolvimento destes projetos e que claramente apontam para uma diminuição de quedas e consequentemente uma diminuição de fraturas. Simultaneamente a evidência aponta que o isolamento social, a diminuição de suporte e a consequente diminuição da atividade física, contribuem para este aumento de quedas, e simultaneamente para o aumento de fraturas.

Importa assim garantir que a evidência produzida em contextos nos quais existem claramente ganhos em saúde, são transpostos em conhecimento, para que possam servir de suporte à mudança de políticas em saúde.

Que Desafios?

Então, que desafios se colocam ao aumento da qualidade dos cuidados e à redução das quedas, mesmo com medidas restritivas de carácter temporário? Tem de começar por existir uma clara aposta nos Cuidados de Longa Duração, aqui enquadra-se a mudança de políticas e, acima de tudo, a mudança legislativa que importa desenvolver para colmatar as lacunas que existem especialmente no que concerne à Portaria nº 67/2012 de 21 de março, que define os rácios para as ERPI.

E aqui entra um segundo ponto, este enquadramento legal deve ser acompanhado também pela mudança estrutural que é o de conferir ao Regulamento para o Cálculo das Dotações Seguras, o carácter vinculativo que tem de lhe estar subjacente, caso contrário só por mera boa vontade os decisores realizarão a adaptação das dotações aos contextos de prestação de cuidados.

O ajuste das dotações permitirá também enveredar por caminhos que deem resposta à digitalização de processos e às questões previstas na Saúde 4.0 (Ghita et al., 2020), como por exemplo a monitorização à distância de várias dimensões e variáveis que permitam a gestão de risco em mecanismos just in time, ou seja, o Enfermeiro consegue avaliar e analisar o risco quando existem alterações significativas no contexto ou na saúde do utente (Nascimento & Pestana, 2019; Surantha et al., 2021).

Este processo de transição digital terá também como desafio a criação de sinergias relacionadas com outras áreas para além da saúde, em que o setor social, do trabalho ou até do ambiente, terão de estar em linha com aquilo que serão políticas preventivas, inclusivas e transversais (Giri et al., 2021).

Referências Bibliográficas

- Bolcato, M., Aurilio, M. T., Di Mizio, G., Piccioni, A., Feola, A., Bonsignore, A., Tettamanti, C., Ciliberti, R., Rodriguez, D., & Aprile, A. (2021). The difficult balance between ensuring the right of nursing home residents to communication and their safety. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052484>
- Costa-Dias, M., Ferreira, P., & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(2), 7–17. <https://doi.org/10.12707/riii1382>
- Freitas, M., & Parreira, P. (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(no 10), 171–178. <https://doi.org/10.12707/riii12125>
- Ghita, M., Zineb, B., & Siham, B. (2020). Smart pandemic management through a smart, resilient and flexible decision-making system. *International Archives of the Photogrammetry, Remote Sensing and Spatial Information Sciences - ISPRS Archives*, 44(4/W3), 285–294. <https://doi.org/10.5194/isprs-archives-XLIV-4-W3-2020-285-2020>
- Giri, S., Chenn, L. M., & Romero-Ortuno, R. (2021). Nursing homes during the COVID-19 pandemic: a scoping review of challenges and responses. *European Geriatric Medicine*, 12(6), 1127–1136. <https://doi.org/10.1007/s41999-021-00531-2>
- Grupo de Estudos de Saúde do Idoso. (2020). Recomendações para IPSS, Lares e ERPI durante a fase de mitigação e resolução da pandemia COVID-19. Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF).
- Hamar, B., Rula, E. Y., Wells, A. R., Coberley, C., Pope, J. E., & Varga, D. (2016). Impact of a scalable care transitions program for readmission avoidance. *The American Journal Of Managed Care*, 22(1), 28–34. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mcdc&AN=26799122&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Henriques, H. R., Nascimento, T., Costa, A., Durão, C., Guerreiro, M. P., & Baixinho, C. (2021a). Bem-estar em pessoas idosas institucionalizadas durante a pandemia: Uma revisão integrativa. 8, 284–294. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.284-294>
- Henriques, H. R., Nascimento, T., Costa, A., Durão, C., Guerreiro, M. P., & Baixinho, C. (2021b). Bem-estar em pessoas idosas institucionalizadas durante a pandemia: Uma revisão integrativa. *New Trends in Qualitative Research*, 8, 284–294.
- Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2012). Portaria n.º 67/2012. Ministério da solidariedade e da segurança social, N.º 58, 1324–1329.
- Nascimento, T., & Pestana, G. (2019). Improving efficiency in organizations by

monitoring stress and promoting awareness and wellbeing at the workplace. European Conference on Knowledge Management, 2, 1197–1204. <https://doi.org/10.34190/KM.19.165>

- OE. (2014). Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Assembleia Geral Ordinária, 1–38. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf%0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4141954&too
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa (PT): Divulgar, 24. <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Padr?es+de+Qualidade+dos+cuidados+de+Enfermagem#0%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Padr?es+de+qualidade>
- Rashid, Y., Rashid, A., Warraich, M. A., Sabir, S. S., & Waseem, A. (2019). Case Study Method: A Step-by-Step Guide for Business Researchers. International Journal of Qualitative Methods, 18, 1–13. <https://doi.org/10.1177/1609406919862424>
- Sousa, D., Pinto, J., Faria, J., Pereira, I., Henriques, A., & Henriques, H. R. (2021). Intervenções educativas para ajudantes de ação direta de estruturas residenciais para pessoas idosas durante a pandemia: Uma revisão integrativa. Investigação Qualitativa em Saúde: avanços e desafios, 8, 88–96. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.88-96>
- Surantha, N., Atmaja, P., David, & Wicaksono, M. (2021). A Review of Wearable Internet-of-Things Device for Healthcare. Procedia Computer Science, 179(2020), 939–943. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2021.01.083>
- WHO. (2021). WHO-Convened Global Study of Origins of SARS-CoV-2: China Part (Text Extract). Infectious Diseases & Immunity, 1(3), 125–132. <https://doi.org/10.1097/id9.0000000000000017>

Percepções e Desafios da Equipe de Enfermagem Sobre Idosos Residentes em uma Instituição de Longa Permanência

Caroline Filha

Alunos de Graduação em Enfermagem da Universidade Paulista – UNIP

Daniele Caracho

Alunos de Graduação em Enfermagem da Universidade Paulista – UNIP

Diana da Silva

Alunos de Graduação em Enfermagem da Universidade Paulista – UNIP

Francisco Carvalho

Alunos de Graduação em Enfermagem da Universidade Paulista – UNIP

Kátia da Silva

Alunos de Graduação em Enfermagem da Universidade Paulista – UNIP

Leslie Monteiro

Professor adjunto da Universidade Paulista – UNIP

Prisca Coelho

Professor adjunto da Universidade Paulista – UNIP

Silvana Nunes

Professor adjunto da Universidade Paulista – UNIP

As equipes de enfermagem fornecem o cuidado assistencial necessário para idosos em situações de vulnerabilidade para idosos institucionalizados e neste trabalho exploramos os principais problemas vivenciados por estas equipes e suas implicações. Método: o objetivo deste trabalho foi descrever as percepções e desafios que a equipe de enfermagem possui acerca de idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos localizada na cidade de Manaus, Amazonas, Brasil. Trata-se de um projeto de investigação do tipo exploratório e descritivo de natureza qualitativa na qual foi iniciada após aprovação do conselho de ética em pesquisa do local de investigação e o consentimento dos entrevistados mediante a assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido.

A coleta de dados realizar-se-á através da aplicação de um roteiro semiestruturado contendo um questionário com 17 itens. O instrumento será aplicado nos profissionais de enfermagem, que atuam como membro da equipe de enfermagem da Instituição de Longa Permanência. Resultados Esperados: contribuir na identificação dos principais problemas enfrentados pela equipe de enfermagem no que tange o cuidado ao idoso, como o desprezo das famílias, falta de treinamento especializado, incluindo o gerenciamento de prevenção de riscos queda e úlceras por pressão. Discussão: compreende-se que a equipe de enfermagem atuante nas instituições de longa permanência para idosos precisa conhecer o processo de envelhecimento, implementar estratégias que busquem manter a autonomia e a independência do idoso evitando quedas e outros elementos elevariam a fragilidade do idoso assim como a busca por condições melhores para que tais equipes não sejam sobrecarregadas e exauridas por seu próprio labor. Conclusão: a humanização do atendimento pela equipe de enfermagem voltado a pessoa idosa, proporciona um entendimento mais individualizado e com foco em suas necessidades.

Esta investigação possibilitará o levantamento dos problemas e necessidades encontrados no cuidado de enfermagem oferecido ao idoso institucionalizado e conscientizando na prevenção de quedas e na preservação da integridade dos idosos institucionalizados. Implicações: a enfermagem é a linha de frente no cuidado, na qual deve atuar nas ações de prevenção e promoção à saúde da pessoa idosa, influenciando que este indivíduo envelheça de maneira saudável e ativa, evitando o aparecimento de doenças crônicas e sequelas, mantendo assim a manutenção de sua saúde e na preservação da de sua independência.

Palavras-Chave

Equipe de Enfermagem. Idoso. Instituição de Longa Permanência para idosos. Saúde do idoso institucionalizado

Referências Bibliográficas

- BENEVIDES, K.G.C.B. (2019). Quadro clínico de idosos em uma instituição de longa permanência. Revista de Enfermagem UFPE online, 13(17), 594=603. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a237427p594-603>. 2019. Recuperado 30 mar. de 2022.
- ANASTÁCIO F.S et al. (2021). Qualidade de vida de trabalhadores de instituição de longa permanência para idosos: revisão de escopo. Research, Society and Development, v. 10, n. 1. <http://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22022/19748>. 2022. Recuperado 06 abr. de 2022.

Parte 3

A Queda da Pessoa Idosa em Ambiente Hospitalar

Hospital Sem Quedas

João Oliveira

Enfermeiro responsável de ala do Serviço de Medicina e Especialidades Médicas do Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Pós-graduado em Gestão para Profissionais de Saúde

MBA (ongoing)

A prestação de cuidados seguros e de qualidade aos doentes é um requisito fundamental em toda a prática da Enfermagem. Cuidados esses que devem ser realizados sobre os mais atuais conhecimentos técnico-científicos.

Segundo Maria José Costa Dias (2014), “o facto dos cuidados de saúde poderem provocar danos iatrogénicos, é a razão pela qual a segurança do doente é o centro da qualidade em saúde, e comprometer-nos com a segurança do doente significa proporcionar ao doente uma experiência do contexto hospitalar semelhante àquela de que gostaríamos de ter para nós próprios ou para alguém muito próximo”.

As quedas são a segunda maior causa de morte por lesões não intencionais a nível mundial. Estima-se que anualmente morram 684.000 pessoas devido a quedas, sendo os adultos com mais de 60 anos os que sofrem maior número de quedas fatais. Verifica-se ainda, anualmente, que 37.3 milhões de quedas apresentam necessidade de cuidados médicos, o que representa, aproximadamente, a perda de 38 milhões de QALY (anos de vida ajustados pela qualidade). Os custos financeiros relacionados com quedas são elevados: entre 1048\$ e 3611\$ (custo médio para o sistema de saúde) (OMS, 2021). As quedas de pessoas com mais de 65 anos são as mais dispendiosas: 50 biliões de dólares em cuidados médicos para quedas com lesões não-fatais e 754 milhões em lesões que serão fatais para a pessoa (CDC, 2020a). Nesta mesma faixa etária, o rácio de morte por queda ajustado à idade é de 64 mortes por 100.000 idosos (CDC, 2020b).

Contudo, a evidência científica e a investigação referem que os doentes hospitalizados têm maior risco de queda face às pessoas na comunidade, sendo já o incidente de segurança mais reportado a nível hospitalar (Costa Dias, 2014).

Apesar de todos os indivíduos terem o seu risco de queda, a idade, o género e o estado de saúde afetam o tipo e severidade de lesão decorrentes de uma queda. O risco e a gravidade de lesão aumentam com a idade. Relativamente ao género, em alguns países verifica-se que o género masculino tem maior probabilidade de sofrer um episódio de queda fatal, enquanto o feminino sofre mais quedas não fatais.

Outros fatores que podem causar quedas prendem-se com os efeitos secundários de certas terapêuticas medicamentosas, condições médicas (neurológicas, cardíacas...), mobilidade, visão e cognição reduzidas e, alterações na marcha e no equilíbrio (OMS, 2021).

Quando em meio hospitalar, os doentes idosos passam tempo significativo nos seus quartos (88% do internamento), sendo a maior parte desse tempo no leito (95%). A imobilidade, associada a todas as morbilidades desses doentes, leva a um aumento do declínio funcional, ocorrência de eventos adversos e readmissões hospitalares, desenvolvendo novos problemas em termos do seu autocuidado, aquando da alta hospitalar (CDC, 2021).

Em Portugal, segundo dados da plataforma Notific@, 21% do total de incidentes notificados são incidentes relacionados com quedas. Verifica-se ainda que, um idoso que tenha tido uma queda em internamento hospitalar, apresenta um maior risco de queda tanto numa nova admissão como aquando da alta (DGS, 2019).

A instituição de programas de prevenção de quedas nas instituições de saúde podem reduzir estes custos em 120 milhões de dólares anualmente (OMS, 2021).

A Joint Commission International inclui este tema numa das suas 6 Metas Internacionais de Segurança do Paciente (International Patient Safety Goals), pelo peso que tem a nível da representação da qualidade e segurança dos cuidados prestados pela instituição acreditada. Assim, a meta 6 “Redução do risco de danos ao doente resultante de quedas” assume que o hospital desenvolve e implementa um processo para reduzir o risco de lesões para os doentes decorrentes de quedas (para doentes internados e em regime de ambulatório); preconiza a reavaliação do risco de queda segundo determinados fatores/condições e, que são implementadas medidas de prevenção de quedas, sendo que todas as medidas devem estar documentadas (JCI, 2021).

Recentemente, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 veio cimentar a evolução do anterior Plano, de onde há a destacar o Pilar 5: Práticas seguras em ambientes seguros. Neste pilar, à semelhança da meta 6 da Joint Commission International, abordam-se as questões da implementação e consolidação de práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde, assim como a monitorização da implementação das práticas. Os objetivos definidos no período citado são: 90% das instituições prestadoras de cuidados de saúde serem utilizadoras de ferramentas de controlo e monitorização da prática segura relativa a vários temas, entre os quais a ocorrência de quedas; 90% das instituições

de saúde com estratégias definidas para a implementação de práticas seguras em várias áreas, entre as quais a ocorrência de quedas e, 90% das instituições realizarem auditorias internas anuais, com relatórios publicados no site institucional (Diário da República, 2021).

A nível nacional, a Direção-Geral da Saúde na norma 008/2019, apresenta uma maior abrangência em termos da avaliação risco de queda, monitorização e implementação de medidas de prevenção de quedas ao nível dos cuidados hospitalares. As medidas estão catalogadas de acordo com níveis de evidência. Essas medidas envolvem equipas multidisciplinares, podendo estar dirigidas para os clínicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas... (DGS, 2019).

Para a disciplina da Enfermagem, de acordo com a taxonomia de diagnósticos de Enfermagem Nanda International, o risco de queda surge como diagnóstico de enfermagem. Também acontece o mesmo na CIPE versão 2.0 da Ordem dos Enfermeiros: o risco de queda é um diagnóstico de enfermagem, incluindo ainda o termo “queda”.

Em linguagem CIPE, cair é um dos focos de atenção para a enfermagem, sendo descrito como uma “descida rápida do corpo de um nível superior para um nível mais baixo, devido a perda de equilíbrio corporal ou falta de capacidade de sustentar o peso do corpo em diferentes posições”.

Para além de ser um indicador sensível aos cuidados de Enfermagem, as quedas são também um indicador de segurança do doente. Uma avaliação desses indicadores é então de extrema importância para a segurança do doente, uma vez que os enfermeiros representam uma parte central da força de trabalho das organizações.

Pelas características do seu exercício profissional, os enfermeiros são os profissionais de excelência em termos de deteção e prevenção de eventos adversos, prevenindo complicações para a saúde dos doentes.

Estudos demonstram que a implementação de programas de intervenção de quedas ajudam na redução do número e custo dos acidentes com doentes. Devem envolver três grandes áreas: a prevenção, a redução dos danos e a aprendizagem com os acidentes ocorridos (Costa Dias, 2014).

Após a realização de uma análise exaustiva dos dados existentes de episódios de quedas no Hospital de Cascais, foi criado o Grupo de Prevenção de Quedas. As lideranças (Conselho de Administração, Direção Clínica e Direção de Enfermagem) perceberam a pertinência do tema e a necessidade de instituir um grupo que o trabalhasse, com dois objetivos em mente: reduzir o número total de episódios de quedas e, reduzir o número de episódios de queda com lesão.

Foi nomeado o Núcleo Executivo, assim como os elos de diferentes grupos profissionais: assistentes operacionais, fisioterapeutas, farmacêuticos, enfermeiros e médicos de cada serviço.

O Núcleo Executivo apresentou as metodologias que o grupo iria instituir em termos das três grandes áreas de atuação do programa de prevenção de quedas ao Conselho de Administração, e respetivas Direções.

Foi deliberada a importância do grupo reunir mensalmente e sempre que necessário. Para melhor comunicação entre todos os elos, a equipa de Informática do Hospital criou um email alocado ao grupo.

Houve revisão dos anteriores procedimentos e políticas relacionadas com a prevenção e atuação pós queda, dividindo-se em três, pelas diferentes faixas etárias: recém-nascido, população pediátrica e população adulta. Subdividiram-se esses documentos em instruções de trabalho, e foram alocadas informaticamente no desktop de Enfermagem, o que permitiu uma rápida consulta da informação para a monitorização correta do risco de queda, bem como do registo de episódio de queda.

A formação dos profissionais relativamente a este tema também ficou a cargo deste grupo, tendo sido desenvolvido um calendário de formação anual com especificação da calendarização das formações sobre prevenção de quedas e registo (quando aplicável) aos vários grupos profissionais (equipa de limpeza, equipa de segurança, administrativos, assistentes operacionais, técnicos superiores de saúde, enfermeiros e médicos).

O primeiro passo num programa de prevenção de quedas é a avaliação do risco. Assim, verifica-se a existência de serviços que, pelas suas características, os doentes são todos considerados como tendo risco de queda elevado (Urgências, por

exemplo), no entanto foi criado um modelo de screening de avaliação do risco de queda tendo em conta a mobilidade atribuída no momento da triagem, mobilidade essa que pode ser alterada ao longo da estadia nesse serviço, e à qual corresponde determinado tipo de medidas de prevenção de quedas, devidamente definidas em procedimentos.

Apesar da limitação de não existir uma escala validada para avaliação do risco de queda na população em regime de ambulatório, foram já definidos alguns setores prioritários e a necessidade futura de incluir outros (consulta de neurologia, exames com administração de terapêutica oftalmológica para dilatação da pupila, etc...). De momento, estão selecionados os doentes submetidos a procedimentos que envolvam sedação e doentes submetidos a sessão de quimioterapia. É realizada a avaliação do risco de queda pela escala de Morse, e tida adicionalmente em conta a terapêutica utilizada de acordo com vários níveis de evidência em termos de fatores de maior ou menor risco de queda (após revisão de literatura pela farmacêutica).

Relativamente ao internamento, para a população pediátrica usa-se a escala "Sempre em Pé" e, no adulto, a escala de Morse. Verificou-se também a necessidade de incorporar a reconciliação terapêutica logo no Serviço de Urgência, pois muitas das quedas ocorriam poucas horas depois de o doente dar entrada ou ser transferido para o internamento, uma vez que o foco inicial do médico era o motivo de recorrência à Urgência.

Após a avaliação do risco, o enfermeiro é responsável por identificar o risco de queda na pulseira identificadora do doente consoante o score da escala aplicada. Procede ainda à abertura do diagnóstico de enfermagem associado (diminuído, moderado ou elevado), e documenta as intervenções específicas para aquele doente, assim como os ensinamentos associados que podem e devem incluir, sempre que possível, a família ou cuidador.

Para perceber e analisar se estas avaliações e implementação de medidas estão de acordo com as características e especificidades dos doentes, os elos de cada serviço realizam, de acordo com um plano anual, auditorias internas às práticas, isto é, analisam uma amostra da população de determinado serviço e confrontam as medidas aplicadas na realidade face ao registo efetuado pelo profissional. Após esta análise, elaboram um relatório que é enviado para o coordenador do serviço, com conhecimento do elo desse serviço, para análise e implementação de medidas de

melhoria.

Em termos de ensinios aos doentes e família/cuidador, foi eliminado o único guia de prevenção de quedas geral para todos os serviços do Hospital. Foram criados três novos guias para as populações já aludidas. Devido às características da população que o Hospital abrange, estes guias foram também traduzidos para língua inglesa.

Figura 1 - Guia de Prevenção de Quedas



Ainda relativamente à questão do empowerment do doente e família/cuidador, foram realizados vídeos educativos sobre prevenção de quedas com enfoque na manutenção de um estilo de vida ativo e exercícios que promovam a mobilidade e até como se levantar após uma queda. Estes vídeos passam na corporate Tv do hospital em locais estratégicos (consulta externa, átrio principal, etc...).

Para controlo das quedas associadas a fatores ambientais, para além de que cada elo do serviço ser responsável por mensalmente avaliar as condições de vários equipamentos (camas, macas, cadeiras de rodas, suportes de fluidoterapia...), foi desenvolvido o procedimento “Ambiente Seguro”, onde estão descritas as instruções de como devem estar organizados os serviços do hospital e sua disposição, ou seja, torná-los mais seguros para os doentes.

Associado à prevenção de quedas decorrentes da prestação de cuidados de higiene, foi desenvolvido o Kit de Higiene. Este Kit é afixado nas portas dos carros de apoio à prestação de cuidados de higiene onde estão nomeados os objetos necessários para a prestação de cuidados aos doentes de acordo com o seu grau de dependência no autocuidado da higiene pessoal.

Figura 2. - Kit de Higiene



Outra sugestão que foi materializada surgiu da ineficácia associada aos chinelos existentes em termos de material antiderrapante. Foi sugerido pelo grupo às Direções a implementação de meias antiderrapantes segundo critérios de aplicação, estando já disponíveis em vários serviços do hospital.

Após a ocorrência de um episódio de queda, existe uma notificação on time dos elementos do Núcleo Executivo dessa ocorrência via email institucional, com a informação do local da queda, hora de ocorrência e notificador. Isto permite uma análise mais célere, o que é de extrema importância para perceber o que poderia ter sido feito para prevenir a queda e aprender e melhorar em situações semelhantes no futuro. Após análise do evento de queda, é enviado também um email de feedback para o notificador, onde este é informado acerca do seu registo e se haveria alguma medida que pudesse ter evitado a queda.

Sempre que necessário, um elo do Núcleo Executivo dirige-se pessoalmente ao local de ocorrência de queda para falar não só com os profissionais envolvidos, mas também com o doente e/ou família para perceber a sua perspetiva do ocorrido. Nunca num sentido punitivo, mas sim de melhoria contínua. Fica também de imediato uma sinalética tanto no desktop médico como de enfermagem a sinalizar que aquele doente teve uma queda no hospital. Na mesma linha de pensamento, e para tornar mais “visível” um doente que tenha tido uma queda no corrente episódio, foi desenvolvida uma sinalética de pós queda que se aplica na unidade do doente. Sempre que o doente se ausenta, por exemplo para realização de meios complementares de diagnóstico, ao longo do seu percurso, apresenta esta sinalética, alertando profissionais e familiares do seu risco de queda.

Todos os profissionais podem e devem fazer notificação de um episódio de queda, pois pode haver mais informação registada por um dos notificadores face a outro, e que possa ser essencial para a análise.

Porque o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar é fulcral, em cada serviço do Hospital foi aplicado, com ajuda do núcleo de Imagem, um quadro onde diariamente se coloca um íman com cor diferente (verde se dia sem queda, amarelo se dia com queda sem lesão, ou vermelho, se dia com queda com lesão), dando uma perceção visual dos episódios de queda.

Figura 3. - Registo de Quedas



No início de cada mês, o Núcleo Executivo é responsável por resumir os episódios de quedas do mês anterior (verificar vários fatores) e encaminhar esses dados/indicadores para a Administração Regional de Saúde, Ordem dos Enfermeiros, Joint Commission International e SINAS. Envia também para todos os elos do grupo, coordenadores de serviço, Direção Clínica, Direção de Enfermagem e núcleo da Qualidade.

É ainda responsável pela meta 6 da Joint Commission International, respondendo nos momentos de auditoria, uma vez que o Hospital é acreditado por esta organização. Por este motivo, tem acesso a uma ferramenta – a Targeted Solutions Tool. Esta ferramenta avalia várias aspetos de um episódio de queda, gerando informações/sugestões de medidas de melhoria.

Em termos de ideias a desenvolver, pretende-se estabelecer uma parceria com os cuidados de saúde primários, com o intuito de desenvolver sinergias e conseguir conhecer as características de um doente em termos de risco de queda caso se dirija ao hospital para algo eletivo.

Em termos do uso das tecnologias, está em curso o desenvolvimento do

projeto K8 (uso de sensores de prevenção de quedas que usam inteligência artificial/machine learning para perceber o comportamento do doente, aprendendo com este e, percebendo se está a ter um comportamento de risco, com alerta emitido para os profissionais de saúde).

Para melhorar no que respeita à orientação espacial de doentes confusos/desorientados, a criação e afixação de posters com alusão ao nome do Hospital em cada quarto e/ou outras áreas consideradas pertinentes está a ser ponderado.

Como resultado da implementação do projeto, verificou-se uma redução de cerca de 100 episódios de queda face ao período homólogo. Posteriormente, a redução tem sido em valores mais estáveis, o que vem de acordo com o que é a implementação de um projeto deste género (20%).

Em jeito de conclusão, as quedas são um importante problema para as instituições de saúde, com consequências não só para esta como para o doente e até a sua família/cuidador. Representa custos pessoais, sociais e organizacionais. Um programa de prevenção de quedas efetivo, constituído por uma equipa multidisciplinar e apoiado pelas lideranças do Hospital assume-se como uma estratégia fundamental para reduzir a ocorrência de quedas em quantidade e em termos de grau de severidade.

Referências Bibliográficas

- CDC. (2020a, October 8). Cost of Older Adult Falls. [Www.cdc.gov. https://www.cdc.gov/falls/data/fall-cost.html](http://www.cdc.gov/falls/data/fall-cost.html);
- CDC. (2020b, October 8). Deaths from Older Adult Falls. [Www.cdc.gov. https://www.cdc.gov/falls/data/fall-deaths.html](http://www.cdc.gov/falls/data/fall-deaths.html);
- CDC. (2021). CDC STEADI:: Best practices for developing an inpatient program to prevent older adult falls after discharge. (n.d.). [Stacks.cdc.gov](https://stacks.cdc.gov). Retrieved May 26, 2022, from <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/108535>;
- DIÁRIO DA REPÚBLICA. (2021). Sumário: Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. Despacho n.º 9390/2021, 2ª série, parte C, n.º 187. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>;
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2019). Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares Quedas, prevenção, intervenção, hospital, adulto. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>;
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (2021). Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais 7ª edição. ISBN: 978-1-63585-148-9 JCI;
- Maria, P., & Martins Da Costa-Dias, J. (2014). Universidade Católica Portuguesa QUEDAS EM CONTEXTO HOSPITALAR: FATORES DE RISCO Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor em Enfermagem. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17112/1/Tese_Quedas%20em%20contexto%20hospitalar_Fatores%20de%20risco.pdf;
- World Health Organization. (2021, April 26). Falls. [Who.int](https://www.who.int); World Health Organization: WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>

Cuidadores Familiares de Idosos e Fatores Dificultadores no Ambiente de Cuidado

Lélia Mendes Sobrinho de Oliveira

Enfermeira e mestre pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Brasil

Letícia Chicharo Vivas

Discente em Enfermagem pela UFBA

Tatiana de Sena Leitão

Discente em Enfermagem pela UFBA

Milena Oliveira Leal de Campos

Discente em Fisioterapia pela UFBA

Daniel Guedes Santana

Discente em Fisioterapia pela UFBA

Introdução

A etiologia da queda é multifatorial, entretanto fatores extrínsecos são destacáveis, pois estão associados ao ambiente físico no qual o idoso e seu cuidador encontram-se submetidos. Tais fatores ambientais são determinantes, já que estão presentes em grande parte dos relatos de quedas no ambiente de cuidado. A importância de identificar os fatores de risco extrínsecos para quedas está na possibilidade de planejar estratégias de prevenção, reorganização ambiental e de reabilitação funcional, a fim de minimizar o risco de quedas e, consequentemente, outros tipos de agravos entre cuidadores familiares e idosos. (Morsch et al., 2018 & Almeida et al., 2012.)

Enquadramento Conceitual

Esta pesquisa fundamenta-se na teoria ambientalista de Florence Nightingale, cuja ênfase nos preceitos de ambiente adequado para o cuidado foram um dos principais alicerces (Martins & Benito, 2016).

Método

Estudo qualitativo, desenvolvido no domicílio de sete cuidadoras familiares que prestavam assistência a idosos acompanhados em um Centro de Referência em Salvador, Bahia, Brasil. Teve como objetivo de pesquisa compreender: como o ambiente de cuidado influencia no bem-estar de cuidadores familiares de pessoas idosas para a prestação do cuidado? A coleta de dados foi realizada entre novembro e dezembro de 2019, por meio de entrevista semiestruturada e captação de imagens do espaço do cuidar. Os achados foram trabalhados mediante análise de conteúdo de Bardin e discutidos à luz da teoria ambientalista de Nightingale. Foi submetido e aprovado pelo comitê de ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia com registro CAAE 15087319.5.0000.5531.

Resultados

Dentre os sete domicílios visitados, a maioria apresentava trecho de acesso com irregularidades no chão (n=5), e com difícil acesso ao interior do domicílio (n=5). As escadas para acesso aos domicílios não apresentavam corrimãos laterais (n=4), nem sinalização visual e antiderrapante dos degraus (n=4). Foi identificada a presença de tapetes derrapantes (n=5) dispostos pela casa. Outro cômodo analisado foi o banheiro, onde não foi observada a existência de assento elevado do vaso sanitário (n=6) e barras de apoio (n=5).

Discussão

A existência de obstáculos no ambiente de cuidado de idosos com algum grau de dependência determina ao cuidador percepções de sofrimento físico e sobrecarga, podendo estar relacionado à desordem na prestação do cuidado, aumento do risco de quedas dos cuidadores e dos idosos, além do adoecimento osteomuscular. Esses fatores extrínsecos do domicílio devem ser considerados na montagem da estratégia da equipe de saúde para prevenção de agravos (Queiroz, 2020).

Conclusão

Conclui-se que o ambiente de cuidado pode atuar como agente dificultador para a prestação da assistência quando na presença de barreiras arquitetônicas. A adaptação do ambiente de cuidado pode favorecer a redução dos riscos ambientais, possibilitar a prestação do cuidado de forma menos extenuante, além de tornar este cenário mais acolhedor e menos inseguro para o cuidador e a pessoa idosa.

Implicações

Os achados deste estudo podem subsidiar ações com enfoque na adaptação ambiental, voltada à manutenção do ambiente saudável ao cuidado, além de fatores estruturais e ergonômicos favoráveis.

Palavras-Chave

Cuidadores; Idoso; Domicílio; Acidentes por quedas

Referências Bibliográficas

- Morsch, P. et al. (2018) Home and the street: Different perceptions about extrinsic risk factors for falls in older adults' narratives. FAEMA, 9(1), 276.
- Almeida, S. T. et al (2012) Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predispõem a quedas em idosos. Elsevier, 427.
- Martins, D. & Benito, L. (2016) Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. Universitas: Ciências da Saúde, 14(2), 153-166.
- Queiroz, A.C.C.N. (2020) Interventions in the prevention of elderly falls in a household environment. ReBIS., 2(4), 1-5.

Gestão do Risco de Quedas em Pessoas Idosas na Transição Hospital- Domicílio

Larissa Chaves Pedreira

*Enfermeira. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA).
Professora permanente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde da EEUFBA. Vive-líder do Núcleo de Estudos do
Idoso (NESPI).*

Mariana Souza Belmonte

*Fonoaudióloga. Especialista em Saúde do Idoso pela modalidade de residência multiprofissional pela Universidade Federal de
Minas Gerais, mestranda do programa de pós graduação da Escola de Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia*

Rute dos Santos Sampaio

Fisioterapeuta. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia

Ivana Santos Pinto

*Enfermeira Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência da Faculdade Baiana de Medicina e Saúde Pública e em
Gestão e Saúde pela Universidade do Recôncavo da Bahia. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde da
Universidade Federal da Bahia.*

Jeferson Moreira dos Santos

*Enfermeira Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência da Faculdade Baiana de Medicina e Saúde Pública e em
Gestão e Saúde pela Universidade do Recôncavo da Bahia. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde da
Universidade Federal da Bahia.*

Renata Farias Amorim

*Fisioterapeuta. Atua na assistência a pacientes no Hospital Universitário.
Mestranda do programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia*

Introdução

Pessoas idosas, especialmente com declínio funcional e cognitivo, estão em risco de eventos adversos após a alta hospitalar destacando-se as quedas. Esta pode ocorrer devido a fatores intrínsecos e extrínsecos como: declínio funcional pelo processo de adoecimento e efeitos da hospitalização, consequente déficit funcional e fragilidade, estrutura do domicílio nem sempre segura, rede de apoio reduzida, tendência de muitas dessas pessoas em querer testar os seus limites e não reconhecerem/aceitarem as suas limitações, polifarmácia e falta de conhecimento sobre a sua prevenção.

Autores observaram que 15% das pessoas idosas que caíram em suas casas, dentro de seis meses após a alta, foram readmitidas por consequência das quedas, que levaram a prejuízo na sua qualidade de vida assim como dos familiares, além de elevação de custos para a saúde (Tzeng et al., 2020).

Uma coorte prospectiva randomizada buscou descrever as circunstâncias das quedas seis meses após a alta hospitalar, assim como os fatores associados ao momento e ao local, acompanhando 138 pessoas idosas que caíram em casa. Observaram que a maioria eram homens, que residiam na comunidade, deambulavam com dispositivos de apoio, estiveram hospitalizados entre 33 e 34 dias, tinham relato de quedas previamente a hospitalização, e não receberam visita domiciliar após a alta (Hoffman et al., 2019).

Um estudo piloto com 50 participantes idosos randomizados em grupo intervenção e controle, que tiveram alta para a comunidade, teve como objetivos: fornecer educação personalizada sobre o risco de quedas, envolver as pessoas em comportamentos que previnam a queda, e em autopercepção do risco e formas de preveni-los. O grupo intervenção recebeu, após a alta, treinamentos individuais, reforçados com vídeos, com acompanhamento por tele chamadas. O treinamento baseou-se em um programa educativo validado. Ambos os grupos (controle e intervenção) já haviam recebido, durante o internamento, treinamento e materiais usualmente disponibilizados pelo hospital. Como resultado, os autores observaram, no grupo intervenção, melhor engajamento das pessoas com relação as estratégias para prevenção das quedas (Hill et al., 2013).

Observa-se assim a relevância e urgência do acompanhamento das pessoas

idosas internadas e na sua transição ao domicílio para orientação, educação em saúde e treinamento visando evitar esse e outros eventos adversos. O cuidado transicional quando bem planejado e executado, possibilita conhecer melhor as pessoas idosas internadas e o seu contexto de vida, para melhor implementação de medidas de apoio, além do monitoramento após a alta, verificando a adaptação em domicílio.

Nesse capítulo, apresentamos três elementos importantes para a prevenção da queda em domicílio após a alta hospitalar: estímulo a mobilidade durante hospitalização para evitar quedas no domicílio, rede de apoio na comunidade como estratégia para evitar quedas após a alta e segurança do ambiente domiciliar para evitar a queda.

1. Estímulo a mobilidade durante hospitalização para evitar quedas no domicílio:

2. Durante a internação hospitalar, a mobilidade pode ser afetada devido às consequências do repouso e restrições relacionadas aos tratamentos clínicos e cirúrgicos, efeito dos medicamentos, estrutura hospitalar desfavorecendo a deambulação segura, falta de estímulo à mobilidade que, junto ao progressivo envelhecimento entre outras causas, elevam o risco de quedas e lesões após a alta, especialmente em idosos fragilizados.

Pesquisa aponta que aproximadamente 14% e 40% das pessoas idosas sofreram queda no primeiro mês e seis meses após a alta respectivamente, evidenciando o impacto da hospitalização no declínio da capacidade funcional dessas pessoas, podendo durar até meses após retorno ao domicílio (Tzeng et al., 2020). Nessa perspectiva, se torna necessário, por parte da equipe de saúde, identificar e agir precocemente ainda durante a hospitalização.

Sobre isso, autores pontuam que as pessoas idosas têm pouco conhecimento sobre prevenção desse evento após a hospitalização e, quando recebem e compreendem as orientações de alta hospitalar, não se sentem preparadas para realizarem quando retornam para casa (Naseri et al., 2021).

A mobilidade é um importante componente da boa função física, essencial para manter a independência das pessoas idosas, principalmente portadoras de doenças crônicas (Chase et al., 2018).

Para isso, medidas direcionadas a promoção da mobilidade e funcionalidade de pessoas idosas são necessárias no período intra hospitalar, preparando-as para retornar ao domicílio de forma segura e com maior autonomia possível. Entre essas medidas destaca-se: identificação e estratificação do grau de mobilidade; reavaliação periódica com relação as restrições de mobilidade e/ou repouso durante o internamento e estímulo a mobilidade sempre que possível, a fim de encorajar na realização de atividades (como suas atividades de vida diária) e evitar declínios; instrumentalização com dispositivos de marcha e tecnologias assistivas quando necessário; realização de exercícios físicos orientados individualmente, com conscientização sobre os riscos de quedas e suas repercussões; além de adequação ambiental (Naseri et al., 2021).

Segundo as Diretrizes Clínicas para prevenção de quedas em idosos da Sociedade Geriátrica Americana e Britânica, os profissionais de saúde devem estar atentos, realizando avaliação multifatorial e intervenção educacional direcionada ao risco de queda durante o internamento, preparando essas pessoas para a alta. Assim recomendam: orientações sempre que possível para adaptações no domicílio; observação e adequação de medicamentos visando minimizar o número total destes, especialmente os psicoativos e antipsicóticos; atenção a sintomas como hipotensão postural; identificação e tratamento de afecções nos pés; adequação de calçados, como a utilização de sapatos baixos que tenham maior contato com o chão; entre outras. A diretriz também preconiza a realização de programas voltados para o treinamento da força, equilíbrio, flexibilidade e marcha de acordo com a capacidade física e perfil da pessoa, além de intervenções específicas voltadas para pessoas idosas com alterações cognitivas. (Drootin, 2011).

Além disso, um programa de exercícios personalizados orientados por um fisioterapeuta, provou ser eficaz para melhorar a mobilidade e performance da marcha, incrementando o desempenho funcional, a prevenção de quedas e a qualidade de vida dessas pessoas. Esses exercícios devem ser avaliados individualmente de acordo com as necessidades e limitações individuais, devendo o idoso, familiares e cuidadores serem instruídos na execução correta e na sua

manutenção. (Tzeng et al., 2020).

Para aquisição da maestria nesse aspecto, recomenda-se, além do treinamento individual, a utilização de materiais como folhetos, manuais e vídeos que melhoram a compreensão das orientações. Ademais, o monitoramento após a alta, para a conscientização sobre a importância da adesão ao tratamento, orientações e retirada de dúvidas residuais, auxilia no estímulo e engajamento de pacientes, familiares e cuidadores para serem protagonistas da sua saúde e bem-estar (Naseri et al., 2021).

Nesse contexto, o cuidado transicional do hospital para o domicílio, planejado e implementado pela equipe multiprofissional, envolvendo também as pessoas interessadas, é importante para garantir uma transição segura, através do cuidado centrado no paciente, valorizando a sua potencialidade, limitações e contexto de vida, possibilitando prevenir, reverter ou amenizar os impactos funcionais da hospitalização e adoecimento.

Rede de Apoio na Comunidade como Estratégia para Evitar Quedas Após a Alta

As demandas apresentadas pela população idosa exigem cada vez mais que as redes de assistência à saúde sejam organizadas e resolutivas, especialmente nas situações de prevenção as quedas. As redes de apoio podem auxiliar pessoas idosas na readaptação ao domicílio após alta hospitalar, gerenciando também o risco de quedas, principalmente naquelas pessoas que saem de alta com alguma dependência para deambular, evitando acidentes domésticos e reinternações decorrentes.

O apoio social compreendido como as formas de auxílio ou assistência que a pessoa idosa e seu cuidador familiar recebem, pode ser classificado como formal ou informal. A rede de apoio formal é caracterizada por sistema de saúde, associações e profissionais que prestam serviços à família no domicílio e conta com os suportes formais como: equipes de saúde e profissionais, treinamentos, plano de alta hospitalar voltando para as necessidades e dinâmicas domiciliar, monitoramento de riscos e avaliação do ambiente, habilidade cognitiva e motora do cuidador (Chruściel et al., 2018; Wu et al., 2018).

No Brasil, essa rede se destaca através de políticas públicas de saúde como a instalação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que tem como diretrizes desenvolver e proporcionar atenção contínua, de qualidade, integral, responsável e humanizada. Dentre a composição dessa rede, está a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que busca envelhecimento saudável, com capacidade funcional preservada, autonomia e independência. As ações de assistência em rede possibilitam apoio individualizado, assim como avaliação e intervenções em curto, médio e longo prazo.

Sobre o apoio informal, este é composto por uma rede social que inclui familiares, cuidadores não profissionais, amigos, vizinhos entre outros membros da comunidade, que contam com o suporte funcional (apoio informativo, troca de saberes, compartilhamento entre os membros da família, organizações religiosas, dentre outros recursos).

Logo, uma rede de apoio atuante e eficaz, contribui para monitorar o retorno e a adaptação ao domicílio dando continuidade ao cuidado. O apoio de profissionais de saúde, ao menos no primeiro mês após a alta é relevante, visto ser este um período de adaptação (Chruściel et al., 2018; Wu et al., 2018).

Neste aspecto, a rede de apoio, principalmente a informal, deve ter conhecimento sobre os riscos que provocam quedas em pessoas idosas, assim como a sua prevenção, colaborando sempre com a autonomia da pessoa, sem negligenciar o problema.

Uma estratégia implementada pelo Ministério da Saúde brasileiro em 2018 foi a 5ª edição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, geralmente utilizada na atenção básica, onde foram adicionadas orientações para prevenção de quedas na comunidade. Nesta, estão descritas: a identificação e ocorrência do evento, fatores de risco, prevenção e as possíveis consequências como: restrição na mobilidade, fraturas, depressão, incapacidade funcional, perda da independência e da autonomia, institucionalização e declínio da qualidade de vida (Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, 2018).

Os fatores de risco para as quedas estão associados a ambientes inseguros, com construções inadequadas, mal iluminados e planejados. Portanto, a maioria das quedas acidentais acontecem no próprio domicílio ou nas proximidades da vizinhança, quando o idoso realiza ou desempenha atividades cotidianas como

andar, ir ao banheiro, mudar de posição, assim como sair na rua, andar na calçada, pegar um ônibus entre outras atividades fora de casa, exigindo também políticas públicas de infraestrutura da cidade como apoio, como ambientes “amigo do idoso”, que permitem o exercício da autonomia e independência com segurança.

Concluindo, salienta-se a importância dos grupos formais, sociais e familiares para fortalecer a rede de apoio à pessoa idosa, com intuito de reduzir e prevenir os riscos para quedas e o retorno seguro ao domicílio.

Segurança do Ambiente Domiciliar para Evitar a Queda

O retorno ao domicílio após hospitalização da pessoa idosa deve ser planejado, uma vez que estes estavam expostos a fatores que intensificam o risco de quedas e, por vezes, a alta hospitalar pode passar a ideia tanto para o idoso quanto aos seus familiares/cuidadores, de que o problema foi resolvido. No entanto, a alta hospitalar não é garantia para um processo de adaptação eficaz, visto que essa pessoa retorna ao seu domicílio muitas vezes em situação de fragilidade, necessitando de reabilitação. Ademais, o ambiente domiciliar nem sempre está seguro para a nova situação, e registra índices expressivos de quedas entre a população idosa.

Uma pesquisa brasileira que caracterizou o panorama epidemiológico das quedas entre idosos, demonstrou que aproximadamente 32,14% destas ocorriam no ambiente domiciliar, quando comparado aos demais locais (Leitão et al., 2018).

Em Portugal, autores encontraram que a maioria das quedas ocorreram em domicílio (47,9%), diante daquelas ocorridas fora deste ambiente (36,2%). Ainda dentro do domicílio, o local de maior ocorrência foi o banheiro, e estas ocorreram mais durante a manhã (Tavares et al., 2021).

Para prevenir quedas mantendo a autonomia e a independência da pessoa, muitas vezes modificações são necessárias dentro do domicílio. Com o envelhecimento da população, a construção destes já com elementos de segurança é uma tendência crescente, como é o caso das casas com inteligência artificial, contando com tecnologias como: sistema de câmera inteligente com alerta de atividades suspeitas, assistente virtual inteligente com controles por comando de voz, monitoramento com alerta de queda e socorro (Godoy et al., 2021).

Entretanto, infelizmente, o envelhecimento no Brasil ocorre na maioria das vezes em situação de pobreza, onde as pessoas não possuem condições para tais tecnologias. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa possui orientações relacionadas a prevenção de quedas como: utilizar tapetes antiderrapantes no banheiro; instalar barras de apoio dentro do box e próximo ao vaso sanitário; colocar fita antiderrapante nos degraus das escadas e garantir a iluminação do ambiente; corrimão dos dois lados da escada, com início antes para melhor apoio; manter os móveis firmes e bem fixos, caso o idoso necessite se apoiar neles; evitar as maçanetas arredondadas; utilizar calçados com solado de borracha; e dispositivos de auxílio a marcha quando necessário, entre outras orientações, além de estímulo a atividade física. (Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, 2018).

Ademais, é preciso atentar-se também para os pés e calçados das pessoas idosas como: alterações e lesões que prejudicam o equilíbrio, chinelos inadequados, sapatos desamarrados ou mal ajustados, roupas compridas, entre outros fatores ligados a patologias e seus tratamentos.

Tais recomendações podem ser orientadas pela equipe de saúde, que deve observar a condição financeira e de reorganização do ambiente domiciliar da pessoa, para discutir e encaminhar as devidas recomendações. Diante da alta intercorrência das quedas em domicílio, é importante que a equipe de saúde, junto a família, reconheça os fatores de risco, avaliem todo o contexto envolvido para, em seguida, elaborar estratégias eficazes que se adaptem.

O controle dos fatores de risco pode ser feito, no caso da pessoa idosa com a capacidade funcional e/ou cognitiva comprometida, pela rede de apoio social que, sendo orientada e acompanhada, pode interferir nesses agentes e tornar o recinto mais seguro.

Quando não é possível modificar as estruturas de um domicílio, os profissionais de saúde juntamente com familiares devem promover proteção com as tecnologias e recursos disponíveis. Alguns exemplos: durante o banho, na ausência de uma cadeira apropriada para tal, orienta-se levar uma cadeira comum, visto que pode ser útil caso o idoso apresente um quadro de hipotensão ortostática, utilizar canos fixados a parede como barras de apoio, ou serrar as pernas da cama para deixá-la em uma altura adequada.

As mudanças também devem compreender as atividades cotidianas. Como exemplo, orienta-se que ao levantar-se da cama, primeiramente suspender às pernas e só depois colocar-se em pé evitando hipotensão ortostática, desincentivar a deambulação no escuro de um cômodo para o outro, e orientar sobre os horários de uso de diuréticos e ingesta hídrica para evitar nictúria.

Além disso, a elaboração de treinos no domicílio voltados para aumento da força e equilíbrio associados as atividades diárias e especificidades destes idosos são importantes.

Considerações Finais

O capítulo trás considerações sobre o risco e a prevenção de quedas na pessoa idosa considerando a transição hospital-domicílio, enfatizando três pontos que devem estar interligados: seu preparo no hospital para uma alta segura, o apoio formal e informal quando na comunidade e a adequação do domicílio. Enfatizamos a importância de um trabalho conjunto e multiprofissional para diminuir o risco desse agravamento.

Referências Bibliográficas

- CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA. Brasília -DF 2018 5a edição MINISTÉRIO DA SAÚDE. (n.d.). https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf.
- Chase, J. A. D., Lozano, A., Hanlon, A., & Bowles, K. H. (2018). Identifying Factors Associated with Mobility Decline among Hospitalized Older Adults. *Clinical Nursing Research*, 27(1), 81. <https://doi.org/10.1177/1054773816677063>
- Chruściel, P., Kulik, T., Jakubowska, K., & Nalepa, D. (2018). Differences in the Perception of Social Support Among Rural Area Seniors-A Cross-Sectional Survey of Polish Population. *International journal of environmental research and public health*, 15(6), 1288. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061288>
- Dantas do Vale Tavares , Z. ., Dantas Araújo, M. P., & Medeiros de Araújo Nunes , V. . (2021). SEGURANÇA DO AMBIENTE DOMICILIAR E OCORRÊNCIA DE QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS. *Revista Ciência Plural*, 7(2), 1–15. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2021v7n2ID23018>.
- Drootin, M. (2011). Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(1), 148–157. <https://doi.org/10.1111/J.1532-5415.2010.03234.X>
- Godoy, R., Farina, R. M., & Florian, F. (2021). INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL ADAPTADA A IDOSOS. *Revista Interface Tecnológica*, 18(2), 208–218. <https://doi.org/10.31510/inf.v18i2.1275>.
- Hill, A. M., Etherton-Beer, C., & Haines, T. P. (2013). Tailored education for older patients to facilitate engagement in falls prevention strategies after hospital discharge--a pilot randomized controlled trial. *PloS one*, 8(5), e63450. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063450>
- Hoffman, GJ, Liu, H., Alexander, NB, Tinetti, M., Braun, TM, & Min, LC (2019). Lesões de queda pós-hospitalar e readmissões de 30 dias em adultos com 65 anos ou mais. *Rede JAMA aberta* , 2 (5), e194276. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.4276>.
- Naseri, C., McPhail, SM, Morris, ME, Haines, TP, Etherton-Beer, C., Shorr, R., Flicker, L., Bulsara, M., Lee, DA, Francis-Coad, J., Waldron, N., & Hill, AM (2021). Educação sob medida aumenta a capacidade e a motivação para a prevenção de quedas em idosos após a hospitalização. *Fronteiras na saúde pública* , 9 , 683723. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.683723>.

- Leitão, S. M., Oliveira, S. C. d., Rolim, L. R., Carvalho, R. P. d., Filho, J. M. C., & Junior, A. A. P. (2018). Epidemiologia das quedas entre idosos no Brasil: uma revisão integrativa de literatura. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 12(3), 172–179. <https://doi.org/10.5327/z2447-211520181800030>.
- Tzeng, H. M., Okpalauwaekwe, U., & Lyons, E. J. (2020). Barriers and Facilitators to Older Adults Participating in Fall-Prevention Strategies After Transitioning Home from Acute Hospitalization: A Scoping Review. *Clinical interventions in aging*, 15, 971–989. <https://doi.org/10.2147/CIA.S256599>
- Wu, M., Yang, Y., Zhang, D., Zhao, X., Sun, Y., Xie, H., Jia, J., Su, Y., & Li, Y. (2018). Association between social support and health-related quality of life among Chinese rural elders in nursing homes: the mediating role of resilience. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 27(3), 783–792. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1730-2>

Parte 4

E Quando a Queda Acontece?

Fraturas de Fragilidade a Face Mais Visível da Queda

Andréa Ascensão Marques

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – UICISA:E, Coimbra, Portugal; Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

Apesar dos recentes avanços terapêuticos na prevenção e tratamento da osteoporose e fraturas de fragilidade, a patologia permanece incurável. A sua gestão está indiscutivelmente, centrada no doente, que deve assumir a responsabilidade e na prevenção das quedas que são a causa maioritária da ocorrência da fratura em si.

Tendo em consideração o aumento generalizado da longevidade da população, e considerando o aumento da prevalência de osteoporose e fraturas osteoporóticas, prevê-se que em 2040 cerca de 300 milhões de pessoas terão alto risco de fratura osteoporótica, a nível global¹. A nível nacional e fazendo referência unicamente ao número de fraturas da anca (as únicas cujos dados são fidedignos), estas têm vindo a aumentar marcadamente em Portugal continental (5.600 em 1989; 6.718 em 1994; 8.500 em 2000; 9.523 em 2006; 11.124 em 2011 e 12.631 em 2013)^{2,3}, tendo em conta que estas reportam só ¼ das fraturas de fragilidade a nível nacional, estes números são alarmantes. Por conseguinte, é crítico que sejam tomadas medidas para prevenir fraturas, e assegurar que as pessoas que têm osteoporose ou sofrem uma fratura de fragilidade recebam os cuidados adequados para evitar a ocorrência de novas fraturas e quedas. Infelizmente, existe uma lacuna no tratamento da osteoporose e prevenção de quedas, com baixas taxas de rastreio e tratamento, e fraca adesão e persistência no plano terapêutico prescrito⁴.

Neste sentido e em conclusão, é importante promover que nos doentes que já tenham sofrido uma fratura de fragilidade os enfermeiros em conjunto com a pessoa e a família definam um plano terapêutico que envolva várias de intervenção:

- *Explicar a natureza da doença, tendo a certeza que o doente e a sua família compreenderam de que se trata de uma situação crónica e que esta poderá exigir alterações significativas no estilo de vida;*
- *Explicar os exames de diagnóstico que possam ser necessários realizar;*
- *Explicar os tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos que estão disponíveis para a sua doença;*
- *Definir, em conjunto com o doente/família/cuidador, qual o plano terapêutico que melhor se adequa à sua doença;*
- *Explicar ao doente e família que lhes cabe gerir o plano terapêutico acordado (exercício, alimentação, prevenção de quedas, adesão à terapêutica);*
- *Dar a conhecer aos cuidados de saúde primários e a outros profissionais de saúde o plano terapêutico estabelecido para aquele doente, para partilharem o plano terapêutico acordado;*

- *Explicar e discutir os passos seguintes no plano de monitorização e fornecer contactos do serviço, caso surjam dúvidas.*

Referências Bibliográficas

- Odén A, McCloskey E V, Kanis JA, Harvey NC, Johansson H. Burden of high fracture probability worldwide: secular increases 2010- 2040. *Osteoporos Int a J Establ as result Coop between Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA*. 2015;26(9):2243-8.
- Marques A, Mota A, Canhão H, Romeu JC, Machado P, Ruano A, et al. A FRAX model for the estimation of osteoporotic fracture probability in Portugal. *Acta Reumatol Port*. 2013;38(2):104-12
- Silva J, Linhares D, Ferreira M, Amorim N, Neves N, Pinto R. [Epidemiological Trends of Proximal Femoral Fractures in the Elderly Population in Portugal]. *Acta Med Port*. 2018;31(10):562-7.
- Jones AR, Herath M, Ebeling PR, Teede H, Vincent AJ. Models of care for osteoporosis: A systematic scoping review of efficacy and implementation characteristics. *EClinicalMedicine*. 2021;38: 101022

Documentar (exaustivamente) as Quedas

Mafalda Vincent Teixeira da Silva Pernes

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Inês Margarida Águas Agostinho

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Cristina Lavareda Baixinho

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Os acidentes são a quinta causa de morte acima dos 65 anos. A queda é o acidente que mais contribuí para o aumento da taxa de mortalidade acima dos 65 anos, tornando-se um verdadeiro desafio de saúde pública inerente ao envelhecimento da população mundial (OMS, 2007).

A sua ocorrência deteriora a qualidade de vida dos idosos pelas comorbidades, incapacidades temporárias e permanentes resultantes e declínio da funcionalidade, sendo considerada a principal causa para a restrição das atividades de vida diária nesta faixa etária, tornando-se num importante fator contributivo para a dependência destas pessoas.

A prevenção de quedas mostra-se um autêntico desafio face ao envelhecimento demográfico. Dados da Organização mundial da saúde (WHO, 2007) observam que o número de quedas tem vindo a aumentar paralelamente ao aumento mundial da população idosa. Estima-se que em 2006 existiam no mundo 688 milhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que se prevê que sejam dois biliões em 2050. Calcula-se que destes 20% serão pessoas acima dos 80 anos de idade, faixa etária em que as quedas aumentam exponencialmente pelas próprias alterações associadas ao processo natural de envelhecimento, à pluripatologia, polimedicação e em algumas situações à própria institucionalização.

O envelhecimento aumenta o risco de as lesões associadas às quedas serem graves, tais como fraturas e traumatismos.

A Importância da Documentação das Quedas

É consensual que uma medida custo-efetiva, para a prevenção da queda, é a identificação do risco e a associação das medidas preventivas adequadas ao risco individual de cada pessoa idosa (Panneman et al, 2021; Vlaeyen et al, 2021; Baixinho, Bernardes & Henriques, 2020; Healey, Monro, Cockram, Adams & Heseltine, 2004; Damián, Pastor-Barriuso, Valderrama-Gama & Pedro-Cuesta, 2013).

É recomendado fazer o registo de todos os episódios de quedas, incluindo as quase-quedas, mas, no entanto, o que acontece na clínica é que muitos episódios de quedas não são testemunhados, ou não são registados no processo clínico do idoso (Baixinho, Bernardes & Henriques, 2020; Ferreira, Ribeiro, Jerez-Roig, Araújo &

Lima, 2019; Baixinho & Dixe, 2017; Baixinho, Dixe & Henriques, 2017).

A utilização de sistemas de documentação, tais como planos de cuidados e registos próprios para o reporte de acidentes, podem ser medidas de prevenção, porque consciencializam os profissionais para a existência de fatores de risco de queda e promovem a ação para os eliminar ou minimizar (Healey, Monro, Cockram, Adams & Heseltine, 2004).

Os protocolos de prevenção recomendam que, após uma queda, os profissionais façam uma avaliação completa de cada incidente, seguindo o protocolo ou as guidelines da instituição sobre o que deve ser feito imediatamente após a queda (Baixinho & Dixe, 2017; Damián, Pastor-Barriuso, Valderrama-Gama & Pedro-Cuesta, 2013; Baixinho, Dixe & Henriques, 2017).

Já em 2007 Taylor e colaboradores proponham um modelo para a prevenção de queda cujos componentes centrais eram a liderança administrativa e clínica, com trabalho interdisciplinar, suportados por enfermeiros de prática avançada e um sistema de oito passos para resposta à queda para facilitar a investigação e a documentação das quedas. Anteriormente Healy et al (2004) ao avaliaram um programa de prevenção de quedas em meio hospitalar em relação à documentação, afirmam que a utilização de sistemas de documentação, tais como planos de cuidados e registos próprios para o reporte de acidentes, podem ser medidas de prevenção, porque concentram a atenção dos profissionais, consciencializam para a existência de fatores de risco de queda e promovem a ação para os eliminar ou minimizar.

Todavia os autores observam que a documentação sobre a queda e as medidas de segurança (pré e pós-queda) é desvalorizada, o que leva a que na maioria das vezes após uma queda se desconheça o risco e as medidas preventivas que estariam a ser ou se foram implementadas e quais (Baixinho, Dixe, & Henriques, 2017).

O Que Documentar Em Relação Aos Episódios De Quedas

A identificação da pessoa idosa que está em risco de cair é a primeira medida de prevenção para a queda, assim como após uma queda, a identificação correta desse acidente é o primeiro passo para prevenir a sua recorrência (Krakau et al, 2021; Yang et al, 2020; Montgomery et al, 2021; Moncada et al, 2017; NFPCG, 2017; DGS, 2019).

Assim, quando uma pessoa idosa cai é necessário que o profissional que testemunhou a queda ou a quem a queda foi reportada, pela própria pessoa ou por outro utente faça o registo de notificação de queda no registo próprio para o efeito registando:

- *Quem? (qual o idoso) – nome, unidade e quarto (no caso de internamento ou institucionalização)*
- *Quando? (data/turno/hora)*
- *Onde? (local exato onde ocorreu a queda)*
- *Como? (mecanismo da queda – descrever como o idoso caiu)*
- *A fazer o quê? (descrever a atividade que o idoso estava a executar no momento em que caiu)*
- *que foi dito? (o que foi dito pelo residente sobre a queda, nomeadamente se refere medo de nova queda)*
- *Que consequências ? (se há lesões registar a sua localização, Classificar a lesão consoante a gravidade, aspeto, tamanho, dor associada, alterações no comportamento do idoso após a queda)*
- *que foi feito? (registar se o idoso precisou de ajuda para se levantar/sentar/deitar após a queda, se foram prestados cuidados de 1º socorro – quais e como, se plano de cuidados de enfermagem foi alterado; se houve alteração da terapêutica).*

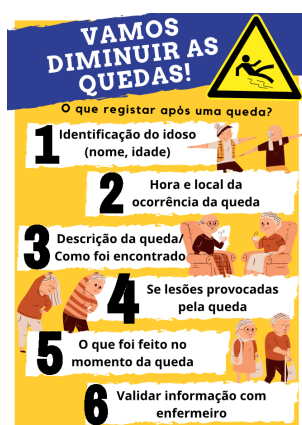


Figura 1. O que documentar após a queda

Considerações Finais

As quedas, nos idosos, são um grave problema de saúde pública, pelas consequências no declínio na funcionalidade, aumento da morbidade, do isolamento social e da mortalidade, contribuindo ou sendo causa única para a decisão de ser institucionalizado num equipamento para idosos, onde a incidência é superior à da comunidade.

O aumento do número de idosos e da longevidade torna este foco de atenção para a prática de enfermagem num desafio, de difícil resolução. Para além da prevenção da primeira queda assume vital importância o controlo dos eventos seguintes, dado que a ocorrência de queda é fator de risco major para a sua recorrência.

O primeiro passo na intervenção da queda no idoso é a sua prevenção. Como tal, ser capaz de identificar os idosos com maior risco de queda é fulcral, assim como quando há a ocorrência de uma queda, o seu registo correto e detalhado. O registo adequado permite uma avaliação multifatorial da mesma e uma maior personalização de intervenções de prevenção de forma a evitar uma segunda queda.

Referências Bibliográficas

- Baixinho C.L., Bernardes R.A., & Henriques M.A. (2020). How to evaluate the risk of falls in institutionalized elderly people. *Rev. baiana enferm.* 34, e34861. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34861>
- Baixinho C.L., & Dixe M.A. (2017). Team practices in fall prevention in institutionalized elderly people: scale design and validation. *Texto contexto – enferm.*; 26 (3), e2310016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002310016>
- Baixinho C.L., Dixe M.A., & Henriques M.A.P. (2017). Falls in long-term care institutions for elderly people: protocol validation. *Rev Bras Enferm*, 70(4), 740-6. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0109>
- Cameron, E.J., Bowles ,S., Marshall, E.G., & Andrew, M.K. (2018). Falls and long-term care: a report from the care by design observational cohort study. *BMC Fam Pract*; 19(1),73. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0741-6>
- Castaldo, A; Giordano, A.; Incalzi, R.; & Lusignani, M. (2020). Risk factors associated with accidental falls among Italian nursing home residents: A longitudinal study (FRAILS). *Geriatr Nurs*; 41(2),75-80. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.06.003>
- Damián, J., Pastor-Barriuso, R., Valderrama-Gama, E., & Pedro-Cuesta, J. (2013). Factors associated with falls among older adults living in institutions. *BMC Geriatrics*, 13, 6. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-6>.
- Direção Geral da Saúde. (2019). Norma DGS - Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Lisboa: DGS. Available from: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- Ferreira, L., Ribeiro, K., Jerez-Roig, J., Araújo, J., & Lima, K.C. (2019). Recurrent falls and risk factors among institutionalized older people. *Cien Saude Colet*; 24(1):67-75. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35472016>
- Healey, F., Monro, A., Cockram, A., Adams, V. & Heseltine, D. (2004). Using targeted risk factor reduction to prevent falls in older in-patients: a randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 33(4): 390–395. <https://doi.org/10.1093/ageing/afh130>
- Krakau, K., Andersson, H., Dahlin, Å. F., Egberg, L., Sterner, E., & Unbeck, M. (2021). Validation of nursing documentation regarding in-hospital falls: a cohort study. *BMC Nursing*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00577-4>
- Moraes, S.A., Soares, W.J., Ferriolli, E., & Perracini, M.R. (2013). Prevalence and correlates of dizziness in community-dwelling older people: a cross sectional population based study. *BMC Geriatr*; 13, 4. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-4>.

- Montgomery, C. D., Pereira, D. E., Hatcher, J. B., et al. (2021). Improving the assessment and documentation of patient mobility using a quality improvement framework. *Geriatric Nursing*, 42(2), 325–330. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.01.002>
- Moncada, L.V.V., & Mire, L.G. (2017). Preventing Falls in Older Persons. *Am Fam Physician*, 2017;96(4), 240-247. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2017/0815/afp20170815p240.pdf>
- Munn, Z., Peters, M.D.J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aroamtaris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol*;18, 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- National Falls Prevention Coordination Group (NFPCG). (2017). Guidance: Falls and fractures: consensus statement and resources pack. London:PHE publications. Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/586382/falls_and_fractures_consensus_statement.pdf
- Nurmi, I.S., Luthje, P.M., & Kataja, J.M. (2004). Long-term survival after falls among the elderly in institutional care. *Arch Gerontol Geriatr*; 38(1),1-10. [https://doi.org/10.1016/s0167-4943\(03\)00079-7](https://doi.org/10.1016/s0167-4943(03)00079-7).
- Panneman, M.J.M.: Sterke, C.S.; Eilering M.J.; Blatter, B.M., Polinder, S., & Van Beeck, E.F. (2021). Costs and benefits of multifactorial falls prevention in nursing homes in the Netherlands. *Exp Gerontol*; 143, 111173. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2020.111173>
- Taylor, J.A., Parmelee, P., Brown, H., Strothers, H.S., Capezuti, E., & Ouslander, J.G. (2007). A model quality improvement program for the management of falls in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc*, 8(3 Suppl): 26-36. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2006.11.005>
- Vlaeyen, E., Poels, J., Colemonts, U., et al. (2021). Predicting Falls in Nursing Homes: A Prospective Multicenter Cohort Study Comparing Fall History, Staff Clinical Judgment, the Care Home Falls Screen, and the Fall Risk Classification Algorithm. *J Am Med Dir Assoc*; 22(2), 380-387. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.06.037>
- Yang, Y., Komisar, V., Shishov, N., Lo, B., Korall, A.M.B., Feldman, F., & Robinovitch, S.N. (2020). The Effect of Fall Biomechanics on Risk for Hip Fracture in Older Adults: A Cohort Study of Video-Captured Falls in Long-Term Care. *Journal of Bone and Mineral Research*, 35(10), 1914–1922. <https://doi.org/10.1002/jbmr.4048>
- World Health Organization (2007). WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Geneva: World Health Organization.

Tomada de Decisão Clínica para a Gestão do Risco de Queda

Fátima Mendes Marques

Como Decidimos?

A complexidade e o dinamismo do mundo atual têm delineado cenários cada vez mais incertos, instáveis e agitados, pondo constantemente à prova a capacidade de tomada de decisão dos indivíduos. Imagem de um mundo globalizado onde os progressos tecnológicos se traduzem, além de outros aspetos, numa rápida e mutante informação, a exigência é que se tome decisões adaptáveis e eficazes.

A tomada de decisão é considerada como uma função cognitiva caracterizando-se numa ação a ser tomada a partir de uma série de alternativas. Segundo Damásio (2009), o processo de decisão inclui o conhecimento da pessoa sobre a situação que vai decidir, a elaboração de hipóteses de ação e a criação de representações das consequências imediatas e futuras, de cada uma das opções. Além da capacidade de raciocínio e de decisão, a pessoa que toma a decisão aplica diferentes raciocínios, numa extensão que vai para além da racionalidade compreendendo as emoções, os sentimentos e a intuição como fundamentais no momento de decisão (Marques, 2016).

Nos cuidados de saúde, a tomada de decisão clínica é o termo utilizado para descrever as tomadas de decisão em contexto clínico. Em enfermagem, o conceito é definido como a aplicação de padrões distintos de pensamento e análise dos dados em questão, juntamente com outras variáveis que o enfermeiro utiliza para fazer julgamentos sobre os cuidados que presta (Marino, Andrews & Ward, 2020). O processo de cuidar, inerente à intervenção do enfermeiro, presume a detenção de competências de tomada de decisão que deem uma resposta adequada aos problemas de saúde da pessoa, família e comunidade ao seu cuidado.

Assumindo-se como uma das competências básicas em enfermagem, a tomada de decisão clínica é imprescindível para a efetividade dos cuidados de enfermagem. As competências identificadas para um bom julgamento clínico e tomada de decisão são reconhecidas internacionalmente como fundamentais para o pensamento crítico na prática da enfermagem e refletem um padrão esperado ao nível da graduação em enfermagem (Clemett & Raleigh, 2021; Marques & Henriques, 2021).

A prática baseada em evidência (PBE) é uma abordagem que agrupa o conhecimento recente sobre um fenómeno com a experiência clínica permitindo

uma tomada de decisão clínica efetiva e com maior segurança (Santos et al., 2022). A tomada de decisão clínica, como processo de avaliação e seleção das melhores intervenções que permita atingir os resultados desejados em contexto clínico (Marques et al, 2021), deve ser regulada por princípios científicos, com conhecimentos de elevados níveis de evidência e que promovam cuidados de excelência (Farias et al, 2018).

Como Decidir na Gestão Risco de Queda?

Sendo a queda um evento não intencional, em que ocorre uma alteração na posição inicial da pessoa para um mesmo nível ou nível inferior (World Health Organization (WHO), 2008), a sua gestão implica um conjunto de tomadas de decisão para que a prevenção seja maximizada. A decisão sobre o risco de queda deve ser ancorada numa conceção de enfermagem que oriente o pensamento, estruture a capacidade de identificação das necessidades da pessoa e família, de modo a prever a queda, e determine a intervenção a realizar, traduzindo-se em cuidados de enfermagem de qualidade (Baixinho, Bernardes & Henriques, 2020; Standing, 2020).

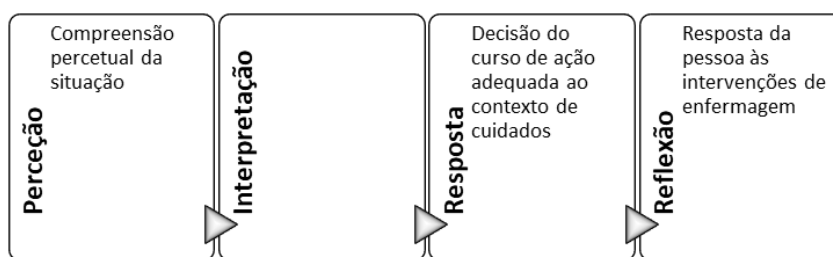
O modelo de tomada de decisão de Christine Tanner (2006) tem como objetivo guiar enfermeiros e estudantes de enfermagem na utilização do conhecimento e da experiência, para organizar o seu pensamento e tomar decisões necessárias para os cuidados de enfermagem adequados e seguros. Na gestão risco de queda, o conhecimento da situação clínica da pessoa e o conhecimento desta enquanto pessoa (Tanner, 2006), perspetivas imprescindíveis para um cuidado personalizado, objetivou a seleção do modelo de tomada de decisão.

Tomada de Decisão Segundo Tanner

A capacidade fazer julgamentos clínicos por meio dos domínios do conhecimento e do processo de tomada de decisão, surge na perspetiva de Tanner (2006) esquematizada em quatro dimensões: Perceção ('Noticing'), Interpretação ('Interpreting'), Resposta ('Responding') e Reflexão ('Reflecting'). Estas correspondem às quatro etapas cognitivas sequenciais que vão da compreensão percetual da

situação (Percepção) ao desenvolvimento da compreensão necessária à situação (Interpretação) e que resultam na decisão do curso de ação adequada ao contexto de cuidados (Resposta), cuja resposta da pessoa e família às intervenções de enfermagem possibilita efetuar uma resposta mental apropriada à situação e aprender com as ações, realizadas ou não realizadas (Reflexão) (Figura 1) (Marques et al., 2021).

Figura 1 – A Tomada de Decisão, segundo Tanner



Fonte: Adaptado de Tanner (2006)

A Percepção

A primeira etapa do modelo, a percepção, caracteriza-se por uma abrangência da situação de cuidados para além da apreciação, ou seja, da fase inicial do processo de enfermagem. A compreensão perceptual que o enfermeiro faz da situação de cuidados é influenciada pelas suas expectativas, sejam elas explícitas ou implícitas. Estas expectativas resultam do conhecimento do enfermeiro sobre a pessoa em particular, e sobre o seu padrão de resposta. Padrão esse que engloba tanto o nível fisiopatológico, com os aspetos do diagnóstico e apresentação clínica da doença da pessoa; como a experiência da doença, quer para a pessoa, quer para a família, e as forças físicas, sociais, emocionais e recursos de sobrevivência existentes. A experiência profissional e o conhecimento clínico do enfermeiro vão moldar as suas expectativas sobre a situação de cuidados sobre a qual vai decidir.

O contexto onde decorre a situação de cuidados tem igualmente um forte impacto nas expectativas do enfermeiro e, consequentemente, na sua compreensão perceptual. A complexidade dos cuidados prestados, a cultura do serviço, os padrões de cuidados e os protocolos existentes são elementos que interferem no modo

como o enfermeiro vai decidir.

As relações interpessoais, numa dimensão individual e social do enfermeiro enquanto membro de uma equipa de enfermagem e de uma equipa de saúde, vão também influenciar tanto a compreensão do problema, como a capacidade de intervir eficazmente (Tanner, 2006; Marques, 2016).

Como referem Watson, Salmoni e Zecevic (2019), a perceção que o enfermeiro faz da situação da pessoa idosa, é o primeiro passo primordial para reconhecer se a pessoa está em risco de queda. Sendo o exercício físico de uma das intervenções de enfermagem relevantes para o bem-estar da pessoa idosa internada pela mobilidade reduzida que levam ao risco de queda, a compreensão inicial que o enfermeiro faz da situação vai determinar se a prevenção de quedas é uma intervenção a efetuar ou não, e agir em conformidade. Mais do que decidir a intervenção, as suas expectativas sobre a pessoa determinam o tipo de intervenção a realizar.

O conhecimento acerca do momento da primeira avaliação do risco após a institucionalização do idoso constitui um saber fundamental para o enfermeiro que cuida de pessoa com risco de queda e para a sua prevenção. A perceção inicial atribui a estas pessoas um risco aumentado de queda nos primeiros cinco dias após admissão em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), (Baixinho, Bernardes & Henriques, 2020) razão pela qual deve ser realizada uma vigilância mais apertada nesse período.

A compreensão percetual do 'contexto natural' da interação dos profissionais de saúde com os idosos, em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), é uma etapa relevante que permite ao enfermeiro criar expectativas sobre a organização dos cuidados e quais as decisões a tomar (Baixinho et al., 2021).

A nível das relações interpessoais da equipa de saúde, os enfermeiros que desempenham funções de liderança detêm uma participação essencial na coordenação e concretização de uma cultura de segurança na equipa, promovendo uma redução de risco e de malefícios às pessoas alvo de cuidados de saúde, tais como programas de prevenção de quedas (Cunha et al., 2021).

A Interpretação

A etapa seguinte, a interpretação, consiste na atribuição de sentido que o enfermeiro faz aos dados da pessoa e na determinação de uma linha de ação apropriada. O desenvolvimento da compreensão necessária à situação depende do enfermeiro, das exigências da situação e dos objetivos da prática e apoiam-se em três padrões de raciocínio inter-relacionados, segundo Tanner (2006). O curso de ação pode emergir de um raciocínio analítico, com a formulação de hipóteses interpretativas ou diagnósticos e com uma apreciação adicional, que se substantifica numa interpretação abrangente dos dados recolhidos e numa proposta de intervenção adequada. Em outras situações, o enfermeiro pode identificar de imediato um padrão, interpretar e responder intuitivamente e tacitamente, certificando o seu reconhecimento de padrão, pela avaliação da resposta que a pessoa teve da intervenção. Também existe uma componente narrativa do raciocínio clínico, em que o enfermeiro tenta compreender o caso particular da pessoa dando sentido à sua experiência, através de uma interpretação das preocupações, intenções e motivos humanos, conseguindo dessa forma prestar cuidados sensíveis e adequados. Estes raciocínios podem ser utilizados isoladamente ou em combinação com outros padrões. Raramente os enfermeiros utilizam apenas um padrão em qualquer interação particular com a pessoa. A interpretação é assim resultado do raciocínio clínico e sustenta o julgamento clínico (Tanner, 2006).

Como referido por Baixinho et al., (2021), a existência de queda é acompanhada pelo sentimento de culpa pelos profissionais de saúde, como uma falha pessoal na sua prevenção. A atribuição deste sentido percebido na prevenção de quedas torna-se fulcral sobre as intervenções a planear para autoeficácia na prevenção de quedas. Também o medo do cuidador relacionado com perceção do medo do próprio idoso, as crenças associadas a acidentes, experiências anteriores, e um discurso paternalista acompanhado de uma substituição da pessoa nas suas atividades de vida diária (Baixinho et al., 2021), assumem-se como interpretações importantes sobre a situação de cuidados que envolvem a prevenção de quedas. Interpretações efetuadas através do julgamento clínico que permitem um sentido aos dados presentes na situação de prevenção de quedas e à determinação de

hipótese explicativas que justifiquem a melhor opção de ação.

O conhecimento teórico dos fatores intrínsecos da incidência das quedas (envelhecimento, alterações fisiológicas resultantes de patologias, fraqueza muscular, alterações de equilíbrio e da marcha), bem como dos fatores extrínsecos (défice de material de apoio, iluminação deficitária, distribuição de móveis, pavimentos irregulares) (Araújo et al., 2018; Cedraz, et al., 2018), são suportes importantes para uma tomada de decisão eficaz. A compreensão clínica de ‘saber o que fazer’ (Tanner, 2006), pelo conhecimento que o enfermeiro possui possibilita-lhe interpretar as situações de cuidados, com graus variáveis de incerteza e de complexidade, e tomar as melhores decisões (Standing, 2020).

A Resposta

A resposta surge como a terceira etapa do modelo de tomada de decisão de Tanner (2006). A análise da situação de cuidados leva o enfermeiro a optar pelo melhor curso de ação. Nesse âmbito, a intervenção de enfermagem pode ser considerada como a etapa em que a tomada de decisão se concretiza. A inclusão de experiências semelhantes do passado permite ações de resposta por parte do enfermeiro adequadas à situação clínica atual. Enfermeiros menos experientes tendem a concentrarem-se nas tarefas de enfermagem como respostas, enquanto os enfermeiros experientes concentram-se nas respostas centradas na pessoa e numa visão alargada dos cuidados adequados à pessoa e família. Neste modelo, os atos de intervenção, ancorados no raciocínio clínico, são o resultado de um julgamento clínico (Tanner, 2006).

A prevenção de quedas, como resposta do enfermeiro, surge no âmbito de um programa multifatorial e abrange mais aspetos do que naturalmente promover a mobilidade da pessoa.

A influência na expectativa de vida e no isolamento da pessoa leva a que seja uma decisão, abrangendo tanto os benefícios como os prejuízos de tal intervenção de enfermagem (Watson, et al., 2019). Em pessoas idosas com risco de queda, o enfermeiro deve avaliar o estado biofisiológico, psicológico, socioeconómico, e os fatores de risco ambiental onde a pessoa se insere (Santos & Baixinho, 2020).

A monitorização constante da segurança e dos acidentes, particularmente das quedas, é uma prática fundamental para minorar o seu predomínio. O enfermeiro tem a responsabilidade de reduzir a sua incidência, daí que a sua resposta seja no âmbito da garantia da segurança e do bem-estar da pessoa (Cunha et al., 2021). Estas respostas do enfermeiro perante a decisão de prevenir a queda, traduzem o processo mental implícito de um cuidado de enfermagem personalizado e eficaz (Tanner, 2006).

A Reflexão

Por fim, surge a reflexão como etapa importante da tomada de decisão em enfermagem. Ela é composta pela reflexão na ação e pela reflexão sobre a ação. A reflexão na ação refere-se à capacidade do enfermeiro de 'ler' a pessoa, identificar a sua resposta às intervenções de enfermagem e ajustar essas intervenções com base na avaliação efetuada. Esta reflexão na ação é maioritariamente tácita, impercetível, exceto quando ocorre uma falha e os resultados esperados perante as expectativas dos enfermeiros não são alcançados. Na reflexão sobre a ação, o rever cognitivamente a situação origina uma resposta mental adequada à situação sendo usada posteriormente, desenvolvendo o conhecimento clínico e maximizando o background do enfermeiro. Como em qualquer situação de incerteza que exija julgamento, haverá julgamentos clínicos que serão perspicazes e astuciosos e os que resultarão em erros. Cada situação é uma oportunidade de aprendizagem clínica, possibilitando também o desenvolvimento do hábito e da capacidade de reflexão sobre a prática. Para refletir é necessário que o enfermeiro tenha sentido de responsabilidade e relacione as intervenções com resultados alcançados. A reflexão exige conhecimento para saber o que sucedeu como resultado de intervenções de enfermagem (Tanner, 2006; Marques, 2016).

Na reflexão na ação, a comunicação do enfermeiro outros elemento da equipa de saúde, permite avaliar, interpretar e transmitir elementos importantes para a prevenção de quedas (Baixinho & Dixe, 2017), possibilitando uma redefinição da tomada de decisão e, naturalmente, da intervenção de enfermagem.

A reflexão sobre a ação resultante de uma auditoria aos processos clínicos referenciados no estudo de Cunha et al., (2021), permitiu identificar a falta de

informação sobre a queda e o seu mecanismo, sugerindo uma melhoria das práticas de enfermagem e consequentemente, um desenvolvimento do conhecimento clínico do enfermeiro (Tanner, 2006).

É a reflexão sobre a ação que possibilita ao enfermeiro tomar consciência da redução da incidência de quedas pela adequada preparação para a alta, através de uma parceria com o próprio idoso e numa articulação com os prestadores de cuidados na comunidade (Cunha et al., 2021).

O Que Decidir na Gestão Risco De Queda

A eficácia da prevenção do risco de queda, não pode ser considerada numa perspetiva uni profissional, mas sim na envolvimento de uma equipa de saúde alargada que através de uma cultura de cooperação e de interdisciplinaridade, previnam quedas e as suas lesões (Araújo et al., 2018; Baixinho et al., 2022; Cedraz, et al., 2018; Lee & Kim, 2017; Watson et al., 2019).

As complicações resultantes da queda são bastante abrangentes, indo desde o comprometimento físico, como as luxações, ferimentos e fraturas, até às complicações psicológicas que originam, em alguns casos, à diminuição dos movimentos e provocam o medo de realizar atividades de vida diária (Araújo et al., 2018). A investigação emergente sobre a temática tem vindo a descultar fatores preditivos para além dos fatores de risco biofisiológicos, englobando fatores ambientais e fatores comportamentais como geradores de queda (Baixinho & Dize, 2017).

Deste modo, poderemos agrupar as intervenções preventivas em quatro dimensões, sendo elas: a formação, a comunicação, os instrumentos de avaliação e os programas de prevenção de quedas (Araújo et al., 2018; Baixinho, Bernardes & Henriques, 2020; Baixinho & Dize, 2017; Baixinho et al., 2021, Cunha et al., 2021; Lee & Kim, 2017; Santos & Baixinho, 2020; Watson, et al., 2019).

Sobre a formação da equipa para gerir o risco de quedas, esta pode incidir sobre o uso específico de aplicação de uma escala de avaliação, ao momento da primeira avaliação do risco após institucionalização da pessoa (Baixinho, Bernardes & Henriques, 2020), além da formação sobre práticas e comportamentos da equipe

para a prevenção da queda (Baixinho & Dixe, 2017). Também o déficit de formação da equipa de saúde sobre medidas de segurança para a prevenção de quedas tem um forte impacto na prevenção de queda das pessoas institucionalizadas (Cedraz et al., 2018).

A comunicação emerge como essencial na prevenção de quedas, pela abrangência de interações que permite, indo desde do conhecimento, avaliação, interpretação e transmissão de componentes significativos para a prevenção de quedas (Baixinho & Dixe, 2017). Assente num trabalho de equipa efetivo, a comunicação interdisciplinar traduz o objetivo de resolução de problema de ocorrência de quedas. A decisão das medidas preventivas a aplicar é tomada em equipa dos cuidadores, que usualmente mostram interesse em reconhecer as causas de quedas (Baixinho & Dixe, 2017).

A utilização de instrumentos de avaliação, como forma de mensurar e descrever os resultados oriundos da prática de cuidados, contribuem para uma tomada de decisão clínica do enfermeiro na prevenção de queda. Os indicadores clínicos do estado de saúde da pessoa com risco de quedas (Araújo et al., 2018), bem como a avaliação abrangente das suas causas comuns (tais como, redução da força muscular ou desequilíbrio ou marcha) (Lee & Kim, 2017), são relevantes para a sua determinação. No entanto, Baixinho, Bernardes e Henriques (2020) chamam atenção para a necessidade de as escalas serem produzidas para a especificidade dos contextos onde são aplicadas. Especificamente, a organização do sistema de saúde nacional, as várias categorias profissionais da equipa de enfermagem, diferentes da realidade dos países onde as escalas foram elaboradas, são aspetos que podem interferir no modo como é usada a avaliação e os cuidados de enfermagem consequentes da tomada de decisão para a prevenção de quedas.

Os programas de prevenção de quedas devem incluir atividades estruturadas e sistemáticas de modo a melhorar ou manter a capacidade física. As intervenções de exercício podem ser constituídas por diferentes tipos de atividades dirigidas à força, equilíbrio, marcha ou resistência. A disponibilização de auxiliares de marcha adequados de forma a reduzir fatores de risco de queda, faz igualmente parte deste tipo de programa. O objetivo maior é permitir que as pessoas realizem atividades diárias sem ocorrência de queda ou sem medo de cair (Lee & Kim, 2017).

Considerações Finais

A tomada de decisão é uma competência fundamental ao desempenho clínico dos enfermeiros compreendendo uma avaliação global da situação de cuidados e a seleção do melhor curso da ação, como salientado pelo modelo de tomada de decisão de Tanner (2006). A capacidade de tomada de decisão clínica indica um processo mental complexo, em que os dados são recolhidos, interpretados e avaliados a fim de eleger a ação mais adequada, sustentada em evidência científica.

As quedas assumem-se como um grande problema de saúde pública, seja em contexto domiciliar, seja em contexto institucional, tendo repercussões a nível financeiro com elevados custos de saúde; e a nível social, com diminuição da qualidade de vida da pessoa. A prevenção assume-se assim, como a medida mais acertada e mais eficaz para a gestão da sua ocorrência e implica uma intervenção multiprofissional, onde o enfermeiro tem um papel preponderante na tomada de decisão dos cuidados a prestar.

A promoção da segurança da pessoa através da gestão de medidas de risco e a incorporação de boas práticas baseadas em evidência científica, são essenciais para cuidados de enfermagem seguros. A prevenção de quedas tem originado bastante investigação e parcerias institucionais para a sua promoção, refletindo políticas nacionais e acordos internacionais para promover cuidados seguros. A cultura de cooperação entre a prática dos cuidados e a investigação subsidiam a translação do conhecimento com a efetivação de um novo conhecimento.

Referências Bibliográficas

- Araújo, J. N. D. M., Fernandes, A. P. N. D. L., Silva, A. B. D., Moura, L. A., Ferreira Júnior, M. A., & Vitor, A. F. (2018). Validação clínica do comportamento de prevenção de quedas em ambiente hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 1841-1849. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0212>
- Baixinho, C. L., Bernardes, R. A., & Henriques, M. A. (2020). Como avaliar o risco de queda em idosos institucionalizados?. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34, e34861. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34861>
- Baixinho, C. L., Dixe, M. D. A., Henriques, M. A., Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2021). The fear of falls in the caregivers of institutionalized elders. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200258>
- Cedraz, R. O., Gallasch, C. H., Pérez Júnior, E. F., Gomes, H. F., Rocha, R. G., & Mininel, V. A. (2018). Risks management in the hospital environment: incidence and risk factors associated with falls and pressure injuries in a clinical unit. *Escola Anna Nery*, 22(1), e20170252. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0252>
- Clemett, V. J., & Raleigh, M. (2021). The validity and reliability of clinical judgement and decision-making skills assessment in nursing: A systematic literature review. *Nurse Education Today*, 102, 104885. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104885>
- Cunha, L. F. C. D., Baixinho, C. L., Henriques, M. A., Sousa, L. M. M., & Dixe, M. D. A. (2021). Avaliação da eficácia de uma intervenção na equipe para prevenir quedas ao idoso hospitalizado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019031403695>
- Farias, M. S., Parente, F. L., & Anjos, F. C. (2018). Gerenciamento de enfermagem em unidades cardiológicas: prática baseada em evidências para a tomada de decisões. *Essentia*, 19(2), 50-60. <https://essentia.uvanet.br/index.php/ESSENTIA/article/view/157>
- Lee, S. H., & Kim, H. S. (2017). Exercise interventions for preventing falls among older people in care facilities: A meta analysis. *Worldviews on Evidence Based Nursing*, 14(1), 74-80. <https://doi.org/10.1111/wvn.12193>
- Marino, M. A., Andrews, K., & Ward, J. (2020). Clinical decision making at the bedside. *The Nursing Clinics of North America*, 55(1), 29-37. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2019.10.003>
- Marques, F. M. (2016). Terapêutica de posição: como decidir. In: M. J. Lourenço, Ó. Ferreira, & C. L. Baixinho (Coord.). *Terapêutica de posição* (pp 55-66). Lusodidata.
- Marques, F. M., & Henriques, E. (2021). Tomada de decisão em enfermagem. In E. M. Henriques (Coord.). *O cuidado centrado no cliente, da apreciação à intervenção de*

enfermagem, (pp 39-48). Sabooks, Lusodidata.

- Marques, F. M., David, C., dos Santos, A. F., Neves, S., Pinheiro, M. J., & Leal, M. T. (2021). Perceptions of senior nursing students regarding clinical decision-making. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(1), e20200921. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0921>
- Marques, F. M., Pinheiro, M. J., & Alves, P. V. (2022). O julgamento clínico e a tomada de decisão nos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27, 1731-1740. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232022275.23142021>
- Santos, B. W., & Baixinho, C. L. (2020). Intervenção da enfermagem na prevenção de queda em idoso: estudo de revisão. *Cogitare Enfermagem*, 25, e71326. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.71326>
- Santos, K. L. A., Miranda, R. S., Alves, C. L., Silva, N. I., Xavier, T. S., & Magalhães, A. K. G. (2022). Entraves na implementação da prática baseada em evidências (PBE) em enfermagem: revisão integrativa. *Diversitas Journal*, 7(1), 0238–0246. <https://doi.org/10.48017/dj.v7i1.1491>
- Standing, M. (2020). *Clinical judgement and decision-making in nursing*. (4th ed.). Learning Matters.
- Tanner, A. C. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>
- Watson, B., Salmoni, A., & Zecevic, A. (2019). Case analysis of factors contributing to patient falls. *Clinical Nursing Research*, 28(8), 911-930. <https://doi.org/10.1177/1054773818754450>
- World Health Organization (WHO) (2008). WHO global report on falls prevention in older age. World Health Organization.

Parte 5

O Caminho para a Saúde 4.0 e a Gestão do Risco de Queda

Desafios à Tecnologia para a Transferência do Conhecimento Sobre Prevenção de Quedas para a População Idosa

Marcelle Miranda da Silva

Introdução

Integrar resultados da pesquisa na prática é um desafio constante na enfermagem e na saúde. Os enfermeiros estão cada vez mais envolvidos com a pesquisa, motivados pelas experiências que retratam as demandas em saúde cada vez mais complexas. O objetivo principal tem sido melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados do paciente por meio do aprimoramento da adoção de boas práticas. Entretanto, para acelerar a tradução do conhecimento, consequentemente, o alcance deste objetivo, é preciso adotar medidas no projeto de pesquisa que envolvem o enquadramento do problema centrado na pessoa e não nos departamentos especializados, a aplicação de métodos científicos e técnicas que favoreçam a participação do público-alvo, como na investigação-ação e nos grupos focais, e meios de comunicação dos resultados das pesquisas que sejam efetivos (Santacrose, Leeman & Song, 2018).

Destaca-se dentre as complexas demandas a atenção às necessidades da pessoa idosa, que envolvem problemas patológicos, em sua maioria por doenças crônicas; fisiológicos próprios do envelhecimento e da senilidade; sociais, especialmente pela situações de insuficiência familiar; psicoemocionais diante das fragilidades e do aumento dos níveis de dependência; econômicos, que no âmbito pessoal decorrem dos custos do cuidado em saúde, comumente pelo uso de múltiplos medicamentos e de outros materiais de consumo, além dos custos em amplo espectro para os sistemas de saúde justificados pelo acelerado crescimento desta parcela da população e pelo cuidado ainda centrado no hospital; e político, que requer visão estratégica, reconhecimento das mudanças e ações para sustentabilidade dos sistemas sociais e de saúde (OMS, 2007).

A diversidade das questões relacionadas ao envelhecimento exige respostas dos profissionais de saúde por meio de conhecimento especializado e aplicado. A enfermagem em saúde do idoso é uma especialidade do enfermeiro de destaque no contexto global. Muitas pesquisas científicas que incluem as palavras-chave geriatria ou idoso e enfermagem podem ser identificadas nas principais bases de dados. Exemplifico com uma busca rápida realizada nas bases MEDLINE e Scopus onde se encontram, respectivamente, 366.757 e 133.948 documentos. Nesta comunicação, estes números apenas ilustram a que patamar estamos neste campo de investigação, e o quanto é importante nos preocuparmos com os seus reais

impactos na prática. Instiga-se saber sobre o acesso, a utilização e a implementação dessas pesquisas pelos enfermeiros, principalmente os assistenciais, uma vez que a familiaridade com a pesquisa pode ser mais comum entre os enfermeiros nas áreas gerenciais e administrativas, bem como entre os envolvidos com a academia, donde parte a filiação da maioria dos estudos publicados (Mitro, et al., 2022).

Dentre os distintos enfoques temáticos das pesquisas sobre o cuidado em saúde às pessoas idosas, tem-se em pauta de discussão a prevenção de quedas. Com a parcela da população mundial com 60 anos ou mais crescendo rapidamente, com o aumento da expectativa de vida, e maior vulnerabilidade às lesões ocasionadas pelas quedas quanto mais avançada a idade, preveni-las é uma prioridade global de saúde pública. A queda é um incidente bastante comum e oneroso, tanto para a pessoa idosa e sua família como para os sistemas de saúde, pois podem causar lesões graves, como na medula espinhal e fraturas nos membros superiores, inferiores e no quadril, que pioram a qualidade de vida, principalmente devido ao declínio funcional e à dor, além de outras consequências deletérias, que incluem desde o medo de cair e menor interação social, até a morte prematura, muitas vezes antecipada por longos períodos de internamento. As quedas nas pessoas idosas respondem por 40% de todas as mortes por lesões (OMS, 2007).

A ocorrência adversa da queda pode acontecer em qualquer ambiente, incluindo o domicílio da pessoa idosa, o entorno do seu convívio social e o ambiente institucional, entretanto, as maiores ocorrências de quedas acontecem no ambiente institucional. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), no relatório global de prevenção de quedas na idade avançada, aproximadamente 28-35% das pessoas com 65 anos ou mais caem a cada ano, porcentagem que aumenta para 32-42% nas pessoas com 70 anos ou mais, e quando se restringe ao contexto das instituições de longa permanência, as quedas acometem entre 30-50% dos idosos, dos quais, 40% sofrem eventos recorrentes de quedas (OMS, 2007).

Diante do conhecimento da escala e magnitude do problema relacionado às quedas na pessoa idosa é preciso investir em planos para reduzir suas ocorrências e lesões, para assim, favorecer um ambiente seguro onde quer que a pessoa idosa esteja. Apesar de algumas evidências apontarem para a eficácia das intervenções na redução de quedas nos ambientes comunitários, a preocupação com este evento é meritória, pois o número de quedas aumenta proporcionalmente ao crescimento

do número de idosos em todo o mundo (Kwon, et al., 2022; Hopewell, et al., 2018; OMS, 2007).

O desafio na prevenção de quedas é ainda maior em países em desenvolvimento, que além da acelerada transição demográfica e recursos financeiros mais restritos, tem-se a negligência dos sistemas de saúde para com as novas demandas de cuidado da população idosa (OMS, 2007). A pobreza e a desigualdade social influenciam todas as dimensões dos fatores de risco para as quedas nos países em desenvolvimento, desde os riscos ambientais nas vias públicas de bairros mais carentes e com assentamentos urbanos informais de moradias precárias, aos riscos socioeconômicos, pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde, e consequentemente, maiores riscos biológicos e comportamentais, pela má gestão da doença crônica, uso de múltiplos medicamentos, cuidado despersonalizado e automedicação.

E é essa multidimensionalidade dos fatores de risco para as quedas de uma população que prospecta ser a maior em todo o mundo num futuro muito próximo, que representa a complexidade das demandas. Como intervir de forma integrada, contextualizada e adaptada às diferentes realidades para atenuar esses riscos? Para além do desenvolvimento de estudos primários com atenção aos elementos supracitados que aceleram a tradução do conhecimento, é preciso direcionar esforços para implementar a mudança partindo de experiências exitosas e da compreensão dos princípios responsáveis pelo sucesso das intervenções, com base nas melhores evidências científicas, e em benchmarkings aplicáveis. Pensar na implementação já no estágio de desenvolvimento da intervenção fecha a lacuna de tempo entre a pesquisa e a prática (Santacrose, Leeman & Song, 2018).

Principais Tendências e Desafios

Na busca pelo desempenho superior e diante de tantas evidências científicas sobre quedas na pessoa idosa, defendo a necessidade de observar, aprender e buscar oportunidades de melhoria dos processos e serviços. Desse modo, assumo o compromisso de apresentar brevemente algumas experiências exitosas relatadas na literatura, com o intuito de incitar a chave para a mudança.

Está bem sedimentada a informação de que os principais fatores protetores

da ocorrência de quedas em idosos estão na mudança do comportamento e do ambiente. No comportamento tem-se as escolhas e as atitudes para um envelhecimento saudável e ativo, como não fumar, alimentar-se bem, com fontes de cálcio, não ingerir bebida alcóolica em excesso, manter o peso na faixa de normalidade, praticar alguma atividade física, ou seja, tudo o que é comumente sabido, mas cercado pelo desafio da mudança de estilo de vida ou de manutenção do estilo, diante de tentações e de condicionantes da vida moderna e maioria proletária. Na adaptação do ambiente, especialmente do domicílio, incluem-se as instalações de dispositivos de apoio, principalmente, em escadas e nas casas de banho, remoção de tapetes ou de qualquer objeto que possa facilitar escorregões ou tropeços, além de evitar mudanças na disposição dos móveis e na organização do ambiente. Cabe ao poder público, dentre outras providências, a manutenção das vias com pavimentação adequada, iluminação e boa sinalização.

As intervenções para prevenção de quedas na pessoa idosa concentram-se na educação em saúde, como no fato de fazê-la acreditar que este evento pode ser evitado e que nem sempre é somente uma fatalidade. Revisão sistemática aponta que as intervenções educativas são eficazes para a prevenção de quedas no contexto comunitário, hospitalar, incluindo as instituições de longa permanência (Ximenes, et al., 2021). A equipe de saúde multiprofissional deve também atentar para a redução dos demais fatores de risco conhecidos, com destaque para a revisão de medicamentos, orientação para o seu uso adequado, e manejo de condições patológicas que possam contribuir para a ocorrência das quedas.

Por meio da abordagem sistemática e integrada, que participa a própria pessoa idosa, a família, a rede social de apoio comunitária e o cuidado institucionalizado tem-se um sistema para a ação retroalimentado por política que forneça infraestrutura e evidências que a apoiem. De acordo com a OMS, “a prática é onde a evidência é aplicada de acordo com os padrões e protocolos estabelecidos pela política” (OMS, 2007, pg. 31).

No campo da política destaca-se uma iniciativa canadense de segurança do paciente e melhoria da qualidade do Canadian Patient Safety Institute e da Registered Nurses’ Association of Ontario – a Safer Healthcare Now! Esta iniciativa buscou combinar a experiência em melhoria da qualidade com a experiência prática baseada em evidências para aumentar a prevenção de quedas, como uma prioridade

nacional de segurança do paciente, e reduzir lesões em suas ocorrências. Foram indicadores de sucesso: a rápida aceitação da política pelas organizações de saúde; a avaliação independente da intervenção; e os relatórios completos e confiáveis que apontaram resultados positivos (MacLaurin & MacConnell, 2011).

O sucesso da iniciativa deveu-se, principalmente, à aplicação de evidências de pesquisas clínicas, que apesar de óbvio, ainda não é o que orienta as tomadas de decisões clínicas e de gestão em muitos sistemas de saúde pelo mundo. O modelo para a transformação incluiu uma abordagem multifacetada por meio de educação interativa, engajamento de líderes de opinião e docentes, aplicação de ideias de mudança no contexto local, monitoramento constante, feedback e coaching. Estruturou-se nos princípios de desenvolvimento, teste, implementação e medição/avaliação, sendo este último para fins de aprendizado e não de julgamento. A medição deve ser guiada por indicadores que ajudam a monitorar o progresso da intervenção, a entender seus processos e resultados relacionados. A equipe precisa ser estimulada a enviar dados para a medição (MacLaurin & MacConnell, 2011).

Para sustentabilidade das ações do programa destacaram-se duas estratégias interessantes: a utilização de recursos que traduzem a pesquisa e outras evidências por meio da geração de produtos técnico-tecnológicos, como E-learning (programas de aprimoramento virtual baseados na web) e guias práticos sustentados por abordagens, como: avaliação de risco, comunicação e educação sobre os riscos de quedas, implementação de intervenções para a pessoa idosa em elevado risco de queda, e personalização das intervenções (MacLaurin & MacConnell, 2011).

Nesse sentido, além de iniciativas que partem das instituições e que promovem integração ensino-serviço, cabe considerar o papel dos programas de pós-graduação em enfermagem para capacitar e estimular enfermeiros na produção de conhecimento inovador e sua transformação em produtos com relevante impacto social. Além dos produtos supracitados, relevam-se outras possibilidades com potencial de mudança a partir da aplicação do conhecimento gerado, como as tecnologias sociais desenvolvidas e aplicadas na interação com a população e apropriadas por ela; os materiais didáticos e instrucionais como jogos, cartilhas e manuais, além de aplicativos de telemóvel voltados à assistência, educação, ensino e gestão.

Assim, diante da necessidade de avançar na ciência da enfermagem em

meio às mudanças nos cuidados de saúde que incluem as altas demandas geradas pelas pessoas idosas, compete também aos programas de pós-graduação continuar a explorar e a testar ideias inovadoras para atender tais demandas. Cabe refletir que tendo como foco a pessoa idosa, deve-se buscar garantir a inclusão, avaliando cuidadosamente limitações relacionadas ao acesso à internet e à usabilidade, além da disponibilidade do próprio equipamento (telemóvel, computador ou tablet), a depender do contexto investigado e da condição socioeconômica da população.

Apesar das barreiras contra o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) com idosos, no campo da prática notabiliza-se o resultado positivo do estudo realizado em Cingapura da campanha de comunicação integrada utilizando a mHealth (tecnologia móvel de saúde) para incentivar idosos a realizar exercícios de forças, equilíbrio e flexibilidade com objetivo de prevenir as quedas. A campanha foi sustentada pela forte evidência da correlação entre a prática de exercícios físicos e a proteção contra a queda. O impacto da campanha foi atribuído pela integração da mHealth em vários canais digitais com conteúdo instrucional e motivacional, e a sustentabilidade abordada com materiais da campanha online, adotados por organizações parceiras. Os resultados destacaram um potencial ainda pouco explorado de campanhas apoiadas pela mHealth para educar idosos sobre comportamentos para prevenir quedas (Brew-Sam, et al., 2022).

É preciso avançar na aplicabilidade da TIC nos contextos de atenção à saúde do idoso, salvaguardados os princípios éticos, mas faltam recomendações sobre o seu uso nas principais diretrizes clínicas (Montero-Odasso, et al., 2021). As instituições de longa permanência, que figuram elevado número de quedas, podem se beneficiar por meio de tecnologias que apoiem a gestão e os processos de atendimento clínico, como o videomonitoramento inteligente e uso de outros aplicativos interativos, tal qual o supracitado (Bourbonnais, et al., 2019).

As diretrizes clínicas são fundamentais para aprimorar o cuidado prestado, e requerem constantes revisões a partir de resultados de diferentes testes de intervenções. E para orientar pesquisadores, destaca-se que a transferência de conhecimento da teoria para a prática pode ser acelerada a partir da reformulação do desenho do estudo, usando abordagem científica rigorosa para divulgar e implementar os resultados. Métodos que incluem a otimização de intervenção e ensaios sequenciais múltiplos randomizados que imitam a prática clínica, ou os

ensaios clínicos pragmáticos com protocolos flexíveis, bem como as abordagens de métodos mistos, são reconhecidos como catalisadores da transferência de conhecimento. Os testes de intervenções precisam ser formulados já com as etapas para a implementação em mente (Santacroce, Leeman & Song, 2018).

O enfermeiro, seja no ambiente domiciliar ou hospitalar, tem potencial para ser um agente de mudança inovador e melhorar a gestão do cuidado para prevenir quedas em idosos, contudo, precisa avançar na geração de inovação, que deve ser reconhecida como competência crítica face à realidade, e umas das preditoras da autoeficácia e da identidade profissional (Joseph, MacCauley & Richmond, 2021). Pautado na avaliação criteriosa e no diagnóstico de enfermagem, o enfermeiro implementa intervenções com base nas evidências da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), que contém 65 atividades de enfermagem de prevenção contra quedas. A eficácia de parte dessas intervenções foi comprovada em estudo randomizado que abordou a queda em idosos com hipertensão arterial (Moreira et al., 2021). Assim como este, outros estudos apontam impactos positivos das intervenções de enfermagem na prevenção de quedas e mudanças comportamentais, com redução dos fatores de risco ambientais e fisiológicos (Ott, 2018; Zhao, et al., 2018).

Além das diversas pesquisas que testam as intervenções, não apenas do enfermeiro, mas multiprofissional, outras tantas diretrizes de prática clínica para prevenção e tratamento de quedas na pessoa idosa foram desenvolvidas. Uma revisão sistemática propôs avaliar as recomendações e os níveis de concordância das 15 diretrizes selecionadas. Destaco a constatação de que nenhuma dessas diretrizes incluiu um painel de idosos e/ou familiares / cuidadores em suas deliberações. Porém, tem-se como desafio para muitas pesquisas, o envolvimento das partes interessadas, com resultados centrados na pessoa idosa, o que pode ser um limite importante quando os idosos apresentam comprometimento cognitivo grave. Observa-se que nestes casos, o problema é delimitado sob a ótica do familiar / cuidador e/ou do profissional de saúde (Montero-Odasso, et al., 2021).

Dentre as intervenções para a prevenção de quedas é um desafio lidar com idosos que residem sós ou que apresentam considerável insuficiência familiar. Algumas medidas multifatoriais para prevenir quedas não dependem exclusivamente do idoso, mas de um emaranhado de condições interdependentes,

tais quais as responsabilidades do poder público nos campos da saúde, da economia e do urbanismo. Muitos idosos podem não ter acesso a muitas intervenções complementares para prevenção da queda, como revisão regular dos medicamentos, tecnologias assistivas, nutrição, intervenção psicológica, assistência domiciliar de enfermagem e segurança doméstica (Hopewell, et al., 2018). Além disso, muitos só passam por avaliações de funcionalidade após a ocorrência de uma queda; assim como as quedas que não levam o idoso ao hospital ganham pouca importância.

Considerações Finais

Os desafios à tecnologia para a transferência do conhecimento sobre prevenção de quedas para a população idosa perpassam por pensar as intervenções na perspectiva multidisciplinar, de cuidados integrados e de forma corresponsável, que envolva todas as engrenagens do sistema, desde o espaço comunitário ao cuidado profissional e institucionalizado. A consciência dos vários determinantes da implementação e de que o sistema atual tem falhas e pode ser melhorado, é o pontapé inicial.

Compreender todos os aspectos, internos e externos à pessoa idosa, que podem levar à ocorrência de quedas e lesões, é fundamental para o sucesso da transferência de conhecimento, que requer das organizações o delineamento de objetivos ambiciosos e engajamento. O mundo já tem conhecimento sobre o escopo e a natureza do problema; é preciso estabelecer programas prioritários de acordo com cada realidade, envolvendo todas as partes interessadas (pessoas idosas, familiares / cuidadores, decisores políticos, educadores, investigadores e prestadores de serviços sociais e de saúde), tendo como base as melhores evidências científicas.

Referências Bibliográficas

- Brew-Sam, N., Chib, A., Torres, A. Y. F., Ng, J. X. J., Wong, Y. T. J., Sze-G, Y. (2022). An Integrated mHealth Campaign to Reduce the Risk of Falling for Older Adults. *J Applied Geront*, 41, 5, 1336-47. <https://doi.org/10.1177/07334648211062877>
- Bourbonnais, A., Rousseau J., Lalonde, M. H., Meunier, J., Lapierre, N., Gagnon, M. P. (2019). Conditions and ethical challenges that could influence the implementation of technologies in nursing homes: A qualitative study. *Int J Older People Nurs.*, 14, 4, e12266. <https://doi.org/10.1111/opn.12266>
- Hopewell, S., Adedire, O., Copsey, B.J., Boniface, G.J., Sherrington, C., Clemson, L., Close, J.C.T., Lamb, S.E. (2018). Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 7, art. no. CD012221. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012221.pub2>
- Joseph, P. V, McCauley, L., Richmond, T. S. J. (2021). PhD Programs and the Advancement of Nursing Science. *Prof Nurs.*, 37, 1, 195-200. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2020.06.011>
- Kwon, J., Squires, H., Franklin, M., Lee Y., Young, T. (2022). Economic evaluation of community-based falls prevention interventions for older populations: a systematic methodological overview of systematic reviews. *BMC Health Serv Res*, 22, 401. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07764-2>
- MacLaurin, A., McConnell, H. (2011). Utilizing quality improvement methods to prevent falls and injury from falls: Enhancing resident safety in long-term care. *J Safety Res*, 42, 6, 525-35. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2011.10.005>
- Mitro, J. P., Pomeroy, J. M. L., Osman, S., Matta, V., Cai, C., Garfinkel, S., et al. (2022). Access, Utilization, and Implementation of Research Among Rehabilitation Nurses: A Qualitative Study. *Rehabil Nurs.*, 47, 3, 99-108. <https://doi.org/10.1097/RNJ.0000000000000367>
- Montero-Odasso, M.M., Kamkar, N., Pieruccini-Faria, F., Osman, A., Sarquis-Adamson, Y., Close, J., et al. (2021). Evaluation of Clinical Practice Guidelines on Fall Prevention and Management for Older Adults: A Systematic Review. *JAMA Netw Open*, 4, 12, e2138911. <https://doi.org/10.1001/jamannetworkopen.2021.38911>
- Moreira, R. P., Guerra, F. V. G., Ferreira, G. O., Cavalcanti, T. F., Felício, J. F., Ferreira, L. C, et al. (2021). Effects of the nursing intervention Fall prevention in older adults with arterial hypertension using NANDA-I, NIC, and NOC. *Int J Nurs Knowl*, 33, 2, 147-61. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12346>
- Ott, L. D. (2018). The impact of implementing a fall prevention educational session

for community-dwelling physical therapy patients. *Nurs Open*, 5,4, 567– 74. <https://doi.org/10.1002/nop2.165>

- Santacroce, S. J., Leeman, J., Song, M. K. (2018). A Training Program for Nurse Scientists to Promote Intervention Translation. *Nurs Outlook*, 66, 2, 149-56. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.09.003>

- World Health Organization (2007). WHO Global Report on Falls Prevention at Older Age. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563536>

- Ximenes, M.A.M., Brandão, M.G.S.A., de Araújo, T.M., Neto, N.M.G., Barros, L.M., Caetano, J.Á. (2021). Effectiveness of educational interventions for fall prevention: A systematic review. *Texto contexto enferm.*, 30, e20200558. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0558>

- Zhao, T., Pi, H. Y., Ku, H. A., Pan, L., & Gong, Z. Y. (2018). Establishment and application effect of fall prevention and control information system in elderly community. *Chin J Physiol*, 34, 2, 182-6. <https://doi.org/10.12047/j.cjap.5540.2018>

A Queda na Mulher em Situação Obstétrica: Resultados Preliminares de uma Scoping Review

Sandra Risso

Doutoranda do Curso de Doutoramento em Enfermagem, da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Mestre em Enfermagem. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE. ORCID: 0000-0002-7169-5570, Portugal.

Tânia Soares

Doutoranda do Curso de Doutoramento em Enfermagem, da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Mestre em Enfermagem. Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. ORCID: 0000-0002-7993-1267, Portugal.

Cristina Marques-Vieira

PhD, MSc, RN. Professora Auxiliar e investigadora integrada do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. ORCID: 0000-0002-4409-7911, Portugal.

Introdução

A estabilidade postural diminui com o avançar da gravidez (Butler et al., 2006; El-Shamy et al., 2016), mantendo-se alterada durante o puerpério (Butler et al., 2006). Verifica-se a ocorrência de queda na mulher em situação obstétrica (grávidas, parturientes e puérperas).

Enquadramento Concetual: Há referência a prevalência de 25% (Butler et al., 2006) e de 27% (Dunning et al., 2003) de queda em grávidas. Registaram-se quedas em puérperas nos primeiros levantes após o parto, nomeadamente em mulheres sujeitas a analgesia epidural (Dunning et al., 2003). Em 100 grávidas sujeitas a analgesia epidural, 9% necessitou de assistência na marcha (Warren, 2012). As quedas causam ferimentos na mulher em situação obstétrica (Nannini et al., 2008; Murphy & Quinlan, 2014; Huzel & Remsburg-Bell, 1996). Gaffey (2015) refere que tem sido dada pouca atenção a quedas de parturientes, puérperas e recém-nascidos. Será objetivo mapear o fenómeno da queda na mulher em situação obstétrica.

Método

Realizou-se uma scoping review (Peters et al., 2020), com a seguinte questão de revisão: “Qual a prevalência, fatores de risco e consequências da queda na mulher em situação obstétrica?”. Consideraram-se estudos com grávidas, parturientes e puérperas, centrados no conceito queda. O contexto incluiu os ambientes intra e extra-hospitalar, em qualquer localização geográfica e cultura. Incluíram-se estudos de abordagem quantitativa e qualitativa, de todos os tipos. Identificaram-se descritores de pesquisa e localizaram-se sinónimos. Pesquisou-se no motor de busca EBSCO Host® (bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials e MedicLatina). Ao longo desta revisão, respeitam-se os autores originais.

Resultados, discussão, conclusões, implicações: Obteve-se uma amostra de 18 estudos. A prevalência de queda varia: em contexto hospitalar, 17,7% (Aşcı et al., 2021), e 10 quedas num ano num hospital com 2200 partos (Baker & Dupree, 2015). Na gravidez, há prevalências de 25% (Butler et al., 2006), 27% (Dunning et al., 2010) e 32,5% (Okeke et al., 2014). Há relato de uma taxa de queda em grávidas de 48.9 por 100.000 partos (Schiff, 2008). 1466 mulheres grávidas sofreram quedas

em escadas (Wallberg et al., 2021). Foram identificadas de mais de uma queda na gravidez: 10% (Aşcı et al., 2021) e 37% (Okeke et al., 2014). Em puérperas, regista-se uma taxa de queda no pós-parto superior à média nacional dos EUA (2,79 em 1000 adultos) de quedas em adultos submetidos a cirurgia (Lockwood & Anderson, 2013). Relatam-se, em grávidas, fatores de risco fisiológicos: progressão na idade gestacional (Connolly et al., 1997; Dunning et al., 2010; Schiff, 2008), idade entre os 20 e os 30 anos (Dunning et al., 2010; Okeke et al., 2014), e primiparidade (Okeke et al., 2014). Em puérperas, encontrou-se um fator de risco – o levantar sem ajuda (Lockwood & Anderson, 2013). Os fatores de risco ambientais remetem-se para a movimentação das grávidas – escadas (Aşcı et al., 2021; Dunning et al., 2010; Okeke et al., 2014; Schiff, 2008; Vladiutu et al., 2010), superfícies escorregadias (Aşcı et al., 2021; Dunning et al., 2010; Okeke et al., 2014; Wallberg et al., 2021). Os efeitos da analgesia/anestesia epidural surgem como fator de risco (Lockwood & Anderson, 2013). Identificaram-se outros fatores de risco para grávidas: história anterior de queda (Aşcı et al., 2021), tipo de vestuário (Aşcı et al., 2021; Dunning et al., 2010) e ser vítima de violência física (Dunning et al., 2010). Como consequências para o grupo das grávidas: algias (Aşcı et al., 2021), fraturas (Aşcı et al., 2021), início de trabalho de parto (Zangene et al., 2014), trabalho de parto prematuro (Dunning et al., 2010; Schiff, 2008; Pak et al., 1998), hemorragia vaginal e diminuição dos movimentos fetais (Wallberg et al., 2021), perda gestacional (Connolly et al., 1997; Zangene et al., 2014). Existem ocorrências e fenómenos na gravidez, parto e puerpério, que podem originar queda e fazer com que ocorram morbilidades que afetem a mulher e o feto/recém-nascido. Verifica-se, internacionalmente, evidência sobre o risco de queda da mulher em situação obstétrica. A evidência pode contribuir para a prática do enfermeiro que assiste a mulher em situação obstétrica para a promoção da segurança e prevenção de complicações.

Palavras-Chave

Acidentes por Quedas; Gestantes; Trabalho de Parto; Período Pós-parto.

Referências Bibliográficas

- Aşcı, Ö., Kocaoz, S., Kara, P., & Taş, F. (2021). Falls in Turkish Women During Pregnancy: Prevalence, Affecting Factors and Treatment-seeking Behavior. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 9(2), 2725-2732. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2021.53270.1655>
- Baker, B., & Dupree, J. (2015). Patient Falls in Labor and Delivery. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 44, S17-S17. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12683>
- Butler, E. E., Colón, I., Druzin, M. L., & Rose, J. (2006). Postural equilibrium during pregnancy: decreased stability with an increased reliance on visual cues. *American journal of obstetrics and gynecology*, 195(4), 1104-1108. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2006.06.015>
- Connolly, A. M., Katz, V. L., Bash, K. L., McMahon, M. J., & Hansen, W. F. (1997). Trauma and pregnancy. *American journal of perinatology*, 14(06), 331-336. <https://doi.org/10.1055/s-2007-994155>
- Dunning, K., LeMasters, G., Levin, L., Bhattacharya, A., Alterman, T., & Lordo, K. (2003). Falls in Workers During Pregnancy: Risk Factors, Job Hazards, and High-Risk Occupations. *American Journal of Industrial Medicine*, 44, 664-672. <https://doi.org/10.1002/ajim.10318>
- Dunning, K., LeMasters, G., & Bhattacharya, A. (2010). A major public health issue: the high incidence of falls during pregnancy. *Maternal and child health journal*, 14(5), 720-725. <https://doi.org/10.1007/s10995-009-0511-0>
- El-Shamy, F., Ghait, A. S., & Morsy, M. (2016). Evaluation of Postural Stability in Pregnant Women. *British Journal of Medicine & Medical Research*, 11(10), 1-5. <https://doi.org/10.9734/BJMMR/2016/21551>
- Gaffey, A. D. (2015). Fall prevention in our healthiest patients: assessing risk and preventing injury for moms and babies. *Journal of healthcare risk management*, 34(3), 37-40. <https://doi.org/10.1002/jhrm.21163>
- Huzel, P. S., & Remsburg Bell, E. A. (1996). Fetal complications related to minor maternal trauma. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 25(2), 121-124. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1996.tb02414.x>
- Lockwood, S., & Anderson, K. (2013). Postpartum Safety: A Patient-Centered Approach to Fall Prevention. *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing*, Jan-Feb 38(1), 15-8. <https://doi.org/10.1097/NMC.0b013e31826bae4b>
- Murphy, N.J., & Quinlan, J.D. (2014). Trauma in pregnancy: assessment, management, and prevention. *American family physician*, 90(10), 717-722. <https://www.aafp.org/>

[afp/2014/1115/afp20141115p717.pdf](https://doi.org/10.1016/j.afp.2014.11.115)

- Nannini, A., Lazar, J., Berg, C., Tomashek, K., Cabral, H., Barger, M., ... & Kotelchuck, M. (2008). Injury: a major cause of pregnancy-associated morbidity in Massachusetts. *Journal of midwifery & women's health*, 53(1), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2007.07.018>
- Okeke, T. C., Ugwu, E. O., Ikeako, L. C., Adiri, C. O., Ezenyeaku, C. C. T., Ekwuazi, K. E., & Okoro, O. S. (2014). Falls among pregnant women in Enugu, Southeast Nigeria. *Nigerian journal of clinical practice*, 17(3), 292-295. <https://doi.org/10.4103/1119-3077.130228>
- Pak, L. L., Reece, E. A., & Chan, L. (1998). Is adverse pregnancy outcome predictable after blunt abdominal trauma? *American journal of obstetrics and gynecology*, 179(5), 1140-1144. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(98\)70121-8](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(98)70121-8)
- Peters M.D.J., Godfrey C., McInerney P., Munn Z., Tricco A.C., Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E., Munn Z. (Editors). *JB I Manual for Evidence Synthesis*, JBI. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/3283910770>
- Schiff, M. A. (2008). Pregnancy outcomes following hospitalisation for a fall in Washington State from 1987 to 2004. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(13), 1648-1654. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01905.x>
- Vladutiu, C. J., Evenson, K. R., & Marshall, S. W. (2010). Physical activity and injuries during pregnancy. *Journal of physical activity & health*, 7(6), 761-769. <https://doi.org/10.1123/jpah.7.6.761>
- Wallberg, C. D., Smart, D. M., Mackelprang, J. L., & Graves, J. M. (2021). Stair-related injuries among pregnant women treated in United States emergency departments. *Maternal and child health journal*, 25(6), 892-899. <https://doi.org/10.1007/s10995-021-03141-3>
- Warren, S. (2012). Fall Risk Screen for the Postepidural, Postpartum Patient. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41, S126. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01362_11.x
- Zangene, M., Ebrahimi, B., & Najafi, F. (2015). Trauma in pregnancy and its consequences in Kermanshah, Iran from 2007 to 2010. *Global journal of health science*, 7(2), 304. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n2p304>

ISBN 978-989-53445-2-9

