



3º Curso de Mestrado em Enfermagem

Enfermagem Médico-cirúrgica

Vertente Pessoa Idosa

Relatório de Estágio

**Prevenção de quedas na pessoa idosa
hospitalizada: parceria como intervenção de
enfermagem para a promoção do cuidado de Si**

Liliana Rego

Lisboa

Maio, 2013





3º Curso de Mestrado em Enfermagem

Enfermagem Médico-cirúrgica

Vertente Pessoa Idosa

Relatório de Estágio

**Prevenção de quedas na pessoa idosa
hospitalizada: parceria como intervenção de
enfermagem para a promoção do cuidado de Si**

Liliana Rego

Professor Orientador: Prof.^a Doutora Idalina Gomes

Lisboa

Maio, 2013

PENSAMENTO

“A velhice encontra assim o seu sentido na realização de uma vida. Representa ao mesmo tempo a coroação de uma vida, o seu fim, mas também o espaço psicoespiritual propício à sua derradeira resolução, porque o que não foi realizado em devido tempo, no passado, continua depositado nela, á espera da concretização”.

Marie de Hennezel (2011)

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Idalina Gomes, por toda a disponibilidade demonstrada, pelo incentivo e apoio durante esta caminhada. A riqueza de conhecimentos e a partilha realizada foram determinantes para levar este projeto a bom porto; o encorajamento e a confiança depositada foram decisivos para a concretização deste sonho;

À enfermeira orientadora do projeto, Enf^a Teresa Diez pela sua disponibilidade em acompanhar-me neste percurso, por acreditar neste projeto e por todo o seu dinamismo, incentivo, acompanhamento e aconselhamento do caminho a seguir, sempre com um sorriso, o que me deu ânimo nos momentos mais difíceis;

À equipa multidisciplinar onde foi implementado o projeto, com a qual tem sido um privilégio trabalhar durante estes anos, na busca de melhores cuidados;

Aos meus pais e meu irmão por estarem sempre ao meu lado, pelo exemplo de vida, ajuda, amor e ternura, que me tornou no que sou hoje; pelas horas que não lhes dediquei e pelas saudades sentidas;

A ti Anísio por acreditares em mim, pelo amor, dedicação, paciência, força transmitida, carinho e encorajamento para chegar aqui... Por estares sempre ao meu lado nos bons e maus momentos.

Aos meus amigos que compreenderam a minha ausência em momentos importantes;

A todos os idosos que participaram neste projecto, com os quais muito aprendi e que sem eles nada seria possível!

O meu muito obrigada!

RESUMO

Com o aumento da longevidade, da esperança média de vida e das doenças crónicas, a hospitalização recorrente da pessoa idosa assume-se como uma realidade. As quedas de idosos estão entre os eventos indesejáveis mais comuns no hospital e, são atualmente uma das preocupações com destaque pela frequência e pelas consequências em relação à qualidade de vida.

Este projeto teve como objetivos desenvolver competências como enfermeira especialista na área de intervenção da pessoa idosa, nomeadamente na prevenção e monitorização do incidente de queda na pessoa idosa hospitalizada e, contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem na área da prevenção e monitorização do incidente de queda na pessoa idosa, tendo a parceria como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de Si.

A metodologia utilizada foi a de projeto, cujo percurso visa a resolução de problemas. Os participantes foram clientes internados no serviço da implementação do projeto que tivessem 65 ou mais anos de idade e a equipa de enfermagem do serviço. Foram prestados cuidados de enfermagem dirigidos e personalizados às características individuais, sociais e culturais das pessoas idosas e seus cuidadores e foi envolvida toda a equipa na definição de estratégias/intervenções de modo a prevenir a queda da pessoa idosa hospitalizada, tendo a parceria como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de Si. O percurso efetuado possibilitou o desenvolvimento de competências em várias áreas, nomeadamente na prestação de cuidados á pessoa idosa, na gestão, liderança e formação.

Conclui-se que a avaliação sistemática e contínua do risco de queda e consequente, planeamento das intervenções sensíveis aos cuidados de enfermagem, execução e avaliação contribui para melhoria dos cuidados prestados e prevenção deste acontecimento na pessoa idosa, pelo que se sugere que esta deva ser sempre realizada de forma sistemática no internamento.

Palavras-chave: pessoa idosa, prevenção de queda parceria, intervenções de enfermagem, promoção do cuidado de si.

ABSTRACT

With increased longevity, life expectancy and chronic diseases, recurrent hospitalization of the elderly is assumed as a reality. Falls among the elderly are the most common adverse events in the hospital and are currently one of the concerns highlighted by the frequency and the consequences for the quality of life.

This project aimed to develop skills as a nurse specialist in the area of intervention of the elderly, particularly in the prevention and monitoring of incident of falling in the elderly hospitalized, and contribute to the development of skills in the team nursing in the area of prevention and monitoring incident of falling in the elderly, and the partnership as a nursing intervention to promote the care of himself.

The methodology used was the project, whose route is aimed at solving problems. Participants were admitted to the service of clients implementing the project that had 65 or more years old and nursing staff of the service. Were provided nursing care directed and personalized to individual characteristics, social and cultural rights of older people and their carers and the whole team was involved in developing strategies / interventions to prevent the fall of the elderly hospitalized with the partnership as an intervention nursing care to promote the care of himself. The route made possible the development of skills in various areas, particularly in the provision of elderly care will, in management, leadership and training.

We conclude that the systematic and continuous evaluation of the risk of falls and consequent, planning interventions sensitive to nursing care, implementation and evaluation contributes to improving the care and prevention of this event in the elderly, so it is suggested that this should be performed systematically in hospital.

Keywords: elderly, fall prevention partnership, nursing interventions, promotion of self-care.

Índice	Pág.
INTRODUÇÃO.....	1
1-PROBLEMÁTICA /DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	5
2- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	9
2.1- O Envelhecimento... várias experiências de transição.....	9
2.2-Fatores de risco e instrumentos de avaliação do risco de quedas.....	12
2.3- Prevenção de quedas na pessoa idosa hospitalizada.....	15
2.4- Consequências das quedas na pessoa idosa hospitalizada.....	16
2.5- A parceria com a pessoa idosa hospitalizada como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de Si.....	17
3- DESENHO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	21
3.1- Finalidade e Planeamento do Projeto.....	22
3.2- Ação: Descrição das atividades, resultados obtidos e competências desenvolvidas.....	25
4- REFLEXÃO SOBRE O PERCURSO EFETUADO.....	49
5- CONCLUSÃO.....	53
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
ANEXOS	
Anexo I- Escala de Morse	

Anexo II- Escala de Barthel e Índice de Katz

Anexo III- Mini Mental State Examination

Anexo IV- Mini Nutricional Assessment

Anexo V- Índice de Lawton

Anexo VI- Escala de depressão Geriátrica

APÊNDICES

Apêndice 1- Cronograma

Apêndice 2- Revisão da literatura

Apêndice 3- Grelha de avaliação do registo de evento de queda

Apêndice 4- Resultados do registo do evento de queda

Apêndice 5- Questionário realizado aos enfermeiros

Apêndice 6- Resultados dos questionários realizados aos enfermeiros

Apêndice 7- Grelha de avaliação dos registos de enfermagem

Apêndice 8- Análise da observação inicial dos registos de enfermagem

Apêndice 9- Notas de campo

Apêndice 10- Estudo de caso

Apêndice 11- Formação em serviço 1^a

Apêndice 12- Visita domiciliária

Apêndice 13- Proposta de alterações aos registos informáticos da CIPE

Apêndice 14- Análise da observação final dos registos de enfermagem

Apêndice 15- Formação em serviço 2^a

ÍNDICE DE GRÁFICOS E QUADROS

Gráfico 1- Dados comparativos do indicador: Identidade da pessoa idosa/contexto de vida (situação sócio-familiar).....	41
Gráfico 2- Dados comparativos do indicador: Avaliação da dimensão física e funcionalidade da pessoa idosa incidindo nos aspectos que interferem na avaliação do risco de queda.....	41
Gráfico 3- Dados comparativos do indicador: Contexto da doença.....	42
Gráfico 4- Dados comparativos do indicador: Conhece o cliente idoso/cuidador face ao seu risco de queda.....	43
Gráfico 5- Dados comparativos do indicador: Partilha o poder/construção de uma ação conjunta.....	43
Gráfico 6- Dados comparativos do indicador: Desenvolver competências para atingir os objectivos comuns.....	44
Gráfico 7- Dados comparativos do indicador: Assumir ou assegurar a cuidado de Si.....	44
Quadro 1- Instrumentos de avaliação do risco de queda.....	13
Quadro 2- Modelo de parceria (Gomes, 2009).....	18
Quadros 3- Objetivos específicos e atividades desenvolvidas durante a fase de diagnóstico.....	24
Quadro 4- Resultados das respostas ao questionário realizado aos enfermeiros relativamente á auto avaliação.....	28
Quadro 5- Indicadores utilizados em cada fase do modelo de Parceria (Gomes, 2009).....	29
Quadro 6- Objetivos específicos e atividades desenvolvidas durante a fase de implementação.....	34
Quadro 7- Objetivos específicos e atividades desenvolvidas durante a fase de avaliação.....	40

INTRODUÇÃO

Assiste-se nos dias de hoje a um envelhecimento rápido e progressivo, em especial nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. A nível mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que, entre 2000 e 2050, a percentagem de pessoas idosas¹ duplique dos 11% para os 22% (OMS, 2011). Em 2011 a população com mais de 65 anos em Portugal era de 19,1%, verificando-se que apenas 15% da população era jovem, traduzindo-se num índice de envelhecimento de 120,1. Desta forma, e perante esta evidente inversão da pirâmide etária, confrontamo-nos com a especificidade das necessidades da pessoa idosa. Assim, torna-se premente a existência de enfermeiros especialistas nesta área, que consigam e saibam dar resposta às situações complexas que estes clientes² nos apresentam.

Com o aumento da longevidade, da esperança média de vida e das doenças crónicas, a hospitalização recorrente da pessoa idosa assume-se como uma realidade (Sequeira, 2010). As quedas de idosos estão entre os eventos indesejáveis mais comuns no hospital e, são atualmente uma das preocupações com destaque pela frequência e pelas consequências em relação à qualidade de vida (Von Renteln-Kruse et al., 2007). Uma única queda pode resultar no medo de voltar a cair e começar uma espiral descendente de mobilidade reduzida, levando à perda da função e maior risco de quedas. As pessoas idosas estão mais propensas a sofrerem lesões decorrentes de uma queda. Estas aumentam os custos hospitalares e tempo de permanência (Dykes et al., 2010). A prevenção é importante no sentido de minimizar problemas secundários decorrentes de quedas. Assim, a prevalência de quedas entre os idosos poderá ser diminuída com o planeamento de ações voltadas para as suas necessidades nas unidades de saúde, especialmente em relação aos fatores associados passíveis de prevenção (Siqueira et al, 2004). Laraña et al. (2007) salientam a este respeito, que a pertinência da temática do evento da queda, na panorâmica atual dos cuidados de saúde, é de tal forma, que se

¹ Neste documento, o idoso é toda a pessoa que atingiu a idade da reforma preconizada para Portugal (65 ou mais anos), tal como definido pela Organização Mundial de Saúde. São ainda consideradas muito idosas, as pessoas com 85 ou mais anos (WHO, 2004a).

² Neste documento o uso do termo "cliente" refere-se à pessoa que é alvo de cuidados de enfermagem. A opção pelo termo "cliente" prende-se com a conotação que este termo tem com a noção de papel ativo nos cuidados prestado ((OE, 20010).

converteu numa das estratégias prioritárias nas políticas adotadas por diversos organismos internacionais como a OMS, o Conselho Internacional dos Enfermeiros (ICN), entre outros. Tendo consciência desta realidade, surge este projeto que visa a prevenção e monitorização do evento de queda na pessoa idosa em contexto hospitalar.

Deste modo, torna-se imprescindível identificar os clientes idosos em risco de queda, bem como encará-los como parceiros nos cuidados, estimulando a sua participação ativa e procurando-os conhecer genuinamente, para conseguir impedir complicações iatrogénicas e promover a sua independência e o cuidado de Si. Deve-se procurar valorizar e respeitar os saberes da pessoa idosa, as suas experiências, os seus quereres e os seus sentimentos, admitindo a sua participação efetiva e o seu papel ativo nos seus próprios cuidados (Gomes, 2007; Kvale e Bondevik, 2008). Torna-se fundamental que a pessoa idosa possa tomar decisões acerca da sua vida diária no hospital, para que possam ser tratados como parceiros (Kvale e Bondevik, 2008).

De acordo com Meleis (2010) o entardecer da vida é um período de múltiplas transições, tais como as perdas ocorridas a vários níveis (reforma, viuvez, entre outras), o aparecimento de doenças crónicas, a institucionalização e internamentos. Logo, o enfermeiro tem um destaque fulcral para que as transições nestes clientes específicos ocorram de uma forma salutar, tendo por base várias intervenções particulares. A intervenção da equipa deverá incidir no conhecimento do contexto de vida do cliente, pessoa idosa e sua família, para poder em parceria, identificar e enquadrar as medidas necessárias a utilizar de modo a prevenir as quedas em ambiente hospitalar. A parceria é um processo que promove o cuidado de Si (Si próprio e Si outro) e no qual é valorizada a autonomia e a liberdade de escolha do cliente. O mesmo envolve a construção de uma ação, na qual o enfermeiro e a pessoa idosa partilham significados da experiência da pessoa dados por esta, ou pela família (Gomes, 2009).

O presente trabalho encontra-se integrado no terceiro Curso de Mestrado em Enfermagem: área de especialização Médico-Cirúrgica, vertente de Enfermagem à Pessoa Idosa, cujo propósito foi o desenvolvimento de competências na área da prestação de cuidados de saúde da pessoa idosa, mais especificamente na prevenção de quedas da pessoa idosa em contexto hospitalar, bem como no domínio da gestão nos cuidados, da formação e da investigação. Pretende-se assumir um papel de perita na

pessoa idosa em articulação com a equipa multidisciplinar. Contudo, até chegar a perito, o enfermeiro necessita desenvolver competências a vários níveis (Benner, 2005). Uma reflexão acerca das competências desenvolvidas durante o meu percurso profissional permitiu encaixar-me no nível proficiente na medida em que tinha capacidade de reconhecer situações na globalidade e não em termos de aspetos isolados, fundados na experiência possuindo uma perspetiva que me permite saber quais dos aspetos e atributos são mais importantes (Benner, 2005). Este projeto tem como intuito desenvolver competências como enfermeira especialista de modo a atingir o nível de perito na pessoa idosa. Quando as peritas podem descrever situações clínicas onde a sua intervenção fez a diferença, uma parte dos conhecimentos decorrente da sua prática torna-se visível. E é com esta visibilidade que o realce e reconhecimento da perícia se tornam possíveis.

Os objetivos que orientaram este projeto tiveram em vista o desenvolvimento de competências que reflitam uma prática diferenciada como futura enfermeira especialista na área do cuidar da pessoa idosa. Assim, foram delineados dois objetivos na sua operacionalização em campo: desenvolver competências como enfermeira especialista na área de intervenção da pessoa idosa, nomeadamente na prevenção e monitorização do incidente de queda na pessoa idosa hospitalizada e, contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem na área da prevenção e monitorização do incidente de queda na pessoa idosa, tendo a parceria como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de Si.

O presente documento reflete o percurso realizado. No Capítulo I vai ser definida a problemática e reforçada a sua pertinência. No Capítulo II serão explorados teoricamente alguns conceitos centrais que contribuiram para o enquadramento deste projeto e para o suporte da intervenção. No Capítulo III vai ser explicitada a metodologia adotada e abordado o principal contexto de ação deste estágio. A descrição e discussão do percurso de implementação do projeto constituem o IV Capítulo e, por fim, no Capítulo V serão formuladas algumas conclusões.

Para a sua conceção foram consideradas as normas da ESEL e seguidas as disposições e critérios da Norma Portuguesa APA emanadas pelo Instituto Português da Qualidade. Este relatório foi redigido com o acordo ortográfico da Língua Portuguesa.

1 – PROBLEMÁTICA /DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O desejo de desenvolver competências de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, nomeadamente na pessoa idosa, conjuntamente com a necessidade de realização de um projeto de estágio, levou-me a questionar qual o caminho a seguir. Refletindo sobre o papel que desenvolvo no meu local de trabalho e de acordo com as minhas inquietações enquanto enfermeira surge a temática da queda na pessoa idosa em contexto hospitalar. Esta resulta da minha prática diária com pessoas idosas hospitalizadas com risco de queda e da necessidade de desenvolver estratégias e intervenções de enfermagem, de modo a contribuir para melhorar os cuidados prestados à população idosa, tendo a parceria como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de Si. De acordo com Gomes (2009) o assumir ou assegurar o cuidado de Si tem implícito a procura e desenvolvimento da singularidade da pessoa, visando aumentar o cuidado centrado nesta. Por outro lado, o evento da queda constitui um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem na instituição onde desenvolvo funções e, como tal, assume um papel preponderante na busca da excelência e na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Existem alguns indicadores de qualidade de enfermagem que são concebidos como marcadores específicos do estado de saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2007). Para este projeto salienta-se como indicador a incidência de quedas de clientes, que segundo Moura et al (2009), tem como uso e funções analisar as variações geográficas na distribuição da incidência das quedas, identificando áreas e grupos de maior risco para a ocorrência das mesmas e também pretende orientar medidas de intervenção. Uva e Sousa (2011) apontam, baseados num estudo científico, as quedas como a razão principal de uma lesão ocorrida durante o internamento. Salientam que as quedas são o evento adverso mais comum entre os clientes hospitalizados, contabilizando um total de 70%. No serviço que escolhi para desenvolver o projeto verificaram-se durante os primeiros 5 meses de 2011 cerca de 2 quedas de pessoas idosas por mês. Perante este problema, senti a necessidade de saber o que é que os

enfermeiros deste serviço já fazem e o que é ainda necessário fazer para, em parceria com a pessoa idosa e família, prevenir as quedas do cliente idoso.

O Serviço onde implementei este projeto presta cuidados em internamento a pessoas adultas, de ambos os sexos, com doenças do foro respiratório. Este tem uma lotação de 21 unidades de internamento que se encontram divididas por 13 camas na unidade de cuidados intermédios e 8 camas de enfermaria. A equipa de enfermagem é constituída por 26 enfermeiros, a equipa médica é composta por 7 médicos e a equipa de assistentes operacionais por 14 elementos. A equipa multidisciplinar possui ainda uma secretária de unidade, uma assistente social, uma dietista, duas fisioterapeutas e o apoio da psicologia e psiquiatria. Encontro-me a exercer funções de enfermeira neste serviço há mais de 7 anos, durante os quais a prestação de cuidados a clientes idosos assume-se cada vez mais como uma realidade. Só no ano de 2012, 76% dos clientes internados neste serviço tinha mais de 65 anos. O método de trabalho utilizado é o individual com adaptações ao método de enfermeiro responsável. Cada enfermeiro presta cuidados personalizados aos clientes atribuídos.

Tendo em conta que as quedas nas pessoas idosas são um dos principais incidentes do internamento foi exposto este projeto, aquando da realização do projeto de estágio, á chefe do serviço. Esta demonstrou desde logo muito interesse, pois também referiu que era uma questão que a estava a preocupar bastante. Analisando todos estes fatores inerentes à problemática sobre as quedas na pessoa idosa internada, levou-me a pensar qual o meu papel enquanto enfermeira junto destes clientes. Deste modo, perante este problema, senti a necessidade de colocar a seguinte questão:

Tendo a parceria como intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de Si quais as intervenções realizadas na prevenção de quedas da pessoa idosa hospitalizada neste serviço?

Nesta linha de pensamento, nasce este projeto com o intuito de desenvolver competências individuais e coletivas voltadas para uma cultura de promoção de segurança focalizada na pessoa idosa hospitalizada. Surge a possibilidade de uma abordagem multidimensional do cliente idoso enquanto ser em constante interação com o

meio, que não pode ser dissociado do seu contexto e projeto de vida. Considero necessário otimizar a resposta da equipa de enfermagem, e a articulação com a equipa multiprofissional, assumindo o papel de perita na pessoa idosa, no seio desta equipa que visa a melhoria contínua da qualidade. Os enfermeiros devem ter um papel determinante na prevenção de quedas do idoso hospitalizado, desenvolvendo e aprimorando cuidados que previnam as quedas em ambiente hospitalar, para melhorar o atendimento às necessidades biopsicossociais desta faixa etária, onde o envelhecimento saudável não deve fazer parte somente das preocupações do sector da saúde; deve ser incluído como prioridade na agenda social do país.

As quedas acarretam para além das consequências físicas e psicológicas, custos económicos e sociais, aumentando o risco de dependência e institucionalização, e contribuindo, assim, para o aumento do tempo de internamento, da demora média, dos gastos com recursos humanos e materiais e na comunidade para uma diminuição significativa da qualidade de vida do cliente e família (Saraiva et al., 2008).

A pertinência deste projeto fundamenta-se assim, no desenvolvimento de competências de perito no cuidar da pessoa idosa hospitalizada e na implementação de intervenções de enfermagem, na busca da melhoria contínua dos cuidados prestados numa área de intervenção específica. A filosofia da Parceria de cuidados de Gomes (2002) acompanha a sua operacionalização, permitindo aumentar o número de caminhos possíveis, ou seja, permite à pessoa idosa, aos seus familiares e/ou pessoas significativas, identificar, em parceria, as diferentes possibilidades e caminhos que se lhe oferecem. As pessoas idosas estão, normalmente, a passar por múltiplas transições, e cabe ao enfermeiro proporcionar que estas ocorram de uma forma saudável, utilizando várias intervenções particulares (Meleis, 2010).

Dado o nível de complexidade do fenómeno em estudo, consideramos proeminente aprofundar conhecimentos relativos à prevenção e monitorização do evento da queda na pessoa idosa hospitalizada, enquadrando-o num quadro conceptual de enfermagem.

2 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

No presente capítulo procede-se á clarificação e delimitação do enquadramento teórico e conceptual que suportou este projeto. Decorre de uma pesquisa sistemática e narrativa da literatura (Apêndice 2) e encontra-se ancorado num paradigma de enfermagem, designadamente na Teoria de Médio Alcance de Meleis (1994) e no Modelo de Intervenção em Parceria de Gomes (2009).

Este encontra-se subdividido em 5 capítulos onde se deseja clarificar os conceitos de envelhecimento, quedas, intervenção de enfermagem, parceria e cuidado de Si, enquanto conceitos subjacentes ao projeto. Assim, pretende-se abordar os aspetos relacionados com o fenómeno da queda na pessoa idosa hospitalizada, que de acordo com Meleis (2010) se encontra em processo de transição, bem como a imprescindível relação de parceria que se deve estabelecer como intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de Si (Gomes, 2002).

Num primeiro subcapítulo pretende-se aprofundar conhecimentos sobre o processo de envelhecimento e as várias experiências de transição que este pode acarretar. Seguidamente descrevem-se, num segundo subcapítulo, os principais fatores de risco de quedas na pessoa idosa hospitalizada, bem como os principais instrumentos de avaliação do risco de quedas. Tendo em conta o resultado dos instrumentos de avaliação do risco de queda torna-se fundamental delinear estratégias de prevenção, como se pode constatar no terceiro subcapítulo. No quarto subcapítulo são expostas as principais consequências físicas, psicológicas e sociais das quedas e no último subcapítulo pretende-se abordar a relevância do estabelecimento de uma relação de parceria entre o enfermeiro e o cliente idoso hospitalizado, tendo em vista a prevenção das quedas e a capacitação para assumir o controlo do cuidado de si próprio ou da sua família para lho assegurar.

2.1- O Envelhecimento... várias experiências de transição

O século XX foi, principalmente, um século de crescimento populacional: o século XXI será um século de envelhecimento populacional (Wilson, 2006). O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (Direção Geral de Saúde [DGS], 2004) define o

envelhecimento humano como “o processo de mudança progressivo de estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida”. É um processo individual e dinâmico pelo que pressupõe a compreensão da globalidade da pessoa, dos aspetos individuais e coletivos e da consciencialização de que as pessoas não envelhecem todas da mesma maneira. Torna-se fundamental compreender a velhice como algo natural, mas que no entanto pode acarretar vulnerabilidades e fragilidades acrescidas que poderão estar relacionadas com todas as perdas ocorridas ao longo da vida e, que nesta fase estão mais marcadas. Deste modo, os enfermeiros assumem um papel preponderante no sentido de criarem condições que permitam á pessoa idosa mobilizar os recursos necessários para ultrapassarem de um modo saudável essas perdas.

Em Portugal verifica-se um aumento da proporção das pessoas idosas na população total, em detrimento da população jovem, e/ou em detrimento da população em idade ativa. Em 2011 a população com mais de 65 anos era de 19,1%, comparativamente com 7,9% em 1960 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011), o que significa que em cerca de 50 anos aumentou para mais do dobro. Em oposição, constata-se que apenas 15% da população é jovem, o que se traduz num índice de envelhecimento de 120,1. A esperança média de vida atual em Portugal é de 76,14 anos para o sexo masculino e 82,05 anos para o sexo feminino, sendo que as mesmas vivem mais, mas com maior grau de dependência (INE, 2011). O aumento do número de idosos que se observa a nível quase global deve-se à melhoria dos cuidados de saúde, ao desenvolvimento tecnológico, à diminuição da natalidade e à melhoria das condições de vida, entre outros aspetos (Lakatos et al., 2009).

De acordo com o Relatório de Primavera do Observatório Nacional dos Sistemas de Saúde – OPSS (2012), ao envelhecimento populacional estão inerentes fatores como aumento do índice de dependência com conseqüente aumento da necessidade de cuidados específicos, e diminuição da funcionalidade, o que se traduz num acréscimo de desafios para os cuidados prestados nos sistemas de saúde, nomeadamente no que diz respeito a hospitalizações. O internamento hospitalar acontece quando o idoso abandona o domicílio, o meio ambiente a que está habituado e transita para um local muitas vezes estranho e desconhecido. Este evento significativo vai exigir novos padrões de resposta

de modo a que esta transição seja saudável e que se consiga prevenir complicações relacionadas com o internamento. De acordo com Meleis (2010) o entardecer da vida é um período de múltiplas transições, tais com as perdas ocorridas a vários níveis (reforma, viuvez, entre outras), o aparecimento de doenças crónicas, a institucionalização e o internamento. A transição é precipitada por um evento significativo ou um ponto de viragem que requer novos padrões de resposta, pois são muitas vezes acompanhados de incertezas, sofrimento emocional, conflitos interpessoais e preocupações. Para o sucesso das intervenções o enfermeiro deve reconhecer a situação de transição e compreendê-la a partir da experiência de quem a experiencia (cliente e família) e na identificação das necessidades para o cuidado. É importante determinar o que desencadeia a transição, a antecipação do evento, a preparação para mover-se dentro da transição e ter consciência da possibilidade de estarem a ocorrer várias transições em simultâneo. O objetivo da intervenção é cuidar do cliente, o idoso e família, criando condições que conduzam a uma transição saudável, considerando o ser em mudança como holístico e integral. Deste modo, durante o internamento o enfermeiro deve ter em conta este processo de transição que o cliente idoso está a vivenciar, e ajudá-lo a encontrar novas estratégias de adaptação ao meio, ao ambiente hospitalar, que envolve o desenvolvimento de novas competências, novos relacionamentos e novos papéis (Schumacher et al, 1994). Cabe ao enfermeiro enquanto principal prestador de cuidados ajudar e dar suporte emocional ao cliente idoso e família durante o processo de transição e na adaptação às suas exigências (Meleis et al., 2000; Schumacher, et al, 1994). Este deve preparar a pessoa idosa hospitalizada para novas transições eminentes, como sejam as impostas por um novo diagnóstico médico, um procedimento cirúrgico, entre outras (Meleis et al., 2000). Quando sentimentos de preocupação dão lugar a sentimentos de bem estar consigo, significa que a pessoa idosa se encontra a mobilizar mecanismos de *coping* eficazes, a efetuar uma correta gestão das suas emoções e a vivenciar uma transição saudável (Schumacher et al., 1994).

No entanto, a pessoa idosa em transição tende a possuir maior vulnerabilidade a riscos, designadamente aos riscos de uma hospitalização, que a expõem a potenciais problemas, como o acontecimento de incidentes relacionados com a hospitalização, nomeadamente as quedas. O enfermeiro ao interagir com o cliente idoso hospitalizado, que se encontra numa fase de transição, deve procurar encará-lo como parceiro, de forma a delinearem

objetivos conjuntamente que lhe permitam vivenciar esse processo de uma forma saudável. Muitas intervenções de Enfermagem podem ser usadas para facilitar a transição, como a criação de um ambiente saudável, livre de obstáculos de modo a que se torne seguro.

No ponto que se segue são descritos os principais fatores de risco, bem como os instrumentos de avaliação de risco de quedas mais utilizados.

2.2-Fatores de risco e instrumentos de avaliação do risco de quedas

As quedas são um problema de saúde pública mundial (Chen et al., 2009). Entende-se por queda: “Uma alteração não intencional de posição na qual resulta que a pessoa venha inadvertidamente para o chão ou outra superfície inferior a que tinha anteriormente. Isto inclui impacto contra uma superfície adjacente (por exemplo, parede ou móvel), escorregões e tropeções” (Fonda et al., 2006). A Organização Mundial de Saúde (2007) define queda como o evento que leva a pessoa inadvertidamente a ficar no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos. Para o ICN (2005), “*cair*” é a “*atividade executada pelo próprio com as seguintes características: deslocação rápida do corpo de um nível superior para um nível inferior, devido a perda de equilíbrio ou falta de capacidade para sustentar o peso corporal em diferentes posições.*” De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] (2005) a queda é a atividade executada pelo próprio com as seguintes características específicas: deslocação rápida do corpo de um nível inferior, devido a perda de equilíbrio ou falta de capacidade para sustentar o peso corporal em diferentes posições.

A idade avançada aumenta o risco de quedas (Lakatos et al., 2009). Estas são um problema significativo, especialmente em doentes mais velhos (Deutsches, 2005). Segundo Harrison (1992), o homem com o envelhecimento, desenvolve uma flexão para a frente da parte superior do tronco, com flexão dos braços e joelhos, diminuição do balanço dos braços e encurtamento dos passos. As mulheres idosas apresentam uma marcha bamboleante, com encurtamento dos passos. As anormalidades da marcha e do equilíbrio predispõem os idosos para as quedas.

O envelhecimento provoca mudanças nos músculos e articulações, principalmente nos membros inferiores, o que leva à diminuição da força e flexibilidade, e reduz a performance, especialmente quando há uma redução da atividade. As alterações da agilidade e da mobilidade deixam o idoso suscetível a uma tolerância reduzida à atividade e à ocorrência de quedas e, pela elevada taxa de consumo de corticóides, o risco de fratura secundário à osteoporose está também presente (Ebersole et al., 2005).

Os sistemas somato-sensorial, visuais e vestibulares sofrem alterações com o envelhecimento (Guimarães, 2004). Verifica-se que a diminuição da acuidade visual e auditiva é uma das causas mais significativas das quedas. Com o envelhecimento, o tamanho e resposta da pupila diminui. Em relação ao sistema vestibular, a acuidade auditiva diminuída, também surge como fator de risco, pois o idoso pode tornar-se incapaz de ouvir ruídos que o podem alertar.

A ocorrência de determinadas patologias crônicas ou degenerativas podem também revelar-se como fator de risco para a ocorrência das quedas (a doença de Parkinson, os acidentes vasculares cerebrais, as demências, entre outras), especialmente as patologias que levam à alteração da mobilidade, equilíbrio e controle postural. Guimarães (2004) refere que, a ocorrência de quedas encontra-se diretamente relacionada com o grau de incapacidade funcional apresentado pela pessoa.

Todas estas alterações, decorrentes do processo de envelhecimento e senescência, aumentam a probabilidade de ocorrência do evento queda. Segundo a OMS (2008), mais de 84% dos eventos de risco que ocorrem nos hospitais estão relacionados com as quedas e são o sexto evento sentinela mais notificado na base de dados *da Joint Commission International*. As quedas estão entre os eventos indesejáveis mais comuns em doentes idosos internados no hospital (Von Renteln-Kruse et al., 2007). São a principal causa de lesões em hospitais australianos, com 38% de todos os incidentes hospitalares relacionados com as quedas (Fonda et al., 2006). Rutledge et al. (2010), sustentando-se na evidência científica salienta que cerca de 4-10 pessoas idosas hospitalizadas sofrem queda por cada 1000 camas/dia. A nível nacional subsistem, no entanto, poucos dados estatísticos sobre a incidência deste evento em contexto hospitalar. Todavia, as instituições têm vindo a adotar uma cultura de monitorização e notificação deste tipo de acidentes.

As quedas podem ser classificadas segundo Morse (2009) em acidentais, fisiologicamente imprevisíveis e fisiologicamente previsíveis. Entre os fatores de risco hospitalar cabe incluir os intrínsecos e extrínsecos, bem como muitas vezes uma complexa interação de ambos. Os fatores intrínsecos dizem respeito a mudanças fisiológicas relacionadas com a idade, tais como diminuição da força, flexibilidade, mobilidade, marcha, equilíbrio e patologias, bem como medicamentos que afetam a cognição e equilíbrio. De todos os fatores de risco intrínsecos, a diminuição da força muscular, que está inerente ao próprio envelhecimento, é dos mais importantes (Santos et al., 2003). Por outro lado, segundo o mesmo autor, outro fator intrínseco de maior relevo para as quedas são “ (...) alterações de sono que se caracterizam por uma diminuição do tempo total e da qualidade do sono e por um aumento da sonolência diurna e de insônia noturna”. Saraivas et al. (2008) referem sucintamente as principais patologias que predis põem às quedas, tendo em conta fatores intrínsecos: doenças cardiovasculares, neurológicas, endócrino-metabólicas, osteoarticulares, pulmonares e genito-urinárias. Brito et al. (2001) relatam que medicamentos como diurético, antihipertensores, psicofármacos e antiparkinsonianos podem propiciar quedas, uma vez que interferem diminuindo as funções motoras. Também Coutinho et al. (2002) refere que os bloqueadores de canais de cálcio, benzodiazepinas e vasodilatadores aumentam o risco de queda, devido às suas propriedades sedativas e bloqueio alfa-adrenérgico que levam a alterações psicomotoras e hipotensão postural. Os fatores extrínsecos incluem riscos ambientais, como quartos do hospital desorganizados, rodas nas camas e camas diferentes daquelas que os idosos geralmente têm em casa (Calvo et al., 2001; Close et al., 2005; Tavares, 2001; Hendrich, 2006; Pereira, 2001). A avaliação de risco de quedas fornece uma medida de referência de status para orientar as intervenções e permitir neutralizar os riscos identificados (Dykes et al., 2010). Utiliza, de preferência, uma ferramenta de avaliação que é aberta e flexível, diferencia e identifica aqueles que têm um aumento do risco de cair e é rápida, simples e fácil de usar. Identificar os clientes em risco é considerado a chave para a realização das intervenções de enfermagem com vista à prevenção das quedas na pessoa idosa hospitalizada. Contudo, realizar uma avaliação de risco só é eficaz se houver intervenções apropriadas disponíveis para clientes em risco. A maioria das quedas ocorridas nas pessoas idosas hospitalizadas resulta da sinergia entre os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos.

A literatura evidencia a existência de diversos instrumentos de avaliação do risco de queda: a Escala de Morse (Anexo I), a de Dowton, a Hendrich II Fall Risk Model, entre outras.

Quadro 1- Instrumentos de avaliação do risco de queda

Escalas	População alvo	Variáveis que permitem avaliar o risco de queda
Morse (2009)	Adultos e idosos hospitalizados e institucionalizados	História de queda nos últimos 3 meses; presença de diagnóstico secundário; uso de ajudas na mobilização; terapêutica endovenosa; marcha e estado mental (tem ou não consciência das suas capacidades/limitações).
Hendrich (2006)	Adultos	Desorientação/confusão, depressão, alterações na eliminação, tonturas e vertigens, administração de terapêutica, como anti-epiléticos ou benzodiazepinas e o nível de mobilidade.
Dowton (1993)	Idosos	Quedas anteriores, administração de medicamentos, déficit sensorial, estado mental e deambulação.

Neste projeto foi adotada a Escala de Morse uma vez que é a utilizada no local da implementação do projeto. Segundo Jackson et al (2007) é “uma das escalas mais utilizadas em locais de atendimento de casos graves, em hospitais e instituições de atendimento prolongado (...)”. Barnett (2002) também refere que é “uma ferramenta/escala que sofreu testes para assegurar a fiabilidade, sensibilidade e precisão”. A escala deve ser aplicada na admissão do cliente (primeiras 24 horas), ser reavaliada quando ocorrem alterações do estado de saúde que justifiquem uma nova reavaliação e após o evento de queda. Caso não se verificarem nenhuma destas hipóteses, basta realizar uma reavaliação de 7 em 7 dias e aquando da alta do cliente (Morse, 1997). É composta por seis parâmetros que resultam numa pontuação que varia de 0 a 125 pontos. De acordo com a pontuação obtida, o cliente é classificado num nível de risco para a ocorrência de quedas, que pode ser: sem risco (0-24 pontos), baixo risco (25-50 pontos) e alto risco (superior a 50 pontos). Quando se verifica uma queda é essencial comunicar e registar a ocorrência desta, pois não valorizar o evento da queda não contribui para a resolução do problema. Só com informação detalhada e precisa é possível compreender o fenómeno da queda na pessoa idosa hospitalizada e contribuir para a redução deste evento e conseqüente redução das conseqüências que dele advêm.

2.3- Prevenção de quedas na pessoa idosa hospitalizada

A prevenção de quedas no hospital é fundamental para evitar eventos indesejáveis em clientes idosos hospitalizados. De modo a prevenir as quedas dos idosos nos hospitais é

recomendada uma abordagem multifatorial que inclui: identificação de clientes de alto risco de queda; implementação de estratégias para minimizar o risco de quedas; monitorização contínua das taxas de queda e a educação dos profissionais de saúde, clientes e família sobre a prevenção de quedas (Evans et al., 2001; Morse, 1997; Rutledge et al., 2010; Schwendimann, 2006; Tideiksaar, 2002).

Assim, a consciencialização dos profissionais para esta problemática, a adoção de medidas preventivas e a criação de programas de atuação ao nível da prevenção assumem um papel essencial na promoção de uma cultura de segurança focalizada na pessoa idosa hospitalizada (Almeida et al, 2010; Caldevilla et al, 2009; Saraiva et al., 2008). A prevenção de quedas na pessoa idosa institucionalizada é uma situação que envolve cuidadores, familiares e profissionais de saúde. A enfermagem considera que o risco de quedas representa um diagnóstico de enfermagem, isto é, uma situação que demanda intervenções de enfermagem (*North American Nursing Diagnosis Association*, 2001). Em ambientes hospitalares, foi comprovado que intervenções isoladas não tiveram sucesso na prevenção ou redução de quedas, enquanto que abordagens multisistémicas ou multiestratégicas demonstraram ser eficazes (Fonda et al., 2006). Este estudo confirma a crença de outros investigadores que abordagens sistémicas, em vez de intervenções individuais, são necessárias para alcançar uma redução significativa nas quedas, bem como nas lesões associadas. A pessoa idosa identificada como estando em risco de cair, deve ser alvo de estratégias de intervenção individualizadas, multifatoriais e multidisciplinares.

A segurança da pessoa idosa hospitalizada deverá ser uma prioridade na prática de cuidados de enfermagem. Só com estratégias baseadas em evidências é possível prevenir este evento e evitar as consequências das quedas na pessoa idosa.

2.4- Consequências das quedas na pessoa idosa hospitalizada

A *National Patient Safety Agency* (2007) refere que as “ quedas de doentes acarretam custos humanos e financeiros”. Por outro lado, a mesma fonte alerta para “ (...) consequências que podem ir desde o stress e perda de confiança, até lesões que podem causar dor e sofrimento, perda de independência e, ocasionalmente, a morte”. Todos estes acontecimentos levam, na maioria dos casos, a que os clientes permaneçam mais

tempo internados e sejam realizados exames de diagnóstico adicionais que comportam custos elevados e desnecessários se fossem aplicadas medidas preventivas para as quedas de pessoas idosas.

Assim sendo, as quedas podem levar a consequências de diferentes naturezas, tais como: física, psicológica e social que afetam a qualidade de vida dos clientes e família. Segundo Saraiva et al. (2008), as consequências físicas das quedas podem ser: fraturas, contusões e feridas, hematomas, lesões neurológicas e sequelas de imobilização. Já as consequências psicológicas, segundo o mesmo autor, costumam ser englobadas sob o nome de síndrome pós queda, que se caracteriza pelo medo de cair, perda da autonomia pessoal, perda da auto estima, depressão, ansiedade, atitude super-protetora de familiares e cuidadores e, alteração dos hábitos de vida. Por último, as consequências sociais de uma queda caracterizam-se pela necessidade de ajuda para as atividades cotidianas; pela mudança de domicílio; pelo aumento do tempo de internamento; pelo aumento dos custos com recursos materiais e humanos; pelo pior prognóstico e diminuição da qualidade de vida.

As pessoas idosas são mais propensas a sofrerem lesões aquando de uma queda. Ocorrem em 30% dos casos e contribuem para: diminuir o nº das atividades da vida diária; aumentar a ansiedade do idoso; aumentar a perda de confiança na mobilidade; aumentar o nº de dias de internamento hospitalar; aumentar o nº de institucionalizações; aumentar os custos hospitalares e tempo de internamento e despontar sentimentos de culpa e ansiedade nos profissionais de saúde (Oliver,2008a,2008b). Quedas das quais resultam lesões graves são devastadoras para os idosos, família e profissionais de saúde (Dykes et al., 2010). Torna-se fundamental que os enfermeiros trabalhem em parceria com a pessoa idosa hospitalizada e seus familiares de modo a que consigam promover o cuidado de Si.

2.5- A parceria com a pessoa idosa hospitalizada como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de Si

Cuidar da pessoa idosa com risco de queda reveste-se de contornos especiais pelas alterações psicológicas, fisiológicas, e sociais que ocorrem nesta etapa do ciclo de vida e pela complexidade do fenómeno da queda. Assim, tornou-se essencial a escolha do

Modelo de Intervenção em Parceria de Gomes (2009) de modo a que se estabeleça uma relação de parceria entre o enfermeiro e o cliente idoso hospitalizado, tendo em vista a prevenção das quedas e a capacitação para assumir o controlo do cuidado de Si próprio ou da sua família para lho assegurar.

A população está a envelhecer, sendo que os cuidados à pessoa idosa constituem uma das principais preocupações em enfermagem tornando-se urgente “desenvolver o *empowerment* nos idosos, olhando-os e vendo-os como parceiros de cuidados” (Gomes *et al.*, 2007). Uma das constantes preocupações do enfermeiro que cuida é a promoção de um ambiente seguro à pessoa idosa hospitalizada, atenuando o desenraizamento do seu contexto de vida e conseqüente despersonalização dos cuidados. A hospitalização acarreta, na maioria das vezes, uma série de alterações: quebra nas rotinas, perda de identidade, do papel sócio familiar, transformações nos seus hábitos e estilos de vida e modificações da sua autoimagem. Assim, a pessoa idosa fica muito suscetível a possíveis complicações hospitalares, tais como as quedas. Consciente desse potencial risco inerente à hospitalização, a equipa de enfermagem deve encarar a pessoa idosa como um ser aberto em constante interação com o meio, sendo capaz de o transformar e de ser transformada por este (Gomes *et al.*, 2007). Para que este processo de adaptação da pessoa idosa ao ambiente hospitalar possa ser facilitado e as suas complicações prevenidas, os enfermeiros devem focar a sua atenção não apenas na doença do corpo físico como na doença do corpo vivido (Cabete, 2005). Torna-se essencial encarar a pessoa idosa responsável pelo seu projeto de vida e da sua saúde, devendo ser capacitada para uma tomada de decisão partilhada, em vez de ser o enfermeiro a tomar decisões pela mesma, podendo correr o risco de aumentar uma passividade pré existente, com pouca margem à autonomia e à liberdade individual (Cabete, 2005; Gomes *et al.*, 2007; Sahlsten *et al.*, 2007). Aceitar o cliente como parceiro implica perder o pretensiosismo profissional de quem sabe o que é melhor para o cliente (Gomes, 2009). A parceria é definida como um processo dinâmico, negociado em conjunto por clientes e enfermeiros no respeito pelos saberes de cada um (Gomes, 2009).

Cada vez mais várias instituições, entre as quais o Conselho Europeu em 1983, reconhecem a necessidade das pessoas terem capacidade de controlo da sua própria saúde, capacidade de intervenção e participação comunitária. A parceria é um processo que promove o cuidado de Si (Si próprio e Si outro) e no qual é valorizada a autonomia e

a liberdade de escolha do cliente (Gomes et al., 2007). Isto leva a perspetivar a pessoa cliente idosa como um ser de projeto e de cuidado, em que o seu projeto de vida e de saúde está em inter-relação constante, visando a sua realização pessoal (Gomes, 2009). Mas, para que se estabeleça uma verdadeira parceria, enquanto relação interpessoal entre o cliente e o enfermeiro, estes têm de trabalhar em conjunto, possuir objectivos comuns definidos juntamente e acima de tudo quererem ser genuinamente parceiros (Casey, 2008; Dinis, 2006; Gomes et al., 2007; Kvale e Bondevik, 2008). Numa relação de parceria enfermeiro e cliente olham para a relação de uma forma não hierárquica, existindo uma equidade no processo de tomada de decisão (Casey 2008; Sahlsten et al., 2007; Sousa, 2009). A parceria enfermeiro/cliente implica um conhecimento do Outro, neste caso torna-se necessário olhar para o idoso com tudo o que foi no passado, com todas as suas experiências de vida, a sua sabedoria, as suas histórias para contar, respeitando a sua intimidade e o seu pudor. É imperativo que seja dado á pessoa idosa o direito de participar nos seus cuidados, no seu próprio projeto de vida e de saúde (Gomes, 2007). No entanto, para o enfermeiro ver a pessoa idosa hospitalizada como parceira nos cuidados, implica perceber as representações sociais que este tem acerca do envelhecimento (Gomes, 2007). Um estudo desenvolvido por Gomes (2002) mostrou que a maioria dos clientes idosos queria ser parceiro no seu processo de cuidados. O problema colocava-se principalmente ao nível do *empowerment* requerido para poder participar, fazer escolhas, decidir e negociar os seus cuidados. Segundo a mesma autora outras situações bloqueadoras da parceria incluem a carga de trabalho, o grau de dependência dos clientes e as situações difíceis e constrangedoras com as quais os enfermeiros têm dificuldade em lidar. Assim, torna-se necessário desenvolverem estratégias para "... conseguirem centrar a intenção dos seus cuidados na pessoa idosa, tais como: o estabelecimento de prioridades, o que se traduz por prestar cuidados tendo em conta o tempo do cliente e não o tempo do enfermeiro, estabelecendo tempo para a relação; a transformação de rotinas estéreis em momentos importantes de encontro com o cliente, colocando-se no lugar dele como forma de o melhor compreender; a prestação de cuidados personalizados àquela pessoa que é singular por forma a estabelecer com ele uma relação regulamentada de proximidade e de distância que seja terapêutica, e negociar os cuidados" (Gomes, 2007, p. 100). A parceria numa relação de cuidados é uma intervenção em enfermagem que promove o cuidado de Si (Gomes, 2009). Este processo

envolve a construção de uma ação na qual se partilham os significados da experiência da pessoa com um duplo sentido: a construção de uma ação conjunta ou a construção de uma ação em que o cuidado de Si é assegurado pelo enfermeiro. Este processo desenvolve-se passando por cinco fases, conforme mostra o quadro nº 2. Contudo, estas fases nem sempre são lineares porque pode não haver acordos, surgirem conflitos nas negociações e incumprimentos.

Quadro 2 – Modelo de parceria (Gomes, 2009)

Fases	Características
1ª Fase Revelar-se	<ul style="list-style-type: none"> - O enfermeiro procura conhecer a identidade e o potencial de desenvolvimento da pessoa e procura compreender o acontecimento da doença e o seu significado na trajectória de vida; - Através das competências de comunicação o enfermeiro promove a afetividade, demonstrando carinho, simpatia; promove a escuta ativa; mostra disponibilidade; pergunta antes de atuar; mostra respeito pela pessoa; demonstra capacidade para compreender a pessoa e capacidade para avaliar a situação com o doente; - Quando os idosos têm receio de participar por pensarem que a sua opinião não conta, os profissionais de saúde devem agir no sentido de desmistificar, mostrando disponibilidade e estimulando o idoso a participar.
2ª Fase Envolver-se	<ul style="list-style-type: none"> - Criação de um espaço de reciprocidade que passa pelo estabelecimento de tempo para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e procura adaptar o ambiente hospitalar aos objectivos terapêuticos e funcionais da pessoa idosa; - Torna-se fulcral procurar estruturar os tempos de relação de modo a que o enfermeiro esteja disponível para escutar, demonstrar disponibilidade, solicitude, preocupação; - O profissional também se envolve, partilhando sentimentos de uma forma controlada, desenvolvendo a reflexão no sentido de conhecer-se; - O enfermeiro consegue perscrutar as necessidades e potencialidades da pessoa idosa.
3ª fase Capacitar ou Possibilitar	<p>Capacitar: construção de uma acção conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir, tendo em conta a partilha dos significados da experiência na acção;</p> <ul style="list-style-type: none"> - O enfermeiro partilha a responsabilidade e poder, mobilizando a singularidade da pessoa idosa para ajudar a transformar capacidades potenciais em reais; <p>Possibilitar: O enfermeiro que assegura o cuidado que o Outro deveria ter consigo se tivesse capacidade para decidir, possibilitando que o Outro prossiga na sua trajectória de vida;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implica estar presente e ter cuidado com o Cuidado que o Outro teria consigo próprio se isso lhe fosse possível.
4ª Fase Compro- meter-se	<ul style="list-style-type: none"> - conjugação de esforços conjuntos no sentido de se atingirem os objectivos definidos para assumir ou assegurar o controlo ou progressão do projeto de vida e saúde da pessoa idosa
5ª Fase Assumir o controlo do cuidado de Si próprio ou assegurar o cuidado do Outro	<p>Assumir o controlo do cuidado de Si próprio: o idoso consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si, gerir a sua situação, manifesta conforto e bem estar;</p> <p>Assegurar o cuidado do Outro: o profissional garante que o doente idoso pode continuar a sua trajectória de vida, assumindo a responsabilidade do cuidado que a pessoa devia ter consigo própria e garante que a família adquira capacidade para cuidar do cliente idoso, mantendo-se como recurso</p>

Neste projeto foram preconizados cuidados de enfermagem assentes num modelo de trabalho em parceria que promova a autonomia dos idosos, como sustentado por Gomes (2002), pois a sua ausência traz frequentemente consequências aos níveis sociais, psicológicos e físicos dos idosos. Após o desenvolvimento do enquadramento conceptual torna-se pertinente explicitar as questões metodológicas.

3- DESENHO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Para atingir competências na área da Enfermagem Médico – Cirúrgica, nomeadamente na pessoa idosa, este projeto assume-se como um promotor de desenvolvimento de competências clínicas especializadas, de modo a possuir um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, que mobilizados em contexto da prática clínica, permitam ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo.

O desejo existente de desenvolver um projeto foi o início de uma longa caminhada, no entanto tornou-se necessário definir as linhas orientadoras, que convergem para a planificação e organização do percurso a realizar.

Um projeto tem como ponto de partida uma necessidade ou uma situação a que se pretende dar resposta (Guerra, 2002).

Para o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista na pessoa idosa e perspetivando-se a mudança da prática no local da implementação do projeto, optou-se por uma metodologia de projeto assente numa lógica de resolução de problemas, onde os intervenientes vão analisando as suas práticas, identificando áreas a melhorar, trilhando caminho e produzindo mudanças. De acordo com Streubert et al. (2002) esta metodologia desenvolve-se num processo cíclico, implicando planeamento, ação, avaliação e reflexão, numa abordagem sistémica em que cada uma das etapas é influenciada pela anterior e influencia a seguinte. Permite ainda uma revisão da literatura, análise e resolução de problemas reais assumindo-se como promotora de uma prática baseada na evidência (Freitas et al., 2010).

Deste modo, o desenho do projeto bem como a sua implementação, realizou-se a dois níveis: como estagiária da especialidade no âmbito da Médico Cirúrgica – a Pessoa idosa e como elemento integrante da equipa. A prestação de cuidados de enfermagem diretos ao cliente idoso internado e o desenvolvimento de conhecimentos e competências enquanto estagiária permitiu desenvolver competências clínicas, formar formando-se e investigando simultaneamente.

No decorrer do projeto foi observada a realidade, descrita e analisada, bem como sintetizados os dados que permitiram gerar propostas de ação em busca de mudanças nas práticas da prevenção do evento queda na pessoa idosa internada. O planejamento da ação foi concebido de forma refletida em torno da sua finalidade, procurando desenvolver ações e aplicando os ensinamentos provenientes das experiências vivenciadas, pois o caráter dinâmico que um projeto desta natureza representa, implica a possibilidade de mudança de percurso (Streubert et al., 2002).

A metodologia da resolução de problemas implica uma orientação para a mudança, partindo de um problema identificado. Assim, surge a problemática do **risco de queda na pessoa idosa**, incidindo o projeto na “**Prevenção de quedas na pessoa idosa hospitalizada, tendo a parceria como intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de Si.**”. Neste sentido, passam-se a descrever a finalidade e a sua operacionalização nos parágrafos que se seguem.

3.1- Finalidade e Planejamento do Projeto

Esta fase de planejamento decorreu aquando da realização do projeto de estágio na opção II. Tratou-se de uma análise detalhada da realidade que justificou a necessidade de intervenção na área. Durante esta etapa foi efetuado um desenho do projeto, no sentido de esquematizar as intervenções planeadas e o percurso projetado (Apêndice 1).

Tendo como objetivo ser perita nesta área de intervenção específica, com o diagnóstico da situação elaborado e com o conhecimento real do seu contexto, tornou-se premente definir a finalidade do projeto: promover a prevenção e monitorização do evento de queda na pessoa idosa internada neste serviço, utilizando a parceria com a pessoa idosa como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de Si.

Se a finalidade indica a razão do projeto e explícita a sua contribuição na resolução do problema identificado para o desenvolvimento de competências como mestre e enfermeira especialista na área da pessoa idosa, os objetivos gerais assumem-se como orientações para a ação e descrevem as grandes linhas de trabalho (Guerra, 2002). Deste modo, tracei os seguintes objetivos:

-Desenvolver competências como enfermeira especialista na área de intervenção da pessoa idosa, nomeadamente na prevenção e monitorização do incidente de queda na

pessoa idosa hospitalizada, tendo a parceria como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de Si;

-Contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem na área da prevenção e monitorização do incidente de queda na pessoa idosa, tendo a parceria com uma intervenção de enfermagem, para a promoção do cuidado de Si.

Para a seleção dos participantes foram eleitos alguns critérios que permitissem dar resposta à problemática. Deste modo os **sujeitos alvo do projeto** foram: clientes internados no serviço da implementação do projeto que tenham 65 ou mais anos de idade e a equipa de enfermagem do serviço. “A população consiste num conjunto de indivíduos ou de objetos que possuem características semelhantes (...), que são tanto quanto possíveis representativas da população” (Fortin, 2009, p.55).

Para a realização do diagnóstico da situação e avaliação das fases do projeto foi necessário recorrer a alguns **instrumentos de colheita de dados**. “Os dados são os elementos de informação colhidos junto dos participantes” (Fortin, 2009, p. 57). “A flexibilidade dos métodos de colheita de dados e a análise favorece a descoberta de novos fenómenos ou o aprofundamento de fenómenos conhecidos” (Fortin, 2009, p.300). Foram utilizados como métodos de colheita de dados a observação das práticas de cuidados, a realização de notas de campo e a análise de documentos de interesse, como: normas de procedimento, notas de registo de quedas, notas de registo de enfermagem e dados estatísticos. “A observação é um dos principais meios de pesquisa (...), permite examinar o comportamento dos participantes e os acontecimentos que se produzem no meio natural; não é nem objetiva nem desligada do contexto (...)” (Fortin, 2009, p. 300). Foram criadas 2 grelhas de observação, uma que permitiu percepcionar os registos de incidentes de quedas e outra foi baseada em indicadores das fases do Modelo de Parceria e que teve como intuito perceber a realidade do serviço a nível dos registos de enfermagem (Apêndice 3 e 7 respetivamente). De modo a validar os dados obtidos realizaram-se notas de campo. Estas foram escritas de uma forma sumária no local da observação para evitar perdas de informação e longe do olhar do observador de modo a diminuir o “efeito do observador” e garantir o princípio ético do anonimato. Posteriormente, com mais tempo, estas notas eram reescritas mais pormenorizadamente e acrescentando reflexões e pormenores adicionais de modo a não se perderem aspetos importantes. Para

realizar a análise do conteúdo dessas observações foram consideradas as diretrizes de Bardin (2000). Determinou-se como áreas temáticas os indicadores das várias fases do Modelo de Parceria de Gomes (Gomes, 2009) que podem ser consultados no apêndice 7.

No âmbito da prática de cuidados, com o objetivo de desenvolver competências de enfermeira especialista na pessoa idosa, foi necessário avaliar multidimensionalmente o idoso, recorrendo-se a instrumentos de avaliação funcional tais como: Escala de Morse (Anexo I); Escala de Barthel e Índice de Katz (Anexo II); Mini Mental State Exam (Anexo III); Mini Nutricional Assessment (Anexo IV); Índice de Lawton (Anexo V); Escala de depressão Geriátrica (Anexo VI) cujos scores possibilitaram a monitorização da sua capacidade funcional e a identificação de áreas de intervenção.

Para a implementação deste projeto, os **princípios éticos** foram respeitados e tidos em conta desde o primeiro momento. Para Herr (2005) as questões éticas emergem em todas as fases do projeto, desde a sua concepção à publicação dos resultados, quando a metodologia assente numa lógica de resolução de problemas é a escolhida. O projeto foi exposto à Direção de Enfermagem do Centro Hospitalar onde se pretendia implementar e à Enfermeira Chefe do Serviço, através do envio de um pedido de realização, que continha o seu âmbito e objetivos, tendo sido aprovada a sua realização. Foi pensado e desenhado sob a evidência científica, que mostrava esta área como uma área com necessidade de intervenção, sob o domínio da área de Enfermagem, não apresentando por isso conveniência para os investigadores ou para os participantes, indo de encontro a Fortin (2009), que afirma que o tema em estudo ou os investigadores não devem ter qualquer tipo de conveniência no estudo ou nos resultados obtidos. A colheita de dados cercou-se dum conjunto de preocupações de cariz ético associadas aos direitos humanos fundamentais: direito à autodeterminação, ao tratamento justo e equitativo, ao anonimato e à confidencialidade, à intimidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo (Fortin, 2009). Quer no que diz respeito aos enfermeiros, quer no que concerne aos idosos envolvidos neste projeto, foi-lhes explicado o tema e os objetivos, bem como a finalidade da aplicação dos instrumentos que foram usados nos enfermeiros (questionário e análise das práticas) e nos clientes. Também houve lugar à explicitação do tipo de participação pretendida, critérios de recrutamento dos participantes, vantagens e riscos/desconfortos de participar, a noção de participação/retirada voluntária, confidencialidade e anonimato,

bem como o tempo previsto para o seu envolvimento (Fortin, 2009). Esta preocupação baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, que se operacionaliza através dum tratamento justo e equitativo, e está inevitavelmente ligada ao direito à liberdade de escolha, à autodeterminação, segundo o qual a pessoa é capaz de tomar decisões acerca da sua participação ou não. O consentimento informado é um direito, que se caracteriza pela *“autorização que a pessoa dá para que lhe sejam prestados os cuidados propostos, após lhe ter sido explicado e a pessoa ter compreendido o que se pretende fazer, como, porquê e qual o resultado esperado da intervenção de enfermagem”* (OE, 2007,p.1). O direito ao anonimato e confidencialidade foi respeitado pela não associação dos dados do cliente à identidade dos participantes. Assim, a informação recolhida quer junto dos clientes, quer no processo clínico teve em conta o respeito pela vida privada e confidencialidade dos dados. Na implementação do projeto foi também tido em conta o princípio da beneficência que, para Fortin (2009) consiste em querer o bem das pessoas, encontrando vantagens na participação nos estudos. Assim, as vantagens previstas do estudo devem compensar largamente os riscos (Fortin, 2009). Apesar de o projeto ser direcionado para o cliente idoso, as intervenções desenvolvidas na prevenção da queda, foram promovidas a todos os clientes internados, independentemente da idade.

Em suma, pretende-se que este projeto de estágio não seja fim em si mesmo. O compromisso de levar a cabo um projeto envolve responsabilidades pessoais e profissionais para que, do ponto de vista ético e moral seja sólido. Deste modo a reflexão sobre os princípios éticos e direitos do Homem foi a pedra angular deste projeto, refletindo-se no processo de tomada de decisão em cada uma das suas fases.

3.2- Ação: Descrição das atividades, resultados obtidos e competências desenvolvidas

Para a implementação deste projeto foram delineadas três fases, a fase de diagnóstico, de implementação e de avaliação. A fase de **diagnóstico** foi a inicial e que permitiu analisar o contexto de cuidados, o que já se fazia na área da prevenção das quedas na pessoa idosa hospitalizada, tendo em conta o Modelo de parceria, bem como as lacunas existentes. A fase de **implementação** foi aquela que permitiu executar o projeto e a de **avaliação** possibilitou fazer uma apreciação das várias atividades, tendo sido realizada no

decorrer de toda a caminhada de modo a ser possível efetuar uma monitorização contínua.

Nos pontos que se seguem passa-se a descrever sucintamente cada fase, com os respetivos objetivos, atividades e resultados.

Descrição das atividades e resultados obtidos



Quadros 3 – Objetivos específicos e atividades desenvolvidas durante a fase de diagnóstico

Objetivo específico	Atividade
Aprofundar conhecimentos na área das quedas da pessoa idosa hospitalizada	Realização da revisão da literatura
Conhecer o que já existe a nível do contexto da organização em relação ao indicador quedas	Reunião com a enfermeira responsável pelo gabinete de gestão de risco
Identificar junto da equipa de Enfermagem os registos	Realização uma análise, através da elaboração de uma grelha, dos registos do incidente de queda dos doentes idosos hospitalizados
Conhecer as facilidades e constrangimentos que os enfermeiros apresentam na implementação de intervenções na prevenção de quedas da pessoa idosa hospitalizada.	Realização de um questionário á equipa de enfermagem
Contribuir para o desenvolvimento de competências pessoais e na equipa de enfermagem de modo a prevenir as quedas na pessoa idosa hospitalizada em parceria com o doente idoso/família.	Avaliação dos registos através da consulta dos processos

Realização da revisão da literatura

Como ponto de partida para a revisão da literatura foi formulada a pergunta de investigação em formato PI[C]O (Melnik et al., 2005): “Em relação às pessoas com 65 e mais anos (population), quais as intervenções de Enfermagem (Intervention) que promovem a prevenção de quedas (Outcomes) em idosos institucionalizados?” A base electrónica de dados consultada foi a EBSCO (CINAHL, MEDLINE, Cochrane, MedicLatina e ERIC). Foram procurados artigos científicos publicados num período de tempo entre 2006 e 2012. Os descritores usados na pesquisa electrónica foram validados

no Medical Subject Heading. Através desta pesquisa, obteve-se um total de 210 artigos, que foram analisados segundo um conjunto de critérios de inclusão e exclusão, de forma a realizar a pesquisa e a obter os artigos adequados à questão de investigação e aos objetivos do estudo. As palavras-chave utilizadas foram quedas, idosos, hospital e prevenção.

Resultados: Foi sentida nesta fase a necessidade de complementar a revisão da literatura que já tinha sido realizada aquando da execução do projeto de estágio, uma vez que permitiu desenvolver e tornar consistente o quadro conceptual, bem como aprofundar conhecimentos na área das quedas na pessoa idosa hospitalizada, retirar respostas e orientações para dar continuidade ao projeto, e também para validar este trabalho (Apêndice 2). Esta atividade foi mais intensa numa fase inicial, mas manteve-se ativa ao longo de todo o período de estágio. Sendo o enfermeiro especialista aquele que tem um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem (OE, 2010), esta atividade revelou-se bastante importante para o desenvolvimento de competências como futura enfermeira especialista e mestre na pessoa idosa, pois permitiu alargar os saberes nesta área específica da prevenção de quedas do idoso hospitalizado. Assim, pretende-se contribuir “...para o desenvolvimento da prática clínica...” (OE, 2010,p.10) na área da pessoa idosa de modo a suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento. Para apresentar capacidade de liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada na pessoa idosa torna-se fundamental ter uma sólida base de conhecimentos nesta área.

Reunião com a enfermeira responsável pelo gabinete de gestão de risco

Considerou-se pertinente recorrer ao gabinete de Gestão de Risco e após ser exposto brevemente o projeto á enfermeira responsável por este, ela mostrou-se bastante disponível e foi agendada uma reunião onde foram facultadas inúmeras informações importantes relativamente ao indicador quedas.

Resultados: A enfermeira responsável pelo gabinete de Gestão de Risco apresentou-nos vários trabalhos realizados sobre o registo de incidentes, sendo a queda o incidente mais notificado neste hospital e ocorrendo maioritariamente em pessoas com mais de 65 anos.

Fomos informados que já se preenche, desde 2010, um instrumento que permite avaliar o risco de queda – a Escala de Morse. Existe também uma norma – Norma nº3 – Prevenção e monitorização de quedas, que tem como objetivo definir orientações de atuação uniformes para a prevenção e monitorização de quedas de clientes e quando estas ocorrem há um impresso próprio em cada serviço para notificação do evento de queda.

A avaliação do cuidado de enfermagem por meio de indicadores pode ser utilizada no sentido de reforçar o desejo natural dos profissionais de saúde em melhorar o cuidado, ao mesmo tempo que funciona como uma forma de compreender a qualidade deste cuidado (Vituri et al, 2008). São competências do enfermeiro especialista o domínio da melhoria contínua da qualidade colaborando em programas que visem esse progresso e desempenhando um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (OE, 2010), nomeadamente no âmbito da população alvo do especialista e mestre na pessoa idosa. As quedas de doentes em contexto hospitalar deveriam ser um tema de maior apreciação na nossa sociedade e principalmente na segurança do cliente, uma vez que são um indicador de qualidade hospitalar. Sendo estas um dos principais acontecimentos indesejáveis que ocorrem em pessoas hospitalizadas, tornam-se um dos grandes desafios no contexto da segurança do cliente. Todos estes dados vieram ao encontro do diagnóstico de situação já realizado e suscitaram as seguintes questões: se já existe um instrumento de avaliação para o risco de queda como é que este ainda é o incidente mais notificado neste hospital? Será que não é utilizado? Será que não é bem utilizado? Será que é utilizado mas depois não são postas em prática as intervenções estipuladas pela norma? Essas intervenções têm em conta o modelo de parceria para promover o cuidado de Si na pessoa idosa?

Realização de uma análise, através da elaboração de uma grelha, dos registos do incidente de queda dos doentes idosos hospitalizados

“É do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal do enfermeiro especialista (...) gerir na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente” (OE, 2010, p.6). Fulmer (2007) considera que as quedas são um fator que pode comprometer a segurança da pessoa idosa. Este criou uma ferramenta de avaliação geriátrica – SPICES, que contempla vários indicadores, nomeadamente as quedas. Este instrumento permite

efetuar uma avaliação mais aprofundada da pessoa idosa de modo a ser possível implementar intervenções preventivas e terapêuticas. Cabe ao enfermeiro especialista e mestre na pessoa idosa fazer uma avaliação mais aprofundada destes clientes, pelo que “...recolhe e analisa informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica, (...) e segue incidentes de prática insegura para prevenir recorrência” (OE, 2010, p.6). Assim, foi considerado pertinente perceber quantas pessoas idosas tinham caído neste serviço desde o início de 2012 e porquê. Foi realizada uma análise, através da elaboração de uma grelha, dos registos do incidente de queda dos clientes idosos hospitalizados, entre o período de 01-01-2012 a 01-09-2012 (Apêndice 3), com o intuito: de identificar os principais motivos e padrões das quedas; as consequências e intervenções específicas quando estas ocorrem e, obter dados para a implementação de medidas de prevenção.

Resultados: Durante este período existiam registos de 6 quedas em pessoas com mais de 65 anos. Analisamos esses registos baseados nos seguintes indicadores: sexo; idade; hora; lotação; número de enfermeiros prestador de cuidados; queda presenciada; motivo; escala de Glasgow; origem; descrição; consequências; intervenções; avaliação prévia e reavaliação após 48h. A análise de todos estes dados encontra-se descrita no Apêndice 4. Esta revelou-se extremamente importante, pois o enfermeiro especialista na pessoa idosa deve recolher e analisar toda a informação de modo a aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica.

Dos factores de risco extrínsecos o ambiente assume uma importância extrema. Assim foi realizada inicialmente, juntamente com a enfermeira chefe do serviço e enfermeira especialista orientadora do estágio, uma avaliação das condições físicas e ambientais, utilizando uma “check-list” já existente de avaliação de equipamento e ambiental do serviço, de forma a identificar os factores de risco extrínsecos da queda em contexto hospitalar. No geral o serviço apresenta equipamentos em bom estado, bem como boas condições ambientais, no entanto podemos constatar algumas falhas, nomeadamente: as cadeiras de rodas não terem cinto e não permitirem ajustar-se ao peso do cliente; os chinelos disponibilizados pelo hospital não terem solas antiderrapante; os corredores não apresentarem corrimão/barras de apoio e as casas de banho não possuírem material antiderrapante. Cabe ao enfermeiro especialista, nas competências do domínio da

melhoria contínua da qualidade, “criar e manter um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2010, p.3) para a prevenção de incidentes, de acordo com a idade do cliente. Assim, o enfermeiro especialista e mestre na pessoa idosa tem o dever de demonstrar conhecimento e compreensão relativamente ao fornecimento de um ambiente seguro para a pessoa idosa tendo em conta as suas especificidades.

Realização de um questionário á equipa de enfermagem

Para identificação das necessidades de formação foi realizado um questionário á equipa de enfermagem (Apêndice 5).

Resultados: De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.8) cabe ao enfermeiro especialista “gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem (...)”. Para que tal seja possível torna-se imprescindível conhecer a equipa, e ao mesmo tempo sensibiliza-la para a necessidade de dar atenção aos problemas associados ao envelhecimento da população. Todos os enfermeiros consideram a avaliação do risco de queda fundamental para as boas práticas: 12 referiram ser muito importante, e 10 mencionaram que consideravam importante. Tendo as quedas uma etiologia multifatorial é fulcral o planeamento de estratégias multidisciplinares que visem reduzir ou eliminar os fatores passíveis de atuação (Saraiva et al, 2008, Caldevilla e Costa, 2009; Morse, 2009)

Quadro 4 – Resultados das respostas ao questionário realizado aos enfermeiros relativamente á auto avaliação

	Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
Implementa na prática diária as intervenções preconizadas na norma nº3 do m doentes com baixo e médio risco de queda	3	11	4	0	0
Implementa na prática diária das intervenções preconizadas na norma nº3 do em doentes com alto risco de queda	5	9	4	0	0
Utiliza o instrumento de avaliação de risco de queda (Escala de Morse) nas primeiras 24h.	12	9	1	0	0
Realiza reavaliação do risco de queda com uma periodicidade máxima de 7 em 7 dias	7	7	8	0	0
Realiza reavaliação do risco de queda sempre que a situação clínica do doente o justifique	8	12	1	1	0
Realiza reavaliação do risco de queda no momento da alta (excepto em caso de óbito)	11	8	1	2	0
Regista todas as intervenções que realiza	2	12	7	1	0
Utiliza o impresso de registo de incidente de queda preconizado na instituição onde desempenha funções	19	3	0	0	0

Conforme podemos constatar pela análise da tabela as principais lacunas dizem respeito á reavaliação do risco de queda e aos registos de todas as intervenções efetuadas. A

reavaliação do risco torna-se essencial pois é através dela que podemos adequar e personalizar o plano de cuidados a cada cliente contribuindo deste modo para a prevenção de quedas na pessoa idosa hospitalizada. Torna-se imperativo valorizar e registar todas as intervenções que traduzam o cuidar, uma vez que estas são centrais no quotidiano dos enfermeiros, e contribuem, não só para a melhoria dos cuidados prestados á pessoa idosa, mas também para elevar a visibilidade da enfermagem junto dos clientes e suas famílias (Martins, A. et al., 2008).

No que diz respeito á formação em serviço 12 enfermeiros consideram que necessitam de formação na área de avaliação do risco de queda e 18 referem que carecem de formação na área da prevenção do risco de queda na pessoa idosa. O que nos permite concluir que as medidas de prevenção de quedas da pessoa idosa hospitalizada são a área em que será fundamental realizar mais formação.

Avaliação dos registos através da consulta dos processos

Nesta fase tornou-se pertinente proceder á avaliação dos registos através da consulta dos processos, pois este é um modo de conseguir perceber algumas das competências da equipa de enfermagem. Foram consultados a 18-10-2012 todos os registos de clientes idosos internados nesse dia, sendo um total de 10. Sustentada no Modelo de Parceria desenvolvido por Gomes (2009) foi realizada uma grelha prévia de análise (Apêndice 7), baseada nos seguintes indicadores:

Quadro 5- Indicadores utilizados em cada fase do modelo de Parceria (Gomes, 2009)

Fases do Modelo de Parceria	Indicadores
1ª Fase - Revelar-se	Dimensão: Identidade da pessoa idosa/contexto de vida (situação sócio-familiar);avaliação da dimensão física e funcionalidade da pessoa idosa incidindo nos aspectos que interferem na avaliação do risco de queda; Contexto da doença
2ª Fase - Envolver-se	Conhece o cliente idoso/cuidador face ao seu risco de queda
3ª Fase - Possibilitar/Capacitar	Partilha o poder/construção de uma acção conjunta
4ª Fase - Comprometer-se	Desenvolver competências para atingir os objectivos comuns
5ª Fase - Assumir o controlo de Si/ Assegurar o cuidado do Outro	Assumir o controlo de Si

Resultados:

Dimensão: Identidade da pessoa idosa/contexto de vida (situação sócio-familiar);avaliação da dimensão física e funcionalidade da pessoa idosa incidindo nos aspectos que interferem na avaliação do risco de queda; Contexto da doença

Após a análise, que se encontra descrita de forma detalhada no apêndice 8, foi possível concluir que a equipa de enfermagem regista a maioria dos indicadores relativos á identidade da pessoa idosa e contexto de vida, sendo que estes estão em grande parte, contemplados na colheita de dados.

Constatou-se que fatores como o estado civil, hobbies e condições habitacionais foram os menos registados. A importância de conhecer os hábitos diários da pessoa idosa e como ocupa os seus tempos livres torna-se essencial para conseguirmos durante o internamento proporcionar momentos de distração e partilha estimulando o idoso a participar nos cuidados. A parceria enfermeiro/doente implica um conhecimento do Outro (Gomes, 2007). No que diz respeito á avaliação da dimensão física e funcionalidade da pessoa idosa incidindo nos aspectos que interferem na avaliação do risco de queda, constatamos que é sempre avaliada a existência de quedas anteriores bem como o estado de consciência/orientação. Apenas se verificou registo em 2 processos da avaliação do que a pessoa idosa sabe das suas limitações. Estes estão deficitariamente registados. Se não sabemos o que a pessoa idosa sabe sobre as suas limitações será difícil torná-la parceria. A oportunidade de participar apenas ocorre se as pessoas envolvidas nos cuidados tiverem conhecimento da situação e partilharem uma linguagem comum; é necessária a troca de informação e esta determina o grau de envolvimento do cliente. A comunicação que se estabelece entre enfermeira e cliente é fundamental para haver participação. Na prática clínica constatam-se por vezes problemas de comunicação entre enfermeiros e clientes idosos, pelo fato do contexto da pessoa idosa não ser tido em consideração (Gomes, 2002).

Em relação á dimensão contexto da doença observamos que todos os indicadores se encontravam registados com exceção: hábitos e estilos de vida (um dos processos consultados não apresentava nenhum registo) e impacto da doença na vida (não havia nenhum registo relativamente a este indicador). Esta é uma lacuna que é importante colmatar. “Para participar é necessário que a pessoa idosa esteja investida de saber e poder – *empowerment*, de modo a que possa recorrer a processos de tomada de decisão

sobre os assuntos que lhe dizem respeito, como os que se relacionam com os seus estilos de vidas e a sua saúde” (Gomes, 2009, p. 86). É fundamental o enfermeiro compreender o significado que a doença tem na trajetória de vida da pessoa idosa e identificar com ela quais são os recursos pessoais e de contexto que tem para fazer face à situação (Gomes, 2007). Reconhecer que a pessoa idosa é constituída por uma multiplicidade de elementos que contribuem para a sua identidade é indispensável para ver a pessoa idosa como um ser de projetos e de cuidados (Gomes, 2009).

Conhece o cliente idoso/cuidador face ao seu risco de queda

Em relação á 2º fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – Envolver-se, conforme pudemos constatar todos os enfermeiros registam qual o risco de queda da pessoa idosa, mas apenas um informa a pessoa idosa sobre esse resultado e nenhum informa o cuidador sobre qual o risco de queda da pessoa idosa hospitalizada. Se a pessoa idosa e/ou cuidador não sabe que tem um elevado risco de queda, nem sabe quais são as medidas de prevenção necessárias para as evitar não vai conseguir ser parceira nos cuidados. Para que se estabeleça uma relação de parceria entre enfermeiro e pessoa idosa torna-se essencial que o enfermeiro partilhe a informação que considera importante. Para isso tem que se mostrar disponível de modo a escutar o idoso, procurando ir ao encontro das necessidades e do projeto de vida e de saúde deste. A diminuição das suas capacidades sensório-perceptuais, causadas pelo envelhecimento, pode levar a que necessite de mais tempo para se exprimir, sendo este um fato importante a ter em consideração.

Nas restantes áreas temáticas, “capacitar/possibilitar”, “comprometer-se” e “assumir o controlo de Si” ou “assegurar o cuidado do outro”, os registos são praticamente inexistentes. Na medida em que eu sou um elemento integrante desta equipa, logo á partida foi fácil percepcionar que os registos não espelham os cuidados prestados. Assim, foi sentida a necessidade de fazer uma observação participante de modo a realizar notas de campo que permitissem ter um a noção mais real dos cuidados prestados.

Atividade: O período de observação decorreu durante 2 semanas em que se procurou analisar situações de interação entre o enfermeiro e a pessoa idosa, desde a entrada no serviço e quando foi possível até a alta. Na seleção dos enfermeiros, foi definido como

critério observar um leque variado de modo a abranger desde iniciados a peritos. Assim, observamos 1 enfermeiro iniciado, 2 competentes e 1 perito. Durante esta observação foram realizadas notas de campo com o intuito de perceber os cuidados prestados aos clientes idosos e como se desenvolvem as intervenções de prevenção de quedas, de acordo com o Modelo de Parceria. A avaliação foi baseada na mesma grelha criada anteriormente, sustentada no Modelo de Parceria (Gomes, 2009).

Resultados: Para mais fácil compreensão foi realizada uma categorização dos dados recolhidos, tendo em conta as diferentes áreas temáticas baseadas no Modelo de Parceria. Serão utilizados como exemplos alguns excertos de duas notas de campo realizadas (estas encontram-se descritas no Apêndice 9).

Na primeira área temática – **Revelar-se**, foi possível observar que esta equipa se esforça por conhecer a identidade da pessoa idosa. “Conhecer o património individual da pessoa é tentar perceber o que é e quem é aquela pessoa. Ter em atenção que esta é um ser complexo, na qual as várias dimensões físicas, biológicas, espirituais, culturais e sociológicas estão interligadas, constitui uma multiplicidade de elementos que fazem a pessoa e que podem indicar o melhor meio de a cuidar” (Gomes, 2009, p.155). Podemos constatar que reconhecem dados anteriores o que possibilita que façam comparações: “...parece-me que já no último internamento se cansava...”. Mostram que já tiveram oportunidade de estabelecer uma relação em que se conseguiram estabelecer momentos de partilha: “...como já conversamos várias vezes sobre esse assunto...”. Conhecem dados anteriores importantes para uma melhor prestação de cuidados, nomeadamente para prevenção de quedas: “Desde a queda que deu em casa ficou sempre receosa...”. Sabem o contexto familiar em que o cliente se insere: “E já pediu á sua esposa para lhe trazer...”. Conhecem as necessidades da pessoa que cuidam: “E os seus óculos SrºJ?”. De acordo com estes dados podemos dizer que os enfermeiros demonstram, na generalidade, esforçarem-se por conhecerem a pessoa idosa que estão a cuidar.

Na 2ª fase do Modelo de Parceria – **Envolver-se**, constata-se através da observação das práticas, que existe uma preocupação por parte desta equipa em estabelecer uma relação de parceria entre enfermeiro e cliente, embora isso não transpareça nos registos. Os enfermeiros tentam mostra-se disponíveis: “...eu vou estar sempre ao pé de si”, promovendo a afetividade, com demonstrações de carinho, de empatia, de simpatia, preocupação e utilizando estratégias geradoras de proximidade, como o toque: “toca

levemente no ombro do Sr. J.”. Procuram adaptar o ambiente hospitalar aos objetivos terapêuticos e funcionais da pessoa idosa: “e afasta o cadeirão e a mesa de apoio que estão junto á cama.” O proteger a pessoa idosa de danos não significa que seja necessário paternalismo, pois este pode por em causa a autonomia da pessoa; cabe ao enfermeiro perscrutar as necessidades e potencialidades da pessoa idosa: “Mas tem que tentar continuar a movimentar-se...”, “Coloque as mãos firmes no andarilho e faça força nas pernas”.

No que diz respeito a **Capacitar/Possibilitar** – 3ª fase do Modelo de Parceria, deve existir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir. O enfermeiro partilha a responsabilidade e poder. “O *empowerment* das pessoas idosas é um processo de aprendizagem conjunta, que significa o reconhecimento das capacidades destas para tomarem decisões, para cuidarem de si próprias, (...) para assumirem as suas convicções, escolhas de vida e as suas próprias responsabilidades” (Gomes, 2009, p.88). No processo de construção da parceria para existir partilha de poder tem de haver respeito pela pessoa idosa e permitir a promoção da sua autonomia. Para que isso aconteça o enfermeiro tem que informar o cliente em função das suas dúvidas e preocupações e ajudar a transformar uma capacidade potencial numa real. Isso verificou-se na observação das práticas: “...não tem um tapete antiderrapante na banheira”? “... chinelos que usa em casa (...) deviam ter também sola antiderrapante...”, “...Se não tiver uns chinelos adequados pode escorregar e cair...”, “E os seus óculos Srº J? (...) não se pode esquecer deles quando se vai levantar. E convêm colocá-los sempre num local perto de si para saber onde estão e conseguir chegar a eles”.

Em relação á 4ª fase do Modelo de Parceria – **Comprometer-se** – traduz uma conjugação de esforços conjuntos no sentido de se atingirem os objectivos definidos para assumir o controlo ou progressão do projeto de vida e saúde da pessoa idosa. Podemos constatar esse fato quando a enfermeira negocia os cuidados, não impondo nada e deixando a pessoa idosa escolher o que considera melhor para si: “Então e quer ir até á casa de banho tomar um duche?”, “...posso ir buscar o andarilho para ver se consegue ir a andar...”. É do mesmo modo importante fazer um reforço positivo, encorajando o cliente e incentivando-o a conseguir alcançar pequenas vitórias: “Vê como consegue tão bem!”.

A última fase do Modelo de Parceria diz respeito a **assumir o controlo sobre o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro**. Assim, pretende-se que a pessoa idosa consiga ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde. Para isso é necessário que esteja informada, de modo a que seja capaz de decidir qual o melhor caminho a seguir.

Após terminada a análise da observação das práticas percebemos que esta equipa tem interesse em conhecer os clientes, bem como o seu contexto de vida e de doença. Verifica-se na maioria das vezes uma negociação e um compromisso com o cliente e a sua família de modo a promover o cuidado de Si. No entanto, a partilha de poder ainda não está tão presente quanto seria ideal, pois ainda foram observadas algumas situações em que os enfermeiros se regem por estereótipos associados á idade, em que os idosos são identificados como pessoas frágeis e incompetentes, incapazes de decidirem o que é melhor para si. Muitas vezes os idosos não podem mostrar aquilo que sabem porque não lhes é dado espaço para isso, como refere Gomes (2009).

**2ª Fase:
Implementação**

Quadro 6- Objetivos específicos e atividades desenvolvidas durante a fase de implementação

Objetivo específico	Atividade
implementação de intervenções que visem a prevenção de quedas na pessoa idosa hospitalizada;	Prestação de cuidados diretos á pessoa idosa hospitalizada
Promover junto da equipa de enfermagem a implementação de intervenções/estratégias, que visem a prevenção de quedas	Realização de uma formação em serviço à equipa de enfermagem
Identificar intervenções, aquando da alta da pessoa idosa, de modo a alertar para a promoção de um ambiente seguro no domicilio	Participação numa visita domiciliária
Estabelecer parcerias com o grupo de trabalho da CIPE com o intuito de melhorar os registos efetuados aquando do levantamento do diagnóstico de queda;	Realização de uma reunião com a equipa de trabalho da CIPE para dar a conhecer o projeto e as propostas de alterações de registos

Prestação de cuidados diretos á pessoa idosa hospitalizada

Cabe ao enfermeiro especialista na pessoa idosa identificar as necessidades do idoso, estabelecer prioridades no cuidado, formular diagnósticos de enfermagem, planejar e executar intervenções de enfermagem dirigidas e personalizadas às características individuais, sociais e culturais das pessoas idosas e seus cuidadores, entenda-se cuidadores informais, estes, também alvo de cuidados. Assim, foram prestados cuidados diretos à pessoa idosa hospitalizada, procurando efetuar a sua avaliação multidimensional, com recurso a instrumentos de avaliação direcionados à sua especificidade que permitiram realizar um diagnóstico rigoroso e um planeamento conjunto de intervenções adequadas à sua situação clínica. Para respeitar o idoso nas suas especificidades é fundamental estar atento às características físicas, psicológicas e culturais próprias do envelhecimento. Numa perspetiva individual, a prestação de cuidados de saúde às pessoas idosas, centrados em equipas pluridisciplinares e em recursos humanos devidamente formados, nomeadamente o enfermeiro especialista e mestre na pessoa idosa, com uma componente de recuperação global e de acompanhamento, são indispensáveis a um sistema de saúde que se quer adequado para responder às necessidades de uma população que está a envelhecer.

Resultados: Na prestação de cuidados diretos á pessoa idosa foi possível por em prática tudo o que foi apreendido durante o curso de pós- especialização. Inicialmente, tornou-se indispensável estabelecer uma relação de empatia com o cliente idoso, de modo a ser possível conhece-lo e assim identificar as suas reais necessidades de uma maneira individualizada, colocando em prática todos os conhecimentos teórico práticos apreendidos, tendo consciência das necessidades específicas daqueles que envelhecem. O enfermeiro especialista e mestre na pessoa idosa deve estar preparado para cuidar das alterações apresentadas nesta fase da vida, aplicando a arte e ciência do cuidado.

São competências específicas do enfermeiro especialista aquelas "... que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas" (OE,2010,p. 3), neste caso, das pessoas idosas. Para um elevado grau de adequação de

cuidados tornou-se indispensável realizar uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, recorrendo-se á utilização de várias escalas. Esta avaliação permitiu uma assistência sistematizada onde se identificaram os problemas dos idosos de maneira individualizada, por forma a planear e executar intervenções de enfermagem centradas no idoso e que estão diretamente relacionadas com o tipo e grau de dependência. No entanto, os cuidados a prestar á pessoa idosa não se podem cingir á aplicação de um instrumento de avaliação, este é enriquecido e encontrou o seu real valor no trabalho que se efetuou em parceria com a pessoa idosa e sua família, promovendo o cuidado de Si, olhando-a como ser de projeto, valorizando o que foi, o que é e o que ainda ambiciona ser.

De modo a operacionalizar as aprendizagens realizadas foram efetuados alguns estudos de caso que permitiram mobilizar saberes na avaliação multidimensional da pessoa idosa, bem como ter um conhecimento do idoso em todas as suas dimensões, o que possibilitou uma intervenção mais individualizada dirigida às necessidades específicas de cada um. Segundo Benner (2001, p. 50) “...as enfermeiras aprendem melhor quando se utilizam estudos de caso que põem à prova e requerem a capacidade de apreender uma situação”. No apêndice 10 está descrito um exemplo de um estudo de caso realizado.

Foi com a prestação direta de cuidados que pudemos compreender que uma das características do cuidado de enfermagem á pessoa idosa é “...a grande complexidade das situações que o enfermeiro tem que ser capaz de gerir para ajudar a pessoa na prossecução do seu projeto de saúde, sendo por isso necessário centrar a sua intervenção nos cuidados do outro, vendo-o como um parceiro de cuidados” (Gomes 2009,p.101). Os clientes idosos com alto risco de queda têm associado, na maioria das vezes, várias patologias e alterações no cumprimento das suas atividades de vida diária. Assim, foi fundamental considerar a pessoa idosa como um ser de projeto e de cuidado, num contexto de vulnerabilidade e dependência, para poder realizar um plano de cuidados adequado e deste modo implementar intervenções essenciais á prevenção de quedas. Os enfermeiros têm uma importância primordial nos cuidados de reparação e manutenção aos idosos. Esses cuidados são fundamentais na promoção da sua saúde e construção da qualidade de vida (Berger et al, 1995). Para que esses cuidados possam ter continuidade e visibilidade é imprescindível realizar registos de enfermagem que espelhem a prestação diferenciada de um enfermeiro especialista na pessoa idosa.

A operacionalização do Modelo de Parceria na prática dos cuidados ajudou a olhar para a pessoa idosa e cuidador como parceiros na prestação de cuidados, como seres de um projeto e de cuidado. Esta condição permitiu reconhecer que a pessoa idosa é constituída por uma multiplicidade de elementos que contribuem para a sua identidade, sendo necessário conhecer todos esses elementos para poder ver a pessoa idosa como parceira nos cuidados.

Realização de uma formação em serviço com a equipa de enfermagem

Realização de uma formação em serviço com a equipa de enfermagem com o objetivo de relembrar/desenvolver conhecimentos sobre a prevenção de quedas na pessoa idosa hospitalizada, tendo em conta o Modelo de Parceria.

Resultados: Sendo da responsabilidade do enfermeiro especialista "...ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade" (OE, 2010, p.10), neste caso no âmbito da pessoa idosa, foi oportuno, após diagnosticar antecipadamente as necessidades formativas, atuar como formador desta equipa nesta área específica de enfermagem. Ao longo da implementação do projeto desenvolveu-se um processo formal de consulta entre profissionais, em que o foco consistiu no providenciar de suporte com vista a promover o auto conhecimento e o desenvolvimento no seio do contexto profissional, que é o que Lynch et al (2008) designam de Supervisão Clínica. Segundo o modelo de supervisão clínica de Proctor (1986), esta tem 3 funções: a normativa, destinada a promover a qualidade dos cuidados; a formativa relacionada com o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais e a função restaurativa, que compreende o suporte para que o supervisionado se adapte ao conjunto de pressões oriundas de múltiplos contextos. De modo a desenvolver competências pessoais e profissionais, baseamo-nos na função formativa que possibilitou a: resolução de problemas, partilha de conhecimento, educação, reflexão, revisão de casos, contacto com outras perspetivas, reforçar competências, desenvolver boas práticas e identificação de necessidades de formação. Após essa identificação foi realizada uma formação (Apêndice 11) que permitiu: identificar défices na monitorização do registo de quedas; dar a conhecer o Modelo de Parceria á equipa de enfermagem, bem como a sua aplicação na prática; contribuir para uma melhoria nos cuidados prestados á pessoa idosa

hospitalizada; analisar a prática de cuidados na prevenção de quedas bem como diminuir o número destas; e relembrar conhecimentos na área do envelhecimento e da pessoa idosa. Esta formação possibilitou também mostrar os dados que já tinham sido colhidos na fase de diagnóstico, nomeadamente os resultados dos registos de quedas no período estipulado. Teve uma adesão de 75% de participação, sendo depois replicada em momentos oportunos para a totalidade da equipa.

O processo de formação dos enfermeiros apoiou-se nos princípios da formação de adultos, onde o resultado acaba por ter uma maior importância do que o processo de construção duma ação formativa estruturada. Neste sentido, o formando tem uma participação mais ativa desde a concepção da formação até à sua execução, podendo imprimir-lhe lógicas associadas ao seu percurso pessoal e às suas expectativas (Costa, 1998).

Participação numa visita domiciliária

Atividade: Participar numa visita domiciliária, com os enfermeiros da consulta externa de Geriatria, de uma pessoa idosa com elevado risco de queda por não apresentar um ambiente seguro.

Resultados: na avaliação do risco de queda, através da escala de Morse, pudemo-nos ir apercebendo que quando existia história de quedas anteriores eram, na maioria das vezes, no domicílio e devido a não existência de um ambiente seguro. Assim, pareceu pertinente a deslocação a casa das pessoas para tentarmos perceber quais eram as intervenções exequíveis de realizar durante o internamento para que no momento da alta a pessoa idosa e/ou cuidador soubessem tornar o seu ambiente o mais seguro possível. Para isso pedimos colaboração á equipa de Enfermagem das consultas externas de Geriatria, que se realizam uma vez por semana neste Centro Hospitalar. Deste modo, deslocamo-nos a casa de uma idosa que tinha elevado risco de queda, com história de uma queda anterior no domicílio (a reflexão sobre esta atividade encontra-se no Apêndice 12). Foi possível constatar que em casa, todas as divisões podem representar um enorme risco de ocorrência de acidentes para as pessoas idosas. Há uma diversidade de objetos e situações que apresentam risco: um tapete que não está devidamente fixo, nem tem proteção antiderrapante, uma gaveta ou a porta de um armário abertas, um fio do telefone

solto, entre muitas outras que podem por em risco a segurança das pessoas idosas. Deste modo, o tempo de internamento proporciona momentos oportunos de informação, sensibilização e formação com vista á promoção da segurança no domicílio, podendo o enfermeiro especialista na pessoa idosa ter um destaque fulcral devido á base sólida de conhecimentos que deve apresentar neste âmbito. Para melhorar as condições de saúde dos idosos cabe ao enfermeiro especialista na pessoa idosa a avaliação dos riscos individuais de acidentes e a promoção de competências para lidar com o risco de modo a promover um envelhecimento ativo. A organização mundial de saúde define envelhecimento ativo como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem (OMS, 2005). A intervenção do enfermeiro perito visa a prevenção e tratamento da doença, a prevenção da incapacidade e dependência, a promoção de um envelhecimento saudável e a reinserção do cliente idoso no seu contexto de vida.

Realização de uma reunião com a equipa de trabalho da CIPE para dar a conhecer o projeto e as propostas de alterações de registos

Realização de uma reunião com a equipa de trabalho da CIPE com o objetivo de dar a conhecer o projeto e as propostas de alterações de registos a serem efetuados no programa informático;

Resultados: No decurso da implementação deste projeto percebemos pela análise das práticas e, tendo em conta as intervenções específicas na área dos cuidados aos clientes idosos, que havia lacunas nos registos informatizados existentes. Tendo como propósito a melhoria contínua da qualidade de cuidados e nomeadamente dos registos de enfermagem, não esquecendo as guidelines das boas práticas, e a norma de prevenção e monitorização de quedas da instituição onde foi implementado o projeto, foram propostas várias intervenções (Apêndice 13). O grupo de trabalho da CIPE mostrou-se bastante interessado e comprometeu-se a analisar as propostas de modo a poder enriquecer os registos informáticos. Compete ao enfermeiro especialista, no domínio da gestão dos cuidados, intervir "...melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar" (OE, 2010, p. 8). Assim, tendo em conta que a CIPE visa uniformizar conceitos e catalogar

diagnósticos de enfermagem, resultados e intervenções, criando uma terminologia comum, compete á enfermeira especialista na pessoa idosa procurar que todos os diagnósticos, e conseqüentemente as intervenções e resultados, tenham em conta a especificidade da pessoa idosa, de modo a uma prestação de cuidados individualizada. O enfermeiro perito na área de intervenção da pessoa idosa tem as suas intervenções autónomas devendo descrever o seu contributo específico perante determinado diagnóstico e obter ganhos em saúde sensíveis à prática de enfermagem.

3ª Fase:
Avaliação

Quadro 7- Objetivos específicos e atividades desenvolvidas durante a fase de avaliação

Objetivo específico	Atividade
Identificar alterações nas práticas de cuidados em relação á prevenção e monitorização de quedas da pessoa idosa hospitalizada, tendo em conta o Modelo de Parceria	Realização de uma análise dos registos de Enfermagem, baseada em indicadores previamente definidos
Reconhecimento por parte da equipa de enfermagem da importância da implementação de medidas de prevenção de quedas	Execução de uma formação em serviço para partilhar os principais resultados de todo o percurso efetuado na implementação deste projeto com a equipa de enfermagem

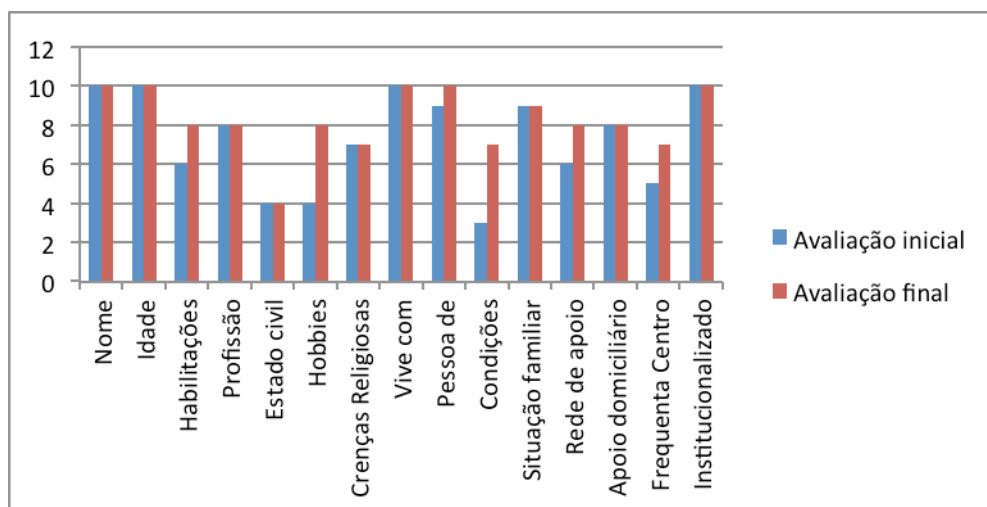
Realização de uma análise dos registos de Enfermagem, baseada em indicadores previamente definidos

Foi feita uma análise dos registos diários, recorrendo-se á mesma grelha de indicadores (Apêndice 7) com o intuito de perceber se ocorreram mudanças relativamente aos registos, que possam dar visibilidade às várias fases do Modelo de Parceria. Nesta etapa foi avaliado se a pessoa idosa e família possuem informação necessária para tomar decisões relativas a medidas de prevenção de quedas e se estas não forem capazes avaliar se a equipa de enfermagem assegura essas medidas de prevenção.

Resultados: Os resultados obtidos nesta avaliação final encontram-se explanados no Apêndice 14, sendo que serão aqui apresentadas as comparações entre a avaliação inicial, realizada na fase de diagnóstico, e a avaliação final. O enfermeiro especialista na pessoa idosa desenvolve uma prática profissional e ética, em que os resultados são avaliados e partilhados de modo a promover o desenvolvimento da prática especializada.

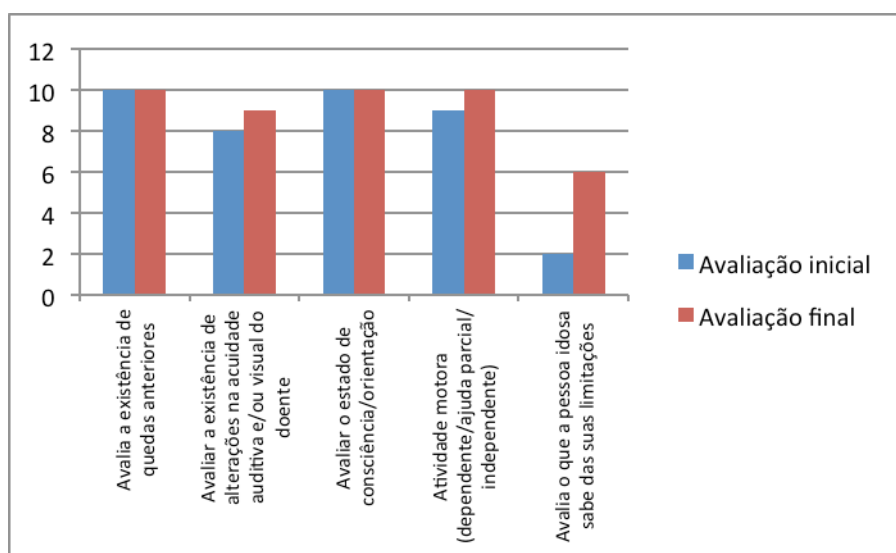
1ª Fase: Revelar-se

Gráfico 1- Dados comparativos do indicador: Identidade da pessoa idosa/contexto de vida (situação sócio-familiar)



De acordo com o gráfico pudemos constatar que na 1ª fase do modelo de Parceria – Revelar-se, em relação á identidade da pessoa idosa e contexto de vida, a maior parte dos indicadores estão registados, sendo que a principal falha se encontram no indicador estado civil. Em comparação com a avaliação inicial há uma melhoria no registo de todos os indicadores.

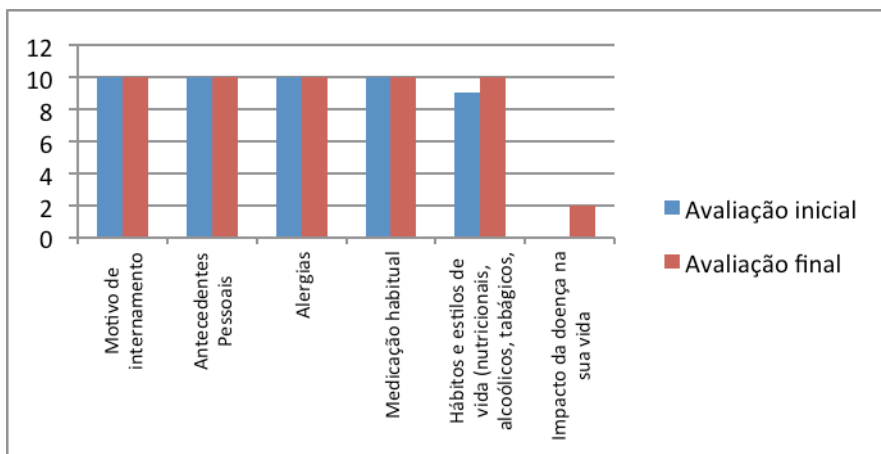
Gráfico 2- Dados comparativos do indicador: avaliação da dimensão física e funcionalidade da pessoa idosa incidindo nos aspectos que interferem na avaliação do risco de queda



No que diz respeito á avaliação da dimensão física e funcionalidade da pessoa idosa incidindo nos aspetos que interferem na avaliação do risco de queda, constatamos que é

sempre avaliada a existência de quedas anteriores, o estado de consciência/orientação e a atividade motora (na avaliação inicial não era sempre registada). Dos 10 processos consultados só 1 não tinha registo da avaliação da existência de alterações na acuidade auditiva e/ou visual. Apenas se verificou registo em 4 processos da avaliação do que a pessoa idosa sabe das suas limitações, no entanto já foi uma melhoria em relação à avaliação inicial em que apenas existiam 2 registos. Para que a pessoa idosa seja provida de *empowerment* necessita antes de tudo ser portadora de informação necessária para que possa ter poder de decisão na sua situação clínica.

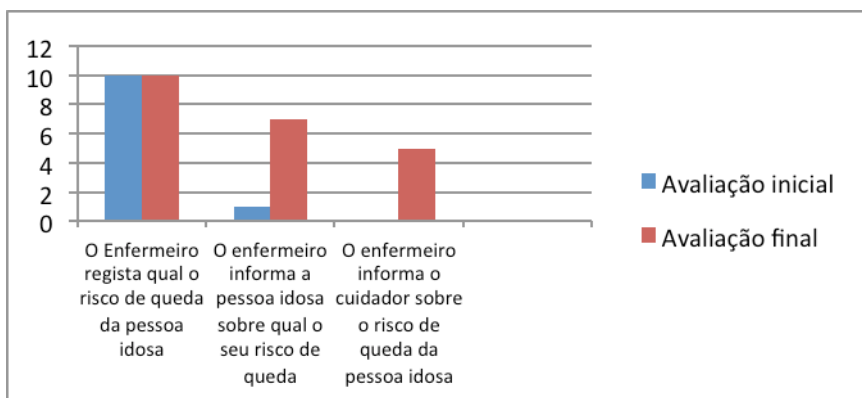
Gráfico 3- Dados comparativos do indicador: Contexto da doença



Em relação á dimensão contexto da doença observamos que todos os indicadores se encontravam registados, exceto o impacto da doença na vida da pessoa idosa, sendo que na fase inicial não havia nenhum registo e agora existiam 2. Na avaliação inicial os hábitos e estilos de vida não estavam registados na totalidade, verificando-se agora uma melhoria.

2º Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – Envolver-se

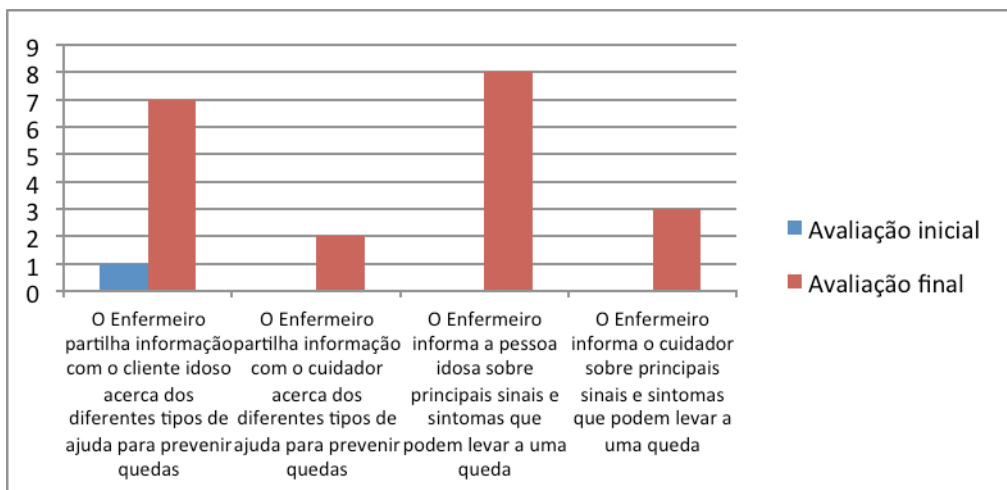
Gráfico 4 – Dados comparativos do indicador: conhece o cliente idoso/cuidador face ao seu risco de queda



Conforme pudemos constatar todos os enfermeiros registam qual o risco de queda da pessoa idosa, sendo que 7 deles registam que informam a pessoa idosa sobre esse resultado (melhoria franca em relação á avaliação inicial que apenas 1 informava) e 5 enfermeiros informam o cuidador sobre qual o risco de queda da pessoa idosa hospitalizada (na avaliação anterior nenhum informava).

3ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – Possibilitar/Capacitar

Gráfico 5- Dados comparativos do indicador: Partilha o poder/construção de uma ação conjunta

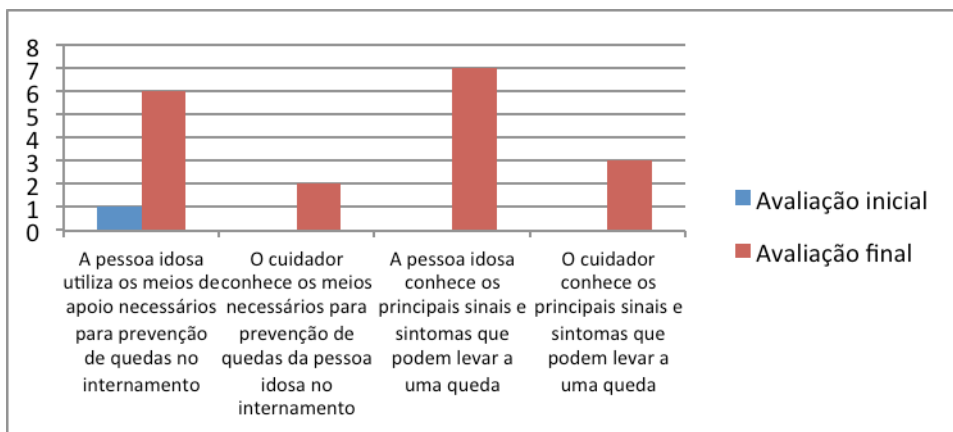


Após a análise do gráfico notamos que 7 enfermeiros partilham informação com o cliente idoso acerca dos diferentes tipos de ajuda disponíveis para prevenir quedas; 2 enfermeiros partilham com o cuidador essa informação; 8 enfermeiros informam a pessoa idosa sobre os principais sinais e sintomas que podem levar a uma queda, e 3 informam o

cuidador sobre esses principais sinais e sintomas. Constatamos, que na globalidade, houve uma franca melhoria em relação aos resultados anteriores, no que diz respeito á 3ª Fase do Modelo de Parceria. Na fase inicial constatou-se uma falta de efetivação a nível dos registos, contraposta pela análise das práticas.

4ª Fase do Modelo de Parceria (Gomes, 2009) – Comprometer-se

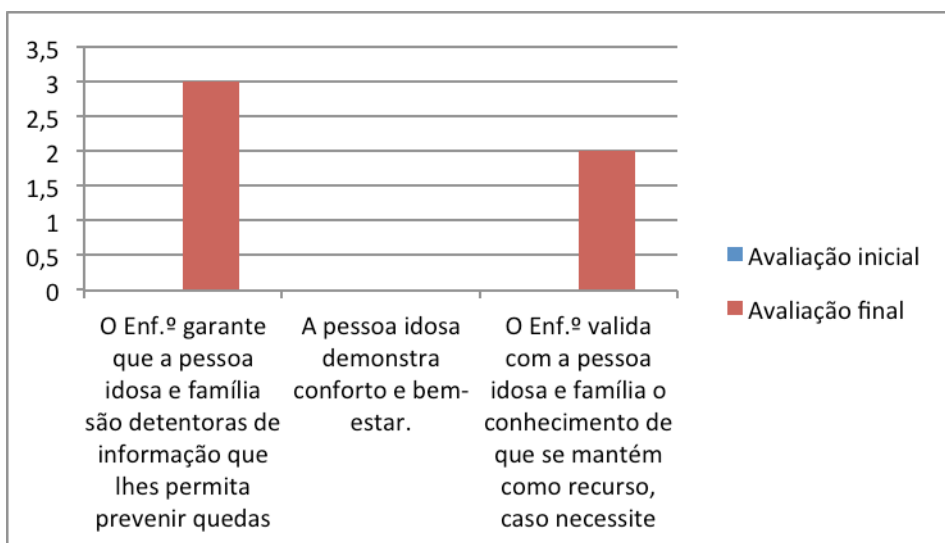
Gráfico 6- Dados comparativos do indicador: Desenvolver competências para atingir os objectivos comuns



Em relação á 4ª fase do modelo de parceria observa-se uma melhoria em todos os indicadores havendo no entanto ainda algumas falhas importantes a colmatar, como podemos constatar pela análise do gráfico.

5º Fase do modelo de Parceria (Gomes, 2009) – Assumir o controlo de Si/Assegurar o cuidado do outro

Gráfico 7- Dados comparativos do indicador: Assumir ou assegurar a cuidado de Si



Na fase de avaliação inicial constatou-se que, relativamente aos indicadores referentes á última fase do Modelo de Parceria, a nível dos registos de enfermagem não lhes era dada qualquer visibilidade. Deste modo observamos uma ligeira melhoria na medida em que já existem alguns registos que nos permitem concluir que a pessoa idosa consegue assumir o cuidado de Si. Esta melhoria, embora não significativa, espelha o crescimento da equipa e a preocupação em fazer transparecer o trabalho que desenvolve com o cliente idoso.

A partir da análise dos registos de enfermagem, observaram-se alguns resultados que demonstraram o impacto do projeto e objetivamente mudanças nas práticas dos enfermeiros. Esta análise foi realizada em diversos momentos, que tiveram o intuito de avaliar as estratégias desenvolvidas durante a sua implementação. Contudo, muitos dos resultados, embora visíveis, não podem ser mensuráveis mas traduzidos na postura e atitude dos profissionais envolvidos perante a problemática do cliente idoso com risco de queda. A comunicação multidisciplinar, a sinalização dos clientes de Alto Risco e a existência de um plano de cuidados individualizado nos clientes idosos passou a ser prática quotidiana, refletindo-se na evidência das intervenções desenvolvidas sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Execução de uma formação em serviço para partilhar os principais resultados de todo o percurso efetuado na implementação deste projeto com a equipa de enfermagem

Resultados: a equipa mostrou-se bastante interessada em saber como estava a decorrer o projeto. A aferição regular das dificuldades sentidas culminou com momentos de partilha que se tornaram num elemento de união da equipa. Considerou-se importante fazer uma apresentação (Apêndice 15) da comparação dos registos iniciais e finais, bem como da proposta de alterações dos registos informáticos, de modo a partilhar com os pares os objetivos alcançados.

4- REFLEXÃO SOBRE O PERCURSO EFETUADO E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Neste capítulo propomo-nos refletir um pouco sobre a prática, fazendo um balanço do que foi projetado, alcançado, dos ganhos e das dificuldades sentidas, assim como as competências adquiridas durante este percurso. A excelência na enfermagem passa por um trajeto profissional que estimule a qualidade e o desenvolvimento das práticas dos enfermeiros, ancorado numa atitude crítica e reflexiva por parte destes. De acordo com a OE (2010) a reflexão é um meio que contribui para a garantia da qualidade dos cuidados.

A revisão da literatura suportou e acompanhou todo o trajeto, sustentando as práticas e as atividades desenvolvidas e, tendo sido determinante no desenvolvimento de competências. Baseados na evidência científica, retiraram-se orientações para a prevenção e monitorização do evento da queda na pessoa idosa, extrapolando a sua pertinência para a prática de enfermagem. A revisão da literatura deu corpo ao enquadramento conceptual e permitiu fundamentar os cuidados prestados apoiando a abordagem do evento da queda numa vertente específica. Esta pesquisa contribuiu de igual modo para a análise e reflexão da prática clínica.

O percurso efetuado possibilitou o desenvolvimento de competências em várias áreas, nomeadamente na prestação de cuidados á pessoa idosa, na gestão, liderança e formação.

Na prestação de cuidados foi feita uma avaliação global à pessoa idosa, tendo em consideração as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, económicas, culturais e políticas do envelhecimento, de modo a proporcionar um leque de respostas adequadas às reais necessidades destas e da família. Foram concebidos, implementados e avaliados os planos de cuidados numa avaliação holística da saúde do idoso e da satisfação das suas necessidades, recursos, objetivos e desejos, com vista a preservar a sua dignidade e a maximizar a sua qualidade de vida. Utilizaram-se estratégias baseadas na evidência, para o desenvolvimento do auto conhecimento e das capacidades das pessoas idosas. As intervenções foram de encontro ao problema do contexto - as quedas da pessoa idosa hospitalizada, com a implementação de estratégias em parceria com o doente idoso, partindo do conhecimento e experiência. A mobilização do modelo de Parceria (Gomes,

2007) possibilitou a operacionalização da intervenção, um processo dinâmico, com recurso à negociação para um objetivo comum de assumir/assegurar o cuidado de Si, numa perspetiva de continuidade do projeto de vida da pessoa. As intervenções focaram-se, de igual modo, na participação da pessoa idosa, família e pessoas significativas na prevenção do evento da queda, promovendo a sua autonomia, independência e o direito a autodeterminar-se. De acordo com a análise dos registos de enfermagem e com a observação das práticas da equipa constatamos que o projeto contribuiu para promover na pessoa idosa o cuidado de Si, não se tendo verificado, após a implementação, nenhuma queda nas pessoas idosas internadas neste serviço. Contudo, este é considerado um espaço de tempo muito curto, pelo que o projeto se vai manter e contamos, após cerca de um ano da implementação, fazer uma nova recolha, análise e apresentação de dados de modo a efetuar uma avaliação mais fidedigna para poder realizar ajustes e, se necessário, mudar estratégias. De acordo com o Código Deontológico (OE, 2009, p.4), o enfermeiro deve “assegurar a continuidade dos cuidados registando fielmente as observações e intervenções realizadas”. Deste modo tornou-se proeminente o desenvolvimento de esforços para melhorar os registos referentes á prestação de cuidados individualizados á pessoa idosa, nomeadamente o referente ao diagnóstico de queda, bem como a consciencialização dos pares para a importância dos registos.

Existiu uma preocupação de monitorizar constantemente as intervenções e analisar os dados obtidos, fundamentada no conhecimento das necessidades das pessoas idosas com risco queda, o que permitiu o desenvolvimento de competências na liderança e gestão de equipas. Esta análise possibilitou identificar as práticas e promover medidas apropriadas para a melhoria das mesmas. A participação ativa da equipa em todas as fases do projeto, mas com especial expressão na definição das estratégias de intervenção, terá tido um papel importante no fator motivacional para a adesão da equipa ao projeto, tal como refere HERR (2005), uma vez que foi transmitida a ideia que a participação e envolvimento de todos, tornaria o projeto o mais adequado possível à realidade do serviço. A orientação no local de estágio revelou-se essencial para a implementação do projeto e a aceitação pela equipa foi gratificante, notando-se uma preocupação em participarem, fazendo sugestões sempre com o intuito da procura da excelência do cuidar na pessoa idosa, pretendendo a autonomia máxima destes para

assumirem o cuidado de Si. O desenvolvimento de estratégias institucionais, através da articulação com o Gabinete de Gestão de Risco e o grupo de trabalho dos registos informáticos baseados na CIPE; a otimização da resposta da equipa de enfermagem e articulação com a equipa multidisciplinar; a gestão dos recursos a cada situação de cuidados e a criação de um ambiente terapêutico e seguro permitiram desenvolver competências de liderança, de supervisão e de gestão da qualidade e dos cuidados nesta área de intervenção.

As necessidades formativas da equipa foram colmatadas em momentos de partilha e no incentivo contínuo à sua participação nas estratégias, valorizando os seus contributos e sugestões. A investigação tem como objetivo proporcionar melhores cuidados aos clientes através de uma atitude de pesquisa sistemática, incorporando na prestação dos cuidados diretos os resultados duma prática baseada na evidência. Foi assumido um papel de dinamização na construção e divulgação do saber no âmbito da pessoa idosa, podendo constatar que alguns elementos recorreram a nós com frequência para esclarecer dúvidas e solicitar literatura científica nesta área específica da pessoa idosa, "...desempenhando um papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua especialidade" (OE, 2010, p. 5). Toda a formação efetuada desenvolveu e aprofundou conhecimentos empíricos e científicos, éticos e pessoais que permitiram dotar-nos de "ferramentas" necessárias à consolidação de uma cultura orientada para a ajuda profissional avançada à pessoa idosa. Ficou programado a elaboração de um artigo científico onde se possa dar visibilidade a este projeto.

Não menos importantes foram as reuniões tutoriais que se revelaram momentos formativos essenciais onde a capacidade de análise e reflexão sobre as práticas, objetivos propostos e atingidos, e percurso realizado, incentivou o desenvolvimento de um sentido auto crítico promotor de crescimento pessoal e na equipa.

Embora durante o decorrer da prestação de cuidados á pessoa idosa tivessem sido realizados ensinios sobre medidas de prevenção de quedas às assistentes operacionais, consideramos como limitação o fato de não ter sido dado maior envolvimento a esta equipa na implementação do projeto. Contudo, como elemento integrante da equipa pretende-se dar continuidade a este projeto, sendo esta uma das primeiras atividades a desenvolver.

5. CONCLUSÃO

Um dos grandes desafios que o mundo tem de enfrentar é, sem dúvida o envelhecimento! Paralelamente ao envelhecimento progressivo da população observam-se mudanças nos perfis de morbidade e mortalidade com aumento da prevalência de doenças crônicas, a que se associa uma maior probabilidade de situações de vulnerabilidade, de dependência física, psíquica e social. Face a este fenómeno são necessárias novas abordagens nas diversas áreas do conhecimento, especialmente na Enfermagem. Os enfermeiros assumem um papel preponderante no sentido de criarem condições que permitam á pessoa idosa mobilizar os recursos necessários para fazer face aos problemas que o envelhecimento pode acarretar.

Agora mais do que nunca torna-se essencial a existência de enfermeiros especialistas na pessoa idosa, pois são estes que apresentam as competências essenciais para lidar com esta faixa da população que está em franca expansão. As pessoas não envelhecem todas da mesma maneira, pelo que é imprescindível entender antes de mais o processo de envelhecimento para depois poder prestar cuidados de excelência, diferenciados e individualizados. Os profissionais de saúde necessitam consciencializarem-se sobre as necessidades específicas daquele que envelhece. A pessoa idosa requer uma atenção especial, exige um cuidado diferenciado, com maior sensibilidade e perspicácia.

Uma das principais preocupações atuais com a pessoa hospitalizada é a sua segurança, sendo as quedas um dos principais acontecimentos indesejáveis que ocorrem em pessoas idosas hospitalizadas. O enfermeiro, na procura da excelência do cuidar, é peça fundamental no desenvolvimento de protocolos de atuação que visem prevenir e monitorizar o evento da queda na pessoa idosa hospitalizada, com vista à obtenção de ganhos em saúde. É neste contexto que surge este projeto. Embora saibamos que o risco de queda não pode ser eliminado, pode ser prevenido, através da avaliação sistemática e contínua do risco e consequentes intervenções. Assim, foi essencial identificar as necessidades de cuidados da pessoa idosa, encarando-a com um ser holístico, planear e implementar as intervenções de forma a evitar riscos, detetar precocemente potenciais problemas, resolver ou minimizar os problemas reais identificados e por fim avaliar as suas intervenções. Ao longo de todo este processo, foram incorporados os resultados da evidência científica na sua prática.

No fim desta caminhada consideramos que todo o percurso realizado, tanto académico como profissional trouxe uma nova forma de Cuidar a pessoa idosa que ganhou expressão, na operacionalização deste projeto, pois conseguimos desenvolver, por um lado, competências técnicas, relacionais, humanas, ético-deontológicas, e, por outro, de gestão, de liderança, de supervisão e de formação. A aquisição de conhecimentos teóricos, as reflexões realizadas e as experiências vivenciadas permitiram acrescentar à prática diária inúmeros conhecimentos, competências e formas de estar e de ser, que resultaram num cuidar da pessoa idosa repleto de pormenores imprescindíveis a que se torne um cuidado diferenciado. O desenvolvimento de competências pessoais no trabalho em parceria com a pessoa idosa e família permitiu uma abordagem centrada na pessoa observada pela preocupação em conhecer, incluir, respeitar, capacitar e negociar com a pessoa idosa o seu percurso de vida, de modo a promover o cuidado de Si.

Além do conhecimento específico na sua área de competência e o desempenho técnico adequado, o enfermeiro especialista na área da pessoa idosa deve desenvolver aptidões e qualidades singulares como a maturidade e a capacidade de adaptação; a empatia e a sensibilidade; o humanismo e a ética; a objectividade e o espírito de crítica; o sentido social e comunitário; a flexibilidade, a visão ampla e a criatividade, tendo em vista que cada idoso é um ser humano diferente e diferenciado. Deve também demonstrar capacidade para um desempenho proficiente em contexto de trabalho, desenvolver o sentido de mestria e a capacidade para lidar e gerir com as contingências da prática nesta área emergente. O objetivo da sua prática é proporcionar cuidados que promovam a qualidade de vida das pessoas idosas e famílias e simultaneamente ser membro de uma equipa multidisciplinar de cuidados de saúde, cuja prática é orientada por códigos de conduta éticos e profissionais e onde as necessidades das pessoas idosas e famílias constituem o foco de atenção principal, numa lógica de compromisso e responsabilidade social.

Em suma, o desenvolvimento deste projeto revelou-se, sem dúvida, uma atividade significativa que não pode terminar aqui. Vai ter continuidade neste serviço, prevendo-se a curto prazo a realização de formação às assistentes operacionais e fazer nova avaliação geral do projeto para, se necessário, adequar intervenções. Este será o início da procura diária da mudança de mentalidades e comportamentos de modo a que a pessoa envelheça com saúde, autonomia, dignidade e independência.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, R. Abreu, C. Mendes, A. (2010) – Quedas em doentes hospitalizados: contributo para uma prática baseada na prevenção. *Revista de enfermagem referência* N° 2,p. 163-172. Acedido em 06-07-2012. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a17.pdf>
- Bardin, L. (2000). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barnett, K. (2002) – Reducing Patient Falls Project. *Mid Yorkshire Hospitals NHS Trust*. Acedido em 05-07-2012. Disponível em: <https://premierinc.com/safety/topics/falls/downloads/E-14-falls-project-uk.pdf>
- Benner, P. (2005) - *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. 2ª Edição. Coimbra: Quarteto. ISBN 989-558-052-5.
- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosa: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Brito et al; (2001) “Urgências em geriatria”; Edição Atheneu; p.323-335.
- Cabete, D. (2005) - *O idoso, a doença e o hospital: O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-89-4.
- Caldevilla, M. Costa, M. (2009) – Quedas dos idosos em internamento hospitalar: que passos para a enfermagem? *Revista Investigação em Enfermagem*. ISSN: 0874-7695. nº 19., p. 25-28.
- Calvo, M.; Camps, M.; Villares, M. (2001) – Las caídas intrahospitalarias: «una realidad». *Revista Rol de Enfermería*. vol. 24, nº 1, p. 25-30. Acedido em 03-06-2012. Disponível em: <http://www.infodoctor.org:8080/uid=11235489>
- Casey, M. (2008) - Partnership - Success factors of interorganizational relationships. *Journal of Nursing Management*. 16(1), 72-83.
- Chen, L.; Warner, M.; Fingerhut, L.; Makuc, D. ;(2009) Injury episodes and circumstances: National Health Interview Survey, 1997-2007. *Vital Health Stat* 10. 2009;10(241):1-55. Acedido em 14-06-2012. Disponível em: http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/sr10_241.pdf
- Close, J. Lord, S.,Enz, H., & Sherrington, C. (2005). What is the role of falls?*Best practice & research clinical rheumatology*, volume 19, issue 6. Acedido em 03-06-

2012. Disponível em: [http://www.bprclinrheum.com/article/s1521-6942\(05\)00074-4/fulltext](http://www.bprclinrheum.com/article/s1521-6942(05)00074-4/fulltext)

- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE, versão 2 (2011). *Conselho Internacional de Enfermeiros*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- COSTA, M. (1998). *Enfermeiros: Dos percursos de formação à produção de cuidados*. Edições Fim de Século. Lisboa.
- Coutinho, E. Silva, S. (2002). “*Uso de medicamentos como factor de risco para fractura grave decorrente de queda em idosos*”; *Cadernos de Saúde Pública*; Rio de Janeiro; 18(5): 1359-1366.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) Acedido em 16-06-2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=5&hid=107&sid=4e25d1fe-166a-467e-b988-861a4dbcea64%40sessionmgr115&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=75447577>
- Dinis, R. (2006) - *A família do idoso: o parceiro esquecido? Cuidar do idoso hospitalizado em parceria com a família, perspectiva dos enfermeiros*. Lisboa: Universidade Aberta. Tese de mestrado.
- Direção Geral da Saúde (2013). *Departamento da Qualidade na Saúde, uma cultura de melhoria contínua de qualidade*. DGS. Acedido em 26-02-2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521>
- Direção Geral de Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa.
- Direcção Geral Da Saúde (2004) - *Plano Nacional de saúde 2004/2010: orientações estratégicas*. Lisboa: DGS VOL II, 2004. Acedido em 05-06-2012. Disponível em <http://www.min-saude.pt>
- Dykes, P.; Carroll, D.; Hurley, A. et al. (2010). Fall prevention in acute care hospitals: a randomized trial. *JAMA*. 304(17):1912-8.21045097. Acedido em 05-07-2012. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=186836>
- Ebersole, P.; Hess, P., Touhy, T.; Jett, K. (2005) – *Gerontical Nursing and Healthy Aging*, 2nd Edition, Elsevier Mosby, St. Louis, Missouri

- Evans, D., Hodgkinson, B., Lambert, L., & Wood, J. (2001). Falls risk factors in the hospital setting: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 7 (1), 38-45. Acedido em 18-06-2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/search/advanced?sid=339a3f92-969b-4c0a-85b7-8aa405f35024%40sessionmgr110&vid=11&hid=105>
- Fonda, D.; Cook, J.; Sandler, V. et al. (2006) Sustained reduction in serious fall-related injuries in older people in hospital. *Med J Aust*;184(8):379-82.16618235. Acedido em 03-06-2012. Disponível em: <https://www.mja.com.au/journal/2006/184/8/sustained-reduction-serious-fall-related-injuries-older-people-hospital>
- Fortin, M. (2009) – Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: *Lusodidacta*. ISBN 978-989-8075-18-5.
- Freitas et al. (2010) – Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*. nº 15. Setúbal. ISSN: 1646-5067.
- Fulmer, T.; Wallace, M. (2007). *Fulmer SPICES: An Overall Assessment Tool for Older Adults*. Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults. Acedido em 03-07-2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=bf333c80-fdb9-4a2e-b4f6-a2eb54840c15%40sessionmgr15&hid=21>
- Gomes, I. (2002) – *O conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao doente idoso*. Lisboa: Universidade Aberta. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.
- Gomes, I. (2009) – *Cuidado de Si. A Natureza da Parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento.
- Gomes, I. et. al. (2007) - *Parceria e cuidado de enfermagem - uma questão de cidadania*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, LDA. ISBN 978-972- 8485-86-3.
- Guerra, I. (2002) - *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção – O Planeamento em Ciências Sociais*. 2ª Edição. Cascais: Principia. 2002. ISBN 972-8500-85-8.

- Guimarães, L. (2004) – Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. *Revista Neurociências*. Vol. 12, n.º 2 (2004). Acedido em 14-02-2013. Disponível na internet: <URL: http://www.unifesp.br/dneuro/neurociencias/vol12_2/quedas.htm
- Harrison (1992) – *Medicina interna*. 12ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN: 968-25-2383-4.
- Hendrich, A. (2006) – Inpatient falls: lessons from the field. *Patient Safety & Quality Healthcare*. (Mai./Jun.), p. 26-30. Acedido em 03-09-2012. Disponível em: <http://www.psqh.com/mayjun06/falls.html>
- Herr, K.; Anderson, L. (2005) – *The action research dissertation: a guide for students and faculty*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications. ISBN: 0-7619-2990-8.
- Instituto Nacional de Estatística (2011) – *Indicadores resumo sobre população*. Acedido em: 07/03/2013. Disponível em: www.ine.pt.
- International council of nurses (2005) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. ISBN: 92-95040-36-8
- Jackson, M.; Jackson L. (2007) – *Guia de Bolso de Enfermagem Clínica*. Porto Alegre: Artmed. ISBN 9788536309132.
- Kvale, K.; Bondevik, M. (2008) - What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 22(4), 582-589.
- Lakatos, B.; Capasso, V.; Mitchell, M. et al. (2009) - The falls in the general hospital: association with delirium, advanced age, and surgical procedures. *Psychosomatics*, 50 (3):218-226, Acedido em 03-06-2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19567760>
- Laraña, S. et al, (2007). Prevencion de caídas – Estrategias de intervención. *Revista de Enfermería*, nº9, setembro, pág. 54-58.
- Lynch, L.; Hancox, K.; Happell, B. & Parker, J. (2008) *Clinical Supervision for Nurses*. Wiley-Blackwell. Chichester. UK.
- Martins, A. et al. (2008). *Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem? Pensar Enfermagem* Vol. 12 N.º 2.

- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company. Nova Iorque, EUA. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- Meleis, A. et. al. (2000) - *Experiencing transitions: an emerging middle-range theory*. *Advances in Nursing Science*. Vol 23, nº 1. p. 12-28.
- Melnyck, B.; Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence based practice in Nursing and Health Care: A Guide to Best Practice*. Filadélfia, EUA. ISBN: 13-978-0-7-817-4477.
- Morse, J. (2009) – *Preventing patients falls: establishing a fall intervention program*. 2ª Edição. New York: Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-0389-5.
- Morse, J.M. (1997). *Preventing patient falls*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc.
- Moura et al. (2009); “Construção e implementação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem”; Porto Alegre;
- Nabeshima, A. et al. (2007) – Identifying interacting predictors of falling among hospitalized elderly in Japan: a signal detection approach. *Geriatrics & Gerontology International*. Vol. 7, nº 2, p. 160-166. Acedido em 03-06-2012. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009608438&site=ehost-live>
- National Patient Safety Agency (2007). “The third report from the patient safety observatory – Slips, trips and falls in hospital”. Acedido em 14-01-2012. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59821>
- North American Nursing Diagnosis Association (2001). *Diagnósticos de Enfermagem: Definições e classificação*. Porto Alegre: Artmed.
- Observatório Português Dos Sistemas De Saúde (2012) – *Relatório de Primavera 2012: Crise & Saúde, um país em movimento*. Lisboa: OPSS. Acedido em: 20/01/2012. Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012_OPSS_3.pdf
- Oliver, D. (2008a). Evidence for fall prevention in hospitals. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(9), 1774–1775.
- Oliver, D. (2008b). Falls risk-prediction tools for hospital inpatients. Time to put them to bed? *Age and Ageing*, 37(3), 248–250.

- Ordem dos Enfermeiros (2007) – Individualização das especialidades em enfermagem: fundamentos e proposta de sistema. *Revista Ordem dos Enfermeiros: Suplemento*. Nº 26. ISSN: 1646-2629.
- Ordem dos Enfermeiros (2009) – *Modelo de desenvolvimento profissional*. Caderno temático Nº 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem Dos Enfermeiros (2010) – *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Acedido a: 22/03/2013 Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>
- Organização Mundial De Saúde (2005) – *Envelhecimento Activo: uma política de saúde*. 2005. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Acedido a: 22/06/2011 Disponível na internet: [WWW: <URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdfkk>](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdfkk).
- Organização Mundial De Saúde (2007) - *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Genebra: OMS. Acedido em: 25/06/2012. Disponível em: http://www.gulbenkian.pt/media/files/FTP_files/pdfs/PGDesenvolvimentoHumano/Projldosos_GuiaCidades2009.pdf.
- Organização Mundial De Saúde (2007) – *Who global report on falls prevention in older age*. Acedido em: 22/04/2012. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/other_injury/falls_prevention.pdf>. ISBN: 978-92-4-156353-6.
- Organização Mundial De Saúde (2008) – *Who global report on falls prevention in older age*. Acedido a: 06/06/2012. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/other_injury/falls_prevention.pdf.
- Organização Mundial De Saúde (2011) – *10 facts on ageing and the life course*. Acedido a: 06/06/2012. Disponível na internet: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/>>.
- Pereira, S. (2001) – Quedas em idosos. *Sociedade Brasileira DE Geriatria e Gerontologia*. Acedido em 18-06-2012. Disponível em: http://www.projtodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf

- Proctor, B.; Marken, M.; Payne, M. (1986). *Supervision: a co-operative exercise in accountability*. Enabling and Ensuring, National Youth Bureau and Council for Education and Training in Youth and Community Work. Leicester.
- Reis et al. (2010). “Definição de Indicadores de Assistência de Enfermagem a partir dos Dados Mínimos”; Acedido em 18-06-2012. Disponível em www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/730.doc.
- Rutledge, D., Schub, T., Pravikoff, D.; (2010). *Fall prevention in hospitalized patients. Nursing Guide (evidence-based care sheet)*. Nº 12. Acedido em 22/06/2012. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=5000000248&site=ehost-live>
- Rutledge, D.; Donaldson, N.; & Pravikoff, D. (1998). Fall risk assessment and prevention in healthcare facilities. *Online Journal of Clinical Innovation*, 1(9), 1-33. Acedido em 03-06-2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=25&hid=105&sid=339a3f92-969b-4c0a-85b7-8aa405f35024%40sessionmgr110&bdata=JnNpdGU9ZWlhvc3QtbGI2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=1999006616>
- Sahlsten, M et al (2007) - Patient participation in nursing care: towards a concept clarification from a nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 16(4), 630-637.
- Santos et al. (2003); “Quedas quando e porquê?”; *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*; nº154;p.39-44;
- Saraiva, D. et al; “Quedas (2008) – Indicador de qualidade assistencial”; *Revista Nursing*; nº235; p.28-35.
- Schumacker, K.; Meleis, A. (1994) - Transitions: a central concept in nursing. *The Journal of Nursing Scholarship*. Vol. 26, nº 2. p. 119-127.
- Schwendimann, R.; Milisen, K. ; Buhler, H. et al.(2006). Fall prevention in a Swiss acute care hospital setting Reducing multiple falls. *J Gerontol Nurs*.32 (3):13-22.16544453. Acedido em 03-07-2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=55&hid=105&sid=339a3f92-969b-4c0a-85b7->

[8aa405f35024%40sessionmgr110&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cgh&AN=CN-00555771](#)

- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lidel Editora.
- Siqueira, A. et. al. (2004) - Functional impact of hospitalization among elderly patients. *Revista De Saúde Pública*. Vol. 38,nº5. p. 687-694.
- Sousa, F. (2009) - *Responsabilidade e Saúde: entre o direito e o dever*. Ordem dos Enfermeiros PORTUGAL. Direcção-Geral de Saúde (2004) – Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. - Lisboa: DGS. 24p.
- Streubert, H. Carpenter, D. (2002) – *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. 2ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-29-0.
- Tavares, V. (2001) – Prevenção das quedas. *Mundo Médico*. Ano 3, nº 16, p. 74. *Pflege*, 13 (3), 169-179. Acedido em 22-06-2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10969583>
- Tideiksaar, R. (2002). *Falls in older people: Prevention & management* (3rd ed.). Baltimore: Health Professions Press. Acedido em 07-03-2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=29&hid=105&sid=339a3f92-969b-4c0a-85b7-8aa405f35024%40sessionmgr110&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2009994753>
- Uva e Sousa (2011). “ *Segurança do Doente - Eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade*”; Escola Nacional de Saúde Pública; 2011;
- Vituri et al.(2008). “*Validação de Conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem*”; Acedido em 16-01-2013. Disponível em www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a24_v43n2.pdf;
- Von Renteln-Kruse, W.; Krause, T. (2007). Incidence of in-hospital falls in geriatric patients before and after the introduction of an interdisciplinary team-based fall-prevention intervention. *J Am Geriatr Soc*.55 (12): 2068-74.17971140. Acedido em 03-02-2013. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=62&hid=105&sid=339a3f92-969b-4c0a-85b7-8aa405f35024%40sessionmgr110>

- Williams, T.; King, G; Hill, A. et al. (2007). Evaluation of a falls prevention programme in an acute tertiary care hospital. *JClin Nurs*.16 (2):316-24. Acedido em 03-07-2012. Disponível em:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=54&hid=105&sid=339a3f92-969b-4c0a-85b7-8aa405f35024%40sessionmgr110>
- Wilson, C. (2006).The century ahead. *Dædalus*, p. 5-8, Winter. Acedido em 22-06-2012. Disponível em: <http://www.amacad.org/publications/winter2006/Wilson.pdf>.
- World Health Organization – WHO (2004a) – *A Glossary Health Care and Services for Older Persons*. Japan. Acedido em 22-06-2012. Disponível em:
<http://www.who.int>

ANEXOS

ANEXO I

Escala de Morse

Escala de Morse

Item	escala	Score
1. História de queda recente ou nos últimos 3 meses	Não - 0 Sim - 25	_____
2. Diagnóstico secundário	Não - 0 Sim - 15	_____
3. Deambulação Caminha sem apoios/ anda em cadeira de rodas/ Acamado/ dependente de apoio Canadianas/ bengala/ andarilho Apoio nos móveis	0 15 30	_____
4. Perfusão EV	Não - 0 Sim - 20	_____
5. Equilíbrio na Marcha Normal Fraqueza Limitação em se levantar da cadeira	0 10 20	_____
6. Estado Mental orientado desconhece as limitações	0 15	_____

Nível de risco	Score escala Morse
Sem risco	0 - 24
baixo risco	25 - 50
Risco elevado	≥ 51

ANEXO II

Índice de Barthel e de Katz

Índice de Barthel

O Índice de Barthel avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida diária (ABVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney e Barthel, 1965). Este pode ser preenchido através da observação direta, de registos clínicos ou ainda ser auto ministrado. Pretende avaliar se o cliente é capaz de desempenhar determinadas tarefas independentemente.

No contexto clínico o Índice de Barthel dá-nos informação importante não só a partir da pontuação total mas também a partir das pontuações parciais para cada atividade avaliada, porque permite conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e como tal adequar os cuidados às necessidades (Araújo et al., 2007). O estudo de adaptação para Portugal do índice de Barthel que se destaca foi o desenvolvido por Araújo et al. (2007), que revelou que o índice de Barthel apresenta-se como um instrumento com um nível de fidelidade elevado na avaliação do idoso.

Índice de Katz

O Índice de Katz ou Índice de Atividades de Vida Diária desenvolveu-se para medir o funcionamento físico de clientes com doença crónica (Katz et al., 1963). Várias foram as teorias e instrumentos de medida desenvolvidos a partir de então. Katz e colaboradores demonstraram, por exemplo, que a recuperação do desempenho funcional de seis atividades consideradas básicas da vida quotidiana de idosos incapacitados (banhar-se, vestir-se, ir à casa de banho, transferir-se, ser continente e alimentar-se) era semelhante à sequência observada no processo de desenvolvimento da criança. Verificaram, através de estudos antropológicos, a existência de semelhança entre essas seis funções e o comportamento das pessoas nas sociedades primitivas, o que sugeria que as funções citadas eram biológica e psicossocialmente primárias, refletindo uma hierarquização das respostas neurológicas e locomotoras (Duarte et al., 2007). Estes autores desenvolveram um estudo tendo por objetivo descrever o desenvolvimento histórico, a evolução e a correta utilização do índice de Independência nas Atividades de Vida Diária de Katz, bem como as modificações e adaptações desenvolvidas.

Análise:

O Índice de Katz e o Índice de Barthel são dois instrumentos amplamente utilizados, que fornecem informação útil em relação à capacidade funcional do doente. Ambas as escalas são simples de usar, abrangentes, requerem poucos recursos e podem ser facilmente utilizadas por enfermeiros. Escolher uma escala para avaliar as ABVD é difícil, contudo os utilizadores devem decidir exatamente qual o objectivo da avaliação, tendo em consideração o indivíduo, o processo a ser avaliado, o intervalo entre as avaliações, a sua condição médica a que se aplica o instrumento.

Em ambiente hospitalar agudo, o Índice de Barthel rapidamente avalia a capacidade funcional do cliente, reunindo informações terapeuticamente significativas e válidas sobre o estado da pessoa internada e dos seus resultados, enquanto o Índice de Katz é mais propício a um ambiente de internamento de longo prazo ou para clientes com doenças mais graves, como por exemplo, clientes com diagnóstico de AVC.

O índice de Barthel, no que diz respeito à higiene pessoal e ao banho, não apresenta itens intermédios de dependência, ao contrário do que se verifica no índice de Katz. Contudo, o índice de Barthel apresenta parâmetros mais específicos no que respeita à eliminação, uma vez que avalia o evacuar, urinar e o ir à casa de banho. O Índice de Barthel apresenta também um item para a mobilidade, que não é tido em conta no Índice de Katz. A escala mais recente de Katz contempla os mesmos itens que a original, contudo apenas os avalia como dependente ou independente, não apresentando níveis intermédios.

Os enfermeiros devem estar familiarizados com os pontos fortes e fracos, assim como da precisão das escalas de avaliação, para melhor entender a melhor forma como utilizar a escala, como adjuvante à prática clínica (Hartigan, 2007).

Referências bibliográficas:

- Hartigan, I (2007). A comparative review of the Katz index and the Barthel index in assessing the activities of daily living of older people. *International Journal of Older People Nursing*, 2(3), 204-12.

- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66.
- Duarte, Y. A. O., Andrade, C. L., Lebrão, M. L. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola Enfermagem da USP*, 41 (2), 317-325.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185(12), 914-919.
- Mahoney, F. I., Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65

Nome do doente: _____ Sala: _____ Cama: _____

ÍNDICE DE BARTHEL	DATA DA AVALIAÇÃO/PONTUAÇÃO			
	Prévio	Admissão		
<p>QUANTO À SUA HIGIENE PESSOAL:</p> <p>(1) Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho;</p> <p>(0) Precisa de ajuda para o cuidado pessoal.</p>				
<p>QUANTO A TOMAR BANHO:</p> <p>(1) Consegue tomar banho sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro;</p> <p>(0) Não consegue tomar banho sozinho.</p>				
<p>QUANTO A VESTIR-SE:</p> <p>(2) Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores);</p> <p>(1) Precisa de ajuda para algumas coisas (como apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar botões);</p> <p>(0) Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir.</p>				
<p>QUANTO A ALIMENTAR-SE:</p> <p>(2) Desde que lhe coloquem a comida já preparada/confeccionada, consegue comer sozinho;</p> <p>(1) Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc;</p> <p>(0) Não consegue alimentar-se sozinho.</p>				
<p>QUANTO A LEVANTAR-SE DA CAMA OU DE UMA CADEIRA SOZINHO:</p> <p>(3) Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade;</p> <p>(2) Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física);</p> <p>(1) Necessita de um grande ajuda física para passar da cama para a cadeira;</p> <p>(0) Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio.</p>				
<p>QUANTO A SUBIR E DESCER ESCADAS:</p> <p>(2) Consegue subir e descer escadas;</p> <p>(1) Precisa de ajuda para subir e descer escadas;</p> <p>(0) Não consegue subir ou descer escadas.</p>				
<p>QUANTO A ANDAR/MARCHA OU DESLOCAR-SE:</p> <p>(3) Consegue andar (com ou sem bengala, andador, canadiana, ...);</p> <p>(2) Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa;</p> <p>(1) Consegue andar sozinho em cadeira de rodas;</p> <p>(0) Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas.</p>				
<p>QUANTO AO CONTROLO DA FUNÇÃO INTESTINAL:</p> <p>(2) Controla bem esta função;</p> <p>(1) Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes;</p> <p>(0) Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister.</p>				
<p>QUANTO AO CONTROLO DA FUNÇÃO URINÁRIA:</p> <p>(2) Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos;</p> <p>(1) Perde urina acidentalmente;</p> <p>(0) Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos.</p>				
<p>QUANTO A IR À CASA DE BANHO:</p> <p>(2) Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda);</p> <p>(1) Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho;</p> <p>(0) Não consegue ir à casa de banho sozinho.</p>				
PONTUAÇÃO FINAL				
GRAU DE DEPENDÊNCIA				
ASSINATURA DO ENFERMEIRO				

TOTAL DEPENDÊNCIA (0-8)

DEPENDÊNCIA GRAVE (9-12)

DEPENDÊNCIA MODERADA (13-19)

INDEPENDÊNCIA TOTAL (20)

INDICE KATZ - Atividades de vida diária	Score
<p>Tomar banho e lavar-se</p> <p>0 – Não se lava</p> <p>1 – Requer ajuda para: <input type="checkbox"/>var + de 1 parte corporal (Quais _____) <input type="checkbox"/>Entrar <input type="checkbox"/> Sair <input type="checkbox"/> Estar</p> <p>2 - Requer ajuda para <input type="checkbox"/>Lavar 1 parte corporal (Qual _____) <input type="checkbox"/>Lava-se sozinho usando apoios mecânicos (quais _____)</p> <p>3 - Lava-se sozinho sem apoio</p>	
<p>Vestir-se</p> <p>0 – Não se veste <input type="checkbox"/>Fica despido totalmente <input type="checkbox"/>Fica despido parcialmente</p> <p>1 – Requer ajuda <input type="checkbox"/>Escolher <input type="checkbox"/>Preparar <input type="checkbox"/>Vestir</p> <p>2 – Requer ajuda apenas para atar os sapatos</p> <p>3 – Escolhe, tira a roupa dos armários e veste-se sozinho</p>	
<p>Usar os sanitários</p> <p>0 – Não vai aos sanitários</p> <p>1 – Requer ajuda para <input type="checkbox"/> Ir <input type="checkbox"/> Sentar/levantar <input type="checkbox"/> Limpar-se <input type="checkbox"/> Arranjar a roupa <input type="checkbox"/> Tratar do bacio</p> <p>2 – Capaz mas usa: <input type="checkbox"/> Bacio à noite <input type="checkbox"/> Apoio mecânico (Qual? _____)</p> <p>3 – Usa sanitários sem ajuda</p>	
<p>Transferir-se de posição (levantar/deitar; sentar/levantar)</p> <p>0 – Não se transfere de posição/ acamado</p> <p>1 – Requer ajuda para se transferir <input type="checkbox"/> Da cama <input type="checkbox"/> Da cadeira</p> <p>2 – Transfere-se com apoios mecânicos <input type="checkbox"/> Da cama <input type="checkbox"/> Da cadeira</p> <p>3 – Transfere-se sem ajuda <input type="checkbox"/> Da cama <input type="checkbox"/> Da cadeira</p>	
<p>Controle do esfíncter urinário e fecal</p> <p>0 – Incontinência total</p> <p>0 – Incontinência Parcial <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Esforço</p> <p>0 – Incontinência pelo uso de: <input type="checkbox"/> Urinol <input type="checkbox"/> Algália <input type="checkbox"/> Arrastadeira <input type="checkbox"/> Clisteres</p> <p>0 – Continência mediante supervisão de terceiros</p> <p>3 – Controle total <input type="checkbox"/> Urina <input type="checkbox"/> Fezes</p>	
<p>Comer e alimentar-se</p> <p>0 – Não se alimenta <input type="checkbox"/> ou usa sondas alimentares <input type="checkbox"/></p> <p>1 – Requer ajuda para levar os alimentos à boca</p> <p>2 – Requer ajuda para: <input type="checkbox"/> Cortar carne ou peixe <input type="checkbox"/> Barrar o pão</p> <p>3 – Alimenta-se sem ajuda</p>	
	SCORE -

PONTUAÇÃO :

- 0 – ausência de prática ou incapacidade em efetuar a tarefa; incontinência dos esfíncteres urinário e/ou fecal
- 1 – Recurso à ajuda de 1 ou mais pessoas
- 2 – recurso a apoios mecânicos ou à ajuda ocasional de terceiros
- 3 – Capaz de efetuar a tarefa sem ajuda; sem incontinência

CLASSIFICAÇÃO

- Dependente** em autonomia física – presença de pontuações 0 ou 1
- Independente** em autonomia física – todas as pontuações 2 ou 3.

ANEXO III

Mini Mental State Examination

***Mini-Mental State Examination* – Mini-exame do Estado Mental** **Avaliação breve do estado mental**

Versão original de Folstein et al. em 1975.

O MEEM foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro et al. (1994), segundo Sequeira (2007).

É um dos testes mais empregues e mais estudados em todo o mundo para avaliação do funcionamento cognitivo. Pode ser usado para rastreio de perda cognitiva mas não pode ser usado para diagnosticar uma demência.

O MEEM foi desenvolvido para ser utilizado na prática clínica na avaliação da mudança do estado cognitivo de pacientes geriátricos. Avalia oito de 11 principais aspectos do estado cognitivo, omitindo a abstração, julgamento e expressão. Examina a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e viso-espaciais; exigindo respostas verbais a questões de orientação, memória e atenção, leitura e escrita avaliando habilidades de nomeação, seguir comandos verbais e escritos, escrever uma frase e copiar um desenho (polígonos).

Obtém-se um score imediato em cada item, sendo que o score total varia entre 0 e 30 pontos, permitindo a avaliação de defeito cognitivo em função do grau de escolaridade (Analfabetos ≤ 15 ; 1-11 anos de escolaridade ≤ 22 ; Mais que 11 anos de escolaridade ≤ 27).

AValiação Breve do Estado Mental

Nome: _____

Idade: _____ Anos DATA: _____ de _____ de _____

1. ORIENTAÇÃO

“Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz”.
(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? (Quantos são hoje?) _____
Em que estação do ano estamos? _____
Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?) _____
Em que país estamos? (Como se chama o nosso país?) _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? (Como se chama esta casa onde estamos?) _____
Em que andar estamos? _____

Nota:

2. RETENÇÃO

“Vou dizer três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras”

PÊRA GATO BOLA

“Repita as três palavras”. (Dar 1 ponto a cada resposta correcta).

Pêra _____ Gato _____ Bola _____

Nota:

3. ATENÇÃO E CÁLCULO

“Agora peço-lhe que me diga quantos são **30** menos **3** e que ao número encontrado volte a subtrair **3** até eu lhe dizer para parar”.

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro na subtracção, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro).

(30) (27) (24) (21) (18) (15)

Nota:

4. EVOCAÇÃO

(Só se efectua no caso do sujeito ter apreendido as três palavras referidas na prova de retenção)

“Agora, veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir”.
(Dar 1 ponto por cada resposta correcta).

Pêra _____ Gato _____ Bola _____

Nota:

5. **LINGUAGEM** (1 ponto por cada resposta correcta).

a) Mostrar o relógio de pulso.

“Como se chama isto?” _____

Nota:

b) Mostrar o lápis.

“Como se chama isto?” _____

Nota:

c) Repetir a frase:

“O rato roi a rolha” _____

Nota:

d) “Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão” (ou: “coloque-o aqui em cima da secretária/mesa” - indicar o local onde o papel deve ser colocado)

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos).

- Pega no papel com a mão direita _____
- Dobra o papel ao meio _____
- Coloca o papel no chão _____
(ou no local indicado)

Nota:

e) “Leia e cumpra o que diz neste cartão”.

(Mostrar o cartão com a frase “**FECHE OS OLHOS**”).

Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase.

Nota:

f) “Escreva uma frase”.

(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com um ponto. Erros gramaticais ou troca de letras não contam como erros).

Nota:

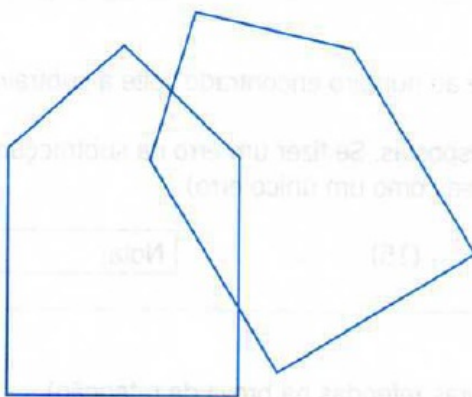
A frase deve ser escrita numa folha em branco (se o sujeito for analfabeto este ponto não é realizado)

g) “Copie o desenho que lhe vou mostrar”.

(Mostrar o desenho num cartão ou na folha)

(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar interseccionados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados).

DESENHO



CÓPIA

(Máximo 30 pontos) TOTAL:

Nota:

ANEXO IV

Mini nutritional assessment

MNA (mini nutritional assessment)

O Instrumento indicado para a avaliação nutricional no cliente idoso é o MNA® Este apresenta-se como um instrumento simples, rápido, económico, que nos permite avaliar o estado nutricional dos clientes idosos em ambiente hospitalar, institucionalizados ou que habitam no seu domicílio, possibilitando a monitorização das alterações ao longo do tempo.

O MNA® deteta precocemente sinais de desnutrição (97% de eficácia), antes mesmo de surgirem alterações bioquímicas e contempla 4 componentes de avaliação: antropométrica; global, dos hábitos alimentares e autoavaliação do cliente idoso.

Instrumento de fácil e rápida utilização, onde de uma forma não invasiva é aferida uma pontuação que varia entre 0 e 30 pontos, que revela três possíveis estados nutricionais: normal, sob o risco de desnutrição e desnutrição.

Caracteriza-se também por ter uma avaliação prévia em forma de triagem, na qual se for atingido uma pontuação superior a 11, não existe necessidade de o completar, pois considera-se que apresenta um estado de nutrição normal, o que resulta numa avaliação rápida.

De acordo o MNA® a reavaliação deverá ser efetuada de 3 em 3 meses.

Sobrenome:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter o escore indicador de desnutrição.

Triagem							
<p>A Nos últimos três meses houve diminuição da ingesta alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição severa da ingesta 1 = diminuição moderada da ingesta 2 = sem diminuição da ingesta <input type="checkbox"/></p> <p>B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso <input type="checkbox"/></p> <p>C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal <input type="checkbox"/></p> <p>D Passou por algum estresse psicológico ou doença agudanos últimos três meses? 0 = sim 2 = não <input type="checkbox"/></p> <p>E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos <input type="checkbox"/></p> <p>F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m²]) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23, 3 = IMC ≥ 23, <input type="checkbox"/></p>	<p>J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições <input type="checkbox"/></p> <p>K O paciente consome:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> • carne, peixe ou aves todos os dias? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> <p>0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim» <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>L O paciente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim <input type="checkbox"/></p> <p>M Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade <input type="checkbox"/></p> <p>O O paciente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional <input type="checkbox"/></p> <p>P Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Q Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31 <input type="checkbox"/></p>						
<p>Escore de Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido</p> <p>Para uma avaliação mas detalhada, continue com as perguntas G-R</p>							
Avaliação global							
<p>G O paciente vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospital) 1 = sim 0 = não <input type="checkbox"/></p> <p>H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não <input type="checkbox"/></p> <p>I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não <input type="checkbox"/></p>	<p>Avaliação global (máximo 16 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Escore da triagem <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Escore total (máximo 30 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>						
<p>Avaliação do Estado Nutricional</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">de 24 a 30 pontos <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">estado nutricional normal</td> </tr> <tr> <td>de 17 a 23,5 pontos <input type="checkbox"/></td> <td>sob risco de desnutrição</td> </tr> <tr> <td>menos de 17 pontos <input type="checkbox"/></td> <td>desnutrido</td> </tr> </table>		de 24 a 30 pontos <input type="checkbox"/>	estado nutricional normal	de 17 a 23,5 pontos <input type="checkbox"/>	sob risco de desnutrição	menos de 17 pontos <input type="checkbox"/>	desnutrido
de 24 a 30 pontos <input type="checkbox"/>	estado nutricional normal						
de 17 a 23,5 pontos <input type="checkbox"/>	sob risco de desnutrição						
menos de 17 pontos <input type="checkbox"/>	desnutrido						
<p>Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. <i>Overview of the MNA® - Its History and Challenges</i>. J Nutr Health Aging 2006; 10 : 456-465. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. <i>Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)</i>. J Gerontol 2001; 56A : M366-377. Guigoz Y. <i>The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?</i> J Nutr Health Aging 2006; 10 : 466-487. © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M Para maiores informações : www.mna-elderly.com</p>							

ANEXO V

Índice de Lawton

Versão Abreviada

Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007; 2010)

Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD): Pontuação _____

Item	AIVD	Cotação	Item	AIVD	Cotação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1	Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2		Só liga para lugares familiares	2
	Só faz tarefas leves	3		Necessita de ajuda para o usar	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4		Incapaz de usar o telefone	4
	Incapaz de fazer alguma tarefa	5			
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1	Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só lava pequenas peças	2		Só anda de táxi	2
	É incapaz de lavar a sua roupa	3		Necessita de acompanhamento	3
		Incapaz de usar o transporte		4	
Preparar a comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1	Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2		Só pequenas quantidades de dinheiro	2
	Prepara pratos pré-cozinhados	3		Incapaz de utilizar o dinheiro	3
	Incapaz de preparar	4			
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1	Responsável pelos medicamentos	Responsável pela sua medicação	1
	Só faz pequenas compras	2		Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Faz as compras acompanhado	3		Incapaz de se responsabilizar pela medicação	
	É incapaz de ir às compras	4			3

Fontes: Citação

- Sequeira C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Editora.
- Sequeira C. (2007). *O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto, Porto.

VERSÃO COMPLETA

ÍNDICE DE LAWTON (LAWTON & BRODY, 1969; SEQUEIRA, 2007; 2010)

Índice de Lawton – Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD): este é um índice com uma pontuação que varia entre 8 e 30 pontos. Coloca-se simultaneamente a pontuação total e o respetivo grau de dependência de acordo com a cotação: 8 pontos (**independente**); 9 a 20 pontos (**moderadamente dependente**) – necessita de uma certa ajuda; > 20 pontos (**severamente dependente**) – necessita de muita ajuda.

Item	AIVD	Cotação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer alguma tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a sua roupa	3
Preparar a comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré-cozinhados	3
	Incapaz de preparar as refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3

	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela sua medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

Fontes: Citação

- Sequeira C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Editora.
- Sequeira C. (2007). *O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto, Porto.

Anexo VI

Escala de depressão geriátrica

Escala de Depressão Geriátrica

A Escala de Depressão Geriátrica – Geriatric Depression Scale (GDS), foi criada por Yesavage, et al (1983) com o objetivo de ser utilizada, especificamente, para pessoas idosas. Foi traduzida, aferida e adaptada à população portuguesa por Veríssimo (1988), na “Avaliação diagnóstica dos Síndromes Demenciais”, proposta no serviço de neurologia e neurocirurgia do Hospital S. João do Porto.

Ela permite diferenciar idosos deprimidos de não deprimidos (Sequeira, 2010). É uma escala que elimina a confusão, geralmente presente em outros instrumentos de avaliação da depressão, entre indicadores somáticos da depressão e manifestações físicas normais da velhice (Fernandes, 2000).

Trata-se de uma escala de heteroavaliação, composta por trinta itens, com duas alternativas de resposta (sim ou não), consoante o modo como o idoso se tem sentido ultimamente, em especial na semana em que se aplica a escala. Também pode ser autoaplicada. Apresenta como vantagem a fácil aplicação, requerendo apenas 5 a 10 minutos (Sequeira, 2010). Porém, não deve ser utilizada em doentes com demência, devido à incapacidade dos doentes responderem adequadamente. A escala apresentada é de Sequeira (2010).

Pontuação da GDS de 30 itens:

- 1 ponto para as respostas SIM nas questões: 2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26, 28.
- 1 ponto para as respostas NÃO nas questões: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30.

No trabalho original sugere-se a seguinte pontuação:

Pontuação	Nível de dependência
0-10	Ausência de depressão
11-20	Depressão ligeira
>21	Depressão grave

Escola de Depressão Geriátrica com 15 itens

A GDS com 15 itens (GDS-15) é uma versão curta da escala original e foi elaborada por Sheikh e Yesavage (1986), a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. Os itens selecionados mostraram uma boa precisão diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas.

A versão GDS com 15 itens é bastante atraente para rastrear estados depressivos em contexto comunitário, assim como em outros ambientes não-especializados, pois o tempo necessário para a sua administração é menor (Paradela, Lourenço e Veras 2005). Na página oficial da GDS, os autores consideram que a escala está no domínio público. A escala apresentada é traduzida por Apóstolo (2011).

Pontuação da GDS-15:

- 1 ponto para as respostas SIM nas questões: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15
- 1 ponto para as resposta NÃO nas questões: 1, 5, 7, 11, 13.

A cotação é a seguinte:

Pontuação	Nível de dependência
0-5	Ausência de depressão
>5	Depressão

BIBLIOGRAFIA

Apóstolo, João (2011). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.

Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39 (6), 918-923.

Sequeira, Carlos (2010). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Sheikh, J. I., Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention* 165-173, NY: The Haworth Press.

Verissimo, M. T. (1988). *Avaliação Diagnóstica dos síndromes demenciais: Escala de depressão geriátrica*. Porto: Serviço de Neurologia do Hospital S. João do Porto.

Yesavage, J. A., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1), 37-49.

Escala de Depressão Geriátrica		
Itens	Sim	Não
1. Está satisfeito (a) com a sua vida?	0	1
2. Colocou de lado muitas das suas atividades e interesses?	1	0
3. Sente a sua vida vazia?	1	0
4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?	1	0
5. Tem esperança no futuro?	0	1
6. Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar?	1	0
7. Está bem-disposto(a) a maior parte do tempo?	0	1
8. Tem medo que lhe vá acontecer algo de mau?	1	0
9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	0	1
10. Sente-se muitas vezes sem auxílio/desamparado (a)?	1	0
11. Fica muitas vezes inquieto (a) e nervoso (a)?	1	0
12. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0
13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro?	1	0
14. Pensa que tem mais problemas de memória do que os outros?	1	0
15. Pensa que é bom estar vivo (a)?	0	1
16. Sente-se muitas vezes desanimado (a) e abatido (a)?	1	0
17. Sente-se inútil?	1	0
18. Preocupa-se muito com o passado?	1	0
19. Considera a vida interessante?	0	1
20. É difícil começar novas actividades?	1	0
21. Sente-se cheio de energia?	0	1
22. Sente que a sua situação é desesperada?	1	0
23. Acha que a maioria das pessoas está melhor que o (a) Senhor (a)?	1	0
24. Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	1	0
25. Tem dificuldades em se concentrar?	1	0
26. Gosta de se levantar pela manhã?	0	1

27. Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	1	0
28. Tem facilidade em tomar decisões?	0	1
29. O seu pensamento é tão claro como era antes?	0	1
PONTUAÇÃO GLOBAL		

Anexo VII
Escala de Tinetti

Escala de Tinetti

Esta escala foi criada em 1986 por Tinetti, Williams e Mayewski. Classifica aspectos da marcha como a velocidade, a distância do passo, a simetria e o equilíbrio em pé, o girar e também as mudanças com os olhos fechados.

É uma escala que não requer equipamento sofisticado e é confiável para detetar mudanças significativas durante a marcha. A utilização deste instrumento de avaliação tem importantes implicações na qualidade de vida dos idosos, uma vez que possibilita ações preventivas, assistenciais e de reabilitação.

É composta por 16 itens em que 9 são para o equilíbrio do corpo e 7 para a marcha. A cada item pode ser atribuído o valor de zero ou um, (zero é considerado não satisfatório e um é considerado satisfatório). A pontuação total é de 28 pontos e é obtida através da soma das pontuações do equilíbrio do corpo (16 pontos) e da marcha (12 pontos). Um *score* inferior a 19 pontos, indica risco cinco vezes maior de queda. A pontuação total é de 28 pontos e é obtida através da soma das pontuações do equilíbrio do corpo (16 pontos) e da marcha (12 pontos).

Um *score* acima de 24 pontos significa baixo risco de queda, entre 19 e 24 pontos significa risco moderado de queda, e abaixo de 19 pontos significa alto risco de queda.

Estudos recentes têm demonstrado que esta escala é altamente preditiva de queda (Santos, 2007). ESENEFC _ João Apóstolo _ Instrumentos para avaliação em geriatria Documento de apoio Dezembro, 2011

Escala de Tinetti

Teste de equilíbrio (Instruções: Utente sentado numa cadeira rígida, sem braços)

1. Equilíbrio sentado	0 – Inclina-se ou desliza na cadeira 1 – Estável, seguro
2. Levanta-se da cadeira	0 – Incapaz sem ajuda 1 – Capaz, usa membros superiores para auxiliar 2 – Capaz de se levantar, uma tentativa
3. Tentativas para se levantar	0 – Incapaz sem ajuda 1 – Capaz, requer mais de uma tentativa 2 – Capaz de se levantar, uma tentativa
4. Equilíbrio de pé imediato (primeiros 5 segundos)	0 – Instável (cambaleia, move os pés, oscila o tronco) 1 – Estável, mas usa dispositivo de auxílio à marcha 2 – Estável, sem dispositivo de auxílio
5. Equilíbrio de pé	0 – Instável 1 – Instável, mas aumenta a base de suporte (entre os calcanhares maior que 10 cm de afastamento) e usa dispositivo de auxílio 2 – Diminuição da base sem dispositivo de auxílio
6. Desequilíbrio no esterno (utente na posição de pé com os pés o mais próximos possível, o examinador empurra suavemente o utente na altura do esterno com a palma da mão 3 vezes seguidas)	0 – Começa a cair 1 – Cambaleia, agarra-se e segura-se em si mesmo 2 – Estável
7. Olhos fechados	0 – Instável 1 – Estável
8. Girar 360°	0 – Instabilidade (agarra-se, cambaleia) 1 – Passos descontinuados 2 - Continuidade
9. Sentar-se	0 – Inseguro (não avalia bem a distancia, cai na cadeira) 1 – Usa os braços ou não tem movimentos suaves 2 – Seguro, movimentos suaves
Score de Equilíbrio	-----/16 Pontos

Teste de marcha (*Instruções: Utente de pé com o examinador, caminha num corredor ou sala, primeiro no seu ritmo normal, e em seguida rápido, porém muito seguro, com os dispositivos de auxílio à marcha usuais*)

1. Iniciação da marcha	0 – Imediato e após a ordem “vá” (qualquer hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar) 1 – Sem hesitação
2. Comprimento e altura do passo	a) Perna direita sem balanceio 0 – Não passa o membro esquerdo 1 – Passa o membro esquerdo 0 – Pé direito não se afasta completamente do solo com o passo 1 – Pé direito afasta-se completamente do solo b) Perna esquerda em balanceio 0 – Não passa o membro direito 1 – Passa o membro direito 0 – Pé esquerdo não se afasta completamente do solo com o passo 1 – Pé esquerdo afasta-se completamente do solo
3. Simetria do passo	0 – Passos direito e esquerdo, iguais 1 – Passos direito e esquerdo, parecem iguais
4. Continuidade do passo	0 – Parada ou descontinuidade entre os passos 1 – Passos parecem contínuos
5. Desvio da linha recta (distância aproximada de 3 m x 30 cm)	0 – Desvio marcado 1 – Desvio leve e moderado ou usa dispositivo de auxílio à marcha
6. Tronco	0 – Oscilação marcada ou usa dispositivo de auxílio à marcha 1 – Sem oscilação, mas com flexão de joelhos, dor lombar ou afasta os braços enquanto anda 2 – Sem oscilação, sem flexão, sem uso dos braços ou de dispositivo de auxílio à marcha
7. Base de apoio	0 – Calcanhares afastados 1 – Calcanhares quase se tocam durante a marcha
Score de marcha	-----/12 Pontos

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

· *Inferior a 19 pontos:* Alto Risco de Queda

· *Entre 19 e 24 pontos:* Risco Moderado de Queda

· *Superior a 24 pontos:* Alto Risco de Queda Versão em Português utilizada no Estudo: Mobilidade, avaliação do risco e prevenção de quedas em idosos (Sousa, Oliveira, Marques & Apóstolo, In Press)

APÊNDICES

Apêndice 1

Cronograma

Cronograma

O cronograma permite uma visualização rápida e facilitada da calendarização das atividades planeadas, nomeadamente a data do seu início e do seu fim (Freitas et al, 2010).

Atividades		Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.
1ª Fase	Realização de uma revisão da literatura					
	Análise dos registos dos relatos do evento de queda para conhecer o padrão de incidência de quedas no cliente idoso, através de uma grelha de avaliação do registo do evento de queda					
	Análise dos diários de enfermagem dos processos clínicos dos doentes idosos hospitalizados, através de uma grelha de avaliação dos registos de Enfermagem					
	Análise dos registos sobre a colheita de dados, realização de notas de campo e observação participante					
	Realização de um questionário á equipa de Enfermagem					
	Reuniões de orientação do projeto com a orientadora da escola					
2ª Fase	Realização de uma reunião e momento de reflexão com a equipa de enfermagem					
	Prestação de cuidados directos à pessoa idosa hospitalizada, procurando efectuar a sua avaliação multidimensional					
	Análise dos registos diários e realização de notas de campo					
	Realização de uma reunião com a equipa de trabalho da CIPE					
	Realização de uma reunião com a equipa de enfermagem para a reflexão – Avaliação Intermédia					
	Reuniões de orientação do projeto com a orientadora da escola					
3ª Fase	Análise dos registos diários e realização de notas de campo					
	Aplicação de uma grelha de observação para monitorizar o registo de intervenções					
	Partilhar os resultados da avaliação efetuada com a equipa de enfermagem					
	Reuniões de orientação do projeto com a orientadora da escola					

Apêndice 2

Revisão da literatura

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE QUEDAS DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA: REVISÃO DA LITERATURA.

Introdução

Assiste-se nos dias de hoje a um envelhecimento rápido e progressivo, em especial nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Em Portugal o fenómeno do envelhecimento acarreta novos desafios, não só para as entidades governamentais, definidoras de políticas legais e de saúde, mas também para a sociedade em geral, a fim de que o envelhecimento se faça de uma forma mais saudável e plena possível. Verifica-se um aumento da incidência das pessoas idosas na população total. Em 2011 a população com mais de 65 anos em Portugal era de 19,1%, verificando-se que apenas 15% da população era jovem, traduzindo-se num índice de envelhecimento de 120,1. A esperança de vida atual é em média de 79,09 anos, tendo-se verificado, ainda, que em 2010 o aumento do índice de longevidade foi de 47% (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

As quedas são um problema de saúde pública mundial (Chen et al., 2009). Entende-se por queda: “Uma alteração não intencional de posição na qual resulta que a pessoa venha inadvertidamente para o chão ou outra superfície inferior a que tinha anteriormente. Isto inclui impacto contra uma superfície adjacente (por exemplo, parede ou móvel), escorregões e tropeções” (Fonda et al., 2006).

A idade avançada aumenta o risco de quedas (Lakatos et al, 2009). Estas são um problema significativo, especialmente em doentes mais velhos (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2005). São um problema grave entre os idosos, com 30% de pessoas com 65 anos ou mais a cair pelo menos uma vez por ano. Taxas de quedas entre os idosos internados variam de 3 a 20 por 1000 camas/dia e entre 3% e 20% dos idosos caem pelo menos uma vez durante a sua permanência no hospital (Vassallo et al, 2003; Hitcho et al, 2004; Homas e tal, 2000).

As quedas estão entre os eventos indesejáveis mais comuns em doentes idosos internados no hospital (Von Renteln-Kruse et al., 2007). São a principal causa de lesões

em hospitais australianos, com 38% de todos os incidentes hospitalares relacionados a quedas (Fonda et al., 2006).

Quedas das quais resultam lesões graves são devastadoras para os clientes, família e profissionais de saúde. Uma única queda pode resultar no medo de voltar a cair (Tinetti et al, 1990) e começar uma espiral descendente de mobilidade reduzida, levando à perda da função e maior risco de quedas. As pessoas idosas são mais propensas a sofrerem lesões aquando de uma queda. Estas aumentam os custos hospitalares e tempo de permanência (Dykes et al., 2010).

Assim, as consequências das quedas em hospitais incluem maior risco de lesões graves (Alexander et al., 1992; Evan et al.,2001; Goodwin et al.,1993), medo de cair novamente por parte dos clientes (Murphy et al., 2002; Vellas et al., 1997) e subsequente restrição da atividade, internamentos hospitalares prolongados (Bates et al., 1995), aumento dos custos dos cuidados de saúde (Alexander et al., 1992; Englander et al., 1996) e responsabilidade legal (Fiesta, 1998).

As quedas em pessoas idosas estão associadas com uma mortalidade considerável, bem como com uma prematura institucionalização. Para além dos danos físicos, as quedas podem causar problemas psicológicos, incluindo medo, ansiedade e angústia que afeta a qualidade de vida e independência (Western Australian Department of Health, 2004).

A avaliação de risco de quedas fornece uma medida de referência de status para orientar as intervenções e para permitir neutralizar os riscos identificados (Dykes et al., 2010). Os clientes estão em maior risco de cair no hospital por causa do aumento da incidência de confusão, condições médicas, polifarmácia e fatores ambientais (Mathers et al., 1999).

Entre os fatores de risco hospitalar cabe incluir os fatores intrínsecos e extrínsecos, bem como muitas vezes uma complexa interação de diferentes fatores. Os fatores intrínsecos dizem respeito a mudanças fisiológicas relacionadas com a idade, tais como diminuição da força, flexibilidade, mobilidade, marcha, equilíbrio e patologias, bem como medicamentos que afetam a cognição e equilíbrio. Os fatores extrínsecos incluem riscos ambientais, como quartos do hospital desorganizados, rodas nas camas e camas diferentes daquelas que os idosos geralmente têm em casa. (Calvo et al.,2001; Close et al.,2005; Tavares, 2001; Hendrich,2006; Pereira, 2001).

Os fatores de risco para quedas em clientes hospitalizados mais comuns são: alterações do estado mental, necessidades fisiológicas especiais, alterações da mobilidade, história de quedas e polimedicação (Evans et al., 2001).

A prevenção de quedas no hospital é um importante para evitar eventos indesejáveis em doentes idosos hospitalizados. Para evitar as quedas dos idosos nos hospitais é recomendada uma abordagem multifatorial que inclui: identificação de clientes de alto risco de queda; implementação de estratégias para minimizar o risco de quedas; monitorização contínua das taxas de queda e a educação dos profissionais de saúde, clientes e família sobre a prevenção de quedas (Evans et al., 1998; Morse, 1997; Rutledge et al., 1998; Schwendimann, 2000; Tideiksaar, 2002).

Reduzir as quedas nas pessoas idosas hospitalizadas é imperativo, tendo em consideração o rápido envelhecimento da nossa população: entre 2001 e 2051, haverá um aumento de cinco vezes mais de pessoas com idade acima de 85 anos, o grupo de maior risco de queda, e manutenção de lesão grave no hospital (Fonda et al., 2006).

A prevenção de quedas na pessoa idosa institucionalizada é uma situação que envolve cuidadores, familiares e profissionais de saúde. A enfermagem considera que o risco de quedas representa um diagnóstico de enfermagem, isto é, uma situação que demanda intervenções de Enfermagem (North American Nursing Diagnosis Association, 2002).

Metodologia

Como ponto de partida para a revisão sistemática de literatura foi formulada a pergunta de investigação em formato PI[C]O (Melnyk et al., 2005): “Em relação às pessoas com 65 e mais anos (population), quais as intervenções de Enfermagem (Intervention) que promovem a prevenção de quedas (Outcomes) em idosos institucionalizados?”

A base electrónica de dados consultada foi a EBSCO (CINAHL, *MEDLINE*, *Cochrane*, *MedicLatina* e *ERIC*). Foram procurados artigos científicos publicados num período de tempo entre 2006 e 2012. Os descritores usados na pesquisa electrónica foram validados no Medical Subject Headings (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>). Através desta pesquisa, foram obtidos um total de 210 artigos, que foram analisados segundo um conjunto de critérios de inclusão e exclusão, de forma a realizar a pesquisa e a obter os

"Elderly" OR "Frail elderly" OR "Aged"* n = 1324821 **AND**
 • "Falls" n= 26118 **AND**
 • "Hospital" OR "Hospitalization" OR "Internment" n=951290
 AND
 • "Nurse*" OR "Prevention" OR "Internentions" n=930408

Filtração cronológica

artigos adequados à questão de investigação e aos objetivos do estudo. As palavras-chave utilizadas foram quedas, idosas, hospital e prevenção.

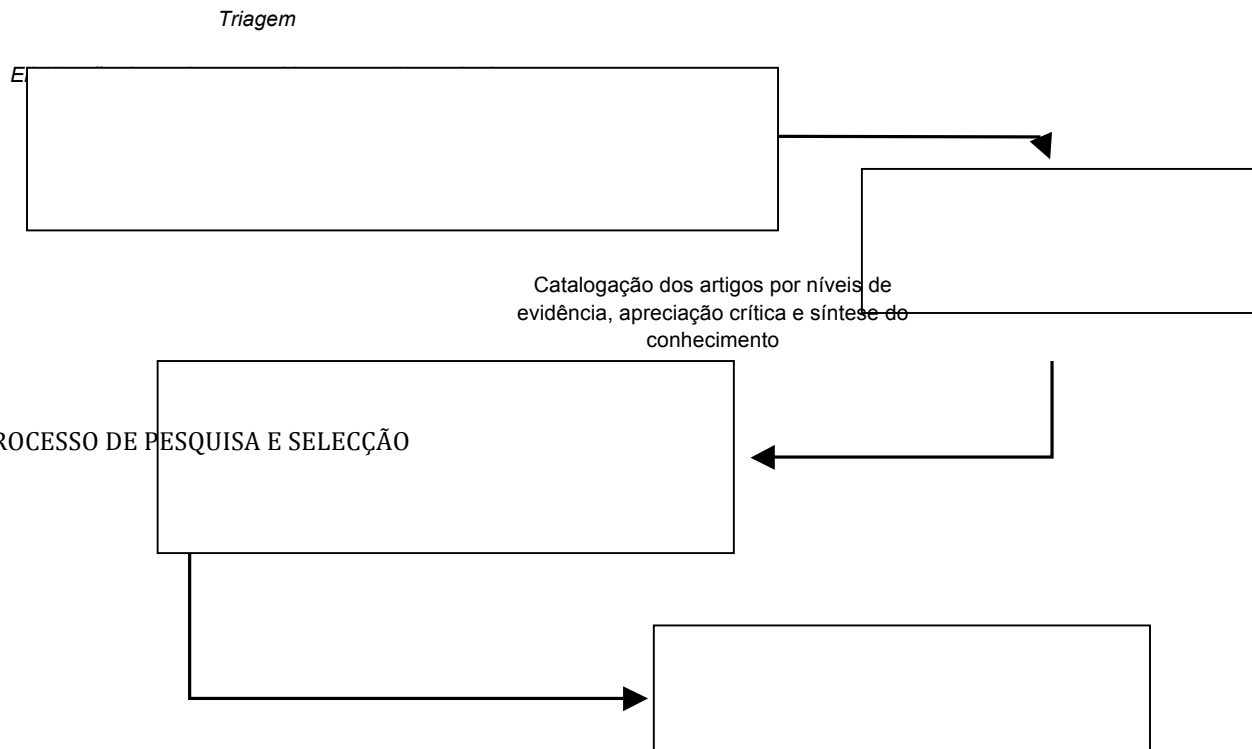


FIGURA 1 - PROCESSO DE PESQUISA E SELECÇÃO

Para avaliar os níveis de evidência, considerei seis níveis (Guyatt et al., 2002): Nível I – revisões sistemáticas (meta análises/ linhas de orientação para a prática clínica com base em revisões sistemáticas); Nível II – estudo experimental; Nível III – estudos quase experimentais; Nível IV – estudos não experimentais; Nível V – relatório de avaliação de programa/ revisões de literatura; Nível VI – opiniões de autoridades / painéis de consenso.

Apresentação e análise dos resultados

A apresentação dos dados permite sistematizar as conclusões dos estudos e artigos selecionados de forma a aplicar a metodologia da Prática Baseada na Evidência. O seguinte quadro apresenta os resultados de cada estudo, assim como os seus níveis de evidência. O objetivo desta fase é sintetizar os resultados obtidos para alcançar uma estimativa da intervenção pesquisada.

Ano, Título do estudo, Publicação	Nível de Evidência	Nº de participantes	Intervenções de Enfermagem	Resultados
Dykes et al. (2010), Fall prevention in acute care hospitals: a randomized trial ; <i>Journal of the American Association</i>	Nível II	5,160 doentes nas Unidades de Intervenção e 5,104 nas unidades de controlo	Kit de ferramentas de prevenção de quedas, incluindo avaliação de risco e cartazes; cartazes por cima da cama em doentes em risco, incluindo atualizações; panfletos de educação para a família; planos de cuidados manuais ou em registo electrónico.	3,15 quedas por 1000 doentes dia nas unidades de intervenção e 4,18 quedas nas unidades de controlo; o kit de ferramenta de prevenção só foi eficaz em doentes com mais de 65 anos.
Williams et al. (2007), Evaluation of a falls prevention programme in an acute tertiary care	Nível II	Antes: não se aplica; 1357 após a intervenção	Avaliação do risco; novo protocolo de atendimento; educação VS antes	A incidência de quedas reduziu de 9,5 por 1000 camas/dia a 8 após o intervenção (p <0,001, mesmo meses comparados)

<p>Hospital; <i>Journal of Clinical Nursing</i></p>				
<p>Schwendimann et al. (2006); Fall Prevention in a Swiss Acute Care Hospital Setting; <i>Journal of Gerontological Nursing</i></p>	<p>Nível III</p>	<p>409 doentes (198 grupo de intervenção e 211 de grupo controle) média de idades: 73 no grupo de intervenção e 69 no grupo controle</p>	<p>Efetuar a avaliação de risco (Escala de Morse), comunicação de incidentes; de novas quedas; protocolo de novos cuidados (incluindo um programa de ida ao WC seguro, calçado de segurança; exercício; rever a medicação, sinais de alerta colocados por cima de cama) vs cuidados usuais (ensinos sobre a segurança ambiental para cada doente, mas não de forma sistemática)</p>	<p>11,5 quedas por 1000 doente dia na unidade de intervenção vs 15,7 na unidade de terapia habitual (p = 0,342)</p>
<p>Raeder et al. (2010); The use of fall prevention guidelines in German</p>	<p>Nível III</p>	<p>N: 5.046 (1369 doentes em Hospitais sem diretrizes,</p>	<p>11 Hospitais utilizam protocolos de prevenção de quedas implementada, VS 10 hospitais no processo de desenvolvimento de um protocolo,</p>	<p>Taxa de quedas: 4,9% em hospitais com protocolos 4,2% em hospitais sem protocolos, 3,6% em hospitais a</p>

<p>hospitals – a multilevel analysis; <i>Journal of Evaluation in Clinical Practice</i></p>		<p>2341 doentes em hospitais a desenvolverem uma diretriz, 1336 doentes em hospitais com directrizes)</p>	<p>VS 7 hospitais não usam nenhum protocolo na prevenção de quedas.</p>	<p>desenvolver um protocolo N=12,4 em doentes com mais de 70 anos e N=5 em doentes com menos de 70 anos A análise multivariada mostra que a utilização de protocolos para a prevenção de quedas reduz o risco destas e o risco de lesões relacionadas com quedas.</p>
<p>Cumming et al. (2008); Cluster randomised trial of a targeted multifactorial intervention to prevent falls among older people in hospital; <i>BMJ.</i></p>	<p>Nível II</p>	<p>Todos os doentes idosos na ala N: 2047 doentes em 12 Enfermarias de intervenção; 1952 doentes em 12 enfermarias de controle; Idade</p>	<p>Enfermeiros: avaliação de risco, revisão e ajustes (canadianas, óculos, melhorias na zona envolvente da cama, campanha próxima), interligação com restante equipa: médica-medicação, problemas de confusão, problemas nos pés; fisioterapia: exercícios de equilíbrio e funcionais supervisionado, alarme VS cuidados usuais</p>	<p>9,26 quedas por 1000 dias de internamento nas enfermarias de intervenção VS 9,20 quedas por 1000 dias de cama nas enfermarias de controle (p = 0,96)</p>

		média-79		
Haines et al. (2011), Patient education to prevent falls among older hospital inpatients: a randomized controlled trial; <i>Archives of International Medicine.</i>	Nível II	Idosos N: 1206 doentes (401 Programa de educação, 424 utilizam material, 381 em tratamento usual)	Programa combinado de educação Multimédia com profissional de saúde treinado; educação sobre materiais Vs. cuidados usuais	7,63 Quedas por 1000 doentes dia sob o programa de educação vs. 8,61 quedas por 1000 doentes dia em educação sobre material vs. 9,27 em cuidados usuais (N.S.)
Fonda et al. (2006); Sustained reduction in serious fall-related injuries in older people in hospital; <i>The American Journal of Australia</i>	Nível II	Pessoas idosas N: 1905 doentes pré-intervenção N: 2.056 doentes 2 anos após intervenção	Avaliação de risco; análise da causa; grande número de intervenções (tapetes antiderrapantes, cadeiras...); formação de pessoal. VS antes	O número de quedas foi reduzido de 12,5 para 10,1 (p = 0,001) por 1000 camas dia 2 anos mais tarde o número de quedas resultando em graves lesões foi reduzido de 0,73-0,17 (p <0,001) por 1000 camas dia

<p>Von Renteln-Kruse et al. (2007);</p> <p>Incidence of In-Hospital Falls in Geriatric Patients Before and After the Introduction of an Interdisciplinary Team-Based Fall-Prevention Intervention</p> <p><i>; Journal compilation, The American Geriatrics Society</i></p>	<p>Nível II</p>	<p>População Geriátrica;</p> <p>N: 2981 doentes após intervenção</p> <p>(57115 hospitalar dias)</p> <p>VS 4272 doentes antes</p> <p>(89222 hospitalar dia)</p>	<p>Supervisão na mobilidade, como a ida ao WC; formação ao pessoal; suporte de informação; uso de calçados, óculos e meios auxiliares de mobilidade; reavaliação queda</p> <p>VS antes</p>	<p>893 N° de quedas antes da intervenção e 468 cai após a intervenção</p> <p>(taxa de incidência 0,82, 95% CI: 0,73, 0,92; p <0,001), a taxa de quedas por 1000 dias de hospitalização diminuiu a partir de 10,0-8,2 (p <0,001).</p> <p>Não é significativa a redução no número total de quedas prejudiciais.</p>
---	-----------------	--	--	---

<p>Quigley et al. (2009);</p> <p>Reducing serious injury from falls in two veterans' hospital medical-surgical units.</p> <p><i>Journal Nursing Care</i></p>	<p>Nivel II</p>	<p>34camas da medicina geral e 21 camas de oncologia</p>	<p>Avaliação de Risco de queda; segurança pós-queda; ensinamentos ao doente; doentes com alto risco têm precauções especiais (por exemplo, proximidade da campainha, rondas de hora a hora, meias antiderrapantes, pulseiras e outros identificadores visuais); prevenção de risco de lesões (por exemplo, almofadas protetoras)</p> <p>VS antes</p>	<p>A taxa de quedas diminuiu ligeiramente após a intervenção (3,62. a 2,78).</p>
<p>Ensrud, et al. (2007),</p> <p>Frailty and Risk of Falls, Fracture, and Mortality in Older Women: The Study of Osteoporotic Fractures.</p> <p><i>Journals of Gerontology</i></p>	<p>Nivel III</p>	<p>6724 Mulheres ≥ 69 anos</p>	<p>Controlar fatores de confusão múltiplas tais como idade, estado de saúde, condições médicas, o estado funcional, sintomas depressivos, função cognitiva, e densidade mineral óssea.</p>	<p>As mulheres consideradas mais frágeis tiveram maior risco de quedas.</p>

<p>Cozart et al (2009), Environmental effects on incidence of falls in the hospitalized elderly. <i>Texas Woman's University</i></p>	<p>Nível II</p>	<p>Doentes com alto risco na Escala de Morse N: 111 doentes (51 intervenções, 60 controlo)</p>	<p>8 quartos de prevenção de queda equipados com material de segurança (camas baixas, com alarmes, WC, meias e chinelos antiderrapante, iluminação adequadas, cama com trapézio, <i>rails</i> laterais, antiderrapante no chuveiro e cartaz prevenção de quedas) vs. 8 salas de controle (não-derrapante, meias, pulseiras para sinalizar risco de queda).</p>	<p>1 Queda no grupo de intervenção vs 3 quedas no grupo controle (p = 0,306).</p>
<p>Ivziku et al (2011), Predictive validity of the Hendrich fall risk model II in an acute geriatric unit. <i>Internacional Journal of Nursing Studies</i></p>	<p>Nível II</p>	<p>179 idosos .</p>	<p>Avaliação do risco de queda (escala de Hendrich) e implementação de um programa de prevenção de quedas</p>	<p>A escolha deste instrumento de avaliação ajudou a diminuir o risco de quedas numa unidade geriátrica</p>

Intervenções/Estratégias de Enfermagem

A análise dos dados apresentados remete para três aspetos principais na prevenção de quedas no idoso hospitalizado: a avaliação dos fatores de risco, as principais intervenções realizadas e os resultados daí obtidos.

Os estudos apresentados são todos direcionados para os idosos. Podemos constatar que todos os autores referem intervenções e/ou estratégias de Enfermagem específicas de modo a prevenir a queda em idosos hospitalizados.

Para se planearem intervenções é necessário utilizar instrumentos de avaliação que permitam avaliar o risco de queda. De acordo com os artigos mencionados existem duas escalas de avaliação do risco de queda mais utilizadas: a escala de Morse e a escala de Hendrich. Apesar de todos os autores fazerem referência á importância da avaliação do risco de queda, a maioria não mencionou qual o instrumento de avaliação que utilizou. Apenas Dykes et al. (2010) e Schwendimann et al. (2006) referem que utilizaram a escala de Morse e Ivziku et al (2011) usou a escala de Hendrich.

As características dos clientes internados no hospital associados com um maior risco de queda incluem: doentes com 60 anos ou mais, os que já tenham tido uma queda, aqueles cuja condição física ou mental mudou substancialmente, os que apresentem confusão, agitação, julgamento alterado e que têm mudanças recentes significativas na sua medicação. Quantos mais fatores de risco, maior a probabilidade de quedas. As melhores práticas sugerem que os hospitais devem identificar aqueles pacientes em risco de cair e implementar estratégias para evitar ou minimizar a lesão de quedas (Williams et al., 2007).

A avaliação do risco de quedas utiliza, de preferência, uma ferramenta de avaliação que é aberta e flexível, diferencia e identifica aqueles que têm um aumento do risco de cair e é rápida, simples e fácil de usar. Identificar os clientes em risco é considerada a chave para a realização das intervenções de enfermagem com vista á prevenção das quedas na pessoa idosa hospitalizada. Contudo, realizar uma avaliação de risco só é eficaz se houver intervenções apropriadas disponíveis para doentes em risco.

Os enfermeiros deverão fazer um plano de cuidados manual ou em registo electrónico em que é definido o diagnóstico de enfermagem, bem como as possíveis intervenções (Dykes et al., 2010).

Fonda et al. (2006) considera que após realizada a avaliação do risco de queda se torna necessário e de fulcral importância analisar a causa desse possível risco, para assim se poder intervir.

A sinalização por cima das camas dos doentes com alto risco de queda é uma das primeiras estratégias a ser utilizadas (Williams et al., 2007; Schwendimann et al., 2006; Von Renteln-Kruse et al., 2007). Estas podem incluir cartazes por cima da cama com as principais medidas de prevenção para clientes em alto risco (Cozart et al., 2009; Dykes et al., 2010).

É também referido como uma medida inicial na prevenção de quedas a colocação de uma pulseira cor de laranja nos clientes com alto risco de quedas (Fonda et al., 2006; Quigley et al., 2009).

Os panfletos de educação para o cliente/cuidador e família são apontados como estratégias eficazes em alguns casos na prevenção das quedas (Dykes et al., 2010). No entanto Von Renteln-Kruse et al. (2007) e Quigley et al. (2009) referem que os ensinamentos e a educação individual por parte dos enfermeiros ao cliente e ao familiar/cuidador poderão ser mais úteis, pois permitem esclarecer no momento dúvidas existentes. Contudo, para que os Enfermeiros estejam capacitados a intervir nesta área torna-se indispensável realizar formações profissionais sobre esta temática (Fonda et al., 2006; Von Renteln-Kruse et al., 2007).

Dos fatores de risco extrínsecos o ambiente assume uma importância extrema. O uso de tapetes antiderrapantes (Fonda et al., 2006; Cozart et al., 2009); a melhoria na zona envolvente da cama (Cumming et al., 2008; Fonda et al., 2006); o uso de camas elétricas ou quando não é possível serem elétricas serem de altura baixa (Cumming et al., 2008; Von Renteln-Kruse et al., 2007; Cozart et al., 2009); a proximidade da campainha (Cumming et al., 2008; Quigley et al., 2009; Cozart et al., 2009); a utilização de sensores de luz noturnos (Cozart et al., 2009; Fonda et al., 2006; Von Renteln-Kruse et al., 2007); WC com chão antiderrapante (Cozart et al., 2009; Fonda et al., 2006; Von Renteln-Kruse

et al., 2007); WC com ímanes na porta para impedir que batam no doente (Fonda et al., 2006); altura adequada das sanitas (Fonda et al., 2006; Fonda; Von Renteln-Kruse et al., 2007); uso de *rails* laterais e o uso de trapézios na cama (Cozart et al., 2009) são as estratégias referidas pelos autores para prevenção dos riscos ambientais.

Von Renteln-Kruse et al. (2007) refere também a importância de redesenhar os serviços hospitalares para que os clientes de alto risco sejam facilmente observáveis pelos enfermeiros durante as 24h.

Torna-se imprescindível uma avaliação clínica completa ao cliente idoso para detetar situações que o possam colocar em risco de queda. Logo, se necessário deve-se aconselhar o uso de óculos (Cumming et al., 2008; Von Renteln-Kruse et al., 2007); a utilização de aparelhos auditivos (Von Renteln-Kruse et al., 2007); o uso de auxiliares de marcha, como por exemplo as canadianas (Cumming et al., 2008; Von Renteln-Kruse et al., 2007); os protetores de quadris (Von Renteln-Kruse et al., 2007); e o uso de calçado antiderrapante (Cozart et al., 2009; Quigley et al., 2009; Schwendimann et al., 2006; Williams et al., 2007; Von Renteln-Kruse et al., 2007).

O risco de quedas em pessoas confusas e desorientadas é três vezes maior do que as que não têm qualquer alteração (Raeder et al., 2010).

Assim, Cumming et al. (2008) considera essencial que se consiga melhorar os métodos utilizados para avaliar o comprometimento cognitivo e se necessário comunicar ao médico essas alterações de modo a que ele possa rever a medicação (Ivziku et al., 2011; Schwendimann et al., 2006).

Quigley et al. (2009) aborda a questão das rondas de enfermagem de hora a hora considerando que esta poderá ser uma intervenção que permite prevenir um grande número de quedas.

Torna-se importante supervisionar a mobilidade da pessoa idosa institucionalizada (Williams et al., 2007; Von Renteln-Kruse et al., 2007), bem como realizar um programa seguro de ida ao WC (Schwendimann et al., 2006).

Von Renteln-Kruse et al. (2007) é o único que salienta a importância, aquando do planeamento da alta, das visitas domiciliárias de modo a identificar qualquer necessidade

de mudança no ambiente, como por exemplo o idoso que vai ter necessidade de usar a cadeira de rodas pela primeira vez.

De acordo com Dykes et al. (2010) e Williams et al. (2007) a atualização registada nos instrumentos de avaliação de risco é fundamental, pois observam-se muitas vezes alterações no estado do idoso ao longo do internamento.

Schwendimann et al. (2006) considera o ensino sobre a realização de exercícios físicos como uma intervenção de enfermagem na prevenção de quedas ao idoso institucionalizado. Quando verificados distúrbios da marcha e do equilíbrio é fundamental pedir a colaboração da fisioterapia (Cumming et al., 2008; Williams et al., 2007).

Raeder et al. (2010) considera fundamental a realização de protocolos de prevenção de quedas no idoso hospitalizado. Por outro lado, Fonda et al. (2006) e Von Renteln-Kruse et al. (2007) para além do protocolo de prevenção referem que é imprescindível a existência de um protocolo pós queda para se perceber qual foi o principal motivo da queda e assim poder intervir de modo a evitar mais quedas.

Haines et al. (2011), utilizou no seu estudo um sistema de educação multimédia usado isoladamente e um sistema de educação multimédia utilizado em colaboração com um profissional de saúde treinado. Constatou que o facto de haver um profissional treinado a ajudar e explicar, juntamente com o sistema multimédia é muito mais eficaz do que só a utilização do sistema.

Ensrud et al. (2007) considera que a fragilidade no idoso é definida pela presença de três ou mais dos seguintes critérios: perda involuntária de peso, fraqueza, autorrelato de diminuição de energia, velocidade de caminhada lenta, e atividade física baixa. No seu estudo conseguiu comprovar que a fragilidade no idoso está relacionada com um aumento do risco de quedas.

Discussão dos Resultados

Os achados de todos os estudos mencionados corroboram que após realizadas as intervenções de enfermagem com vista a prevenir as quedas, estas são diminuídas. O único estudo em que isso não se verificou foi o de Cumming et al. (2008), em que o número de quedas foi maior nos clientes em que já tinha sido realizada uma intervenção do que nos grupos controle. Segundo estes, o facto de a duração média do internamento dos doentes em que eles intervieram ser curta, cerca de 7 dias, pode ter sido uma explicação para que isso tenha ocorrido, pois consideram que a implementação das intervenções precisa de mais alguns dias. Outra explicação para a falta de efeito deste estudo é que a equipa de intervenção poderia ter passado pouco tempo em cada local para efetuar qualquer mudança na cultura.

Williams et al. (2007) verificou que o local do hospital onde ocorreram mais quedas foi nos quartos dos clientes (76%), e na casa de banho (11%).

Segundo o mesmo autor 28% das quedas ocorreram durante o turno da noite (das 22h às 7h). Schwendimann et al. (2006) verificou que os idosos caíram mais no turno da noite (35 quedas, 42,7%) em comparação com turnos diurno (30 quedas, 36,6%).

As atividades mais comuns no momento de uma queda foram deambulação (36%) ou levantar da posição sentada (24%) (Williams et al., 2007).

O tempo de permanência e idade foram associados às quedas, mas o género não (Williams et al., 2007).

A idade avançada aumenta o risco de quedas (Dykes et al., 2010). As taxas de queda são geralmente mais elevadas em unidades geriátricas do que em unidades médicas ou cirúrgicas.

No estudo realizado por Fonda et al. (2006) 82% das quedas não foram observadas.

Assim, o principal objetivo deste projeto foi o de tentar aumentar a vigilância, otimizar o ambiente e realizar uma abordagem multiestratégica de prevenção nesta população. Em ambientes hospitalares, intervenções isoladas não foram comprovadas que tinham sucesso na prevenção ou redução de quedas, enquanto que as abordagens multi-

sistémicas ou multiestratégica demonstraram ser eficazes. Este estudo confirma a crença de outros investigadores que abordagens sistémicas, em vez de intervenções individuais, são necessárias para alcançar uma redução significativa nas quedas, bem como nas lesões associadas. Williams et al. (2007) também nos diz que a redução das quedas não pode ser atribuída a qualquer intervenção específica. É apenas com um programa de prevenção de quedas estruturado e sistemático que podemos tratar e gerir o risco de quedas no doente idoso hospitalizado.

De acordo com Von Renteln-Kruse et al. (2007) a melhoria funcional é um objectivo importante da geriatria e pode contribuir substancialmente para a redução do risco de queda em geral. A melhoria das habilidades funcionais e de mobilidade podem ser um aspeto importante na prevenção de quedas da pessoa idosa no hospital. A questão é se os efeitos positivos sobre o estado funcional serão mantidos após a alta. Uma série de visitas domiciliárias por enfermeiros treinados talvez seja de interesse estudar.

Dykes et al. (2010) descobriu que a comunicação inadequada contribui para a compreensão incompleta do risco de queda, bem como do plano de prevenção da queda. Especificamente, 20% das soluções criadas para evitar quedas de pessoas idosas em hospitais referem-se à comunicação, e 13% dizem respeito à inadequada avaliação e reavaliação do estatuto de risco de queda. Embora o rastreamento do risco de queda seja uma prática comum nos hospitais, o uso de um plano de prevenção específico para cada doente é menos frequente.

Schwendimann et al. (2006) refere que embora a consciencialização dos enfermeiros durante todo o período do estudo não tenha ainda sido avaliada diretamente, as auditorias realizadas no grupo de intervenção apoiaram a percepção da mudança nas atitudes destes profissionais. Estas devem incluir intervenções orientadas para os fatores de risco, bem como as ações para alterar comportamentos na equipa de saúde, com foco na vigilância constante do grupo de risco de queda.

De acordo com Dykes et al. (2010) a falta de eficácia relacionada com os resultados de uma avaliação de programas de prevenção de quedas foi atribuída à discrepância entre o "ideal" (a intervenção planeada pelos pesquisadores) e a implementado (o que de fato foi realizado).

Conclusão

No ambiente hospitalar existem riscos que podem por em causa a integridade física, psicológica e sociológica do cliente idoso, como é o caso das quedas. Os Enfermeiros têm um papel determinante na prevenção de quedas do idoso hospitalizado, desenvolvendo e aprimorando cuidados clínicos que previnam as quedas em ambiente hospitalar, para melhorar o atendimento às necessidades biopsicosociais desta faixa etária, onde o envelhecimento saudável não deve fazer parte somente das preocupações do setor da saúde; deve ser incluído como prioridade na agenda social do país.

As quedas podem prolongar os internamentos e resultam em má qualidade de vida, aumento dos custos, admissão para instituições e graves lesões físicas.

A pesquisa mostra que a idade avançada aumenta o risco de quedas.

Em ambientes hospitalares, intervenções isoladas não foram comprovadas que tenham sucesso na prevenção ou redução de quedas, enquanto que as abordagens multi-sistémicas ou multiestratégica demonstraram ser eficazes. É apenas com um programa de prevenção de quedas estruturado e sistemático que podemos tratar e gerir o risco de quedas no cliente idoso hospitalizado.

Bibliografia

- Alexander, B.; Rivara, P.;, & Wolf, M.(1992). The cost and frequency of hospitalization for fall-related injuries in older adults. *American Journal of Public Health*, 82(7), 1020-1023. Acedido em 03-06-2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=33&hid=105&sid=339a3f92-969b-4c0a-85b7-8aa405f35024%40sessionmgr110>
- Bates, D.; Pruess, K.; Souney, P.; & Platt, R.(1995). Serious falls in hospitalized patients: correlates and resource utilization. *American Journal of Medicine*, 99(2), 137-143. Acedido em 03-06-2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=38&hid=105&sid=339a3f92-969b-4c0a-85b7-8aa405f35024%40sessionmgr110&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGI2ZQ%3d%3d#db>
- Calvo, M. ; Camps, M. ; Villares Garcia, M. (2001) – Las caídas intrahospitalarias: «una realidad». *Revista ROL de Enfermería*. Vol. 24, nº 1, p. 25-30. Acedido em 03-06-2012. Disponível em: <http://www.infodoctor.org:8080/uid=11235489>
- Chen, L.; Warner, M.; Fingerhut, L.; Makuc, D.;(2009) Injury episodes and circumstances: National Health Interview Survey, 1997-2007. *Vital Health Stat* 10. 2009;10(241):1-55. Acedido em 14-06-2012. Disponível em: http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/sr10_241.pdf
- Close, J., Lord, S.,Menz, H., & Sherrington, C. (2005). What is the role of falls?*Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, Volume 19, issue 6. Acedido em 03-06-2012. Disponível em: [http://www.bprclinrheum.com/article/S1521-6942\(05\)00074-4/fulltext](http://www.bprclinrheum.com/article/S1521-6942(05)00074-4/fulltext)
- Cozart, H. (2009) Environmental effects on incidence of falls in the hospitalized elderly. *Texas Woman's University*;122.2011032621. Acedido em 03-06-2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=65&hid=105&sid=339a3f92-969b-4c0a-85b7-8aa405f35024%40sessionmgr110&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGI2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2011>
- Cumming, R.; Sherrington, C.; Lord S. et al. (2008) Cluster randomised trial of a targeted multifactorial intervention to prevent falls among older people in hospital. *BMJ*;336(7647):758-60.18332052. Acedido em 03-06-2012. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/336/7647/758.full>

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege.(2005) Acedido em 16-06-2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=5&hid=107&sid=4e25d1fe-166a-467e-b988-861a4dbcea64%40sessionmgr115&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=75447577>
- Dykes,P.; Carroll, D.; Hurley, A. et al. (2010). Fall prevention in acute care hospitals: a randomized trial. *JAMA*. 304(17):1912-8.21045097. Acedido em 05-07-2012. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=186836~>
- Englander, F.;Hodson, T.; & Terregrossa,R. (1996). Economic dimensions of slip and fall injuries. *Journal of Forensic Sciences*, 41(5), 733-746. Acedido em 07-07-2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=40&hid=105&sid=339a3f92-969b-4c0a-85b7-8aa405f35024%40sessionmgr110&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=mnh&AN=8789837>
- Ensured, E.; Ewing, S.; Taylor, B. et al. (2007) Frailty and risk of falls, fracture, and mortality in older women: the study of osteoporotic fractures. *Journal of gerontology Series A: Biological Sciences 6 Medical sciences*. Jul; 62A (7): 744-51. Acedido em 06-06-2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=68&hid=105&sid=339a3f92-969b-4c0a-85b7-8aa405f35024%40sessionmgr110&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2009638>
- Evans, D., Hodgkinson, B., Lambert, L., &Wood, J. (2001). Falls risk factors in the hospital setting: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*,7(1), 38-45. Acedido em 18-06-2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/search/advanced?sid=339a3f92-969b-4c0a-85b7-8aa405f35024%40sessionmgr110&vid=11&hid=105>
- Evans, D., Hodgkinson, B., Lambert, L.,Wood, J., & Kowanko, I. (1998). *Falls in acute hospitals: A systematic review*.Retrieved December 29, 2005. Acedido em 05-07-2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=13&hid=105&sid=339a3f92-969b-4c0a-85b7->

[8aa405f35024%40sessionmgr110&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=dah&AN=DARE-11999](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=43&hid=105&sid=339a3f92-969b-4c0a-85b7-8aa405f35024%40sessionmgr110&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=dah&AN=DARE-11999)

- Fiesta, J. (1998). Liability for falls. *Nursing Management*, 29(3), 24-26. Acedido em 06-06-2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=43&hid=105&sid=339a3f92-969b-4c0a-85b7-8aa405f35024%40sessionmgr110>
- Fonda, D. ; Cook, J. ; Sandler, V. et al. (2006) Sustained reduction in serious fall-related injuries in older people in hospital. *Med J Aust.*;184(8):379-82.16618235. Acedido em 03-06-2012. Disponível em: <https://www.mja.com.au/journal/2006/184/8/sustained-reduction-serious-fall-related-injuries-older-people-hospital>
- Goodwin, M.; & Westbrook, J. (1993). An analysis of patient accidents in hospital. *Australian Clinical Review*, 13(3), 141-149. Acedido em 03-06-2012. Disponível em: <http://ukpmc.ac.uk/abstract/MED/8250776>
- Guyatt G.; Rennie D.; Meade M.; Cook D. (2002). *Users' Guides to Medical Literature: Essentials of Evidence-Based Clinical Practice*. American Medical Association. Chicago, EUA. ISBN 1-57947-174-9.
- Haines, T.; Hill A.; Hill, K. et al.(2011) Patient education to prevent falls among older hospital inpatients: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med.*;171(6):516-24.21098343. Acedido em 03-06-2012. Disponível em: [http://web.ebscohost.com/ehost/results?sid=339a3f92-969b-4c0a-85b7-8aa405f35024%40sessionmgr110&vid=59&hid=105&bquery=Patient+education+"to"+prevent+falls+am](http://web.ebscohost.com/ehost/results?sid=339a3f92-969b-4c0a-85b7-8aa405f35024%40sessionmgr110&vid=59&hid=105&bquery=Patient+education+)
- HENDRICH, A. (2006) – Inpatient falls: lessons from the field. *Patient Safety & Quality Healthcare*. (Mai./Jun.), p. 26-30. Acedido em 03-06-2012. Disponível em: <http://www.psqh.com/mayjun06/falls.html>
- Hitcho, E.; Krauss, M.; Birge, S.; Claiborne; Dunagan, W.; Fischer, I.; Johnson, S.; et al. (2004) Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: a prospective analysis. *J Gen Intern M*;19:732-9. Acedido em 15-06-2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1492485/>
- Homas, E.; Brennan, T. (2000) Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records. *BMJ*; 320:741-4. Acedido em 15-06-2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10720355>
- Instituto Nacional de Estatística (2011) – *Indicadores resumo sobre população*. Acedido em: 07/07/2012. Disponível em: www.ine.pt.

- Ivziku,D.; Matarese, M.; Pedone, C. (2011) Predictive validity of the Hendrich fall risk model II in an acute geriatric unit. *International Journal of Nursing Studies*.Apr; 48(4): 468-74. Acedido em: 14/07/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=67&hid=105&sid=339a3f92-969b-4c0a-85b7-8aa405f35024%40sessionmgr110&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGI2ZQ%3d%3d#db>
- Lakatos, B.; Capasso, V.; Mitchell, M. et al.(2009) The falls in the general hospital: association with delirium, advanced age, and surgical procedures. .2009 *Psychosomatics*, 50 (3) :218-226, Acedido em 03-06-2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19567760>
- Mathers, C.; Penm, R. (1999) Health system costs of injury, poisoning and musculoskeletal disorders in Australia 1993–94. *Canberra: Australian Institute of Health and Welfare*. Acedido em 04-06-2012.Disponível em: <http://www.publish.csiro.au/?paper=AH040363>
- Melnyck, B.; Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence based practice in Nursing and Health Care: A Guide to Best Praticce*. Filadélfia, EUA. ISBN: 13-978-0-7-817-4477-5.
- Morse, J.M. (1997). *Preventing patient falls*.Thousand Oaks, California: SAGE Publications,Inc.
- Murphy, S.; Williams, C.; & Gill, T. (2002).Characteristics associated with fear of falling and activity restriction in community-living older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(3), 516-520. Acedido em 03-06-2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=35&hid=105&sid=339a3f92-969b-4c0a-85b7-8aa405f35024%40sessionmgr110>
- North American Nursing Diagnosis Association.Diagnósticos de Enfermagem: Definições e classificação – 2001/2002. Porto Alegre: Artmed;
- Pereira, S. (2001) – Quedas em idosos. *Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Acedido em 18-06-2012. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf
- Quigley, P.; Hahm, B.; Collazo, S. et al. (2009) Reducing serious injury from falls in two veterans' hospital medical-surgical units. *J Nurs Care Qual*.24 (1): 33-41.19092477. Acedido em 03-06-2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=63&hid=105&sid=339a3f92-969b-4c0a-85b7-8aa405f35024%40sessionmgr110&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGI2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2010145248>

- Raeder, K.; Siegmund, U.; Grittner, U. et al. (2010) The use of fall prevention guidelines in German hospitals - a multilevel analysis. *J Eval Clin Pract.*;16(3):464-9.20337835. Acedido em 03-06-2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=57&hid=105&sid=339a3f92-969b-4c0a-85b7-8aa405f35024%40sessionmgr110>
- Rutledge, D.; Donaldson, N.; & Pravikoff, D. (1998). Fall risk assessment and prevention in healthcare facilities. *Online Journal of Clinical Innovation*, 1(9), 1-33. Acedido em 03-06-2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=25&hid=105&sid=339a3f92-969b-4c0a-85b7-8aa405f35024%40sessionmgr110&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGI2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=1999006616>
- Schwendimann, R. (2000). Sturzprävention im Akutspital: Eine Literaturübersicht Prevention of falls in acute hospital care: Review of Schwendimann, R.; Milisen, K. ; Buhler, H. et al.(2006). Fall prevention in a Swiss acute care hospital setting Reducing multiple falls. *J Gerontol Nurs.*;32(3):13-22.16544453. Acedido em 03-07-2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=55&hid=105&sid=339a3f92-969b-4c0a-85b7-8aa405f35024%40sessionmgr110&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGI2ZQ%3d%3d#db=cgh&AN=CN-00555771>
- Schwendimann, R.; Milisen, K. ; Buhler, H. et al.(2006). Fall prevention in a Swiss acute care hospital setting Reducing multiple falls. *J Gerontol Nurs.*;32(3):13-22.16544453. Acedido em 03-07-2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=55&hid=105&sid=339a3f92-969b-4c0a-85b7-8aa405f35024%40sessionmgr110&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGI2ZQ%3d%3d#db=cgh&AN=CN-00555771>
- Tavares, Viviana (2001) – Prevenção das quedas. *Mundo Médico*. Ano 3, nº 16, p. 74. *Pflege*, 13(3), 169-179. Acedido em 22-06-2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10969583>
- Tideiksaar, R. (2002). *Falls in older people: Prevention & management* (3rd ed.). Baltimore: Health Professions Press. Acedido em 03-06-2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=29&hid=105&sid=339a3f92-969b-4c0a-85b7->

[8aa405f35024%40sessionmgr110&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGI2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2009994753](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2009994753)

- Tinetti, M. Richman, D. (1990) Powell falls efficacy as a measure of fear of falling. *Gerontol .J*, 45 (6) :239-243 PubMed. Acedido em 03-06-2012. Disponível em: <http://geronj.oxfordjournals.org/content/45/6/P239.short>
- Vassallo, M.; Sharma, J.; Briggs, R.; Allen, S. (2003) Characteristics of early fallers on elderly patient rehabilitation wards. *Age Ageing*;32:338-42. Acedido em 24-06-2012. Disponível em: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/32/3/338.short>
- Vellas, B.; Wayne, S.; Romero, L.; Baumgartner,R.; & Garry, P. (1997). Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers. *Age and Ageing*, 26(3), 189-193. Acedido em 03-06-2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=36&hid=105&sid=339a3f92-969b-4c0a-85b7-8aa405f35024%40sessionmgr110&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGI2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2000067231>
- Von Renteln-Kruse, W.; Krause, T. (2007) Incidence of in-hospital falls in geriatric patients before and after the introduction of an interdisciplinary team-based fall-prevention intervention. *J Am Geriatr Soc*.55 (12): 2068-74.17971140. Acedido em 03-06-2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=62&hid=105&sid=339a3f92-969b-4c0a-85b7-8aa405f35024%40sessionmgr110>
- Western Australian Department of Health (2004) The Falls Policy for Older Western Australians. Available at: <http://www.health.wa.gov.au>
- Williams, T.; King, G; Hill, A. et al.(2007). Evaluation of a falls prevention programme in an acute tertiary care hospital. *JClin Nurs*.;16(2):316-24. Acedido em 03-07-2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=54&hid=105&sid=339a3f92-969b-4c0a-85b7-8aa405f35024%40sessionmgr110>

Apêndice 3

Grelha de avaliação do registo de evento de queda