



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

**Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente
Enfermagem à Pessoa Idosa**

**PREVENÇÃO E MONITORIZAÇÃO DA QUEDA NO
IDOSO HOSPITALIZADO NUM SERVIÇO DE
URGÊNCIA**

Maria Olinda de Medeiros Ourique

2011





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Enfermagem à Pessoa Idosa

PREVENÇÃO E MONITORIZAÇÃO DA QUEDA NO IDOSO HOSPITALIZADO NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA


Maria Olinda de Medeiros Ourique

Relatório de estágio orientado por:

Sr.ª Prof. Enf. Adriana Henriques

Sr.ª Enf. Carmen Gaudêncio

2011



AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço à Sr.^a Professora Coordenadora Adriana Henriques que me orientou em todo o percurso deste trabalho. A sua orientação foi de grande utilidade, contribuindo para o meu desenvolvimento académico, pessoal e profissional.

À Enfermeira Especialista Carmen Gaudêncio pela co-orientação, amizade e partilha do saber, cujos conselhos se revelaram enriquecedores.

Ao Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência Geral do Hospital Dr. José de Almeida, Enfermeiro José Friães, por toda a disponibilidade e incentivo dado durante o período do estudo académico.

À Direcção de Enfermagem que autorizou o desenvolvimento deste projecto, em particular à Enfermeira Supervisora Fátima Zuzarte Sousa, pelo enorme interesse e disposição em colaborar sempre que solicitado o seu apoio.

A toda a equipa do Serviço de Urgência Geral, em particular aos enfermeiros e assistentes operacionais, por toda a colaboração, apoio, partilha e amizade, que ajudaram na implementação deste projecto.

Às Enfermeiras do Gabinete de Gestão de Risco do Hospital de Santa Marta, pelo simpático acolhimento e partilha de conhecimentos.

À Doutora Cristiane Bastos Silveira e ao Dr. Artur Silvério por toda a colaboração e esclarecimentos no tratamento estatístico dos dados.

Aos meus pais José e Noémia, irmão Imanuel e avó Henriqueta pelo apoio e constante encorajamento. Apesar da distância física estiveram sempre presentes em todos os momentos deste percurso. Em especial ao meu marido Jorge, pela paciência, compreensão inestimável e incondicional apoio.

RESUMO

As quedas dos idosos em ambiente hospitalar podem assumir consequências graves tanto a nível físico como psicológico, bem como ser causadoras do aumento do tempo de internamento. Devido aos factores de risco que lhes estão associados, esta faixa etária tem uma maior probabilidade de queda.

No âmbito deste projecto foi implementada uma política de prevenção e monitorização da queda nos idosos hospitalizados no Serviço de Urgência Geral do Hospital Dr. José de Almeida.

A avaliação do risco de queda permite a aplicação de medidas preventivas, tendo para o efeito sido utilizada a escala de Morse adaptada. Dos 633 idosos que no período de dois meses ficaram internados na sala de observação do serviço, 467 (74%) foram avaliados. Foram registadas 16% de avaliações com Baixo Risco, 67% de Médio Risco e 17% de Elevado Risco de queda. Os dados não foram estatisticamente significativos no estabelecimento de uma relação entre o aumento da idade e o Risco Elevado, nem entre o género e este grau de risco. Não ocorreram quedas durante o período de estudo em todo o serviço. A escala de Morse e o sistema de sinalização dos graus de risco revelaram-se bem adaptados a este serviço de urgência.

A existência de medidas de prevenção e monitorização do risco são importantes para a melhoria da qualidade dos cuidados. O enfermeiro assume um papel determinante na implementação e avaliação das medidas de prevenção e monitorização da queda dos idosos em ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Quedas, idosos, avaliação do risco de queda, serviço de urgência geral, prevenção da queda.

ABSTRACT

Falls in the elderly while in hospital may lead to serious complications both physically and psychologically, as well as contributing to increased hospitalization time. Due to the risk factors associated with this age group there is a higher probability of falls.

This project implemented a policy of prevention and monitoring of the falls in hospitalized elderly patients in the Emergency Department (ED) of Hospital Dr. José de Almeida.

The fall risk assessment allows the application of preventive measures, to evaluate this risk we used an adapted Morse fall scale. From the 633 elderly people admitted to the observation room in the two-month study period, 467 (74%) were evaluated. We recorded 16% of the assessments with Low Risk, 67% with Medium Risk and 17% with High Risk of falling. The data was not statistically significant in establishing a correlation between increasing age and the High Risk, or between gender and this degree of risk. There were no falls recorded during the study period in the ED. The Morse fall scale and the identification system adopted proved well suited to this ED.

The existence of preventive measures, risk monitoring and assessment are important for improving the quality of care. The nurse takes a leading role in the implementation and assessment of the preventive measures and fall monitoring of the elderly in hospital.

Keywords: Falls, elderly, fall risk assessment, emergency department, fall prevention.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1.1. Quedas	12
1.2. Idosos e quedas	13
1.3. Factores de risco nos idosos	16
1.4. As quedas em ambiente hospitalar.....	17
1.5. Enfermeiro perito no cuidar do idoso.....	20
2. METODOLOGIA E PLANO DE TRABALHO	23
2.1. Área de intervenção.....	23
2.2. População	23
2.3. Actividades e estratégias.....	23
2.3.1. Gabinete de Gestão de Risco – Hospital de S. Marta	23
2.3.2. Serviço de Urgência Geral – Hospital Dr José de Almeida	24
2.4. Tratamentos dos dados.....	27
3. APRESENTAÇÃO E TRATAMENTOS DOS DADOS	29
3.1. Caracterização da amostra	29
3.2. Dados relativos à avaliação do risco de queda	30
3.3. Respostas às questões da “Escala de avaliação do risco de queda”	32
3.4. Resultados da avaliação do risco de queda	33
3.5. Risco de queda elevado	33
3.5.1. Respostas às questões da “Escala de avaliação do risco de queda” das avaliações com grau Elevado Risco.....	34
3.6. Quedas no Serviço de Urgência Geral.....	35
4. DISCUSSÃO	36
5. CONCLUSÃO.....	42
BIBLIOGRAFIA	44
ANEXOS	50
ANEXO I - Procedimento da política de redução do risco de lesões resultantes de quedas em doentes	
ANEXO II - Escala de avaliação do risco de queda em suporte de papel	
ANEXO III - Autorização para a tradução e utilização da "Escala de queda de Morse"	
ANEXO IV - Avaliação do risco de queda em idosos em processo clínico informatizado	

ANEXO V - "Monitorização de quedas em meio hospitalar" em suporte de papel

ANEXO VI - Sinalização do grau de risco de queda

ANEXO VII - Planeamento das acções de formação e sensibilização à equipa de enfermagem

ANEXO VIII - Planeamento da acção de formação e sensibilização à equipa de assistentes operacionais

ANEXO IX - Lista de verificação "Avaliação das condições físicas e ambientais"

ANEXO X - Autorização da Direcção de Enfermagem do Hospital Dr. José de Almeida

ANEXO XI - Gráficos das respostas às questões da "Escala de avaliação do risco de queda"

ANEXO XII - Gráficos das respostas às questões da "Escala de avaliação do risco de queda", das avaliações com grau Elevado Risco

SIGLAS

CESDET – Cooperativa de Ensino Superior e Desenvolvimento Económico, Social e Tecnológico

CEREPRI – Center for Research and Prevention of Injuries

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EUNESE – European Network for Safety Among Elderly

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

JCI – Joint Commission International

NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence

RNAO – Registered Nurses' Association of Ontario

SO – Sala de Observação

SUG – Serviço de Urgência Geral

UE-27 – União Europeia

WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

As quedas em ambiente hospitalar são um problema com que as instituições e os profissionais de saúde têm de lidar no seu dia-a-dia. Uma grande percentagem de acidentes em hospitais estão relacionados com quedas, tornando-se os números e as consequências particularmente preocupantes quando associados à faixa etária dos 65 ou mais anos. A conjugação de múltiplos factores de risco associados ao envelhecimento, tornam o idoso numa potencial vítima das quedas e das suas comorbilidades (Sheldon 1960, Perracini 2006, Caldevilla e Costa 2009, Carpenter et al 2009, Almeida, Abreu e Mendes 2010).

Os idosos são um grupo particularmente vulnerável não só pelas multipatologias frequentemente associadas, como também pelo risco de perda de autonomia. A segurança das pessoas desta faixa etária deve ser um foco de atenção por parte dos profissionais de saúde pois, como é referido pela World Health Organization (WHO) (2007), manter a capacidade funcional dos idosos passa por manter a independência e prevenir a incapacidade. As quedas nos idosos podem acarretar consequências físicas e psicológicas graves, como lesões físicas, aumento da dependência ou incapacidade, síndrome pós-queda, depressão, aumento do período de hospitalização e até a morte, estimando-se que 50% dos idosos que caem morrem no período de um ano, como alertam Almeida, Abreu e Mendes (2010) citando Nogueiro (2002). As quedas apresentam também repercussões para a família e para as instituições, traduzindo-se em maiores custos monetários e de recursos humanos, com consequências para o sistema de saúde com aumentos na necessidade de cuidados de longa duração e de institucionalizações.

A implementação de uma política de prevenção da queda no idoso torna-se incontornável para se conseguir intervir de forma eficaz. Impõe-se assim aos profissionais de saúde o grande desafio de identificar factores de risco e actuar sobre eles. O enfermeiro além do vasto espectro de conhecimentos, necessita de em cada acto profissional fazer escolhas e tomar decisões, tendo sempre em conta a pessoa a quem é dirigida a intervenção. É necessário avaliar e identificar precocemente os idosos em risco de cair para implementar medidas individuais preventivas adequadas e assim intervir de forma eficaz, como diz Miller et al (2009) ao afirmar que com uma

avaliação do risco de queda e intervenção adequada, é possível reduzir a incidência das quedas numa população idosa. O risco de queda é pois um diagnóstico de enfermagem e a avaliação a forma que o enfermeiro tem de melhorar a sua intervenção, no âmbito de uma política de prevenção do risco de queda.

A literatura é profícua na abordagem a esta temática, incidindo particularmente na identificação de factores de risco e de medidas de prevenção (National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 2004, Todd e Skelton 2004, Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) 2005, Perracini 2006, Morse 2009, Almeida, Abreu e Mendes 2010). Também sublinham que o risco de queda pode ser significativamente reduzido através de programas de prevenção, que visem uma intervenção sobre os factores de risco. Existem várias directrizes a nível internacional, emanadas de instituições reconhecidas pela sua excelência na área da saúde, como a NICE (2004) ou a RNAO (2005). Contudo, existe pouca informação dirigida à implementação de programas de prevenção da queda em idosos nos serviços de urgência, apesar da literatura identificar esta faixa etária como a que recorre mais a estes serviços.

Este projecto tem como finalidade a implementação de uma política sistematizada de prevenção e monitorização da queda nos idosos hospitalizados no Serviço de Urgência Geral (SUG) do Hospital Dr. José de Almeida, e como objectivo: “Prevenir e monitorizar a queda no doente idoso hospitalizado no Serviço de Urgência Geral do Hospital Dr. José de Almeida”. Assim, para se atingir a finalidade e o objectivo deste projecto foram delineados objectivos específicos: sensibilizar a instituição para a importância da implementação de medidas de avaliação e prevenção do risco de quedas; sensibilizar os profissionais de saúde do SUG para a problemática do risco de quedas em idosos, para a sua monitorização e para a implementação de medidas de prevenção; implementar uma escala de avaliação de risco de queda em idosos; incluir no sistema informático a escala de avaliação de risco de queda e o respectivo sistema de alerta para os idosos identificados com risco de queda; sistematizar os registos de enfermagem para otimizar a continuidade dos cuidados; assegurar que todos os idosos que sofrem uma queda no SUG sejam monitorizados; proporcionar um ambiente seguro, identificar locais e situações de risco, elimina-las ou reporta-las para resolução; avaliar as estratégias implementadas.

Para alcançar estes objectivos estabeleceram-se estratégias e opções metodológicas. A revisão da literatura permitiu estabelecer o enquadramento teórico desta temática, a partir do qual se orientou todo o percurso deste projecto e se sustentou a interpretação dos resultados. As palavras-chave utilizadas no enquadramento teórico são: quedas, idosos, avaliação do risco de queda, factores de risco, ambiente hospitalar, serviço de urgência geral, enfermagem, prevenção da queda.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Apresenta-se a análise crítica de um conjunto de publicações feita através da revisão da literatura, tendo em atenção a sua importância, evidência científica, pertinência e relação com o tema. Tem-se como objectivo descrever as bases teóricas e conceptuais da temática em estudo e explicitar o actual estado da arte neste domínio, tal como nos diz Fortin (2009) “fazer uma revisão aprofundada da literatura é também tomar em conta o avanço dos conhecimentos”. A pesquisa bibliográfica foi um processo contínuo durante todo o projecto, desde a sua fase inicial, até à sua implementação no SUG.

1.1. Quedas

Morse afirma que um dos problemas de realizar uma investigação sobre as quedas é definir a própria queda (Morse, 2009), aconselhando a utilizar a nossa melhor decisão: será que ao encontrarmos um doente no chão e não havendo testemunhas, este evento poderá ser considerado uma queda? Se um doente tropeçar, agarrar o corrimão e não atingir o chão poderá ser considerado uma queda? Cabe aos profissionais de saúde perante cada situação tomar a melhor decisão.

A queda é no entanto definida pela WHO (2010) como o evento que leva a pessoa inadvertidamente ao solo ou a um nível inferior. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (International Council of Nurses, 2005) a queda é 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”, definição também utilizada por Caldevilla e Costa (2009).

Morse (2009) apresenta uma classificação para as quedas, também seguida por Hendrich, Bender e Nyhuis (2003) na qual identifica e apresenta a probabilidade de ocorrência de três tipos de quedas:

quedas acidentais – associadas aos riscos ambientais ou más avaliações dos obstáculos ou barreiras físicas, ocorrem em 14% das vezes;

quedas fisiologicamente previsíveis – acontecem em indivíduos com factores de risco conhecidos relacionados com a sua condição clínica, surgindo em 78% dos casos;

quedas fisiologicamente imprevisíveis – ocorrem em doentes que não têm factores de risco identificados, até ocorrer uma queda devido, por exemplo, a uma crise convulsiva. Surgem em menor percentagem, cerca de 8%.

Esta classificação incide sobre os factores que influenciam o risco de queda, sejam eles associados ao meio físico envolvente ou inerentes à situação clínica do indivíduo, logo, passíveis de serem controlados de forma a serem minimizados ou eliminados.

1.2. Idosos e quedas

Em Portugal, desde 1960 tem-se verificado a existência de um crescente envelhecimento demográfico. A percentagem de população jovem tem vindo a diminuir e tem-se dado um incremento da população idosa. Dados de 2009 do Departamento de Economia e Assuntos Sociais das Nações Unidas mostram que Portugal é o 8º país do mundo com maior percentagem de pessoas com 60 ou mais anos de idade, 23% (United Nations, 2009). Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), estima-se que em 2025 a população portuguesa com mais de 65 anos atinja os 32% da população (INE, 2000).

Eliopoulos (2005) afirma que “a partir de determinada época, todas as pessoas acima de 65 anos eram agrupadas sob a categoria de idosos”. A WHO (2010) define idoso nos países desenvolvidos como as pessoas que pertencem à faixa etária com 65 ou mais anos.

Esta faixa da população merece particular atenção, não só pelo seu crescimento populacional, mas também pelas suas características intrínsecas, aqui referidas por Silva (2006):

“as pessoas idosas constituem um grupo socialmente vulnerável, grande consumidor de cuidados de saúde, sendo preocupante “a optimização da estadia dos idosos nos hospitais porque, além de polipatologias quase sempre presentes, os riscos de perda de

autonomia são maiores do que noutras faixas etárias” (Costa, 2002:27), o que se pode traduzir num acréscimo de dependência dos cuidados familiares e comunitários após o período de internamento”.

Segundo o “Global report on falls prevention in older age” da WHO (2007) as quedas e os resultados das lesões nos idosos é um problema de saúde em todas as regiões do mundo que se deparam com o impacto do envelhecimento da população.

Os valores para a incidência de quedas nos idosos apresentados na literatura são preocupantes. A European Network for Safety Among Elderly (EUNESE) refere que

“as quedas são a principal causa de lesão entre os idosos, seguida de: acidentes de viação; queimaduras e incêndios; afogamentos; envenenamento (...) 30% das pessoas com mais de 65 anos e 50% daqueles com mais de 80 anos caem todos os anos” (CEREPRI, 2006).

Eliopoulos (2005) afirma que as consequências das quedas são sérias, e que 20% das admissões hospitalares estão relacionadas com este problema.

Cerca de 30% dos idosos com mais de 65 anos que vivem na comunidade caem pelo menos 1 vez por ano, e quase 10% caem 2 ou mais vezes (Cumming, 1998). Caldevilla e Costa (2009), referindo-se especificamente a Portugal afirmam que:

“as quedas representam 66% dos mecanismos de lesão mais registados quando os idosos procuram hospitais ou centros de saúde, o que vai de encontro às estatísticas de outros países da EU onde as quedas representam 75% de todos os doentes que necessitam de cuidados médicos”.

Também Calkins, Ford e Katz (1997) apresentam dados estatísticos preocupantes ao afirmarem que

“as quedas são as principais causas de morte acidental em pessoas idosas. As fracturas de quadril ocorrem em cerca de 1% das quedas, outras fracturas em cerca de 5% das quedas e injúria grave aos tecidos moles em cerca de 5% das quedas”.

Perracini (2006) alerta para a causa de morte devido a quedas, a partir do exemplo dos Estados Unidos da América:

“os acidentes são a quinta causa de morte entre os idosos e as quedas são responsáveis por dois terços destas mortes acidentais. Aproximadamente 75% das mortes decorrentes de quedas nos Estados Unidos ocorrem em 14% da população acima de 65 anos de idade, e o índice de mortalidade aumenta dramaticamente após os 70 anos, principalmente em homens”.

A EUNESE refere que nos países da União Europeia (UE-27) ocorrem perto de 40.000 mortes de idosos devido a quedas (CEREPRI, 2006). Segundo dados da WHO de 2000 a 2004, ajustados por CEREPRI (2006) para a UE-27, a taxa de mortalidade ajustada pela idade para mortes por quedas em Portugal são de 27,5 por 100.000 idosos, ocupando a 9ª posição dessa tabela, liderada pela Bulgária com 8,6 e seguida da Espanha com 13,5. A Hungria apresenta de longe a pior taxa, com 165,5 por 100.000 idosos, sendo que a República Checa ocupa a penúltima posição com um valor de 120,2.

As quedas também podem causar perturbações indirectas no bem-estar e independência da pessoa idosa, como refere Eliopoulos (2005):

“mesmo não ocorrendo trauma físico, as vítimas de quedas podem desenvolver o medo de cair novamente e reduzir suas actividades devido a isso, o que pode levar à dependência excessiva, à perda da função, à diminuição da socialização e à má qualidade de vida”.

A preocupação com as quedas em idosos não é recente, em 1960 é publicado por Sheldon no British Medical Journal um artigo intitulado “On The Natural History of Falls in Old Age”, no qual afirma que a probabilidade de um idoso cair e muitas vezes ferir-se, é uma experiência tão comum que foi tacitamente aceite como um aspecto inevitável do envelhecimento e assim, privado do exercício da curiosidade (Sheldon, 1960). O autor afirma ainda que a principal causa da queda dos idosos que vivem em casa, é de causa acidental ou seja, passível de ser prevenida.

1.3. Factores de risco nos idosos

Os factores de risco de queda na população idosa são apresentados extensivamente na literatura, devendo ser incorporados e tidos em particular atenção aquando da avaliação do risco de queda. Os factores de risco podem ser divididos em dois grandes grupos devido à sua etiologia multifactorial: factores extrínsecos (relacionados com o ambiente) e factores intrínsecos (relacionados com a pessoa) (Todd e Skelton 2004, Morse 2009).

Pode-se salientar de entre os factores extrínsecos a existência de obstáculos no meio envolvente, a ausência ou inadequação de ajudas técnicas, apoios de marcha inadequados, vestuário e calçado inadequado, superfícies irregulares ou escorregadias, inexistência de corrimões, entre outros.

Nos factores intrínsecos podem ser salientados a idade avançada, comorbidades específicas, tal como doença de Parkinson, alterações fisiopatológicas, síndrome pós-queda, restrição física, género e consequências do uso de fármacos. Salientando-se neste último caso a polimedicação, uma vez que a relação entre as quedas e o aumento do número de medicamentos é cada vez maior (NICE 2004, Caldevilla 2009, Almeida, Abreu e Mendes 2010).

Como nos dizem Almeida, Abreu e Mendes (2010):

“a maioria dos estudos, abordam os factores de risco de forma casuística, permitindo diferentes agrupamentos. (...) Apesar das limitações encontradas nos estudos analisados, os mesmos autores, fazem uma retrospectiva e referência os trabalhos de:

– Hendrich *et al.* (1992) que apontam sete factores de risco – história de quedas anteriores, depressão, alterações ao nível da eliminação, tonturas/vertigens, diagnóstico de cancro, confusão e mobilidade alterada; (...)

– Morse (1997) que considera seis factores de risco – história de queda, presença de um diagnóstico secundário, uso de ajudas em ambulatório, terapia endovenosa ou “*heparin lock*”, marcha prejudicada e má orientação do doente para as suas próprias capacidades”.

1.4. As quedas em ambiente hospitalar

Por serem um dos problemas mais frequentemente documentados durante o internamento nos hospitais, as quedas têm-se tornado cada vez mais um foco na actual discussão da segurança dos doentes e dos indicadores de qualidade das instituições.

Os dados são preocupantes, pois mostram que a incidência de quedas é maior nas instituições do que fora delas, como é referido por CEREPRI (2006): “as taxas de quedas entre os residentes de instituições são muito mais altas do que os que residem na comunidade”. Calkins, Ford e Katz (1997) afirmam o mesmo: “as quedas ocorrem em cerca de um terço de idosos que habitam na comunidade e em cerca da metade dos residentes de clínicas geriátricas a cada ano”. Também Papaioannou (2004) chama a atenção para este alto nível de incidência, ao escrever que “de todos os acidentes nos hospitais, pelo menos 40% são quedas. O risco de fractura da anca é 11 vezes maior nos doentes no hospital do que na comunidade”.

Oliver et al (2004) numa revisão sistemática da literatura de 1966 a 2002, sobre factores de risco e ferramentas de avaliação de risco de queda em doentes no hospital refere, a partir de dados de vários autores que:

“as quedas são comuns nos doentes hospitalizados. Existe uma taxa de 2,9 - 13 quedas por 1000 dias de internamento/cama. Até 30% dessas quedas podem resultar em lesões, incluindo fracturas de crânio ou traumatismos dos tecidos moles, os quais podem levar ao comprometimento da reabilitação e co-morbidade. As quedas estão associadas ao aumento dos níveis de ansiedade e de depressão, perda de confiança e síndrome pós-queda. Estão também associadas ao aumento do tempo de hospitalização e encaminhamentos para lares. Há um aumento dos custos para o doente e para os hospitais. Também pode resultar em sentimentos de ansiedade e culpa entre os profissionais, queixas ou processos pelos familiares dos doentes. Pode existir uma sensação de que algo poderia ter sido feito para prevenir a queda e que alguém é responsável” (tradução do autor).

Também Schwendimann et al (2006) afirmam que as quedas acarretam custos para as instituições, devido ao prolongamento do internamento e ao aumento dos custos dos cuidados de saúde.

As quedas em instituições hospitalares podem ser causadoras de danos graves. Estima-se que 6% tenham como consequência graves lesões que comprometem o estado de saúde, ou mesmo a morte devido à própria queda ou por causas secundárias (Morse, 2009).

Grenier-Sennelier (2002) resume a problemática das quedas nos idosos no seguinte parágrafo:

“as quedas são comuns entre os idosos hospitalizados em qualquer país. As suas consequências são sérias, com 1,3 - 14% de doentes com fracturas. Além disso, também com efeitos psicológicos tais como medo de queda, ansiedade e depressão (...) As quedas também estão associadas a reinternamentos e alta para lares. Ou seja, a ocorrência de queda muitas vezes representa o ponto de viragem no curso clínico da pessoa idosa, além do aumento dos custos no sistema” (tradução do autor).

As instituições e os profissionais de saúde têm a responsabilidade ética de promover, prevenir e salvaguardar a segurança dos doentes. Devem ser desenvolvidos programas institucionais e estabelecidas rotinas que promovam a segurança de todos aqueles que se dirijam a uma instituição de saúde. Como nos diz o Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2006):

“Em pleno acordo com o ICN, a segurança é essencial à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem. O desenvolvimento da segurança envolve um conjunto de medidas, com largo espectro de acção, como o recrutamento, a integração e a fixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão de risco (o que inclui o controlo de infeções, uma prática clínica segura, segurança dos equipamentos, a manutenção de um ambiente de cuidados seguro), e a isto se junta um corpo de conhecimento científico focado na segurança da pessoa e nas infra-estruturas necessárias para o garantir. Os cuidados prestados às pessoas requerem segurança – e isto inclui a informação sobre os riscos e a redução do risco. (...) Os enfermeiros têm um papel crucial na identificação de situações de risco, bem como na análise, proposta e aplicação de soluções para os problemas encontrados. (...) As organizações, os serviços e os profissionais têm a responsabilidade ética de promover e salvaguardar a segurança dos clientes, reduzindo os riscos e prevenindo os eventos adversos. Devem ser desenvolvidos programas organizacionais que comuniquem claramente a importância da segurança, incluindo gestão e

desenvolvimento dos profissionais assim como sistemas e processos que promovam a segurança”.

A prevenção da queda assume particular importância na promoção da segurança do doente hospitalizado. A monitorização do risco de queda deve fazer parte da rotina dos cuidados de enfermagem, porque os enfermeiros devem

“assumir uma atitude proactiva ao nível da investigação, formação e implementação de medidas preventivas. Esta responsabilização profissional na melhoria da qualidade dos cuidados será, assim, um importante contributo no caminho para a excelência do cuidar” (Almeida, Abreu e Mendes, 2010).

Dos vários instrumentos de avaliação de risco de queda nenhum está validado especificamente para os serviços de urgência. Talvez porque os factores de risco específicos e medidas de prevenção eficazes ainda não foram identificadas, como é dito por Carpenter et al (2009).

A prevenção das quedas deve ser uma prioridade para as organizações de saúde. Enquanto o risco de queda não puder ser eliminado, pode ser significativamente reduzido através da implementação de um programa de prevenção de quedas eficaz (Oliver, 2004).

A atenção dada a este tema a nível mundial é grande e vários países dedicam recursos financeiros e humanos para a prevenção das quedas, particularmente nos idosos. Existem directrizes criadas por várias instituições com o intuito de ajudarem os profissionais de saúde na implementação de programas de prevenção da queda em pessoas idosas. São exemplo disso as directrizes publicadas pelo Royal College of Nursing e validadas pela NICE (2004): “Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people”. A associação canadiana RNAO (2005) elaborou a directriz “Prevention of falls and fall injuries in the older adult”, especificamente para os enfermeiros que prestam cuidados a doentes institucionalizados, e assim melhorar as competências na identificação e avaliação dos idosos em risco de cair e definir intervenções para a prevenção, promovendo o uso responsável dos recursos de saúde.

A Austrália desde 2004, em parceria com a Nova Zelândia desde 2006, organizam bianualmente uma conferência tendo como temática a prevenção das quedas. A sua

quarta edição, em Novembro de 2010, teve como tema: “Prevenção de Quedas: passado, presente e futuro”. Essa parceria pretende também promover o estudo a nível multidisciplinar e a implementação de medidas para a prevenção de quedas em idosos. Também na Austrália, no estado de Nova Gales do Sul, o mês de Abril é dedicado às quedas, tendo como objectivo aumentar a sensibilização dos profissionais e utentes dos serviços de saúde para o aumento da prevenção de quedas.

Em contexto nacional a preocupação sobre o tema vai de encontro à melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados prestados aos doentes, através de processos de acreditação por instituições internacionais, tal com a Joint Commission International (JCI), que emanam directrizes, impõem metas e objectivos a cumprir para a redução do número de quedas e da diminuição dos danos associados.

1.5. Enfermeiro perito no cuidar do idoso

O cuidar da pessoa ao longo do seu ciclo de vida impõe ao enfermeiro competências gerais e específicas para cada faixa etária. Não cuidamos da mesma forma de uma criança, de um adolescente, de um adulto ou de um idoso. Torna-se então essencial que o enfermeiro especialista

“qualquer que seja a sua área de actuação, contribua, através do seu “olhar mais profundo” sobre a Pessoa numa situação específica, na implementação de intervenções de Enfermagem especializadas que promovam, estimulem e facilitem o suporte aos projectos de saúde dos indivíduos e à sua qualidade de vida” (Leite, 2006).

Cabe ao enfermeiro especialista: prestar cuidados diferenciados em áreas que exigem conhecimento e competências específicas, estabelecendo prioridades de intervenção; contribuir para a definição de indicadores e avaliação da qualidade dos cuidados; responsabilizar-se pela área de enfermagem no que diz respeito ao diagnóstico e intervenção; emitir pareceres sobre a organização do serviço, pessoal, localização de equipamento, medidas de segurança e gestão de risco; conceptualizar, implementar e coordenar programas, projectos de formação e trabalhos de investigação, com a

finalidade de promover a saúde, prevenir a doença e melhorar os indicadores de morbidade e mortalidade. Assim, espera-se que o

“Enfermeiro Especialista seja, cada vez mais, um profissional reflexivo, e capaz de mobilizar todo um manancial de informação científica, técnica, tecnológica e relacional, alicerçado nos saberes providos da experiência em situação, de outro modo, a intervenção desenvolver-se-á de forma fragmentada, descontextualizada e com baixo nível de qualidade” (Leite, 2006).

Segundo o Modelo de Desenvolvimento Profissional da Ordem dos Enfermeiros (2009), as especialidades em Enfermagem constituem-se por dez áreas, entre elas a “Saúde do idoso”, na qual o eixo organizador no processo saúde/doença e ambiente deve ser dirigido

“aos projectos de saúde do idoso a vivenciar processo de saúde/doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

No seu modelo de desenvolvimento de competências Benner (2001) refere que o enfermeiro perito deve intervir na criação de condições que garantam a prestação de cuidados de qualidade à pessoa idosa, na dinamização de uma cultura de formação dos profissionais nesta área, assumindo assim um papel dinamizador na construção e divulgação do saber. Esta autora define Enfermeiro Perito como

“tendo um domínio intuitivo da situação e como capaz de identificar a região do problema sem deixar de considerar uma série de diagnósticos e soluções alternativas (...) ir ao encontro das verdadeiras preocupações e necessidades do doente” (Benner, 2001).

O enfermeiro tem como objectivo manter a autonomia e a independência do idoso, para que ele possa satisfazer por si só as suas necessidades fundamentais, entendamos por “necessidade” tal como é definida por Virgínia Henderson (2007), “uma exigência mais do que uma carência, tendo como sentido algo positivo”.

Cabe aos enfermeiros avaliar situações de risco e modificar o ambiente para que este não seja um factor de risco adicional para o idoso em ambiente hospitalar. A queda é

um foco sensível aos cuidados de enfermagem, devendo a sua prevenção e monitorização fazer parte das intervenções e competências do enfermeiro.

O enfermeiro especialista deve demonstrar capacidade para avaliar situações de risco de queda e aplicar os conhecimentos na resolução dos problemas, a partir de uma análise crítica. Intervir junto da equipa multidisciplinar na sensibilização e pertinência da temática. Agir como agente modificador do ambiente, implementando medidas preventivas e actuando nas situações passíveis de aumentar o risco de queda.

Tendo em vista que o idoso

“é um ser com corpo, mente e alma, com capacidades, limitações, poder, direitos e deveres que são inerentes ao estágio em que se encontra. É preciso não esquecermos que os aspectos motivacionais para o estabelecimento desta relação podem ser influenciados pelas organizações de saúde e pelas actividades que os enfermeiros desenvolvem” (Moniz, 2003).

Torna-se então imperativo para o enfermeiro, restantes profissionais de saúde e instituições de saúde, mudar a forma como acolhemos e cuidamos da pessoa idosa.

2. METODOLOGIA E PLANO DE TRABALHO

2.1. Área de intervenção

O concelho de Cascais faz parte do distrito de Lisboa e é constituído por seis freguesias: Alcabideche, Carcavelos, Cascais, Estoril, Parede e São Domingos de Rana. Dados do relatório do CESDET (2004) sobre Cascais indicam que existe no concelho uma população de 170.683 habitantes, sendo que 15% tem 65 ou mais anos, o que equivale a cerca de 26 mil habitantes. Este estudo indica ainda que a evolução da estrutura etária nestes últimos 40 anos em Cascais não contraria os dados nacionais, ou seja, a alteração ocorrida é o retrato de um progressivo envelhecimento, consequência de uma baixa natalidade e uma maior longevidade.

A política de prevenção e monitorização do risco de queda em idosos foi implementada no SUG do Hospital Dr. José de Almeida, ao qual recorrem em média 240 utentes por dia, segundo dados da instituição. O Serviço de Urgência Geral deste hospital distrital abrange todo o concelho de Cascais, admitindo utentes com idade igual ou superior a 16 anos e que não recorram especificamente ao Serviço de Urgência Obstétrica.

2.2. População

A população abrangida por este trabalho é constituída por todos os utentes com idade igual ou superior a 65 anos, de ambos os sexos, que recorreram ao SUG do Hospital Dr. José de Almeida no período de 1 de Dezembro de 2010 a 31 de Janeiro de 2011 e que tenham sido hospitalizados na Sala de Observação (SO) do mesmo serviço.

2.3. Actividades e estratégias

2.3.1. Gabinete de Gestão de Risco – Hospital S. Marta

A prática assume um papel decisivo na formação do enfermeiro especialista. Neste sentido, foi realizado um estágio no Serviço de Gestão de Risco do Hospital de Santa

Marta, durante o período de 28 de Setembro a 4 de Outubro de 2010, sob orientação das enfermeiras responsáveis pelo serviço.

A pertinência da escolha deste local esteve directamente relacionada com as competências a adquirir e a desenvolver, pois em 2005 foi implementado nesta unidade hospitalar um programa de prevenção e monitorização do risco de queda.

Durante o estágio ficou-se a conhecer o trabalho desenvolvido no serviço, contactou-se com profissionais que pertencem ao grupo de dinamização do programa de prevenção e monitorização das quedas de doentes em ambiente hospitalar, compreendeu-se o processo de desenvolvimento e implementação deste programa, foram analisadas as avaliações de risco de queda e relatos de incidentes, identificaram-se padrões de queda e situações de risco.

Ainda nesta fase foi analisada a “Escala de avaliação de risco de queda do doente”, adaptada da “Escala de queda de Morse” e implementada na instituição. Através da bibliografia disponibilizada (MORSE, Janice M. (2009) – **Preventing patient falls: establishing a fall intervention program**. 2ª ed. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0389-5) foi elaborado a pedido do serviço um documento de análise da escala utilizada, para possível actualização da mesma.

2.3.2. Serviço de Urgência Geral – Hospital Dr. José de Almeida

O estágio no SUG do Hospital Dr. José de Almeida decorreu no período de 27 Setembro de 2010 a 11 de Fevereiro de 2011. O planeamento do trabalho realizado foi estruturado para se desenvolver por várias fases, umas sequenciais e outras contínuas ao longo de todo o projecto.

Foram desenvolvidas estratégias em parceria com a Direcção de Enfermagem, para a implementação da política de prevenção e monitorização da queda em ambiente hospitalar. Pretendeu-se assim atingir os padrões adoptados pela própria instituição no processo de acreditação da JCI para hospitais e assim, ir de encontro à “Meta 6 - Redução do risco de lesões resultantes de quedas em doentes” (JCI, 2007). Após análise dos procedimentos e das políticas já redigidas – “Prevenção de ocorrência de

quedas em doentes internados”, “Metas internacionais de segurança dos doentes” e “Actuação pós-queda” (ANEXO I) – foram sugeridas alterações, que foram posteriormente acolhidas pela instituição.

Para avaliar o risco de queda a instituição adoptou a “Escala de avaliação do risco de queda” (ANEXO II) adaptada da “Escala de queda de Morse”. A utilização desta escala adequou-se à opção tomada desde a fase inicial do projecto de estágio, por esta ser uma forma simples e rápida de avaliar o risco de queda e assim se adequar às características de um Serviço de Urgência.

É uma escala composta por seis questões que o enfermeiro preenche recorrendo à observação directa e questionando o idoso, o familiar, ou o cuidador e consultando o processo clínico. Segundo testes realizados por Morse (2009) mostra ter validade preditiva e confiabilidade inter-observadores. A cada resposta está associado um valor numérico cujo somatório traduz-se num grau de risco: 0 - 24 Baixo Risco; 25 - 50 Médio Risco; ≥ 51 Elevado Risco. Estes valores podem variar de acordo com os resultados obtidos, devendo a instituição definir a partir de que valor é considerado Elevado Risco para aquela população, pretendendo-se evitar assim falsos positivos ou falsos negativos.

A partir da troca de correspondência electrónica com a autora, Janice Morse, foi concedida autorização para a tradução e utilização da “Escala de queda de Morse” no SUG do Hospital Dr. José de Almeida (ANEXO III). A partir desta tradução foram sugeridas alterações à escala de avaliação adoptada pela instituição, que a Direcção de Enfermagem acolheu.

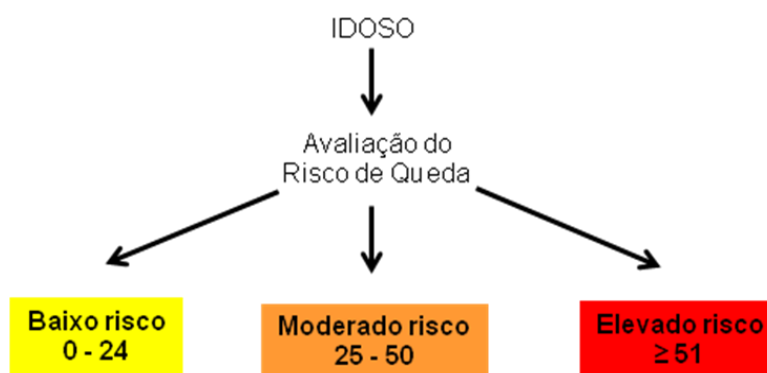
Foi implementada no serviço a avaliação do risco de queda em idosos em suporte de papel (ANEXO II) e em processo clínico informatizado (ANEXO IV), para o qual foram definidos campos de orientação para o preenchimento de cada questão. Foi também reimplementada a “Monitorização de quedas em meio hospitalar” em suporte de papel (ANEXO V), não sendo possível nesta fase a sua implementação em suporte informatizado.

O acesso informático à “Escala de avaliação do risco de queda” foi sistematizado e incluído nas intervenções de enfermagem. Assim, nos doentes com idade igual ou

superior a 65 anos é seleccionada a intervenção de enfermagem “Monitorizar: O Risco de Queda” e é realizada a devida avaliação.

Delinearam-se para o serviço estratégias de sinalização dos diferentes graus de risco, deste modo a cada grau associaram-se cores, sendo que o Baixo Risco corresponde à cor amarela, o Moderado Risco à cor laranja e o Elevado Risco à cor vermelha (figura 1). Esta escolha não foi decidida de forma aleatória, tendo sido associada ao código de cores adoptado pela “Triagem de prioridades de Manchester”, já instituída neste Hospital.

Figura 1. Sistema de cores adoptado para identificação dos graus de risco.



Para a sinalização do grau de risco disponibilizaram-se etiquetas autocolantes de forma circular nas cores respectivas, que se colam na pulseira de identificação do doente. Todos os doentes estão identificados com esta pulseira de cor branca, que os acompanham desde a entrada no Hospital até à sua saída. É também feita a sinalização junto à identificação do doente na cama ou maca, sendo assim visível por todos os profissionais o seu grau de risco de queda (ANEXO VI).

Antes de se iniciar a avaliação de risco de queda e a implementação de medidas preventivas, realizaram-se cinco acções de formação e sensibilização à equipa de enfermagem (ANEXO VII) e uma à equipa de assistentes operacionais (ANEXO VIII). A equipa de enfermagem é constituída por um enfermeiro chefe, dois enfermeiros responsáveis e cinco equipas de enfermeiros, num total de 49 profissionais, tendo as acções de formação abrangido cerca de 85% dos efectivos. Dos 39 assistentes operacionais assistiram à sessão cerca de 40%.

Foi organizado um dossier com toda a informação disponível sobre o tema das quedas, que se encontra num local acessível, sendo a sua existência do conhecimento de toda a equipa. É composto por uma cópia do procedimento e vários exemplares da avaliação de risco de queda em suporte de papel, para que em caso de falha do sistema informático a avaliação possa ser realizada; contém ainda o impresso de “Monitorização de quedas em meio hospitalar”.

Em caso de queda, é feito o registo do episódio no diário de enfermagem e realizado o preenchimento do documento “Monitorização de quedas em meio hospitalar” e feita uma cópia do mesmo. Um dos exemplares acompanha o processo do doente e a cópia é encaminhada para o Gabinete de Qualidade/Gestão de Risco Clínico, de acordo com o procedimento da instituição.

Para identificar potenciais factores de risco no meio físico e implementar medidas de prevenção, foi elaborada a lista de verificação “Avaliação das condições físicas e ambientais” (ANEXO IX). Pretende-se deste modo detectar precocemente situações de risco, reduzi-las e/ou eliminá-las. Quando surgem devem ser reportadas e encaminhadas para resolução e assim tornar o ambiente físico mais seguro.

Sempre que necessário foram esclarecidas questões em relação à avaliação e utilização da escala e em relação às medidas preventivas a aplicar aos idosos. Sensibilizaram-se os enfermeiros para a necessidade da avaliação do risco de queda ser realizada nas primeiras 4 horas de hospitalização do idoso em SO, tal como preconiza Morse (2009) para os serviços de urgência. Reforçou-se que a avaliação deve ser feita até ser encontrado um padrão para aquele idoso. Contudo, sempre que o enfermeiro considere que os parâmetros da avaliação do idoso se alterem, sempre que ocorre uma queda ou, aquando do sétimo dia de internamento, deve ser feita uma nova avaliação do risco de queda.

2.4. Tratamento dos dados

Os dados referentes aos utentes do SUG durante o período de estudo e às avaliações do risco de queda foram fornecidos pela equipa de informática e o seu tratamento e

divulgação autorizado pela Direcção de Enfermagem (ANEXO X). Determinou-se a percentagem de mulheres e homens que ficaram internados em SO, médias de idade, desvios padrão, modas e o valor mínimo e máximo de idade. Utilizou-se o teste de Mann-Whitney para determinar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre o número de internamentos de mulheres e de homens.

Analisaram-se os dados relativos ao preenchimento das avaliações do risco de queda. As avaliações com valores nulos foram excluídas, sendo que estas surgem quando não é respondida alguma das questões ou quando a avaliação não é preenchida. Calculou-se a percentagem de idosos com avaliações válidas e, nos que não foram avaliados, os valores relativos às avaliações não preenchidas e às que continham valores nulos. Nas avaliações que foram realizadas mais de uma vez, estimaram-se as percentagens de variação do grau de risco e de variação das respostas.

As respostas às seis questões da “Escala de avaliação de risco de queda” foram analisadas individualmente e calculadas as respectivas percentagens.

Foram calculados os resultados da avaliação do risco de queda e analisadas ao pormenor as avaliações com Elevado Risco. Morse (2009) afirma que apesar de não haver risco nulo de queda e deverem existir de forma contínua medidas de prevenção, existem aqueles que estão em maior risco de cair, devendo sobre estes incidir maior atenção e medidas preventivas específicas, ou seja sobre os indivíduos que apresentam Elevado Risco. Determinou-se assim, a percentagem de mulheres e homens que apresentaram Elevado Risco, médias de idade, desvios padrão, modas e o valor mínimo e máximo de idade. Utilizou-se o teste de Mann-Whitney para determinar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre o número de mulheres e de homens que apresentaram risco de queda elevado. A partir do teste de correlação linear de Pearson verificou-se qual a relação entre a idade e o risco de queda elevado nas mulheres e nos homens.

Por fim, a partir do número de quedas existentes nos idosos hospitalizados, calculou-se a Taxa de Prevalência das Quedas (n° de utentes com queda / n° total de utentes).

3. APRESENTAÇÃO E TRATAMENTO DOS DADOS

Existem dois tipos de dados que foram recolhidos durante a implementação da política de prevenção e monitorização da queda no idoso hospitalizado: os qualitativos, resultantes da observação participante e que não são passíveis de tratamento matemático, mas que serão abordados na discussão do trabalho; e os quantitativos, resultantes do preenchimento da “Escala de avaliação do risco de queda”, que são aqui tratados. Como nos diz Fortin (2009) “as duas metodologias encaram diferentemente a realidade, mas ambas supõem um processo rigoroso”.

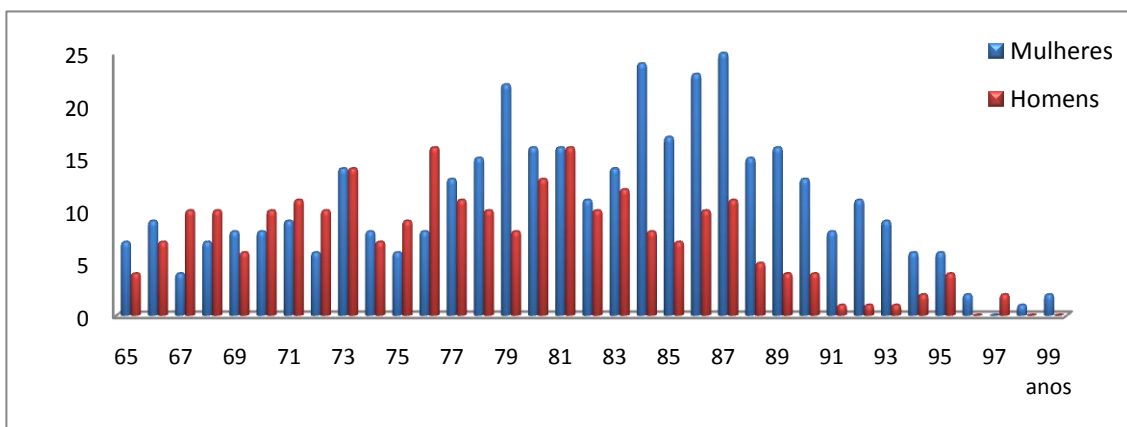
3.1. Caracterização da amostra

Durante o período de estudo deram entrada no SUG 17.625 pessoas, 57% do sexo feminino e 43% do sexo masculino. Do total de admissões, 26% (4.500) tinham 65 ou mais anos, sendo 62% do sexo feminino e 38% do sexo masculino. No concelho de Cascais habitam aproximadamente 26.000 idosos, pelo que poderíamos concluir que aproximadamente 17% da população idosa do concelho recorreu ao SUG nos dois meses do estudo. Contudo, estes valores são pouco indicativos, pois não levam em linha de conta que o mesmo utente pode ter recorrido ao SUG várias vezes durante o período de estudo.

De todos os utentes que recorreram ao SUG neste período, ficaram hospitalizados em SO 963, dos quais 633 (66%) tinham 65 ou mais anos de idade, 379 mulheres (60%) e 254 homens (40%). Os cálculos da percentagem indicam que 14% das mulheres que deram entrada no SUG ficaram internadas em SO, apresentando uma média de idades de 82 anos com um desvio padrão de 7,8, uma moda de 87 anos, estando as idades compreendidas entre 65 e 99 anos. Os dados relativos aos homens mostram que 15% dos homens ficaram internados, tendo uma média de idade de 78 anos com um desvio padrão de 7,4, uma distribuição bimodal de 76 e 81 anos, apresentando idades entre 65 e 97 anos. Analisando o gráfico 1, no qual se pode observar a distribuição dos idosos internados em SO, verificamos que existe uma tendência para haver mais mulheres internadas do que homens. Esta diferença entre sexos, relativamente ao

internamento em SO, é estatisticamente significativa (Mann-Whitney U Test, $p < 0.001$, two-tailed).

Gráfico 1. Distribuição dos idosos internados em SO por género e idade.

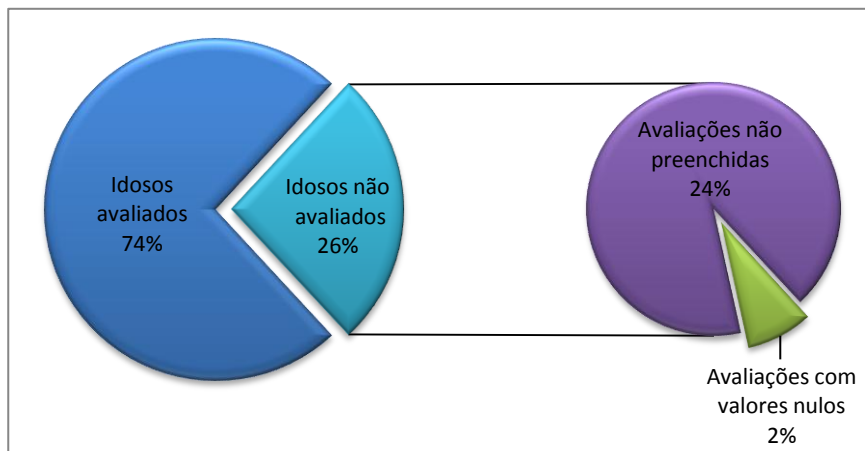


3.2. Dados relativos à avaliação do risco de queda

Os valores fornecidos pela instituição mostram que entre a entrada do idoso em SO e a primeira avaliação do risco de queda decorre em média 4 horas e 37 minutos.

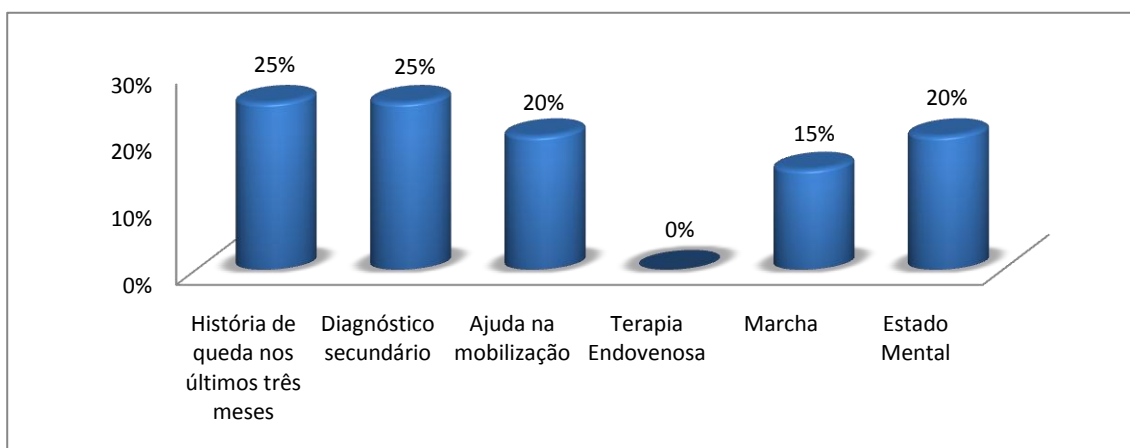
Foram consideradas correctamente preenchidas 490 monitorizações do risco de queda do total de 836, ou seja 59%, tendo sido as restantes 346 excluídas por conterem valores nulos. Assim, dos 633 idosos que constituem a nossa amostra, foram considerados com avaliações válidas 467 idosos, ou seja 74%. A análise dos 26% de idosos que não foram avaliados, indica que apenas 2% tiveram avaliações preenchidas com um ou mais valores nulos, sendo que os restantes 24% apresentaram avaliações não preenchidas (gráfico 2).

Gráfico 2. Percentagens dos idosos avaliados e não avaliados e destes, os que tinham avaliações não preenchidas e os que tinham avaliações com valores nulos.



De todos os idosos avaliados, apenas 4% foram avaliados mais de uma vez e nenhum mais de três vezes, num total de 23 reavaliações. Em 50% das reavaliações houve respostas que mudaram, podendo ou não ter mudado o grau de risco. No gráfico 3 vemos a percentagem de variação das respostas: as perguntas sobre a história de queda nos últimos 3 meses e da existência de diagnóstico secundário mudaram em 25% das avaliações; a questão sobre ajuda na mobilização variou em 20% dos casos; não houve qualquer alteração nas respostas à pergunta sobre a existência de terapia endovenosa e as respostas às perguntas sobre a marcha e o estado mental mudaram respectivamente 15% e 20%.

Gráfico 3. Percentagem das respostas que mudaram nas reavaliações.



3.3. Respostas às questões da “Escala de avaliação de risco de queda”

A análise às 490 avaliações realizadas indica que 15% dos idosos apresentaram história de queda nos últimos três meses. Os restantes 85% surgem como tendo dado resposta negativa a esta pergunta (ANEXO XI).

Na segunda pergunta, sobre a existência de diagnóstico secundário, 73% dos idosos apresentaram mais do que um diagnóstico médico e 27% apenas um (ANEXO XI).

A terceira questão avalia a necessidade de ajuda na mobilização, sendo que 94% dos idosos não apresentou necessidade de ajuda, ou estava acamado ou em repouso no leito. Os restantes 4% e 2% necessitavam respectivamente de ajudas de marcha (bengala, andarilho, canadiana ou próteses) e apoio no mobiliário (ANEXO XI).

A questão seguinte aborda a existência de acesso endovenoso, com 98% dos idosos com administração de terapia endovenosa ou acesso venoso puncionado com válvula anti-retorno e apenas 2% sem essa necessidade (ANEXO XI).

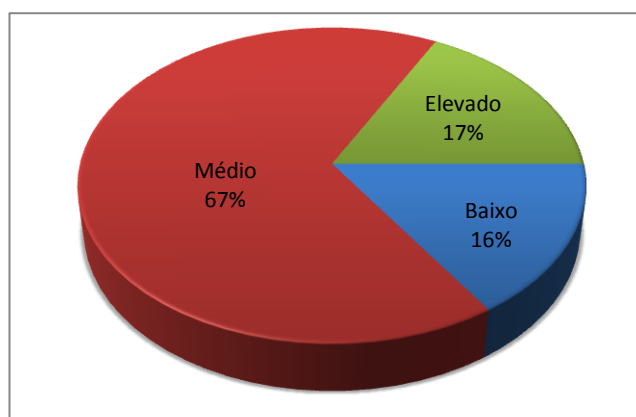
A marcha é avaliada na questão número cinco e os resultados indicam que 91% dos idosos estavam acamados ou tinham uma marcha “normal” ou então utilizavam cadeira de rodas. Os restantes idosos apresentavam a seguinte distribuição: 6% apresentando marcha lenta e 3% marcha comprometida (ANEXO XI).

O último parâmetro avaliado na “Escala de avaliação do risco de queda” é o estado mental, no qual surgiram 67% dos idosos orientados e 33% desorientados ou confusos (ANEXO XI).

3.4. Resultados da avaliação do risco de queda

A avaliação do risco de queda nos dois meses de estudo teve os seguintes resultados: Baixo Risco – 16%; Médio Risco – 67%; Elevado Risco – 17% (gráfico 4).

Gráfico 4. Valores percentuais dos graus de risco resultantes da avaliação do risco de queda.



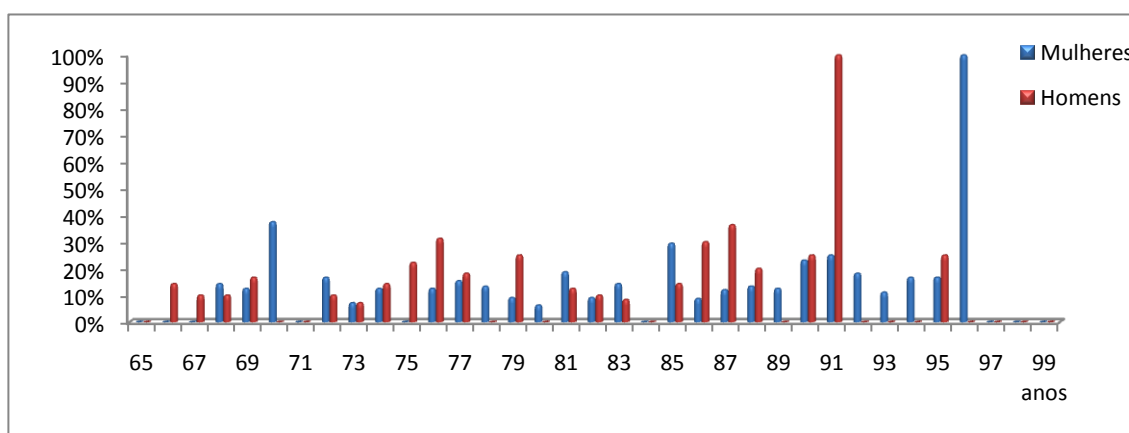
3.5. Risco de queda elevado

A análise dos dados dos 82 idosos que apresentaram risco de queda elevado mostra valores idênticos para homens e mulheres: 13% dos idosos, independentemente do género, que ficaram internadas em SO apresentaram Elevado Risco. No que se refere à idade, a análise indica que a média de idades é de 82 anos, sendo que nas mulheres esse valor é de 85 anos com um desvio padrão de 7,7 e idades compreendidas entre os 68 e os 96 anos; nos homens a média é de 80 anos, com um desvio padrão de 7,4, apresentando idades entre os 66 e os 95 anos.

No gráfico 5 é apresentada a distribuição por idades da percentagem de idosos com risco de queda elevado. Na análise estatística aos dados é revelado que não existe diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres relativamente ao risco de queda elevado (Mann-Whitney U Test, $p = 0.0166$ two-tailed). O teste de correlação linear de Pearson entre a idade e o risco de queda elevado apresentou o resultado de

fraco positivo para as mulheres ($r = 0,2439$) e ínfimo positivo para os homens ($r = 0,0559$).

Gráfico 5. Valores percentuais dos idosos com Risco Elevado por género e idade.



3.5.1. Respostas às questões da “Escala de avaliação de risco de queda” das avaliações com grau Elevado Risco

A análise às respostas da “Escala de avaliação do risco de queda” que apresentaram grau Elevado Risco revela que 79% dos idosos tiveram história de queda nos últimos 3 meses e 21% não (ANEXO XII).

As respostas à segunda questão da avaliação do risco de queda apresentaram percentagens bastante distintas, com 7% dos idosos a não terem diagnóstico secundário e 93% com mais de um diagnóstico médico (ANEXO XII).

As respostas sobre a ajuda na mobilização indicam que 80% dos idosos não precisava de ajuda, estava acamado ou encontrava-se em repouso no leito; 12% necessitava de apoios de marcha e 7% recorria a apoio no mobiliário (ANEXO XII).

Quanto ao acesso endovenoso, a todos os idosos que apresentaram Elevado Risco tinham acesso venoso puncionado (ANEXO XII).

Quando se avaliou a marcha, surge que 73% dos idosos tinham uma marcha “normal”, estavam acamados ou utilizavam cadeira de rodas, 12% tinham marcha lenta e 15% tinham marcha comprometida (ANEXO XII).

A avaliação do estado mental revela que 51% dos idosos estavam orientados e 49% desorientados ou confusos (ANEXO XII).

3.6. Quedas no Serviço de Urgência Geral

Durante o período de recolha de dados não se verificaram quedas em todo o circuito do SUG de utentes de qualquer faixa etária, pelo que:

número de idosos com queda = 0

Taxa de Prevalência das Quedas = 0%

4. DISCUSSÃO

A pertinência deste projecto prende-se com a necessidade de diminuir a incidência das quedas nos idosos em ambiente hospitalar, pois trata-se de uma faixa etária cujos factores de risco são potenciadores da probabilidade de ocorrência destes acidentes. As lesões decorrentes das quedas nos idosos podem ser incapacitantes ou causadoras indirectas de um significativo número de mortes. A existência de um elevado número de idosos que caem nos hospitais é preocupante, sendo que estas instituições devem ser o garante não só do tratamento, mas também da segurança dos seus utilizadores. Esta responsabilidade deve ser premente e permanente nas instituições hospitalares, e as políticas de prevenção uma prioridade. O enfermeiro assume um papel relevante neste processo pelo conhecimento que tem do serviço, pela proximidade e acompanhamento que faz aos doentes e por integrar na prática dos cuidados a implementação de medidas de prevenção.

A escolha do Hospital Dr. José de Almeida para implementação deste projecto está intimamente associada à estrutura populacional da área de influência da instituição e ao número de idosos que a ela recorrem. Estima-se que 17% dos cerca de 26.000 idosos que vivem em Cascais recorreu a este serviço de urgência nos dois meses de estudo, sendo que dois terços dos internamentos em SO foram nesta faixa etária, existindo mais mulheres internadas do que homens neste serviço.

A opção pelo SUG para a realização do estudo apresentou algumas limitações, por se tratar de um serviço com grande rotatividade de doentes e pouco tempo de internamento, não havendo doentes que fiquem internados mais de sete dias, com implicações directas no número de reavaliações. Contudo, não é por ser um serviço de urgência que não se deve implementar uma política de prevenção, devendo os ganhos e as conclusões deste trabalho melhorar a aplicabilidade e eficácia destas medidas.

A utilização da SO para a implementação da avaliação do risco de queda foi adequada, uma vez que é o local onde os doentes ficam internados. Esta opção trouxe vantagens para o estudo, pois trata-se um ambiente restrito, controlado e com enfermeiros em permanência, sendo assim uma mais-valia na avaliação das medidas adoptadas.

O decorrer do processo de acreditação do Hospital junto da JCI adequou-se à implementação deste projecto e aos objectivos estabelecidos pela instituição na melhoria contínua da segurança e da qualidade dos cuidados prestados. Esta política de prevenção do risco de queda em idosos vai pois ao encontro do modelo preconizado pela comissão, sendo impulsionadora de boas práticas e de elementos de qualidade, incentivando a instituição a trabalhar de forma sistemática e contínua na redução dos riscos a que os doentes estão expostos, numa cultura de segurança e qualidade.

Os enfermeiros assumem um papel determinante na implementação das medidas de prevenção das quedas nos idosos, acompanhando os doentes desde a admissão e assim possibilitando a identificação de possíveis factores de risco intrínsecos. Além disso, são também conhecedores das limitações do meio circundante e das características e adequação dos equipamentos utilizados. A queda é um foco sensível aos cuidados de enfermagem, devendo estes profissionais, a partir de uma prática reflexiva e crítica sustentada por conhecimentos teóricos decorrentes da investigação, ser o foco motivador e implementador das mudanças. Morse (2009) refere que a responsabilidade das quedas foi assumida pelos enfermeiros, sendo isso causador de sentimentos de culpabilidade quando algo corre mal; mas a prevenção das quedas em ambiente hospitalar deve ser responsabilidade de todos os profissionais de saúde e não só dos enfermeiros, devendo estes assumir um papel de coordenação e gestão dos riscos e serem promotores de acções interdisciplinares.

A “Escala de Morse”, que serviu de base à “Escala de avaliação do risco de queda” utilizada neste projecto, revelou-se bem adaptada às características de um serviço de urgência pela rapidez, simplicidade e facilidade de preenchimento. Estas observações vão de encontro a um estudo realizado por Morse (2009) que estima que mais de 80% dos enfermeiros considera a escala “rápida e fácil de usar”, sendo que 54% considera gastar menos de 3 minutos a preenche-la.

A adopção do sistema de sinalização com etiquetas coloridas para identificação visual dos graus de risco, associado ao código de cores utilizado pela “Triagem de prioridades de Manchester”, foi uma mais-valia e revelou-se eficaz, tendo sido facilmente interiorizado pelos profissionais de saúde. O vermelho, por exemplo, identifica o grau

emergente na triagem de Manchester, logo pressupõe-se que o risco de queda identificado com a mesma cor seja o de maior risco. O mesmo se verifica para a cor de laranja e o amarelo. A aplicabilidade das etiquetas é fácil e rápida, não acarretando elevados custos para a instituição. Além disso, é de fácil visualização e acompanha o doente durante todo o internamento. Devido à existência de um grande número de doentes restritos ao leito, revelou-se importante a sinalização também ser feita na cama ou na maca do doente, tornando-a assim facilmente visível para todos os profissionais.

A periodicidade da utilização da lista de verificação “Avaliação das condições físicas e ambientais” não foi estabelecida, mas a sua existência e aplicação é importante. Apesar da atenção dos profissionais na detecção de situações de risco e de danos nos equipamentos ser elevada, a utilização de uma lista de verificação permite a avaliação sistemática, detectando-se situações que não são perceptíveis no dia-a-dia, mas passíveis de colocar em risco doentes e profissionais. Além disso, existem situações que pela sua persistência são consideradas normais, mas que não invalida o seu risco. Assim, é necessário que a utilização dessa lista faça parte dos processos de rotina e que seja determinada a frequência da sua aplicação.

As acções de formação e a sensibilização contínua revelaram-se basilares e eficazes na implementação deste projecto. Foi através das acções de formação que se apresentou a temática e a sua pertinência, tendo-se pretendido que também servisse de impulso motivacional na implementação. O acompanhamento contínuo foi importante no esclarecimento de questões, na partilha de conhecimentos e experiências, na promoção de momentos de discussão de casos particulares, que resultaram na implementação de medidas preventivas específicas. Estes meios de formação e sensibilização revelaram-se assim importantes para os profissionais de saúde e para o implementador do projecto, tendo-se estabelecido uma dinâmica problema/resposta baseada na evidência, promotora de melhoria contínua.

O tempo médio de 4 horas e 37 minutos que decorreu entre a entrada na SO e a primeira avaliação não está dentro do valor de 4 horas que Morse preconiza para os serviços de urgência, sendo importante determinar as razões e implementar medidas correctivas desta discrepância. Em alturas de grande actividade e afluência torna-se

difícil cumprir a avaliação do risco de queda dentro do tempo estabelecido, podendo esta situação ser colmatada no futuro implementado a estratégia sugerida por Morse (2009), na qual deve ser dada prioridade na avaliação aos indivíduos com marcha prejudicada e aos que apresentem estado mental alterado, podendo esta solução colmatar situações de risco.

Além da análise do tempo que decorre até ao idoso ser avaliado, outra forma de perceber como decorreu a avaliação é através da percentagem de idosos com avaliações válidas, neste caso 74%. Não foram encontrados dados na bibliografia que permitissem estabelecer comparações e respectivas análises. Dados igualmente importantes são os referentes aos 26% de idosos que não foram avaliados. Os dados indicam que em 24% dos casos a avaliação não foi feita, podendo haver várias explicações – erro informático, estabelecimento de outras prioridades pelo enfermeiro, permanência em SO demasiado curta, entre outras. É importante perceber as causas exactas para as poder colmatar. Os restantes 2%, foram avaliações preenchidas com valores nulos, o que parece sugerir falta de formação ou insegurança do avaliador. Apesar de ser um valor baixo, também neste caso é importante a determinação das causas para poder actuar sobre elas.

A partir da análise dos valores das reavaliações pode-se ter outra perspectiva sobre a implementação da avaliação do risco de queda. Apenas 4% dos idosos foram avaliados mais de uma vez, sendo que este valor pode dever-se ao período de estudo coincidir com os meses de Inverno, tradicionalmente de grande afluência, resultando num grande número de internamentos e numa grande rotatividade no serviço. É pois importante avaliar com a frequência necessária para se estabelecerem padrões de risco.

Das seis perguntas da “Escala de avaliação do risco de queda” a primeira, sobre a existência de história de queda nos últimos três meses, é a única que não é passível de mudar a resposta entre as reavaliações, pois não existiram quedas no serviço durante a fase de estudo. Contudo, os dados das reavaliações indicam que em 25% dos casos a resposta a esta questão mudou, o que indica que pelo menos um quarto das reavaliações não estavam correctas. Mais uma vez é imperativo perceber as causas para as poder corrigir, podendo haver várias explicações para esta variação: o conceito

de queda não ser entendido pelo entrevistado; a forma como a pergunta é feita pelo enfermeiro poder induzir numa falsa resposta; a queda ser desvalorizada pelo idoso, entre outras.

O procedimento da instituição para os doentes avaliados com moderado e elevado risco, recomenda que ambos devem ser considerados como tendo alto risco de queda, devendo-lhes ser implementadas medidas de prevenção específicas. Segundo os resultados obtidos por este projecto, os idosos avaliados com estes dois graus de risco totalizam 84% da amostra avaliada: Médio Risco – 67% e Elevado Risco – 17%. Se forem aplicadas o mesmo tipo de medidas específicas de prevenção a todos estes idosos, pode-se colocar em questão a necessidade de avaliação do risco de queda, pois terão de ser aplicadas medidas preventivas suplementares à grande maioria dos idosos. Assim sendo, deverão ser implementadas pela instituição medidas específicas para cada grau de risco, numa política de optimização dos recursos.

Neste estudo não foi encontrado um padrão claro que relacione a idade com o risco de queda elevado, o que parece contrariar vários trabalhos como o de Caldevilla e Costa (2009), que afirmam que o risco de cair aumenta proporcionalmente com a idade. Também Weigand e Gerson (2001) afirmam que as pessoas com mais de 75 anos têm maior risco de queda. A relação entre o género e o risco de queda elevado também não foi encontrada, não estando de acordo com um estudo publicado pela Public Health Agency of Canada e citado por Miller et al (2009), que afirma que as mulheres têm um risco de queda maior. Estes dados, obtidos através dos resultados deste projecto, levam a concluir que são necessários estudos mais aprofundados e continuados no tempo, podendo as discrepâncias encontradas entre a bibliografia e o projecto estarem directamente relacionadas com as populações estudadas, o estilo de vida adoptado ou serem devido à dimensão e ao curto período de recolha de dados. Deve-se pois basear a prática na melhor evidência científica tendo contudo atenção às generalizações, que podem induzir em premissas erróneas.

A comparação entre as percentagens das respostas à “Escala de avaliação do risco de queda” de toda a amostra, com as dadas pelos idosos que apresentam risco de queda elevado, parece revelar que a existência de história de queda nos últimos três meses é o principal factor de risco nas avaliações feitas a esta população, pois apresentam

valores opostos: 15% dos idosos da amostra total apresentam história de queda, passando esse valor para 79% nos idosos com avaliação de Elevado Risco. Estes dados estão de acordo com a literatura, que identifica a história prévia de queda como um dos principais factores de risco. As variações apresentadas nas restantes respostas não são tão evidentes como na primeira.

Não ocorreram quedas durante o período de estudo, sendo a Taxa de Prevalência das Quedas igual a 0%, contrariamente a estudos prévios, que apresentam todos eles quedas em idosos em ambiente hospitalar: Johnson (1985), Morse, Tylko e Dixon (1987), Marin, Bourie e Safran (2000), Pina et al (2010). A não existência de quedas pode-se explicar pela recolha dos dados ter sido realizada apenas durante dois meses, pelo que para se avaliar correctamente a implementação este estudo deveria ser prolongado no tempo. Também deveriam ser estabelecidas comparações com iguais períodos em anos anteriores, o que não foi feito por não existirem dados disponíveis. Por outro lado, a não existência de quedas poderá ser explicada por o estudo ter sido realizado num serviço onde a rotatividade é grande e o tempo de permanência é curto, podendo assim influenciar a probabilidade de ocorrência de quedas; ou pela própria dinâmica do serviço, com a presença constante de profissionais. Por fim, também poderá ser indicativo de uma correcta implementação de medidas preventivas, mas só com a continuidade da política de prevenção e monitorização da queda se poderão tirar mais ilações.

5. CONCLUSÃO

A ocorrência de um grande número de quedas de idosos em ambiente hospitalar evidencia a importância da existência de políticas de prevenção da queda dirigidas a esta faixa etária nestas instituições. Contudo, a queda não se cinge ao ambiente hospitalar, pelo que é importante alargar as boas práticas preventivas, através de programas específicos, ao resto da comunidade e ao ambiente familiar. A prevenção deve envolver todos os que estão à volta do idoso, ou seja os seus cuidadores, os familiares e os profissionais de saúde, numa tentativa de adopção de comportamentos preventivos mais conscientes, eficazes e de melhor controlo sobre os factores de risco.

Este projecto revelou-se eficaz, tendo apresentado resultados que foram de encontro ao principal objectivo: prevenir as quedas nos idosos. Estes resultados levam a concluir que as opções tomadas foram correctas apesar do curto período de estudo, pois não existiram quedas. Pretende-se que este projecto seja um ponto de partida e alargado a todos os doentes hospitalizados, indo de encontro aos objectivos da própria instituição.

A dinâmica gerada pela implementação da política de prevenção do risco de queda em idosos hospitalizados serviu também para mudar e melhorar a prática dos cuidados. Os enfermeiros começaram a procurar na sua prática identificar as causas que influenciam o risco de queda, quer sejam causas físicas, psicológicas, sociais, ou ambientais, de uma forma sistematizada, para assim implementar medidas preventivas adequadas para a prevenção da queda.

A formação e a sensibilização dos profissionais revelaram-se ferramentas eficazes. Identificaram-se contudo aspectos da prática que necessitam ser aperfeiçoados, como a redução do tempo médio até à primeira avaliação, aumentar o número de idosos avaliados, aumentar as reavaliações até se encontrar um padrão de risco e melhorar o preenchimento da avaliação do risco de queda, nomeadamente da primeira questão. Além disso, a grande rotatividade de profissionais de saúde neste serviço, leva a concluir que a formação deve ser periódica e continuada no tempo. Também é importante o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar, pois só com o envolvimento de todos os profissionais se poderá efectivamente actuar sobre todos os factores de risco.

A escala adoptada revelou-se bem adaptada à dinâmica do serviço, bem como a metodologia utilizada para a sinalização. Dos seis parâmetros avaliados, a história de queda nos últimos três meses revelou-se como sendo o factor que tem maior influência no elevado risco de queda nos idosos.

É importante a validação de instrumentos de avaliação do risco de queda para a realidade portuguesa, e em específico para a população idosa. “A investigação terá, assim, um papel preponderante no desenvolvimento de instrumentos de avaliação do risco e na identificação de factores de risco de queda específicos” (Almeida, Abreu e Mendes 2010).

A formação em áreas específicas como a saúde do idoso fornecerá as ferramentas necessárias, baseadas na melhor evidência científica para ensinar, supervisionar, investigar, gerir e prestar melhores cuidados de enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, R.; ABREU, C.; MENDES, A. (2010) – Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. III série, nº 2 (Dezembro 2010). 163-172.

BENNER, Patricia (2001) – **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.

CALDEVILLA, Maria; COSTA, Maria (2009) – Quedas dos idosos em internamento hospitalar: que passos para a enfermagem? **Revista Investigação em Enfermagem**. Coimbra. ISSN 0874-7695. Nº 19 (Fevereiro 2009). 25-28.

CALKINS, Evan; FORD, Amasa B.; KATZ, Paul R. (1997) – **Geriatría práctica**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter. ISBN 85-7309-175-4.

CARPENTER, Christopher; [et al] (2009) – Identification of fall risk factors in older adult emergency department patients. **Academic Emergency Medicine**. [em linha]. Vol. 16, nº 3 (Março 2009). 211-219. ISSN 1553-2712. Acedido em 07/10/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6d5f995d-3469-45fb-8e7d-7dd63206547a%40sessionmgr11&vid=1&hid=25>.

CEREPRI (2006) – **Ficha de factos: Prevenção de quedas nos idosos**. [em linha]. Atenas: European Network for Safty Among Eldery (2006). Acedido em 24/06/2010. Disponível em: http://www.euroipn.org/eunese/Documents/FS%20PT/FS_FALLS_PT.pdf. ISBN 978-960-89383-4-2.

CESDET (2004) – **Juventude em Cascais: modos de vida e condição juvenil no Concelho de Cascais**. [em linha]. Cascais: Câmara Municipal de Cascais (Maio 2004). Acedido em 05/07/2010. Disponível em: <http://www.cm-cascais.pt/NR/rdonlyres/343685C6-9CBB-4E89-A03D-B3FE60238DB2/1483/estudo0.pdf>.

CONSELHO JURISDICIONAL DA ORDEM DOS ENFERMEIROS – Tomada de posição do CJ sobre segurança do cliente. **Ordem dos Enfermeiros**. [em linha]. Nº 22 (Julho 2006). 16-22. ISSN 1646-2629. Acedido em 01/06/2010. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_22_Julho_2006.pdf.

CUMMING, Robert G. (1998) – Epidemiology of medication-related falls and fractures in the elderly. **Drugs & Aging**. [em linha]. Vol. 12, nº 1 (Janeiro 1998). 43-53. ISSN 1170-229X. Acedido em 08/10/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=31&hid=19&sid=b97bf7df-cd07-4f29-b19f-ab36328a68ea%40sessionmgr4>.

ELIOPOULOS, Charlotte (2005) – **Enfermagem gerontológica**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed. ISBN 85-363-0081-7.

FORTIN, Marie-Fabienne (2009) – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-18-5.

GRENIER-SENNELIER, C.; [et al] (2002) – Designing adverse event prevention programs using quality management methods: the case of falls in hospital. **International Journal for Quality in Health Care**. [em linha]. Vol. 14, nº 5 (Outubro 2002). 419-426. ISSN 1353-4505. Acedido em 01/06/2010. Disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/14/5/419>.

HENDERSON, Virginia (2007) – **Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE**. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-00-0.

HENDRICH, Ann L.; BENDER, Patricia S.; NYHUIS, Allen (2003) – Validation of the Hendrich II fall risk model: a large concurrent case/control study of hospitalized patients. **Applied Nursing Research**. [em linha]. Vol. 16, nº 1 (Fevereiro 2003). 9-21. ISSN 1532-8201. Acedido em 06/10/2010. Disponível em: <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0897-1897/PIIS0897189702109025.pdf>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2000) – **Esperanças de vida sem incapacidades físicas de longa duração**. [em linha]. Lisboa: INE. Acedido em 28/02/2010. Disponível em:

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_bo ui=74462&DESTAQUESmodo=2.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2005) – **Classificação internacional para a prática de enfermagem. Versão 1,0**. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. ISBN 92-95040-36-8.

JOHNSON, Edwin T. (1985) – Accidental falls among geriatric patients: can more be prevented? **Journal of the National Medical Association**. [em linha]. Vol. 77, nº 8 (Agosto 1985). 633-639. ISSN 0027-9684. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=33&hid=19&sid=b97bf7df-cd07-4f29-b19f-ab36328a68ea%40sessionmgr4&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=mn h&AN=4046062>.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (2007) – **Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais**. 3ª ed. EUA: Joint Commission International. ISBN 978-1-59940-141-6.

LEITE, Lúcia (2006) – Um novo paradigma de desenvolvimento profissional: Valorização de percursos e competências. **II Congresso da Ordem dos Enfermeiros**. [em linha]. Lisboa (10 a 12 Maio 2006). Acedido em 01/06/2010. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLL.pdf.

MARIN, H. F.; BOURIE, P.; SAFRAN, C. (2000) – Desenvolvimento de um sistema de alerta para prevenção de quedas em pacientes hospitalizados. **Revista Latino-Americana de enfermagem**. [em linha]. Vol. 8, nº 3 (Julho 2000). 27-32. ISSN 1518-8345. Acedido em 09/10/2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12396.pdf>.

MILLER, Erin; [et al] (2009) – Management of fall-related injuries in the elderly: a retrospective chart review of patients presenting to the emergency department of a community-based teaching hospital. **Physiotherapy Canada**. [em linha]. Vol. 61, nº 1 (Fevereiro 2009). 26-37. ISSN 1708-8313. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&hid=19&sid=b97bf7df-cd07-4f29-b19f-ab36328a68ea%40sessionmgr4>.

MONIZ, José Manuel Nunes (2003) – **A enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados como experiência formativa**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-49-5.

MORSE, Janice M. (2009) – **Preventing patient falls: establishing a fall intervention program**. 2ª ed. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0389-5.

MORSE, Janice M.; TYLKO, Suzanne J.; DIXON, Herbert A. (1987) – Characteristics of fall-prone patient. **The Gerontological Society of America**. [em linha]. Vol. 27, nº 4 (Agosto 1987). 516-522. ISSN 1758-5341. Acedido em 12/10/2010. Disponível em: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/27/4/516.full.pdf>.

NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (2004) – **Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people**. [em linha]. Londres: Royal College of Nursing. ISBN 1-904114-17-2. Acedido em 05/10/2010. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10956/29585/29585.pdf>.

OLIVER, D. (2004) – Prevention of falls in hospital inpatients. Agendas for research and practice. **Age and Ageing**. [em linha]. Vol. 33, nº 4 (Julho 2004). 328-330. ISSN 1468-2834. Acedido em 08/10/2010. Disponível em: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/33/4/328.full.pdf>.

OLIVER, D.; [et al] (2004) – Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. **Age and Ageing**. [em linha]. Vol. 33, nº 2 (Março 2004). 122-130. ISSN 1468-2834. Acedido em 09/10/2010. Disponível em: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/33/2/122.full.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – Modelo de desenvolvimento profissional. **Caderno temático**. [em linha]. Lisboa (Dezembro 2009). Acedido em 10/06/2010. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt>.

PAPAIOANNOU, A.; [et al] (2004) – Prediction of falls using a risk assessment tool in the acute care setting. **BMC Medicine**. [em linha]. Vol. 2, nº 1 (Janeiro 2004). 1–7. ISSN 1741-7015. Acedido em 01/06/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=43&hid=122&sid=b97bf7df-cd07-4f29-b19f-ab36328a68ea%40sessionmgr4>.

PERRACINI, Mónica R. (2006) – **Prevenção e manejo de quedas no idoso**. [em linha]. Acedido em 01/06/2010. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/artigo_quedas_monica_perracini.pdf.

PINA, Sílvia M.; [et al] (2010) – Quedas em meio hospitalar. **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. Nº 36 (Dezembro 2010). 27-29.

REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO (2005) – **Prevention of falls and fall injuries in the older adult**. [em linha]. Toronto: RNAO. ISBN 0-920166-56-3. Acedido em 07/10/2010. Disponível em: http://www.rnao.org/Storage/12/617_BPG_Falls_rev05.pdf.

SCHWENDIMANN, René; [et al] (2006) – Fall prevention in a swiss acute care hospital setting. **Journal of Gerontological Nursing**. [em linha]. Vol. 32, nº 3 (Março 2006). 13–22. ISSN 1938-243X. Acedido em 01/06/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=47&hid=122&sid=b97bf7df-cd07-4f29-b19f-ab36328a68ea%40sessionmgr4>.

SHELDON, J. H. (1960) – On the natural history of falls in old age. **British Medical Journal**. [em linha]. Vol. 2, nº 5214 (Dezembro 1960). 1685-1690. ISSN 0959-8138. Acedido em 08/10/2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2098310/pdf/brmedj03054-0031.pdf>.

SILVA, João Fernandes da (2006) – **Quando a vida chegar ao fim: expectativas do idoso hospitalizado e família**. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8930-59-9.

TODD, C.; SKELTON, D. (2004) – **What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?** [em linha]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). Acedido em 11/10/2010. Disponível em:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/74700/E82552.pdf.

UNITED NATIONS (2009) – **World population ageing 2009**. New York: United Nations. Acedido em 09/10/2010. Disponível em:
http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf.

WEIGAND, John V.; GERSON, Lowell W. (2001) – Preventive care in the emergency departments: should emergency departments institute a falls prevention program for elder patients? A systematic review. **Academic Emergency Medicine**. [em linha]. Vol. 8, nº 8 (Agosto 2001). 823-826. ISSN 1553-2712. Acedido em 07/10/2010. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2001.tb00214.x/pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2007) – **WHO global report on falls prevention in older age**. [em linha]. França: WHO. ISBN 978-92-4-156353-6. Acedido em 11/10/2010. Disponível em:
http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010) – Pesquisa livre no site
<http://www.who.int/en>. Acedido em 12/10/2010.

ANEXOS

ANEXO I

**Procedimentos da política de redução do risco de lesões
resultantes de quedas em doentes**

1. TITULO

Prevenção de ocorrência de quedas em doentes internados

2. IPGS

IPGS 6 – Redução do risco de lesões resultantes de quedas em doentes

3. OBJECTIVO

Definir procedimentos que evitem ou minimizem a ocorrência de quedas dos doentes internados.

4. DESTINATÁRIOS

Enfermeiros do Hospital de Cascais.

5. DEFINIÇÕES

Queda é uma mudança não intencional de posição inesperada do corpo para um nível inferior à posição inicial, determinado por circunstâncias multifactoriais e comprometendo a estabilidade. As quedas podem ser **classificadas** em:

Factores Extrínsecos de Risco de Queda

Refere-se ao evento único e esporádico de queda accidental que dificilmente se voltará a repetir e é decorrente de uma causa extrínseca ao indivíduo. São circunstâncias sócio-ambientais, como por exemplo a iluminação inadequada, superfícies escorregadias, obstáculos no caminho, ausência de corrimãos em corredores e casas de banho, calçado inadequado, roupas excessivamente compridas, mau estado do piso e falta de sinalização de escadas.

Factores Intrínsecos de Risco de Queda

Em contrapartida, a queda recorrente, expressa a presença de factores etiológicos intrínsecos como doenças crónicas, poli medicação, distúrbios do equilíbrio corporal, deficits sensoriais, entre outros.

- 1) Alterações fisiológicas** relacionadas com o processo de envelhecimento, tais como a diminuição da visão, da audição e da sensibilidade à hipotensão postural; os distúrbios

vestibulares, músculo-esqueléticos ou, ainda, as deformidades dos pés ou membro inferiores e o sedentarismo.

- 2) **As patologias específicas do indivíduo**, como as doenças cardiovasculares, neurológicas, metabólicas, pulmonares e ainda a anemia ou os distúrbios psiquiátricos.
- 3) **A medicação** como, por exemplo, os ansiolíticos, anti-depressivos, anti-hipertensivos, diuréticos, anti-arrítmicos, hipoglicemiantes e, ainda a politerapêutica (uso diário de 5 ou mais drogas associadas).

Avaliação do Risco de Queda

Na avaliação do Risco de Queda utiliza-se uma adaptação da Escala de Morse cujo **Score** é o valor numérico resultante da aplicação do instrumento de avaliação do risco de queda, a utilizar nos doentes internados.

Escala de Morse

GRAU DE RISCO ESCALA MORSE	PONTUAÇÃO
Risco Baixo (BR)	0 – 24
Risco Moderado (MR)	25 – 50
Risco Elevado (ER)	≥ 51

Contenção Física

Entende-se por contenção física a restrição dos movimentos da pessoa doente, em situações de agitação psicomotora, confusão mental ou agressividade/violência em relação a si próprio e/ou a outros. Quando a situação clínica do doente é impeditiva da viabilização de medidas terapêuticas, tais como administração de fármacos, poder-se-á recorrer à contenção física.

6. PROCEDIMENTOS

Para prevenir a ocorrência de quedas definem-se os seguintes procedimentos de segurança:

- O enfermeiro avalia o score de risco de queda:
 - ⇒ No momento da admissão do doente;
 - ⇒ Após ocorrência de queda;
 - ⇒ Sempre que se justificar necessário.
- O enfermeiro regista no Processo Clínico Informático a intervenção de enfermagem **Avaliação do Risco de Queda**. Se ocorrer falha de sistema deve preencher-se o impresso apropriado - **Avaliação do Risco de Queda Segundo Escala de Morse - Anexo 1 – IPGS 6**.

- De acordo com o score de risco de queda obtido, o enfermeiro informa o doente acerca dos riscos envolvidos e educa sobre os cuidados a ter para prevenir a ocorrência de quedas.
- O enfermeiro assinala na pulseira de identificação do doente o Score de risco de queda obtido, com etiqueta autocolante circular cuja cor identificará o grau de risco.

GRAU DE RISCO ESCALA MORSE	COR ETIQUETA
Risco Baixo (BR)	Amarela
Risco Moderado (MR)	Laranja
Risco Elevado (ER)	Vermelha

- O enfermeiro tem em conta um conjunto de precauções, quer ao nível do acolhimento, da higiene, do ambiente e da segurança, tais como:

✓ As grades laterais de segurança das camas devem estar sempre levantadas, excepto nos doentes que estejam conscientes e funcionalmente independentes.
✓ As camas devem estar reguladas para a posição mais baixa e com as rodas travadas, excepto a quando da prestação directa de cuidados de saúde ao doente.
✓ Durante a prestação de cuidados é necessário manter os doentes sob vigilância, não podendo os profissionais afastar-se sem que subam as grades laterais de protecção, mesmo que seja por breves instantes ou para percorrerem uma curta distância.
✓ Deve assegurar-se que o doente a partir da cama ou do cadeirão, pode facilmente alcançar o comando de chamada ou luz, o telefone ou qualquer outro objecto pessoal que necessite.
✓ Disponibilizar um degrau anti-derrapante para subida e descida da cama. Os doentes com maior dependência devem sempre fazê-lo com ajuda ou supervisão.
✓ Sempre que se utilize um elevador para transferir doentes este deve ser inspeccionado previamente e usado de acordo com as recomendações previstas na circular informativa do INFARMED, Nº.055/CD de 24/04/2007, Anexo II.

- Na ocorrência de uma queda esta deve ser registada em impresso próprio, **Monitorização de Queda em Meio Hospitalar - Anexo 2 – IPGS 6**. Todas as unidades devem criar uma pasta onde arquivam todas as ocorrências de quedas de doentes.

7. INDICADORES

Descrição	Quem avalia	Periodicidade
Número de quedas de doentes em Internamento	Gestor Risco Clínico	Mensal

8. REFERÊNCIAS

- Joint Commission International – Normas Internacionais – IPGS -06 Redução de lesão do doente resultante de queda”.
- Circular Normativa da DGS, nº 08/DSPSM/DSPCS de 25/5/2007
- Circular Informativa do Infarmed, N.055/CD de 24/04/2007, Anexoll
- Ficha de factos: Prevenção de Quedas nos Idosos - Segurança nos Idosos – Lesões Acidentais. Center for Research and Prevention of Injuries-CEREPRI
- Department of Hygiene, Epidemiology and Medical Statistics, School of Medicine, Athens University - eunese@med.uoa.gr; www.euroipn.org/cerepri. Translated by Prof. Constança Paúl , University of Porto, Institute of Biomedical Sciences Abel Salazar, Portugal
- ISBN: 978-960-89383-4-2
- Diana Pereira. Indicadores da Qualidade para a Melhoria dos Cuidados de Saúde. A medição e a Melhoria da Qualidade no âmbito da Acreditação. Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE.
- Luisa Rodrigues et al. Procedimento Geral de prevenção de ocorrência de quedas nos doentes internados. Hospital de Nossa Senhora do Rosário, EPE.


9. ANEXOS

Anexo 1 – IPGS 6 – Avaliação do Risco de Queda Segundo Escala de Morse

Anexo 2 – IPGS 6 – Monitorização de Queda em Meio Hospitalar

Anexo 3 – IPGS 6 – Protocolo

Edição n.º 1	Elaborado:	Aprovado:	Homologado:
Revisão n.º 0	05/11/2010	___/___/___	___/___/___

	HOSPITAL DE CASCAIS - DR JOSÉ DE ALMEIDA Política - Acreditação JCI	IPSG 6 ----- Pág. 1 / 2
---	--	-------------------------------

1. TITULO

Metas Internacionais de Segurança dos Doentes - IPSG

2. IPSG

IPSG 6 – Redução do risco de lesões resultantes de quedas em doentes

3. OBJECTIVO

Definir uma metodologia de redução de risco de quedas daí resultantes

4. DESTINATÁRIOS

Enfermeiros do Hospital de Cascais.

5. DEFINIÇÕES

Queda é uma mudança não intencional de posição inesperada do corpo para um nível inferior à posição inicial, determinado por circunstâncias multifactoriais e comprometendo a estabilidade.

6. POLITICA

- O enfermeiro realiza a **Avaliação do Risco de Queda Segundo Escala de Morse, Anexo 1 – IPGS 6**, no momento da admissão do doente, após ocorrência de queda e sempre que se justificar necessário.
- Após obtenção do *score* da escala de morse são instituídas algumas intervenções pré-definidas, ver no Procedimento “**Prevenção de ocorrência de quedas em doentes internados**”.
- A ocorrência de uma queda será registada pelo respectivo serviço no Processo Clínico do doente e em impresso apropriado - **Monitorização de Queda em Meio Hospitalar Anexo 2 – IPGS 6**.
- Após registo da queda deve ser desencadeado um processo de mitigação das causas da queda com implementação de acções correctivas e preventivas para o efeito.

7. REFERÊNCIAS


- Joint Commission International – Normas Internacionais – IPGS -06 Redução de lesão do doente resultante de queda”.
- Circular Normativa da DGS, nº 08/DSPSM/DSPCS de 25/5/2007
- Circular Informativa do Infarmed, N.055/CD de 24/04/2007, Anexoll
- Ficha de factos: Prevenção de Quedas nos Idosos - Segurança nos Idosos – Lesões Acidentais. Center for Research and Prevention of Injuries-CEREPRl
- Department of Hygiene, Epidemiology and Medical Statistics, School of Medicine, Athens University - eunese@med.uoa.gr; www.euroipn.org/cerepri. Translated by Prof. Constança Paúl , University of Porto, Institute of Biomedical Sciences Abel Salazar, Portugal
- ISBN: 978-960-89383-4-2
- Diana Pereira. Indicadores da Qualidade para a Melhoria dos Cuidados de Saúde. A medição e a Melhoria da Qualidade no âmbito da Acreditação. Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE.
- Luisa Rodrigues et al. Procedimento Geral de prevenção de ocorrência de quedas nos doentes internados. Hospital de Nossa Senhora do Rosário, EPE.

8. ANEXOS

Anexo 1 – IPGS 6 – Avaliação do Risco de Queda Segundo Escala de Morse

Anexo 2 – IPGS 6 – Monitorização de Queda em Meio Hospitalar

Edição n.º 1	Elaborado:	Aprovado:	Homologado:
Revisão n.º 0	05/11/2010	___/___/___	___/___/___

 <p>HPP HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA</p>	<p>HOSPITAL DE CASCAIS – DR JOSÉ DE ALMEIDA</p> <p>Procedimento - Acreditação JCI</p>	<p>Código ----- Pág. 1 / 3</p>
---	---	--

1. TITULO

Actuação pós-queda

2. PADRÃO / META JCI

IPSC – 06 Redução do risco de lesão do doente resultante de queda

3. OBJECTIVO

Uniformizar a prestação de cuidados Médicos e de Enfermagem no período pós-queda de modo a garantir que todos os doentes internados que sofram uma queda sejam devidamente avaliados.

4. DESTINATÁRIOS

Todos os serviços de internamento e áreas

5. PROCEDIMENTOS

Após queda os doentes deverão ser avaliados de imediato pelo Enfermeiro ou Médico. Deve contactar-se o Médico Assistente do doente ou, na sua ausência o Médico da Urgência.

1. Avaliação das circunstâncias do incidente:

- Como
- Onde
- Quando
- Foi ou não presenciada e por quem
- Terapêutica administrada

2. A Avaliação Inicial do doente após queda deve ser feita pelo enfermeiro/médico:

A – Via aérea:

- ⇒ Assegurar permeabilidade da via aérea
- ⇒ Extracção de próteses dentárias e/ou corpos estranhos. Aspiração da orofaringe se necessário.

B – Ventilação:

- ⇒ Avaliar movimentos respiratórios, frequência respiratória e oximetria
- ⇒ Manter oxigenação adequada com administração de O₂, se necessário

C – Circulação:

- ⇒ Avaliar Pressão Arterial e Frequência Cardíaca
- ⇒ Avaliar temperatura e coloração da pele (hipotermia, palidez, sudorese)
- ⇒ Se hemorragia visível, controlar hemorragia com compressão externa.
Despir para avaliar possíveis lesões ocultas.

D – Neurológica

- ⇒ Avaliar estado de consciência
- ⇒ Avaliar déficits neurológicos focais evidentes

3. A **Avaliação Secundária** deve ser efectuada pelo Médico Assistente/Urgência:

- ⇒ Exploração detalhada consoante o tipo de queda, local do traumatismo para pesquisar a presença de feridas ou sinais de fractura (dor, impotência funcional, deformidade, crepitações, edemas equimoses ou hematomas)
- ⇒ Prescrição de terapêutica de acordo com a situação clínica
- ⇒ Prescrição de exames complementares de diagnóstico
- ⇒ Adopção de medidas de segurança adequadas à situação clínica
- ⇒ Pedido de observação por outras valências
- ⇒ Manter vigilância até 24 horas após a queda

4. **Proceder aos registos:**

- ⇒ Enfermagem/Diário clínico, conforme Procedimento do Registo de Queda
- ⇒ Impresso “Monitorização de Quedas em Meio Hospitalar”, conforme Procedimento do Registo de Queda

9. REFERÊNCIAS

- Joint Commission International – Normas Internacionais – IPSC – 06 Redução do risco de lesão do doente resultante de queda

- Manual do Suporte Básico de Vida
- Luisa Rodrigues et al. Procedimento Geral de prevenção de ocorrência de quedas nos doentes internados. Hospital de Nossa Senhora do Rosário, EP

10. ANEXOS

11. REVISÃO

Edição n.º	Elaborado:	Aprovado:	Homologado:
Revisão n.º	___/___/___	___/___/___	___/___/___

ANEXO II

Escala de avaliação do risco de queda em suporte de papel

**AValiação DO RISCO
DE QUEDA**

Fonte: Adaptação da ESCALA DE MORSE

PARÂMETROS		Pontos	Data da Avaliação				
			//_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
1. História de Quedas (últimos 3 meses)	Não	0					
	Sim	25					
2. Diagnóstico Secundário	Não	0					
	Sim	15					
3. Ajuda na mobilização	Nenhuma Acamado Repouso leito	0					
	Bengala Andarilho Canadiana	15					
	Mobiliário	30					
4. Terapia endovenosa	Não	0					
	Sim	20					
5. Marcha	Normal Acamado Cadeira de rodas	0					
	Lenta	10					
	Alterada Cambaleante	20					
6. Estado Mental	Orientado	0					
	Desorientado Confuso	15					
Pontuação (total)							
Identificação do Enfermeiro (Nome /Nº Mecanográfico):							
Baixo Risco (BR)	Pontuação 0-24	Médio Risco (MR)	Pontuação 25-50	Elevado Risco (ER)	Pontuação ≥ 51		

Se **Outros Factores de Risco** presentes coloque (**x**) na coluna em frente

OUTROS FACTORES DE RISCO		Data da Avaliação				
		//_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
7. Idade	70 – 79 Anos					
	≥ 80 anos					
8. Eliminação	Urgência urinária / nictúria					
	Incontinência					
9. Medicação	Psicotrópicos / anticonvulsivantes					
	Diuréticos / laxantes					
	Opiáceos					
	Antihipertensivos					

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO

Definição das Variáveis da Escala de Quedas de Morse:
1. História de Queda: Não (zero pontos) - O cliente não caiu nos últimos três meses; Sim (25 pontos) - Existe registo de queda no presente episódio de internamento ou existe história prévia de queda imediatamente antes do internamento.
2. Diagnóstico Secundário Não (zero pontos) - o doente tem um único diagnóstico; Sim (15 pontos) – o doente tem <u>mais do que um diagnóstico médico</u> evidenciado no processo clínico <u>OU</u> tem um diagnóstico susceptível de aumentar o risco de queda.
3. Ajuda na Mobilização Zero pontos - o doente anda sem ajuda mesmo que assistido pela enfermeira, ou está em repouso no leito ou acamado; 15 pontos – o doente anda com ajuda de bengala, andador ou canadianas; 30 pontos – o doente utiliza mobiliário como suporte para a deambulação.
4. Terapia endovenosa Não (zero pontos) - o doente não faz terapia endovenosa; Sim (20 pontos) – o doente tem terapia/acesso endovenoso.
5. Marcha Zero pontos - o doente <u>consegue andar</u> com a cabeça direita, balanceia os braços junto ao corpo, passadas largas sem hesitações; 10 pontos - o doente tem <u>marcha lenta</u> com paragens mas com a cabeça levantada. Utiliza passos curtos e pode arrastar os pés; 20 pontos - a <u>marcha está comprometida</u> , o doente pode parar, pode ter dificuldade em se levantar da cadeira necessitando de se apoiar nos braços da cadeira e/ou levanta-se com impulso. O doente tem a cabeça em baixo e com o balanço dos braços agarra-se ao mobiliário, a pessoas ou a ajudas de marcha, não conseguindo andar sem ajuda. Os passos são curtos e arrasta os pés. Nota: Se o doente usa Cadeira de rodas a pontuação é atribuída segundo a avaliação feita pela observação da marcha na mudança de cadeira de rodas para a cama.
6. Estado Mental Zero pontos - o doente responde consistentemente a perguntas simples; 15 pontos - o doente responde incoerentemente ao questionado.

Outros factores de risco:
1. A presença de um dos <u>Outros factores de risco</u> , não altera a pontuação da escala de morse .
2. No entanto, os factores (idade, eliminação, medicação) contribuem para aumentar o risco real de queda.
3. Em caso de dúvida relativamente a Outros factores de Risco, incluindo antihipertensivos, analisar pormenorizadamente a Escala de Morse e só depois definir o grau de Risco de Queda.

Em síntese

<u>Após a avaliação anterior, identifica-se o doente com ALTO RISCO DE QUEDA se:</u>
✓ Na avaliação pela escala de morse a pontuação é superior a 25 (médio e elevado risco)
<u>Ou</u>
✓ Independentemente do valor resultante da escala de Morse, está presente no doente um ou mais factores (idade, eliminação, medicação). Deste modo, poderá um doente ter uma avaliação de baixo risco (pela escala de morse) mas ser necessário identificá-lo como alto risco e tomar as medidas adequadas.

ANEXO III

**Autorização para a tradução e utilização da “Escala de queda
de Morse”**

From: **Janice Morse**
Date: 2010/11/20
Subject: MFS in a Portuguese ED
To: Olinda Ourique

Permission given Please translate it exactly—do NOT change the numbers or the items
Jan

On 11/19/10 7:36 AM, "Olinda Ourique" wrote:

Dr. Morse,

My name is Olinda Ourique and I´m a Portuguese Nurse at the Emergency Department of the district hospital of Cascais, Lisbon, named Hospital Drº José de Almeida – HPP Cascais.

As my college [REDACTED], that contacted you before, I´m also concluding a Nursing Speciality in elderly care and finishing my Master degree. I´m developing a fall prevention project in the ED context. I also pretend to use the "Morse Fall Scale" to assess fall risk, but on the elderly patients that come to the emergency department.

The MFS is recognized worldwide, I would like to use it. I already known there are no validated translation of the scale in Portugal. Can I get an authorization from you to translate and use the MFS in my Emergency Department?

I thank you in advance for your time and I also appreciate any suggestions you would kindly give me.

I will wait for your answer.

Best regards,
Olinda Ourique

ANEXO IV

Avaliação do risco de queda em idosos em processo clínico informatizado

Pergunta	Avaliações	SU
1. História de queda nos últimos três meses		0
2. Diagnóstico secundário		0
3. Ajuda na mobilização		0
4. Terapia Endovenosa		0
5. Marcha		0
6. Estado Mental		0
Baixo Risco		Total
		0

ANEXO V

“Monitorização de quedas em meio hospitalar” em suporte de papel

MONITORIZAÇÃO DE QUEDAS EM MEIO HOSPITALAR

DIRECÇÃO DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

Departamento: _____

DATA	HORA	LOCAL	PRESENCIADO
			SIM <input type="checkbox"/> NAO <input type="checkbox"/>

PARAMETROS					
Pulso	Pressão Arterial	Temperatura	Dor	Glicémia Capilar	Estado de Consciência

O QUE ESTAVA A FAZER ANTES DA QUEDA			
<input type="checkbox"/> Caminhava sozinho	<input type="checkbox"/> Sentado em cadeira normal	<input type="checkbox"/> Deitado em Maca	<input type="checkbox"/> Tomava Banho
<input type="checkbox"/> Caminhava com ajuda	<input type="checkbox"/> Sentado no cadeirão	<input type="checkbox"/> Deitado em Cama	<input type="checkbox"/> Subia/descia escadas
<input type="checkbox"/> Caminhava c/ ajuda técnica	<input type="checkbox"/> Sentado em cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Com grades	<input type="checkbox"/> Subia/descia da cama
<input type="checkbox"/> Estava imobilizado (indique o motivo)			
<input type="checkbox"/> Outra situação (descreva qual)			

O QUE SENTIU ANTES DA QUEDA

O QUE MOTIVOU A QUEDA
<input type="checkbox"/> Mobilizava-se no leito <input type="checkbox"/> Tentava levantar-se do leito <input type="checkbox"/> Tentava levantar-se da cadeira <input type="checkbox"/> Pretendia ir ao WC
<input type="checkbox"/> Outra situação (descreva qual)

LESÕES DECORRENTES DA QUEDA	
<input type="checkbox"/> Sem lesão aparente	<input type="checkbox"/> Traumatismo Craneo-Encefálico
<input type="checkbox"/> Abrasão	<input type="checkbox"/> Luxação (indique o local)
<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Fractura (indique o local)
<input type="checkbox"/> Escoriação	
<input type="checkbox"/> Corte	

TRATAMENTO	
<input type="checkbox"/> Observado pelo Médico <input type="checkbox"/> Observado pelo enfermeiro	<input type="checkbox"/> Limpeza desinfecção e penso de feridas
<input type="checkbox"/> Fez RX <input type="checkbox"/> Fez análises <input type="checkbox"/> Fez ECG <input type="checkbox"/> TAC	<input type="checkbox"/> Sutura de feridas
<input type="checkbox"/> Transferido para outra Unidade	<input type="checkbox"/> Necessitou de intervenção cirúrgica
<input type="checkbox"/> Sem necessidade de tratamento	<input type="checkbox"/> Necessitou de tratamento ortopédico

FACTORES DE RISCO		
Idade: _____ Sexo <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Hábitos alcoólicos <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Historia prévia de quedas <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Vertigens ou tonturas	<input type="checkbox"/> Doença Neurológica <input type="checkbox"/> Doença Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Perturbação visual <input type="checkbox"/> Perturbação auditiva <input type="checkbox"/> Deficiência motora <input type="checkbox"/> Alterações do equilíbrio <input type="checkbox"/> Mobilidade alterada <input type="checkbox"/> Fraqueza muscular <input type="checkbox"/> Degeneração articular	Medicação <input type="checkbox"/> Sob efeito de sedativos/anestésicos <input type="checkbox"/> Ansiolíticos, hipnóticos e antipsicóticos <input type="checkbox"/> Antidepressivos <input type="checkbox"/> Anti-hipertensivos <input type="checkbox"/> Antiarrítmicos <input type="checkbox"/> Diuréticos <input type="checkbox"/> Hipoglicemiantes <input type="checkbox"/> Polimedicação (5 ou + drogas associadas)

FOLLOW-UP
<input type="checkbox"/> A queda prolongou o internamento <input type="checkbox"/> A queda agravou a situação clínica de base <input type="checkbox"/> A queda provocou diminuição da mobilidade

Assinatura do Enfermeiro: _____ Nº Cédula Profissional: _____

ANEXO VI

Sinalização do grau de risco de queda



ANEXO VII

Planeamento das acções de formação e sensibilização à equipa de enfermagem

Planeamento de Formação Interna

Serviço	Urgência Geral
Designação da Acção de Formação	Prevenção e Monitorização da Queda no Idoso Hospitalizado no Serviço de Urgência Geral
Conteúdo programático	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quedas e suas consequências; 2. Porquê os Idosos; 3. Prevenção de Quedas no Idoso; 4. Metodologia da Avaliação do Risco de Queda – Escala de Morse (suporte em papel e suporte informático); 5. Metodologia da Monitorização de Quedas em Meio Hospitalar (suporte em Papel); 6. Apresentação da Política e dos Procedimentos da Instituição para a “Redução do risco de lesões resultantes de quedas em doentes” (Prevenção de ocorrência de quedas em doentes internados; Actuação pós-queda).
Destinatários	Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral
Equipa Pedagógica	Enf. M ^a Olinda Ourique
Coordenação	Enf. Carmen Gaudêncio
Método (s) /Meio (s) Pedagógicos	Expositivo
Tipo de Avaliação (Quantitativa ou Qualitativa)	Qualitativa

ANEXO VIII

**Planeamento da acção de formação e sensibilização à equipa de
assistentes operacionais**

Planeamento de Formação Interna

Serviço	Urgência Geral
Designação da Acção de Formação	Prevenção e Monitorização da Queda no Idoso Hospitalizado no Serviço de Urgência Geral
Conteúdo programático	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quedas e suas consequências; 2. Porquê os Idosos; 3. Avaliação do Risco de Queda e respectiva sinalização dos diferentes graus de risco identificados; 4. Importância de uma política de prevenção e monitorização da queda em meio hospitalar 5. Prevenção de Quedas no Idoso; 6. Intervenções e medidas a implementar no Serviço de Urgência.
Destinatários	Assistentes Operacionais do Serviço de Urgência Geral
Equipa Pedagógica	Enf. M ^a Olinda Ourique
Coordenação	Enf. Carmen Gaudêncio
Método (s) /Meio (s) Pedagógicos	Expositivo
Tipo de Avaliação (Quantitativa ou Qualitativa)	Qualitativa

ANEXO IX

Lista de verificação “Avaliação das condições físicas e ambientais”

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES FÍSICAS E AMBIENTAIS SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL				
Data: _____ / _____ / _____	Auditor:			
	SIM	NÃO	N/A	Observações
EQUIPAMENTO				
1. Cadeiras de rodas e de higiene / cadeirões de repouso / mesas de alimentação				
Têm rodas				
As rodas têm travões				
Os travões travam eficazmente				
Os pneus são macios ou estão cheios				
As rodas permitem a mobilização eficaz da cadeira (não estão vazias nem empenadas)				
Têm cinto (este tem de estar operacional)				
Os braços da cadeira são facilmente retirados para as transferências				
Os apoios para os pés são ajustáveis às necessidades do doente (altura, posição, etc.)				
2. Suporte de soros				
O suporte de soro tem dispositivo de fixação funcional (parte superior / inferior)				
As rodas deslizam facilmente em todas as direcções e não encravam				
O suporte tem uma base de cinco rodas, permitindo manter a sua estabilidade				
3. Camas / Macas				
As camas / macas permitem ajustar a altura às necessidades do doente				
As camas / macas têm grades				
As grades sobem e descem facilmente				
As grades ficam seguras quando elevadas				
As grades ocupam o espaço necessário para impedir a saída / queda do doente				
As camas / macas têm travões				
Os travões travam eficazmente				
4. Chinelos (Calçado)				
Os chinelos disponibilizados pelo hospital têm solas anti-derrapantes				
5. Andarilhos / Canadianas / Pirâmides				
As borrachas de segurança das pontas estão em boas condições				
São estáveis				
AMBIENTE				
6. Condições de iluminação				
Existem luzes de presença em todas unidades				
As luzes de presença funcionam				
Existem luzes de presença em todas as zonas comuns				
As luzes de presença funcionam				
7. Corrimão / Barras de apoio				
Nos chuveiros				
Nas casas de banho				
Nos corredores				
8. Condições do piso				
Sem irregularidades				
Material anti-derrapante nas casas de banho				
Material anti-derrapante no resto do serviço				
Desníveis assinalados				

ANEXO X

Autorização da Direcção de Enfermagem do Hospital Dr. José de Almeida

AUTORIZAÇÃO

A Direcção de Enfermagem do Hospital Dr. José de Almeida autoriza o tratamento e divulgação para fins académicos e científicos, dos dados fornecidos à Enfermeira Maria Olinda de Medeiros Ourique, no âmbito da implementação de uma política de prevenção e monitorização da queda no idoso hospitalizado num serviço de urgência.

Cascais, 27 de Abril de 2011


Direcção de Enfermagem

Paula Santos Gomes

(Enfermeira Supervisora)

ANEXO XI

Gráficos das respostas às questões da “Escala de avaliação do risco de queda”

Gráfico “História de queda”.

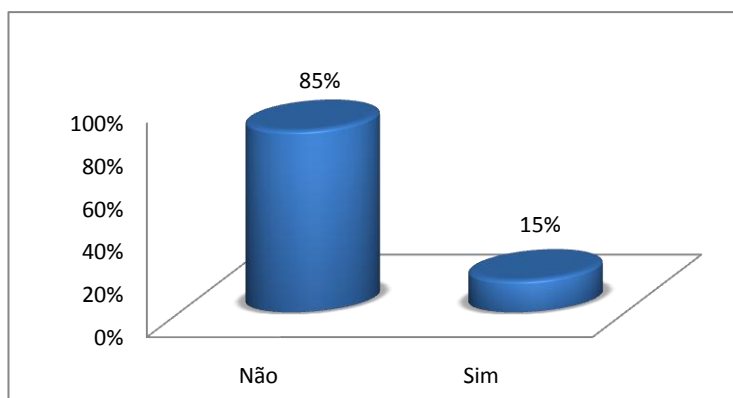


Gráfico “Diagnóstico secundário”.

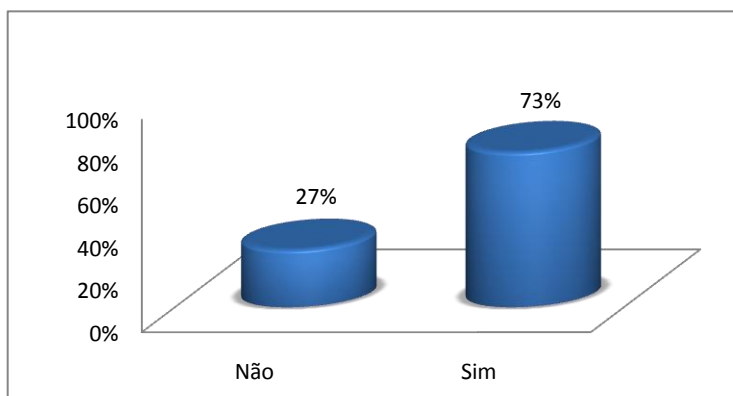


Gráfico “Ajuda na mobilização”.

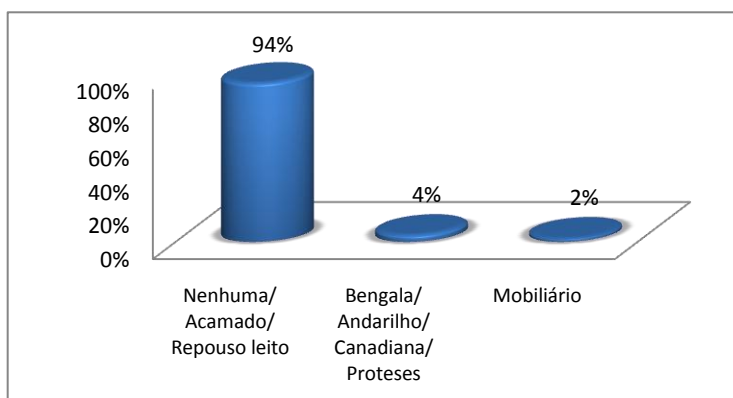


Gráfico "Terapia endovenosa".

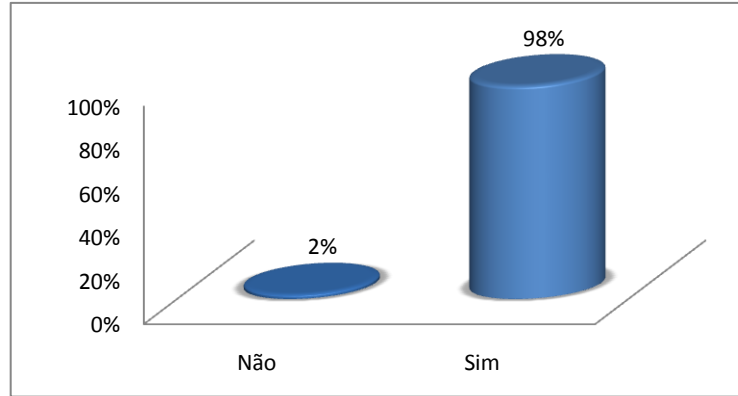


Gráfico "Marcha".

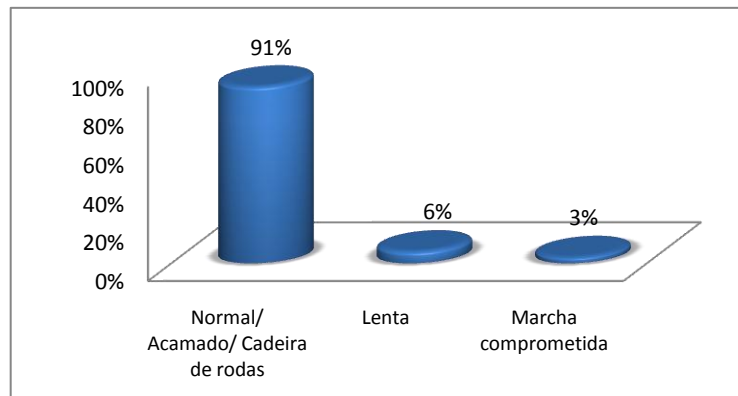
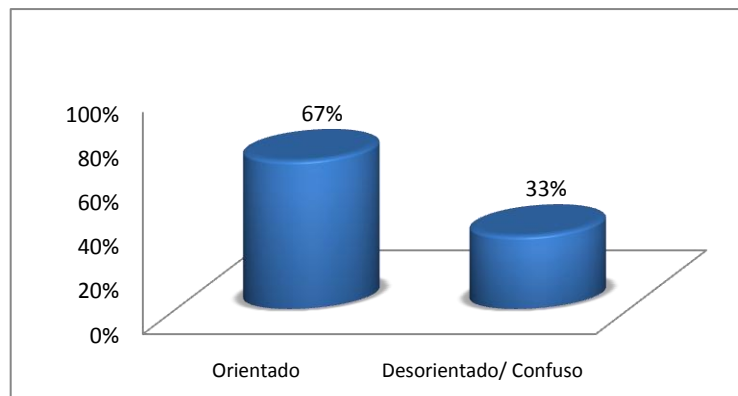


Gráfico "Estado mental".



ANEXO XII

Gráficos das respostas às questões da “Escala de avaliação do risco de queda”, das avaliações com grau Elevado Risco

Gráfico “História de queda”.

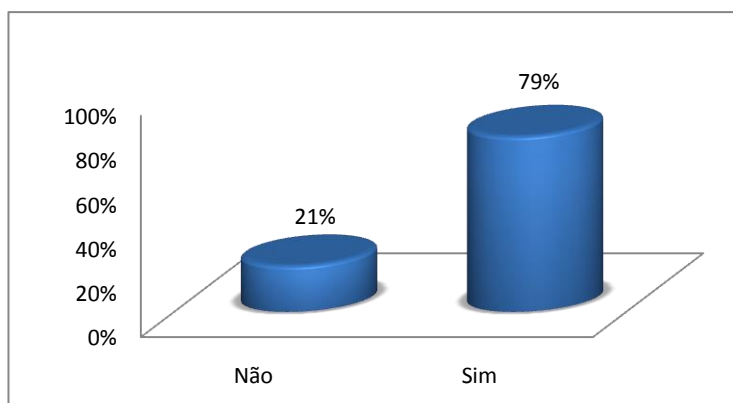


Gráfico “Diagnóstico secundário”.

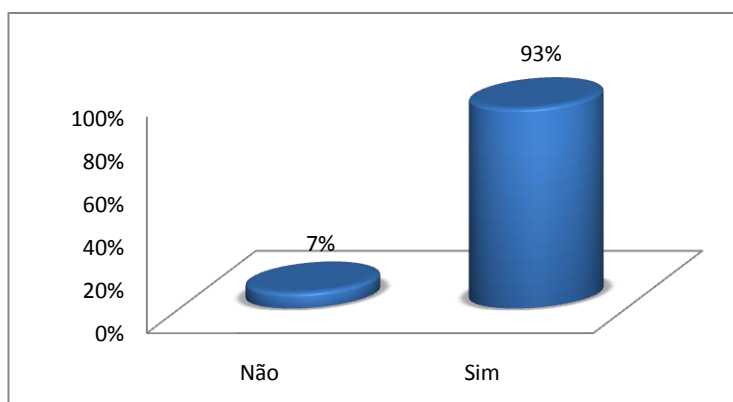


Gráfico “Ajuda na mobilização”.

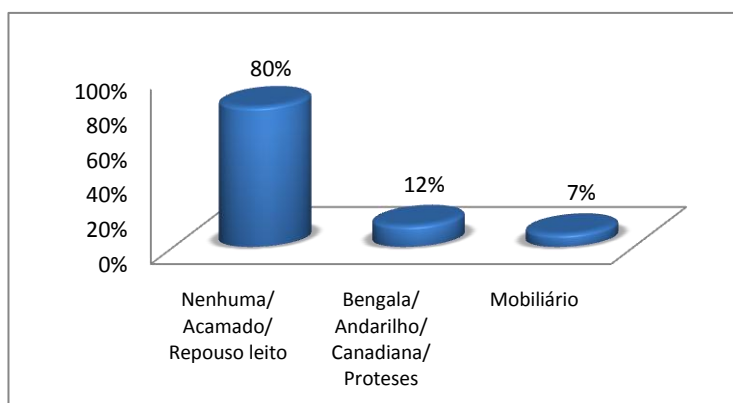


Gráfico “Terapia endovenosa”.

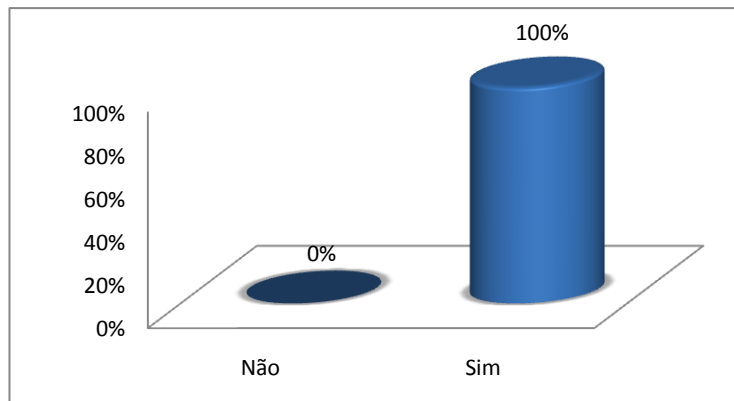


Gráfico “Marcha”.

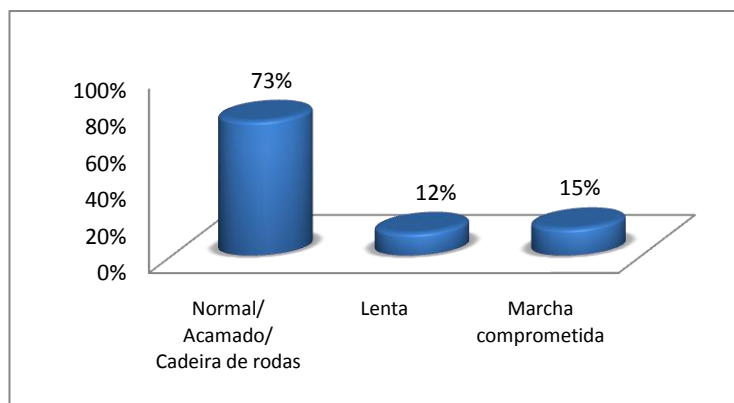


Gráfico “Estado mental”.

