RESUMO

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, acrescido de patologias crónicas que, na maioria das vezes remetem o indivíduo para a hospitalização, é impreterível a compreensão do utente enquanto pessoa idosa (PI), nas suas múltiplas dimensões e especificidades enquanto ser individual, determinando o processo dos cuidados holísticos.

Sendo a segurança da PI indissociável da prestação de cuidados com qualidade tanto intra como extra hospitalar, a implementação de um plano de prevenção das quedas a todas as PI internadas, é considerada essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados. A integração do cuidador familiar é igualmente essencial para o sucesso do plano (AHRQ, 2013; DGS, 2012; Morse, 2009; NICE, 2013; WHO, 2010).

Neste sentido, as quedas de PI em ambiente hospitalar são eventos frequentes e dos acidentes mais documentados, originando consequências graves para o indivíduo/ família e para a própria Instituição, aumentando o tempo de internamento, ampliando custos económicos e sociais e com responsabilidade ética para a enfermagem (Almeida *et al*, 2010; Freitas & Ouguisso, 2008).

O objetivo deste relatório é contribuir para uma maior compreensão do fenómeno da queda, sensibilizando os enfermeiros para a problemática e Intervir na melhoria da prática de cuidados à PI internada em ambiente hospitalar, através da implementação de um programa de prevenção de quedas baseado na evidência.

Em termos metodológicos foi realizada uma pesquisa bibliográfica exaustiva da problemática em foco e efetuados dois percursos de estágio sendo um numa Instituição hospitalar e o outro numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da área metropolitana de Lisboa.

Palavras-chave: Quedas; Idosos; Hospital; Prevenção.

ABSTRACT

In an increasingly aging society, plus chronic conditions that most often refer the individual for hospitalization is imperative to understand the user while elder, in its multiple dimensions and be as specific individual, determining the process of holistic care.

With security being the elderly inseparable from the provision of quality care both intra-and extra-hospital, the implementation of a plan for falls prevention to all elderly hospitalized, is considered essential for improving the quality of care. Integrating family caregiver is also essential to the success of the plan (AHRQ, 2013; DGS, 2012; Morse, 2009; NICE, 2013; WHO, 2010).

In this sense, falls in older people in hospital environment are frequent and the most documented events accidents causing severe consequences for the individual / family and the institution itself, increasing the length of stay, increasing economic and social costs and ethical responsibility to nursing (Almeida *et al*, 2010; Freitas & Ouguisso, 2008).

The objective of this internship report is to contribute to greater understanding of the phenomenon of the fall, sensitizing nurses to the problem and engaging in improving the practice of care for elderly hospitalized in hospital environment, through the implementation of a falls prevention program based on evidence.

In methodological terms an exhaustive literature search was performed of the problem into focus and made one internship being in a hospital and another in a family health unit of the metropolitan area of Lisbon.

Keywords: Falls, Elderly; Hospital; Prevention.

PENSAMENTO

“Que sejas como a fonte que transborda e

não o tanque que contém a mesma água”.

Paulo Coelho, 1999

AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos não vão expressar por inteiro o quanto foi importante para mim toda a ajuda que, de variadas formas, várias PESSOAS demonstraram ao longo deste meu percurso.

Não foi uma caminhada curta nem simples, mas sim uma travessia que parecia incomensurável, principalmente pelos atropelos pessoais de toda a ordem que me assolavam. Longe de obscurecerem o percurso e de me deterem, aumentaram-me a força e motivaram-me.

Assim, gostaria de agradecer de forma especial:

À *Professora Doutora Adriana Henriques*, minha orientadora, pelo apoio, pelas sugestões, críticas, elevado rigor e dedicação que prestou a este trabalho.

Aos *Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica José Antunes*, Enfermeiro de Referência no HOSA e *Mário Rodrigues*, Enfermeiro de Referência na USF Oeiras, pela amizade e pela confiança depositada, pelo estímulo e pela compreensão.

À *Sra Enfermeira Diretora Antónia Fernandes* pelo apoio, participação e oportunidade para a realização e implementação deste projeto.

À *Enfermeira Chefe Helena Soares* pelo apoio, compreensão, boa disposição e paciência para a realização e implementação deste projeto.

À *Enfermeira Chefe Graziela Pires* pela simpatia, apoio e oportunidade para a realização e complementaridade deste percurso.

A todos os Enfermeiros e Enfermeiras que acompanharam este percurso nos diferentes contextos, HOSA e USF Oeiras, pela simpatia, pelo acolhimento, pela disponibilidade, participação e paciência.

Não menos importantes, a todas as *Pessoas Idosas* que acederam participar neste projeto, sem os quais não teria sido possível atingir um nível de reflexão tão profundo e enriquecedor.

À minha *família*, pelo estímulo, paciência, compreensão, presença constante, ajuda preciosa, por todas as privações de tempo e disponibilidade que este trabalho exigiu e por acreditarem sempre.

A todos/as aqueles/as que, sob variadas formas, estiveram presentes ao longo de todo este percurso, pela amizade autêntica, pela ajuda, pelo estímulo e por acreditarem sempre.

SIGLAS

AAM – Auxiliares Ação Médica

AGS – *American Geriatric Society*

AHRQ – *Agency for Healthcare and Research Quality*

AVD – Atividades de Vida Diária

DE – Diagnóstico de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

DM – Diabetes *Mellitus*

HOSA – Hospital Ortopédico de Sant´Ana

HTA – Hipertensão Arterial

IB – Índice de Barthel

IGAS – Inspeção Geral das Atividades em Saúde

MFRS – *Medication Fall Risck Score*

MFS – *Morse Fall Scale*

MMSE – *Mini-Mental State Examination*

MS – Ministério da Saúde

NANDA – *North American Diagnosis Association*

NCPS – *National Center Patient Safety*

NICE – *National Institute for Health and Care Excellence*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PHAC - *Public Health Agency of Canada*

PI – Pessoa Idosa

PS – Portal da Saúde

SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

sic – assim; transcrito tal e qual

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO 10

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL 14

1.1. Ajuda para o autocuidado nas PI em ambiente hospitalar.....14

1.1.1. Pessoa idosa e envelhecimento.....15

1.1.2. Pessoa idosa e quedas.....17

1.1.3. Pessoa idosa e hospitalização 20

1.1.4. Papel do enfermeiro proficiente e perito na intervenção à pessoa idosa .21

2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS 24

2.1. Plano de trabalho desenvolvido 25

2.2. Atividades desenvolvidas e processos de trabalho utilizados.....27

2.2.1. Percurso de Estágio I 28

2.3. Resultados Obtidos 39

2.3.1. Registo de incidente de queda.....45

2.3.2. *Check-list* ambiente e equipamento 47

3. QUESTÕES ÉTICAS..... 50

4. LIMITAÇÕES DO TRABALHO 52

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 53

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 56

ANEXOS 66

ÍNDICE de QUADROS

Quadro 1: Distribuição de PI quanto ao género…….……..…40
Quadro 2: Distribuição de PI por média idade..…..…….…….…..…40
Quadro 3: Distribuição de PI quanto ao tipo de internamento.…….…...…40

ÍNDICE de GRÁFICOS

Gráfico 1: Estado Civil……..41

Gráfico 2: Habilitações Literárias……41

Gráfico 3: Antecedentes Pessoais mais frequentes……...…41

Gráfico 4: Antecedentes Pessoais Quedas……..43

Gráfico 5: Avaliação Índice Barthel……43

Gráfico 6: Avaliação *Mini-Mental State Examination*……..…44

Gráfico 7: *Score* Risco de Queda *Morse Fall Scale*……....45

INTRODUÇÃO

Este Relatório de Estágio é parte integrante da unidade curricular realizada no 3º semestre, do 4º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente PI, dando continuidade ao projeto de estágio realizado no 2º semestre. Este Relatório visa transmitir e reforçar o desenvolvimento das capacidades e competências especializadas adquiridas na área da PI de forma multidimensional e com especial foco na prevenção de quedas.

A prestação de cuidados em enfermagem é um processo complexo, que requer a articulação com várias áreas do saber e que quando se trabalha com seres humanos, cada um é um ser único, irrepetível, com diferentes formas de agir e responder às suas necessidades. Para isso é necessário a componente ética, visando essencialmente a qualidade de cuidados prestados, em que todas as ações desenvolvidas devem promover um bem comum, focando a PI e a família cuidadora (Pires, 2007).

Quando o foco compreende o fator envelhecimento, sabe-se que se trata de um processo complexo em que ocorrem alterações nos diferentes órgãos e sistemas do organismo, diminuindo a eficácia da capacidade de adaptação e da funcionalidade (Filho & Netto, 2005). Porém, o que não faz parte do processo de envelhecimento são as quedas.

Neste sentido, as quedas de PI em ambiente hospitalar são eventos frequentes, originando consequências graves para o indivíduo/ família e para a própria Instituição, com responsabilidade ética para a Enfermagem (Almeida *et al*, 2010; Freitas & Ouguisso, 2008). Apesar da responsabilidade da prevenção de quedas não estar restrita aos enfermeiros, os programas de prevenção e monitorização são frequentemente controlados por estes. Por outro lado, a prevalência de quedas constitui um problema expressivo, tendo sido inclusivamente apontada como um dos indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de saúde (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2013; Aleixo *et* al, 2011; Boltz *et al*, 2013; Direção Geral da Saúde (DGS), 2012).

Sendo a segurança do indivíduo indissociável da prestação de cuidados com qualidade tanto intra como extra hospitalar, a implementação de um plano de prevenção das quedas a todas as PI internadas, é considerada essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados. A integração do cuidador familiar é igualmente essencial para o sucesso do plano (AHRQ, 2013; DGS, 2012; Morse, 2009; National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2013; World Health Organization (WHO), 2010).

A implementação de um plano de prevenção que quedas, surge após a constatação numa Instituição hospitalar da área metropolitana de Lisboa, da ausência de dados descritos de quedas e de um instrumento de avaliação de risco que seja direcionado à PI internada, que permita diagnosticar, avaliar e intervir através da sua monitorização, prevenindo assim a ocorrência de quedas em ambiente hospitalar, tendo em conta que a prevenção é um evento multifatorial (AHRQ, 2013).

Segundo a AHRQ (2013), a prevenção de quedas requer uma abordagem interdisciplinar. A prevenção do risco requer a participação ativa de equipas pluriprofissionais na promoção do autocuidado da PI. Para alcançar este objetivo, um programa de "prevenção de grande qualidade requer, por um lado, uma cultura organizacional e práticas operacionais que promovam um trabalho e uma comunicação em equipa efetiva e, por outro lado, uma experiência individual" (idem).

A experiência individual comporta um conhecimento clínico que, segundo Benner (2001), é conseguido ao longo do tempo. Benner (2001), através do desenvolvimento de competências do modelo de Dreyfus aplicado à Enfermagem, preconiza que os próprios profissionais têm de estar atentos à aquisição de conhecimento clínico, pois são necessárias estratégias que o tornem visível e que seja passível de ser aprimorado e ampliado.

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da PI são detentores de um conjunto de competências comuns especializadas (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010) que lhes permite avaliar as necessidades específicas desta população, bem como prescrever, implementar e monitorizar planos e programas de Enfermagem promovendo o autocuidado, para prevenir ou minimizar o impacto do

declínio multidimensional da PI, sendo fundamental para fomentar a sua qualidade de vida (Orem, 2001). Particularmente importante pode ser a sua intervenção nos serviços de internamento hospitalar, como a ortopedia e a traumatologia com a sua dimensão pluriprofissional, onde a grande maioria dos indivíduos internados tem idade igual ou superior a 65 anos.

Pretende-se então com este percurso, descrever o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica à PI, em consonância com as competências descritas por Benner (2001), desenvolvendo critérios de resultado pertencentes à enfermeira proficiente e perita.

Desta forma, este projeto de intervenção pretende, com a sua implementação, dar resposta a um problema sentido na prática de cuidados tanto intra como extra-hospitalar, assim como adquirir as competências necessárias, como futura Enfermeira Especialista e Mestre, para um cuidado especializado e diferenciado à PI e cuidador familiar em situação de doença crónica e/ou crónica agudizada.

Para alcançar o cuidado especializado e diferenciado à PI e Família, será necessário refletir, agir como perita integrada em equipas multidisciplinares e intervir na formação, gestão e investigação, objetivando o contributo específico do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Com este relatório pretende-se dar resposta a um problema sentido na prática de cuidados à PI e família denominado “Quedas de PI em Ambiente hospitalar: Contributos/Intervenções para uma Prática Baseada na Prevenção”, assim como adquirir as competências necessárias supracitadas.

Apresenta como finalidade promover a segurança da PI em ambiente hospitalar, através da implementação de um programa de prevenção, avaliação e consequente gestão do risco de quedas.

Para dar consecução ao quadro de referência que orienta esta intervenção e nortear a fundamentação da problemática, definiram-se os seguintes objetivos gerais:

- Contribuir para uma prática de cuidados de enfermagem à PI, na prevenção de quedas em ambiente hospitalar, visando ganhos em saúde mensuráveis;
- Implementar um projeto de prevenção de quedas.

Com os seguintes objetivos específicos:

- Implementar uma metodologia de abordagem inicial à PI, focada na avaliação multidimensional em ambiente hospitalar;
- Definir um plano de gestão de prevenção de quedas em indivíduos com risco de queda, estruturado em diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem;
- Definir e implementar normas de atuação para a prevenção e monitorização de quedas de utentes do HOSA, tendo por base um procedimento multissectorial.

Para tal, recorreu-se à pesquisa de artigos em bases de dados científicas e privilegiaram-se os artigos resultantes de investigação empírica publicados nos últimos cinco anos.

Este relatório encontra-se dividido em oito partes principais que englobam a introdução ao relatório de estágio; enquadramento conceptual que explana a relação de ajuda para o autocuidado de Orem entre a PI, família, enfermagem especializada e a problemática de risco de queda; explanação do percurso de aquisição de competências adquiridas e desenvolvidas; questões éticas encontradas no decorrer deste percurso; limitações do trabalho encontradas; breves considerações finais sobre o que foi desenvolvido e o que se poderá desenvolver; referências bibliográficas utilizadas ao longo deste percurso; e, por fim, anexos que complementam informação referenciada no relatório de estágio.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A compreensão do utente enquanto PI, nas suas múltiplas dimensões e especificidades enquanto ser individual, determina o processo dos cuidados holísticos.

Benner (2001) postula que a aquisição de competências se deve desenvolver através de cinco níveis em que os dois últimos, proficiente e perito, são aqueles com que me devo identificar após este percurso. Relativamente ao nível de proficiente, Benner refere que o Enfermeiro deve percecionar as situações na sua globalidade e não de uma forma fracionada e as suas ações devem estar ligadas por máximas. No nível perito os Enfermeiros devem ter uma enorme experiência, compreender de maneira intuitiva cada situação e apreender diretamente o "problema desperdiçando soluções e diagnósticos estéreis".

Por outro lado, Benner (2001) define que se deve retirar um sentido comum das diversas intervenções e interações com as pessoas e as Famílias, fortalecendo a atenção e os modos privilegiados de reagir às situações e basear-se em modelos aprovados pelo conhecimento da prática.

1.1. Ajuda para o autocuidado nas PI em ambiente hospitalar

A prática de enfermagem deve reconhecer que, na atualidade, a intervenção prática necessita de ser apoiada em conhecimento científico para que o cuidado possibilite a melhoria da saúde do indivíduo e da família. A construção das teorias na enfermagem, para formar uma base científica, procura relacionar factos, abandonando dessa forma o modo empírico de atuação.

O impacto físico e psicológico vivido no processo saúde/doença, facilmente poderá ser interpretado à luz de uma qualquer teoria que enfatize o cuidar à PI e família. No entanto e após aprofundar os conhecimentos sobre prevenção de quedas e ocorrência/recorrência de quedas em PI em ambiente hospitalar, constatei que a problemática se centra, sobretudo, na ajuda para o auto cuidado e numa teoria geral da segurança dos cuidados, integrada na qualidade total dos mesmos.

Em resposta à problemática identificada e de encontro às necessidades que dela advêm, o modelo conceptual de Dorothea Orem pareceu a mais pertinente e adequada, através da sua Teoria do Défice do Autocuidado que contempla três bases teóricas que penso serem pertinentes para o problema encontrado: o autocuidado, o défice de autocuidado e os sistemas de enfermagem. Estas teorias complementam-se e estão interligadas, a primeira descreve o como e o porquê das pessoas cuidarem de si próprias; a segunda descreve e explica por que razões as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; e a terceira descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Orem, 2001).

Segundo Fonseca & Vieira (2008), Orem postula um paradigma totalitário, em que a intervenção de enfermagem contribui para a relação de ajuda efetuando as atividades que a pessoa não consegue realizar, em determinadas etapas da sua vida, promovendo sempre, total ou parcialmente, o autocuidado por parte da própria pessoa.

A problemática colocada vai ser explicada através dos seus seis conceitos centrais (autocuidado, atividade do autocuidado, défice de autocuidado, necessidade de autocuidado terapêutico, atividade de enfermagem e sistemas de enfermagem) e de um conceito periférico que a autora denominou de fatores condicionantes básicos, sendo relevante para a compreensão da teoria geral de enfermagem: idade, sexo, estado de desenvolvimento e estado de saúde (Orem, 2001).

1.1.1. Pessoa idosa e envelhecimento

Portugal, de acordo com os Censos 2011, apresenta um panorama de envelhecimento demográfico bastante acentuado, com uma população idosa (pessoas com 65 e mais anos) de “19,15% e com uma esperança média de vida de 79,2 anos”. A presença “maioritária de mulheres (58%) no grupo etário dos 65 e mais anos, em relação à dos homens do mesmo grupo (42%), é um sinal da feminização do envelhecimento”, que se observa na sociedade portuguesa (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2011).

Estes ganhos em anos de vida produzem alterações na existência humana, hoje e amanhã, exigindo alterações nos comportamentos, nas expetativas e nas representações sociais (DGS, 2004).

Existe mais consciencialização da existência de grandes conjuntos de necessidades não satisfeitas, entre PI com problemas de saúde crónicos levando, gradualmente, a um défice de autocuidado. Por outro lado, existem PI que as necessidades vão para além do aspeto estritamente médico. As suas dificuldades exigem a utilização de múltiplas fontes de ajuda e cuidados, pois, em muitos casos, a capacidade de autocuidado está reduzida devido à idade avançada e deterioração funcional, mas também da limitação de recursos pessoais, sociais e financeiros tornando-se vulnerável (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; DGS, 2012; WHO, 2007).

A vulnerabilidade está em associação com a idade avançada e a possibilidade de desenvolver patologias face à fragilidade. O conceito de fragilidade surge como um síndrome caracterizado por uma diminuição das capacidades fisiológicas de reserva em que a saúde, a funcionalidade e o bem-estar estão comprometidos (Heath & Phair, 2011), conduzindo à hospitalização da PI. Muito importante neste conceito é a capacidade de se conseguir prever, permitindo que se possa intervir atempadamente, no sentido de diminuir o impacto decorrente da hospitalização (Fulop *et al*, 2010).

A saúde tem por base a sua promoção e manutenção, mas também o tratamento de doenças e a prevenção de complicações. O papel da enfermagem é preponderante neste aspeto, pois deve ajudar a PI, promovendo uma interação mútua, abordando e envolvendo a Família, encaminhando e orientando para a realização de práticas de autocuidado (Orem, 2001).

A União Europeia propôs ações neste sentido, através do “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde” (WHO, 2002), que são constituídas por importantes pontos de referência para a formulação de estratégias nacionais enquadradoras das políticas sociais e das políticas da saúde, devido aos impactos decorrentes do envelhecimento nas mesmas (DGS, 2012). Um dos pontos de referências reflete os perigos do ambiente físico de onde decorrem frequentemente as quedas nas PI. A

DGS (2012) referencia ainda que se podem “prevenir a grande maioria das lesões; entretanto, a perceção tradicional de que sejam “acidentes”, resultou numa “negligência histórica nesta área da saúde pública”.

1.1.2. Pessoa idosa e quedas

As quedas na PI, são uma problemática comum a todos os países onde as pessoas atingem idades cada vez mais avançadas. No entanto as quedas não fazem parte do processo de envelhecimento nem a ele podem ser atribuídas (WHO, 2010). Correspondem a cerca de 90% dos acidentes nos idosos (WHO, 2007) e a taxa de mortalidade por queda é maior em regiões europeias, representando 6,6-11,3% de mortes por 100 mil da população (idem).

Em Portugal, estima-se que a percentagem de quedas ronde os 70% em que a maioria ocorre no domicílio. A queda “apresenta uma frequência de 76% entre os 65-74 anos e de 90% no grupo etário com mais de 75 anos”. As consequências mais frequentes das lesões foram “concussões, contusões e hematomas”. As partes do corpo lesionadas foram, “mais de 50% das vezes, os membros, seguidas da cabeça com 25%” (DGS, 2004; Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSRJ), 2011).

Evitar o evento de queda é considerado hoje uma conduta de boa prática, sendo um respeitado indicador de qualidade de serviços para PI. Além disso, edifica-se numa política pública indispensável, não só porque afeta de maneira desastrosa a vida dos idosos e das suas famílias, como também drena montantes expressivos de recursos económicos no tratamento das consequências (American Geriatrics Society (AGS), 2010; DGS, 2012).

Após uma queda, os fatores condicionantes básicos como a idade e o género e o estado de saúde prévio, como já descrito, são fatores predisponentes para um consequente declínio da funcionalidade e o medo de voltar a cair, levando a PI a delinear um percurso que irá afetar a sua relação com o meio em que se encontra inserida, condicionando a sua forma de “ultrapassar os obstáculos e barreiras do ambiente” (Almeida *et al*, 2010). Progressivamente, a PI “isola-se e perde confiança

nas suas capacidades, tornando-se cada vez mais sedentário e dependente, necessitando de apoio dos familiares e cuidadores de saúde" (idem).

Neste sentido insere-se a teoria do défice de autocuidado que possibilita a indicação de necessidade de enfermagem, em que ocorre quando a PI sente que está incapacitada ou limitada para prover autocuidado sistemático, contínuo e efetivo, necessitando de ajuda (Orem, 2001).

O resultado de interações complexas entre fatores de risco demográficos, físicos e comportamentais origina a ocorrência de quedas (WHO, 2007). Ao longo das duas últimas décadas, os fatores de risco foram identificados e categorizados como intrínsecos ou extrínsecos. Nos fatores intrínsecos incluem-se os demográficos e os biológicos, enquanto nos fatores extrínsecos englobam-se os ambientais e os comportamentais (Berry *et al,*2008; WHO, 2007).

Fatores intrínsecos:

Demográficos – Segundo a WHO (2007), nos EUA o risco de queda é 33% a 60% maior entre os caucasianos. Para esse risco contribui uma escassa acessibilidade aos serviços de saúde e sociais, baixo rendimento, pouca instrução e ambientes habitacionais pobres que, associados a um maior risco de doença crónica, aumentam o risco de queda.

Biológicos - Todos os anos caem entre 28-35% de PI com idade acima dos 64 anos, em que 32-42% dos idosos que caem por ano, têm idade igual ou superior a 70 anos (WHO, 2007). Para pessoas com 65 anos ou mais anos, a taxa de lesões por queda (grave o suficiente para limitar as atividades normais) foi de 47,7 por 1000 habitantes (Public Health Agency of Canada, (PHAC) 2012). As mulheres são 1,8-2,3 vezes mais propensas a serem hospitalizadas por lesão por queda do que os homens (PHAC, 2011). A sua massa óssea diminui mais rapidamente do que a dos homens, especialmente nos cinco anos após a menopausa contribuindo para o aumento do risco de fratura (WHO, 2007). Diabetes, depressão, incontinência, demências, estado físico (fraqueza muscular, comprometimento visual e/ou cognitivo, problemas/patologias dos pés, má nutrição) são também fatores contribuintes para o aumento do risco de queda (idem).

Fatores extrínsecos:

Ambiente - Vários estudos demonstram que a maioria das quedas de PI ocorre no domicílio e que geralmente acontecem na realização de atividades de rotina e não em atividades perigosas (DGS, 2004). Os riscos ambientais, incluindo pisos escorregadios ou irregulares, pavimentos degradados, má iluminação e altura do leito inadequada são alguns dos muitos exemplos de risco de quedas (Berry *et al,* 2008; DGS, 2004).

Comportamento - O sedentarismo provoca atrofia e declínio da força muscular. Pode ser causa de uma primeira queda em que fica associado o medo de cair, ocorrendo em 30% de pessoas com 65 anos ou mais de idade, e está significativamente relacionado com alterações no equilíbrio e na mobilidade (WHO, 2007; Balzer *et al*, 2012). O risco de comprometimento cognitivo pode ser mais elevado com o uso de vários medicamentos, muitos deles inapropriados para PI e hábitos etílicos (AGS, 2012; WHO, 2007; Chow *et al,* 2012). O calçado inapropriado também está relacionado por comprometer o equilíbrio e assim aumentar o risco de queda (WHO, 2007; Morse, 2009).

Para a prevenção de quedas nas PI, a WHO (2007) identificou que os fatores comportamentais e ambientais são passíveis de modificação. Assim, tendo em conta serem estes os fatores modificáveis, será sobre eles que devem incidir as intervenções por parte dos profissionais de saúde.

O risco de cair aumenta consideravelmente com o avançar da idade, o que coloca esta problemática geriátrica como um dos grandes problemas de saúde pública devido ao aumento expressivo do número de idosos na população e à sua maior longevidade, concorrendo com recursos já escassos (Balzer *et al*, 2012). Por outro lado, as quedas são uma ameaça real à capacidade de viver de modo autónomo, revelando um motivo de preocupação para os idosos e para a família, pois podem acarretar incapacidade física (Body & Stevens, 2009), pode ser limitante, sendo considerado um indicador de fragilidade, institucionalização e morte (Szanton *et al*, 2011).

Responsáveis por todas estas perdas na PI em conjunto com um envelhecimento patológico, as quedas e consequentemente a hospitalização, agravam o estado prévio do indivíduo comportando graves défices na sua estrutura frágil e vulnerável.

1.1.3. Pessoa idosa e hospitalização

Em Portugal os desafios da qualidade e da segurança surgem, em primeiro plano, como uma das principais prioridades do sistema de saúde português (DGS, 2012).

A Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) elaborou um relatório respeitante aos anos 2006, 2007 e a Janeiro de 2008 acerca dos "acidentes com macas e camas nos estabelecimentos hospitalares, envolvendo quedas dos doentes", em que descreve "4200 acidentes relacionados com a queda de doentes, de macas ou de camas" (DGS, Departamento de Qualidade de Saúde, 2012), recomendando aos hospitais que tornem a prevenção numa prioridade, uma vez que as quedas é um dos maiores fatores de mortalidade e morbilidade em idosos, correspondendo a cerca de 40000 mortes/ano devido a quedas na UE (Idem; WHO, 2007). O tempo médio de internamento aumenta exponencialmente com a idade, sendo, em média, de 11 dias, nas pessoas com mais de 75 anos (DGS, 2012).

A hospitalização, embora necessária em casos de doença aguda ou crónica, pode levar a uma série de complicações não relacionadas com o motivo inicial do internamento. Muitas dessas complicações levam a um aumento do tempo de permanência no hospital, aumento do declínio, muitas vezes irreversível, mudanças na qualidade de vida e maior mortalidade (Sales *et al*, 2010).

Segundo os estudos realizados por Suesada *et al* (2008) constata-se que logo no segundo dia de internamento, há deterioração significativa da capacidade funcional para realizar atividades básicas. Estas autoras constataram que mesmo em internamentos de curto período, cerca de cinco dias, de utentes não restritos ao leito, levam à perda de capacidade funcional em idosos (diminuição da força muscular nos membros, diminuição da capacidade vital forçada e pior mobilidade no tronco e coluna cervical). De forma a precaver estas situações, é importante diagnosticar de imediato um Défice de autocuidado, identificando cinco métodos de ajuda: agir ou fazer para a PI, encaminhar a PI, ajudar a PI a nível físico e/ou

psicológico, proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal e ensinar a PI quando estiver capacitada para satisfazer requisitos futuros ou atuais de ação (Orem, 2001).

Sales *et al* (2010) expõem que a ocorrência de eventos adversos e a diminuição da capacidade funcional durante o internamento, principalmente no pós-operatório, são decorrentes de uma combinação de fatores: a "maior vulnerabilidade dos idosos a esses eventos em virtude de alterações fisiológicas do envelhecimento, os efeitos danosos da imobilização, da restrição ao leito, da doença aguda e das doenças crónicas prevalentes como demências e patologias osteoarticulares, e as reações adversas a medicamentos e procedimentos terapêuticos". Para além disso, os fatores ambientais, relacionados com o meio que rodeia o idoso, representam um papel importante no desencadear da queda (Vassallo *et al*, 2009).

Neste contexto também se insere a teoria dos sistemas de enfermagem de Orem (2001), em que quando a PI está incapaz de cuidar de si fornece-se uma ajuda totalmente compensatória; torna-se parcialmente compensatório quando existe uma participação mútua, enfermeira e PI, na realização de ações terapêuticas de autocuidado; não menos importante é o apoio-educação necessários à assistência na forma de ajuda, orientação e ensinamentos. Desta forma fornece-se ferramentas para o autocuidado da PI, promovendo a sua segurança e prevenindo quedas.

Assim, o papel do enfermeiro na intervenção numa situação específica de desequilíbrio biológico com resultado real na pessoa, deve ser reforçado por um desenvolvimento de atitudes à PI como um ser universal e único (AGS, 2010).

1.1.4. Papel do enfermeiro proficiente e perito na intervenção à pessoa idosa

Nos cuidados à PI, o Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica comporta um papel prioritário, pois é o profissional indispensável na identificação dos problemas individuais, sistematizadas em processos de cuidar e promover o autocuidado e capacitados para o processo de envelhecimento.

Uma grande preocupação que nos assola são os cuidados hospitalares que estão prioritariamente focados para o tratamento da doença que originou o internamento.

Essa priorização reflete a falta de interiorização pelos profissionais de saúde dos eventos que podem levar os utentes a desenvolverem diversas complicações relacionadas ao internamento (Sales *et al,* 2010).

Um programa de prevenção de quedas começa com a sensibilização e formação dos profissionais de saúde e a criação de um ambiente seguro para a PI. O ambiente deve ser monitorizado e deve-se avaliar sistematicamente os fatores de risco ambientais que podem contribuir para a queda. As medidas a adotar devem ser planeadas pela equipa de saúde e visam modificar aspetos ambientais de risco, apoiar as atividades que colocam as PI em risco de queda e consciencializar todos os profissionais para esta problemática (AHRQ, 2013; Morse, 2009; NICE, 2013; WHO, 2010).

Fatores determinantes e predisponentes, tanto para quedas acidentais como para quedas recorrentes, impõem à enfermagem e toda a equipa multidisciplinar, o desafio de reconhecer os possíveis fatores de risco modificáveis e tratar os fatores etiológicos e comorbidades presentes (Tinetti & Kumar, 2010).

A DGS (2012) refere ainda que a "não identificação dos doentes com risco de quedas, a não avaliação do risco e da implementação de intervenções de prevenção adequadas e personalizadas que se consideram oportunas, reportam a situações de risco gravemente lesivas para o doente e para a comunidade".

A DGS (2012) preconiza que sempre que se "verificar a ocorrência de um incidente potencialmente grave ou de um evento adverso, deve ser promovida a aprendizagem sobre as respetivas causas e prevenção da recorrência" e "identificar as causas na raiz do evento", procurando intervir nos motivos "através de uma abordagem sistémica, percebendo quais os fatores e as causas que permitiram que o percurso do incidente se desenrolasse". A identificação dos fatores de causa do incidente que se "encontra oculto no sistema", é mais importante "do que os fatores causais que são mais evidentes" (idem).

O enfermeiro que ambiciona a prestação de cuidados especializados deve contribuir para uma melhoria nos mesmos. No que concerne à prevenção de quedas de PI em ambiente hospitalar, Michael e seus colaboradores (2010) identificaram a efetividade

das intervenções preventivas das quedas com PI. A implementação de “programas de prevenção” de risco, como uma avaliação multidimensional da PI, “demonstrou uma redução do número de quedas” (DGS, 2012).

O cuidado de enfermagem especializada deve, segundo Benner (2001), ser entendido como uma ação consciente que produz resultados sob a conceção de quem exerce essa atitude e deve contribuir para a melhoria constante na prestação de cuidados. No que concerne ao pensamento crítico, o enfermeiro perito deve compreender de modo intuitivo cada situação e apreender diretamente o problema sem se perder em soluções e diagnósticos improdutivos; no desenvolvimento profissional age a partir de uma compreensão; no que respeita à capacidade de comunicação, participa ativamente em atividades de supervisão clinica; focando as intervenções terapêuticas de enfermagem, gere situações complexas, sendo reconhecido como perito.

Requisitos de autocuidados são grupos de necessidades que Orem identificou e que transponho para a minha intervenção. São classificados em universais - aqueles que todos têm; desenvolvimento de autocuidado - relacionados com o desenvolvimento individual; e desvio de saúde - aqueles resultantes de condições dos indivíduos (Orem, 2001). Se um indivíduo é incapaz de cumprir os requisitos de autocuidado, um défice ocorre. É a função do enfermeiro determinar esses défices e definir as modalidades de suporte (idem).

Desta forma, o meu papel como futura enfermeira especialista é o de promover a pessoa como um agente de autocuidado, fomentando a tomada de decisão, o controlo do comportamento e a aquisição de conhecimento e habilidades (OREM, 2001).

2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A aquisição de competências é algo realizada ao longo da nossa vida profissional, em que a experiência constitui um alicerce importante nesta evolução. O enfermeiro com competência não é aquele que tem os recursos, mas sim aquele que, articulando os seus vários domínios, consegue mobilizar esses recursos e o desenvolvimento profissional também passa indubitavelmente, por um desenvolvimento pessoal (Le Boterf, 2006).

Com a componente educativa adquirida ao longo do 1º e 2º semestres, sem dúvida que me sinto num patamar muito aquém do que me encontrava antes de iniciar a Especialidade e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Para além de aprender a basear a minha prática através da evidência, compreendi como pesquisar corretamente essa evidência. Fator fundamental para este 3º semestre, pois todo este percurso obrigou a uma mobilização de conhecimentos, competências e valorização por parte de quem assiste, é assistido e é foco da minha atenção, como o caso da PI.

Pretende-se então com este percurso de estágio, descrever o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa idosa, em consonância com as competências descritas por Benner (2001), desenvolvendo critérios de resultado pertencentes à enfermeira proficiente e perita.

A escolha do campo de estágio em ambiente hospitalar (percurso I) baseou-se na temática central “Quedas de Pessoas Idosas em Ambiente hospitalar: Contributos/Intervenções para uma Prática Baseada na Prevenção”, dada a ausência de dados descritos de prevenção e/ou ocorrência do evento “queda” e decorreu entre trinta de Setembro de 2013 a dezassete de Janeiro de 2014.

Relativamente à escolha do campo de estágio (percurso II) no Centro de Saúde (CS), mais especificamente numa Unidade de Saúde Familiar (USF), foi baseada na área de abrangência da população idosa que recorre ao serviço de urgência do hospital de referência desta Instituição hospitalar. Teve início a vinte de Janeiro e terminou a quatorze de Fevereiro de 2014. Inicialmente seria um estágio apenas de

observação mas muita coisa mudou, como se pode ler mais aprofundadamente no ANEXO XVI.

Desta forma, este projeto de intervenção pretendeu, com a sua implementação, dar resposta a um problema sentido na prática de cuidados, assim como adquirir as competências necessárias, como futura enfermeira especialista e mestre, para um cuidado especializado e diferenciado à pessoa idosa e cuidador familiar.

2.1. Plano de trabalho desenvolvido

No decorrer da unidade curricular "Opção II", foi realizada para o diagnóstico da situação, uma pesquisa bibliográfica que tivesse o máximo de seis anos de evidência para compreender o que se tem feito, o que foi alterado e que evidência recente existe no que concerne à prevenção de quedas em PI.

A pesquisa for realizada através do motor de busca *EBSCOhost* nas bases de dados da *CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, MedicLatina; Full Text e Abstract na Cochrane Central Register Of Controlled Trials, Cochrane Data base of Systematic Reviews e Cochrane Methology Register;* no motor de busca Google para leitura transversal (*Guidelines* Internacionais e Nacionais) e aceder a outras bases de dados como a PubMed e nos centros de documentação da ESEL, sendo a informação selecionada alvo de apreciação crítica e síntese. Também foram adquiridos livros/obras, pela sua importância neste percurso, através da Amazon.co.uk. De ressaltar que a escolha das referidas edições foi a mais recente no momento da aquisição.

Foram utilizados os descritores *falls*, *elderly*, *hospital*, *prevention,* operacionalizados através das expressões booleanas AND e OR para *intervention, nurs**, *assesment*, *tool*.

Foram consultados todos os artigos obtidos em texto integral, escritos em português e inglês, dentro do intervalo de tempo 2007 a 2013, obtendo um total de cento e vinte e oito resultados, dos quais quatorze encontravam-se repetidos e oitenta e três foram excluídos por não responderem à temática em questão, nem se encontrarem de acordo com os critérios de inclusão (quedas nas pessoas com idade igual ou

superior a 65 anos internadas num hospital, idade superior ou igual a 65 anos, hospital/hospitalização de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, prevenção de quedas em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos internadas num hospital, intervenção na prevenção de quedas e após quedas nas pessoas com idade igual ou superior a 65 anos internadas num hospital), obtendo-se assim trinta e um artigos no final.

Foi também realizada observação em campo e pesquisa manual de dados da situação através dos processos dos utentes e lista cirúrgica, correspondente ao ano de 2012, dada a ausência de sistema informatizado nesta Instituição.

Através da pesquisa que realizei, do que observei nos processos dos utentes e recolha de informação dos próprios quando internados após um evento de queda no domicílio, na rua ou nos lares/centros de convívio/centros de dia, pude identificar que os principais fatores de risco para quedas são os marcadores biológicos do envelhecimento, os antecedentes pessoais, as alterações do equilíbrio, a história prévia de quedas, a diminuição da mobilidade funcional, a diminuição da velocidade na marcha, utilização de vários medicamentos, a deterioração cognitiva, o ambiente em que este se encontra e quedas recorrentes (Cameron *et al,* 2012; Leme *et al,* 2011; Morse, 2009; NICE, 2013; WHO, 2010).

Morse (2009) preconiza que se deva ter conhecimento dos principais fatores de risco e então intervir, utilizando estratégias e alterando-as se necessário ou se não forem efetivas para a prevenção de quedas. A mesma autora e a WHO (2007) recomendam que se deve intervir, modificando os fatores de risco modificáveis como a segurança ambiental, e fazer uma revisão das circunstâncias que estiveram na origem de quedas anteriores. As mesmas fontes em conjunto com a AHRQ (2013) e a NICE (2013) apontam algumas diretrizes na prevenção de quedas, como por exemplo, a avaliação multidimensional com intervenções corretivas e adequadas, dando ênfase à função cognitiva, à capacidade de executar as atividades de vida diária (AVD), orientando e ensinando a PI sobre os riscos de quedas e as suas consequências.

Como já referenciado, as quedas podem ocorrer em qualquer contexto, conhecido ou não, em que a PI se encontra inserida. Almeida *et al* (2010) referem que durante a hospitalização, “as quedas são os eventos adversos mais frequentes e podem ter consequências físicas, psicológicas e sociais” com grande implicação negativa nas PI.

Neste sentido, considerei que se justificava uma intervenção multidimensional nesta área, sobretudo porque a realidade no serviço onde vou desenvolver o meu estágio, mostra que os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade (internamento, período pós-cirurgia, entre outros) e de incapacidade frequentemente relacionadas com situações suscetíveis de prevenção.

Contudo, para alcançar os objetivos gerais e os específicos delineados, desenvolveram-se estratégias para os locais de estágio, tendo em conta o desenvolvimento de competências especializadas já descritas:

- Envolver a equipa de enfermagem no processo.
- Sensibilizar a equipa de enfermagem.
- Antecipar dúvidas e questões futuras apresentando soluções.
- Envolver/sensibilizar as equipas pluridisciplinares.

De forma a conseguir atingir as estratégias, foram elaboradas atividades a desenvolver e processos de trabalho (ANEXO I) e um cronograma (ANEXO II) que foram utilizados e desenvolvidos durante o percurso de estágio.

2.2. Atividades desenvolvidas e processos de trabalho utilizados

Numa sociedade em constante evolução, é importante que os enfermeiros sejam capazes de analisar e responder aos diferentes desafios em modo proactivo, desenvolvendo pensamento crítico e reflexivo nas suas intervenções à PI, tornando-se, desta forma, uma mais-valia para quem recebe estes cuidados.

A integração num serviço é uma medida orientadora e facilitadora de aquisição de competências, pois permite uma interação mais dinâmica com os pares e a equipa pluriprofissional e uma melhor perceção das dinâmicas e problemáticas dos serviços.

2.2.1. Percurso de Estágio I

Este percurso foi desenvolvido numa Instituição hospitalar da área metropolitana de Lisboa, especializado em cuidados à pessoa com problemas do foro ortopédico e traumatológico. Também abrange outras especialidades como anestesiologia; cirurgia plástica, reconstrutiva e estética; clínica geral; fisiatria; orto-reumatologia; oftalmologia; otorrinolaringologia e gastrenterologia/ odontologia, sendo esta última especialidade direcionada apenas para utentes da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), maioritariamente crianças (Fonte: Página Oficial da SCML).

A unidade de internamento onde foi realizado este percurso denomina-se “serviço III” e recebe PI com patologias ortopédicas, traumatológicas e oftalmológicas.

Como já era um elemento conhecido por parte da equipa de enfermagem, médica, auxiliar de ação médica (AAM), fisioterapia e terapia ocupacional, a integração e a divulgação do projeto foram facilitadas.

Inicialmente comecei por aplicar os instrumentos de avaliação e obter informação através dos diferentes elementos da equipa, sobre os conhecimentos acerca do que pode ser feito em ambiente hospitalar para a prevenção de quedas e para verificar a praticabilidade dos instrumentos a aplicar.

Durante este processo apercebi-me de que teria de definir primeiro o conceito “queda”, não só na sua definição universal: evento que leva a pessoa inadvertidamente ao solo ou a um nível inferior (WHO, 2012); mas também numa definição de compreensão, resultante de questões que me foram dirigidas neste sentido pelos profissionais de saúde. Assim, considerei como queda as seguintes situações: quando encontramos o utente no chão; quando o utente escorrega de uma cadeira/ poltrona/ sanitário para o chão; e quando o utente é amparado durante a queda (mesmo que não chegue ao chão) (NICE, 2004), pois o importante é evitar a queda, mas tem de se considerar no sentido de retificar a origem/motivo e desenvolver novas estratégias de prevenção.

No que respeita à formação, realizei aos AAM de toda a Instituição hospitalar (ANEXO XII), pois são os profissionais que se encontram durante mais tempo nas

enfermarias, não só a assistirem as PI nas atividades básicas, mas também em limpeza de equipamento/material e podem detetar anormalidades nos mesmos, de forma a transmitirem e/ou a atuarem nas situações de risco; e aos voluntários baseada em “conversa informal” no sentido de aconselhar e refletir sobre a problemática e se, no momento em que os mesmos apoiam a PI, detetarem situações que coloquem em risco de queda os utentes (camas muito altas, grades descidas em PI de risco, PI a realizarem AVD de risco) advertirem a equipa multidisciplinar. As circunstâncias em que ocorre o incidente de queda, se percebido ou presenciado, são importantes para evitar a reincidência e/ou para diagnóstico e tratamento em caso de lesão.

Após me familiarizar com os instrumentos a utilizar e descortinar as dúvidas existentes na equipa de enfermagem sobre prevenção de quedas em ambiente hospitalar, realizei duas formações aos mesmos. A primeira em Outubro direcionada aos enfermeiros do serviço III e a segunda em Novembro, direcionada a todos os enfermeiros da Instituição, com os seguintes objetivos: divulgar o projeto aos enfermeiros; reconhecer, junto da equipa de enfermagem, os fatores que influenciam a problemática “risco de quedas em ambiente hospitalar”; identificar e avaliar a importância dos instrumentos de prevenção, avaliação e monitorização do risco de quedas; divulgar as normas de atuação para avaliação, prevenção e monitorização de quedas de utentes do HOSA, tendo por base um procedimento multissectorial (ANEXO XI).

Com esta formação pretendi não só divulgar o projeto de prevenção de quedas, mas também transmitir os conhecimentos adquiridos através da evidência, cultivando a liderança e influenciando a mudança na área da saúde e dos cuidados de enfermagem. Por outro lado, pretendi evitar fatores que possam conduzir a futuras quedas de PI em ambiente hospitalar. Para tal, também foram elaborados, apresentados e afixados ao lado do quadro principal relativo à informação de utentes do serviço, fluxogramas de atuação para o momento da admissão da PI e após um evento de queda (ANEXO V).

Esta intervenção, no seu todo, serve para orientar os enfermeiros em medidas que incluam otimização da interação da PI com o internamento, envolvendo-a em

atividades que promovam o autocuidado, a sua segurança, a sua funcionalidade física e mental. Esses fatores serão adquiridos quando os défices de autocuidado forem diagnosticados antes de um episódio de queda, pois os problemas funcionais e psicossociais acentuam-se após tal episódio, alterando de forma negativa a autoestima e autoconfiança, fazendo com que a PI perca o interesse no autocuidado e se isole durante o processo de internamento.

Após a primeira formação, iniciei a aplicação dos instrumentos de forma a recolher dados para a caraterização da PI internada (idade, estado civil, habilitações literárias, antecedentes pessoais (AP) e medicamentos utilizados) (ANEXO VII a.) e motivo de internamento, recolhido através do processo clínico (se trauma, onde ocorreu e em que circunstâncias). Posteriormente foi avaliado o risco de queda através da *MFS*, avaliado o estado cognitivo em que foi utilizada a *Mini-Mental State Examination* (*MMSE*) e a capacidade funcional recolhida através do Índice de Barthel (IB). Também utilizei o guia de acolhimento de Enfermagem utilizado pela Instituição realizando uma avaliação multidimensional da PI.

Como os instrumentos utilizados para a recolha de dados são transversais, no item "habilitações literárias" foi aplicado os novos valores normativos de literacia para o *MMSE* desenvolvidos para a população da área metropolitana de Lisboa por Morgado *et al* (2009): "Indivíduos com **0-2 anos** de literacia não tiveram uma aprendizagem formal da leitura e da escrita, ou tiveram uma exposição mínima, sendo alguns capazes de escrever o nome mas a maioria não tem hábitos de leitura e escrita; Indivíduos com **3-6 anos** de literacia completaram o 1º e 2º ciclo escolar, sabem ler e escrever; Indivíduos com **≥ 7 anos** de literacia apresentam a escrita e a leitura bem automatizadas".

No que diz respeito ao tratamento da variedade de medicamentos tomados, foram usados os Critérios de Beers (AGS, 2012), que visam avaliar o uso de medicamentos inapropriados na PI. Para o percurso optei pelo uso de um livro de bolso desenvolvido pela AGS que compreende os grupos e as substâncias inapropriadas para as PI, ficando numa pasta da sala de enfermagem para consulta dos enfermeiros do serviço (ANEXO IX). Inicialmente seria para utilizar a *Medication Fall Risck Score* (*MFRS*) que, fundamentando-se nos critérios de Beers, avalia os

medicamentos considerados em três níveis de baixo, médio e alto risco (Beasley & Patatanian, 2009) mas que, por questões que me foram impossíveis de controlar, não foi exequível pedir autorização para a sua utilização, ficando a expectativa que, posteriormente, a Instituição a adquira para a aplicar.

Segundo a AGS (2012) considera-se que mais de 10% das hospitalizações das PI sejam de origem iatrogénica. O preço dos medicamentos, o seu consumo excessivo, a subutilização e a iatrogenia medicamentosa constituem fatores responsáveis pelo aumento do custo dos cuidados de saúde (National Center Patient Safety (NCPS), 2004).

Por outro lado, os esquemas terapêuticos complexos em conjunto com a falta de compreensão, esquecimento, diminuição da acuidade visual e destreza manual que ocorrem na PI, contribuem para que ocorra um uso incorreto na auto-administração dos medicamentos (AGS, 2012).

Segundo um estudo de revisão bibliográfica de Santos & Almeida (2010), os idosos, para além das "alterações fisiológicas que potenciam a adversidade dos fármacos, são também os que mais consomem e que recorrem frequentemente a vários prescritores". Ainda segundo os mesmos autores, o risco de "interação aumenta exponencialmente com o número de fármacos prescritos".

Para além das dificuldades referidas, pode ocorrer a não adesão ao tratamento, o que torna a situação ainda mais complexa. A adesão fica mais comprometida em situações que requerem tratamentos longos, de natureza preventiva e quando há necessidade de modificação no estilo de vida, situação frequente na PI (AGS, 2012; Santos e Almeida, 2010).

Tendo em conta este cenário, para além da recolha de informação sobre medicamentos realizados em ambulatório pela PI, foram efetuadas intervenções educativas a esse respeito, descortinando o nível de conhecimento que a PI tinha acerca dos mesmos (designação do medicamento, frequência das tomas, se sabiam para que servia e o efeito que então era esperado e os efeitos secundários) antes e no momento do acolhimento e/ou ao longo do internamento. Neste último e na PI com vários medicamentos a intervenção foi direcionada para a elaboração escrita

(quando impossibilitado fui eu que realizei ou em conjunto com a família ou familiar de referência) numa folha criada para o efeito (ANEXO X) tendo sido adaptada consoante o número de medicamentos da PI.

Santos & Almeida (2010) realizaram uma recolha bibliográfica sobre a melhor evidência da polimedicação nas PI descobrindo que não existe "consenso no conceito", pois alguns autores definem como utilização "simultânea de vários fármacos; outros só a consideram quando não tem indicação clínica clara ou então apenas com 2 (…) a 10 ou mais princípios ativos".

De forma a visar o autocuidado e o défice de autocuidado de Orem (2001), para o controle do regime terapêutico foram identificados dois DE através da Taxonomia I de NANDA (2010), para acrescentar aos DE pré-definidos da Instituição, incutindo assim, na equipa de enfermagem, a importância dos medicamentos para a prevenção de quedas em ambiente hospitalar, uma vez que, salvo alguns medicamentos que possam interagir com a cirurgia, as PI irão continuar a utilizar os medicamentos do domicílio, acrescentando-se os que vão ser adicionados pela situação clínica durante o internamento.

Foram definidos os seguintes DE (NANDA, 2010): Controle eficaz do regime terapêutico que se encontrou presente em algumas PI. Classifica as atitudes demonstradas e apropriadas em relação à prevenção de danos e riscos da patologia (mesmo que o conhecimento dos efeitos adversos não seja revelado), pois apesar da utilização estar adequada, a vulnerabilidade da situação clínica no internamento, imposta pela fragilidade, pressupõe a necessidade de acompanhamento sistemático; Controle ineficaz do regime terapêutico encontrado na maioria das PI internadas. Advém frequentemente por défice cognitivo ou de compreensão, dificuldades económicas ou complexidade do regime terapêutico (AGS, 2012; DGS, 2004) e revela-se alarmante, visto tratar-se de PI com vários medicamentos.

A utilização de medicamentos é um fator importante a ser avaliado para o risco de queda, pois existem grupos de fármacos diretamente associados a quedas (Costa-Dias *et al,* 2013). Segundo as mesmas autoras, existem escalas de avaliação do risco de queda que contemplam itens relativos ao consumo de determinados

medicamentos e outras, como a *MFS*, que não apresenta explicitamente mas que faz parte integrante no item “Diagnóstico Secundário”.

ESCALA DE QUEDAS DE MORSE (*MFS*) (ANEXO VII b.)

A escolha da *MFS* foi facilitada, pois é um dos instrumentos mais citados e recomendados pela literatura (AHRQ, 2013; NICE, 2013; NCPS, 2004) para avaliação do risco de queda. É um método rápido e simples para avaliar a probabilidade de uma PI cair e é vastamente usada em hospitais, nomeadamente em cuidados agudos (Costa-Dias *et al,* 2010).

A dificuldade prendeu-se com qual das escalas disponíveis na versão Portuguesa se inseria a população idosa visada pelo projeto. Existem adaptações sem fim e após pedido de autorização da autora Janice Morse (ANEXO IV), pesquisa e reflexão aprofundada, decidi traduzir diretamente a escala da original (Morse, 2009) seguindo as indicações propostas pela autora.

A escala é composta por seis parâmetros que resultam numa pontuação que oscila entre 0 e 125 pontos. De acordo com a pontuação obtida o utente é classificado num nível de risco: Baixo Risco – com um *score* entre 0 e 24 pontos; Médio Risco – com um *score* entre 25 e 50 pontos; e Alto Risco – com um *score* igual ou superior a 51 (Morse, 2009).

Os itens na escala são pontuados através da seguinte avaliação de risco (Costa-Dias *et al*, 2010; Morse, 2009): “História de quedas” (se cair no internamento pontua-se neste item mesmo que antes do internamento não tenha ocorrências de quedas); “Diagnóstico secundário” (se registar mais do que um diagnóstico médico); “Ajuda nas deslocações” que é pontuado consoante se desloque sem ajuda/ repouso na cama ou acamado/ acompanhado por um enfermeiro/cadeira de rodas, canadianas/bengala/andarilho ou apoiado na mobília; no item “Terapêutica Intravenosa” considerei todo o tipo de acessos venosos periféricos com fluidoterapia ou obturados e cateter epidural – *drug infusion baloon* (D.I.B.), pois são todos prováveis fatores que dificultam ou podem dificultar a deambulação, originando um risco de queda; no que respeita ao item “Marcha” a pontuação baseou-se em normal/repouso no leito ou acamado/cadeira de rodas; e no item “Estado Mental” a

pontuação alicerçou-se na orientação para as próprias capacidades e sobrevaloriza/esquece as suas limitações.

Após a avaliação, a pontuação foi somada e registada (ANEXO VII b.) identificando-se o nível de risco e as respetivas intervenções gerais e específicas (ANEXO V) adequadas a cada PI na sua singularidade e em conjunto com os DE identificados. As intervenções gerais e específicas, em conjunto com uma fotocópia do livro de Janice Morse (2009) e um *Pocket Card* da mesma autora (ANEXO VI), foram colocadas em pasta própria designada para consulta dos profissionais de saúde, disponível na sala de enfermagem do serviço.

Assim, com o intuito de disseminar o conceito e aplicabilidade para posterior inserção na folha pré-definida pela Instituição, levantei o diagnóstico Risco de Queda que se deve a fatores intrínsecos e extrínsecos da PI internada, apresentando como exemplo o estudo de caso realizado durante este percurso (ANEXO XIII), a uma utente com 81 anos, internada por queda no domicílio, que resultou em fratura transtrocantérica.

Morse (2009) expõe que para avaliar o item **"**Estado mental" se utilize o julgamento clínico através da questão "Consegue ir à casa de banho sozinho ou precisa de ajuda?". De forma a reforçar esta avaliação, é essencial considerar a função cognitiva como um preditor de quedas em idosos, pois o declínio no funcionamento executivo e memória de curto prazo podem prever problemas de controlo postural e risco de queda (Vance *et al,* 2009). Nunca descurando o julgamento clínico (Morse, 2009), elegi a *MMSE* traduzida para português por Guerreiro e seus colaboradores em 1994, aplicando os novos valores normativos de literacia (Morgado *et al,* 2009).

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (*MMSE*) (ANEXO VII c.)

Na ausência de um conceito instituído para declínio cognitivo, pode-se descortinar as palavras e pensar numa diminuição da função das várias aptidões cognitivas. Segundo Filho & Netto (2005), ao longo da vida algumas funções cognitivas diminuem, enquanto outras parecem aumentar. Estas configurações são influenciadas, por vários fatores: história familiar, hábitos de vida, contexto familiar e aceitação da reforma. As alterações cognitivas inerentes ao envelhecimento normal

dificultam o diagnóstico de perturbações mentais orgânicas, como as demências (idem; Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

O *MMSE* foi elaborado por Folstein et al (1975) e é um dos testes mais utilizados e estudados para avaliação do funcionamento cognitivo (Guerreiro et al, 1994). Usado isoladamente ou incorporado em instrumentos mais amplos insere-se na avaliação multidimensional da PI. Este instrumento avalia de forma objetiva, estruturada e breve (5-10 minutos) algumas funções cognitivas tais como: a Orientação temporal e espacial, Atenção e Cálculo através de cinco subtrações, Evocação, Linguagem (nomeação, repetição, compreensão verbal e escrita e escrita espontânea) e Habilidade construtiva bidimensional. No total são 30 itens, com pontuação de 0 e 1 (Morgado *et al,* 2009).

O instrumento em relação ao original tem alguns acrescentos elaborados por mim, mas de acordo com a explanação de Morgado e seus colaboradores (2009), em relação aos novos valores normativos já referenciados, em que se considera com defeito cognitivo PI com literacia: 22 valores para 0-2 anos; 24 valores para 3 a 6 anos; e 27 valores para PI com literacia igual ou superior a 7 anos. Após avaliação final o *score* tem a seguinte apreciação para a função cognitiva: 27-30 pontos, considera-se efetivamente normal; 20-26 pontos com disfunção cognitiva; 10-19 pontos com disfunção cognitiva moderada a severa; e inferior a 10 pontos com disfunção cognitiva muito severa.

No item “Linguagem” para compreensão verbal, forneci uma folha A4 branca para o utente pegar o papel com a mão direita, dobrar o papel ao meio e colocar o papel no chão ou em cima da cama, dependendo da situação em que se encontrava; para a compreensão escrita, escrevi a frase “FECHE OS OLHOS” num cartão e consoante a situação da PI, mostrei ou verbalizei se, neste último caso, apresentasse alteração da perceção sensorial auditiva ou visual. Para o item “Habilidade Construtiva” desenhei dois pentágonos intersectados em dois lados de modo que essa interseção formasse um quadrado.

A execução de atividades físicas que estimulem o corpo e a mente estão intimamente relacionadas com um desempenho cognitivo mais eficaz e um menor

declínio funcional para as AVD da PI (Berger & Mailloux-Poirier, 1995), diminuindo assim, o risco de queda (Morse, 2009).

ÍNDICE DE BARTHEL (IB) (ANEXO VII d.)

Cerca de 50% da população idosa tem muita dificuldade ou não consegue realizar pelo menos uma das seguintes AVD: ver, ouvir, caminhar, subir ou descer degraus, memória ou concentração, tomar banho, vestir-se sozinho, compreender os outros ou fazer-se compreender (INE, 2011).

Nos itens de "Ajuda nas Deslocações" e da "Marcha" da *MFS*, ao longo do internamento esta avaliação fica reforçada por instrumentos de avaliação da funcionalidade para as AVD (AHRQ, 2013; NICE, 2013; Morse, 2009).

Paixão & Reichenheim (2005) realizaram uma revisão de literatura sobre os instrumentos de avaliação das AVD existentes, em que o IB é o que possui resultados de confiabilidade e validade mais consistentes e excelentes. Araújo e os seus colaboradores (2007) acrescentam que o IB é de fácil aplicação e interpretação, podendo ser repetido periodicamente o que "permite monitorizações longitudinais".

O IB já se encontra em utilização nesta Instituição há muito tempo. Por ausência de protocolo explicativo sobre a utilização do mesmo, realizei uma pesquisa nesse sentido. Mais uma vez me deparei com uma panóplia de instrumentos baseados no IB original, que foi introduzido em 1965 por Mahoney & Barthel.

O IB avalia dez variáveis para as AVD e mobilidade: alimentação, banho, higiene corporal, vestir, controlo intestinal e vesical, uso da casa de banho (sanitário), transferência (cama para a cadeira de rodas e vice-versa), mobilidade em superfícies planas e escadas (subir e descer). Em cada item é avaliado o desempenho com um determinado número de pontos atribuídos a cada nível ou classificação entre 0 e 15, com intervalos de 5 pontos, em que o *score* total pode ficar compreendido entre 0 e 100, inclusive (Mahoney & Barthel, 1965).

Segundo Araújo *et al* (2007) um número mais alto está associado a uma maior probabilidade de ser capaz de viver em casa com independência após a alta

hospitalar. A quantidade de tempo e ajuda física necessária para executar cada item são utilizados para determinar o valor atribuído a cada item. Os mesmos autores referem que apesar da variabilidade de pontuação existente na literatura, “no âmbito da prática clínica, parece consensual a proposta de Granger e colaboradores, o ponto de viragem entre dependência/independência se situar no *score* 60”. De ressaltar que os fatores externos dentro do ambiente afetam a pontuação de cada item (idem).

Inicialmente foi necessário clarificar o grau de dependência: inferior a 20 pontos, dependência total; 20-35 pontos, dependência grave; 0-55 pontos, dependência moderada; superior ou igual a 60 pontos, dependência leve; e 100 pontos, independente (DGS, 2011). Posteriormente estabeleceu-se e implementou-se um plano de cuidados, minimizando o impacto da dependência e após reavaliação da capacidade funcional periódica, reformulou-se os DE.

A avaliação foi realizada em três momentos distintos baseados em Araújo e seus colaboradores (2007), Carroll (2011) e na Norma da DGS (2011): no momento da admissão, após primeiro levante e no momento da alta. De referir que as PI internadas por trauma, a primeira avaliação foi direcionada para o momento antes da queda ou acidente (por atropelamento ou de viação), para verificar a funcionalidade real da PI e comparar com o momento da alta e pós-alta através de *follow-ups*.

O principal objetivo do IB é avaliar o “grau de independência sem qualquer ajuda, física ou verbal, por mínima e qualquer razão que seja. A necessidade de supervisão implica a classificação de NÃO independente” (DGS, 2011). Assim, adotei estes *scores* tendo também em consideração o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (Ministério da Saúde, 2011) em experimentação na Instituição hospitalar onde foi realizado este projeto, que define conceitos para a definição de níveis de dependência de cuidados de enfermagem para ortopedia. A avaliação deve ser gerada através do que a PI faz e não do que poderia fazer e “é importante a performance”, segundo a melhor prova disponível, “das últimas 24-48 horas, mas ocasionalmente períodos mais longos serão apropriados” (DGS, 2011). Para ser independente, é permitido o uso de auxiliares e ajudas técnicas (Carroll, 2011).

Carroll (2011) também evidencia o fator ambiente e que a avaliação deve ter esse agente em causa e se existir necessidade de alterações no ambiente devem ser anexadas ao IB e a reavaliação deve ser realizada novamente logo após essa alteração. Por outro lado, segundo a WHO (2012), o ambiente é um dos fatores passíveis de ser modificado.

AMBIENTE HOSPITALAR

Como já explanado anteriormente, a hospitalização é considerada de grande risco principalmente para a PI, pois tem de enfrentar um mundo que desconhece e no qual se encontra fragilizado (Almeida *et al*, 2010), acrescentando um ambiente e contexto desconhecido.

Morse (2009), AHQR (2013), NICE (2013) entre outros inscrevem o ambiente hospitalar como risco elevado para as quedas apresentando uma variedade de *guidelines* em forma de orientação para um plano de prevenção de quedas efetivo.

Desta forma elaborei uma *Check-List* (ANEXO VII f.), direcionada ao serviço em questão, para avaliação do ambiente geral e em específico (unidade do utente/enfermaria) em que a PI se encontra. Uma vez que se trata de um serviço ortopédico, elaborei uns itens direcionados para as patologias e cirurgias inerentes como por exemplo, os sanitários devem ser ajustáveis e os porta papel higiénico devem estar acessíveis ao utente, de forma que ao tirarem não façam movimentos que os coloquem em risco de queda ou provoquem luxações das próteses. Estas situações são uma problemática com que nos deparamos há muito tempo nesta Instituição e não conseguimos fazer valer a nossa posição, uma vez que até hoje, nunca ocorreu nenhum evento, pois tiramos o rolo do porta papel e colocamos ao lado do utente e instalamos um banquinho largo, para utentes em que o sanitário fica excessivamente alto. Depois realizam-se ensinos para evitar que o utente caia ao sair e/ou a sentar no sanitário.

Almeida e seus colaboradores (2010) referem que as quedas de utentes em ambiente hospitalar “são incidentes muito frequentes com impacto na morbilidade e na qualidade de vida” da PI, contribuindo para o aumento do tempo de internamento e dos custos dos cuidados de saúde.

Neste paradigma insere-se a *Check-List* elaborada como um mapa escrito do serviço, de forma a realizar o levantamento de fatores de risco ambientais e do equipamento e definição de planos de melhoria. Para a definição de planos de melhoria optei por colocar na *Check-List* uma designação positiva (parâmetros a avaliar e como devem estar) para o ambiente e/ou equipamento. No final da *Check-List* encontra-se espaço para acrescentar algum aspeto relevante em relação ao ambiente e/ou equipamento, sugestões de melhoria e/ou observações.

Por último, porque a temática incorpora a palavra "contributo" e porque a divulgação de programas de intervenção na prevenção de quedas é importante para obter ganhos em saúde, foi realizada uma Comunicação Livre no 2º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Coimbra (ANEXO XIV).

Morse (2009) refere que o evento queda pode ser evitado com medidas preventivas adequadas, identificando as causas e desenvolvendo métodos para reduzir a ocorrência. Desta forma, ao divulgar as intervenções realizadas na prevenção de quedas e os resultados derivados das mesmas (ANEXO XVII), sinto que contribui para demonstrar e transmitir o que a evidência reclama, isto é, intervenções efetivas e a sua praticabilidade.

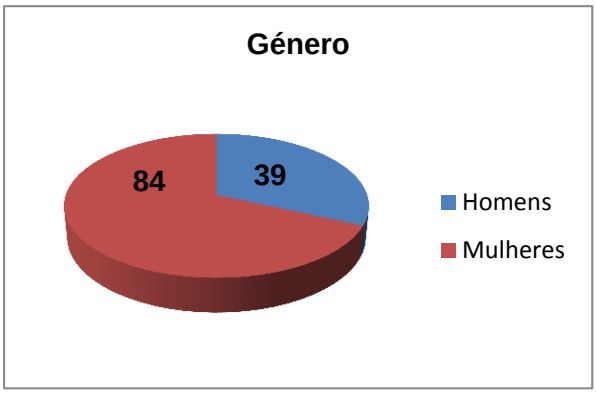
2.3. Resultados Obtidos

Considerando que a finalidade deste relatório é a explanação do desenvolvimento de competências para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados em Enfermagem Médico-Cirúrgica à PI, através da contribuição e intervenção na prática de cuidados de enfermagem à PI, na prevenção de quedas em ambiente hospitalar, visando ganhos em saúde mensuráveis, considerei importante a descrição da população alvo deste meu percurso.

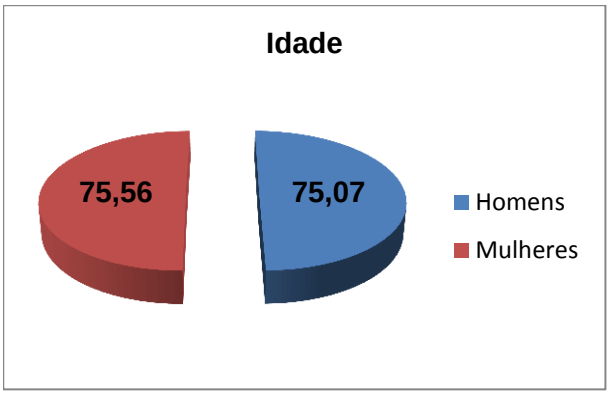
Os dados foram compilados no programa excel e analisados mediante cálculo de frequências percentuais e da medida de tendência central (média).

De um total de 130 PI internadas no período compreendido entre 16 de Outubro de 2013 e 17 de Janeiro de 2014, caraterizaram-se e avaliaram-se 123 idosos, com idades compreendidas entre os 65 anos e os 97 anos, concluindo-se que:

Quadro 1: Distribuição de PI quanto ao género

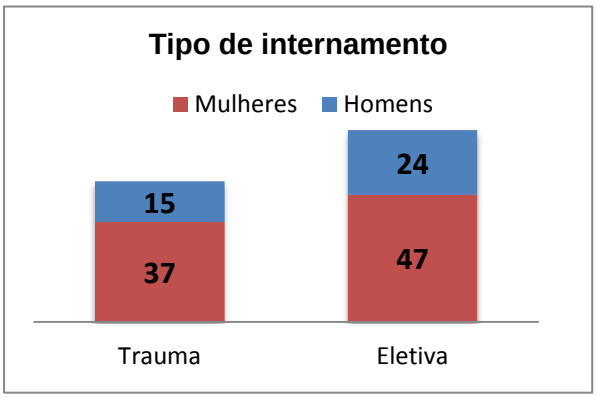


Quadro 2: Distribuição de PI por média idade



Das PI avaliadas, 84 eram do género feminino e 39 do masculino. A média de idades entre os géneros foi de 74,62 anos sendo para as mulheres 75,56 anos e os homens 75,07. Aprofundando esta perspetiva encontrei mais expressão quando dividi em tipo de internamento, em que as mulheres idosas apresentavam uma média de idade de 80,97 anos e os homens idosos 79 anos para internamentos por trauma.

Quadro 3: Distribuição de PI quanto ao tipo de internamento



No que concerne ao internamento programado a média de idades para o género feminino é de 71,96 anos e para o género masculino de 73,38 anos. É importante constatar que o género feminino predomina para ambos os tipos de internamento, devido talvez à esperança média de vida ser maior relativamente ao género masculino (INE, 2011). No que respeita ao internamento por trauma corrobora a evidência de que as mulheres tendem a cair mais que os homens (PHAC, 2011; WHO, 2007).

Gráfico 1: Estado civil

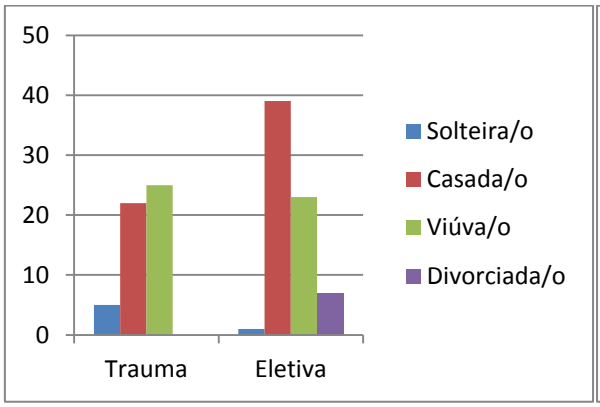
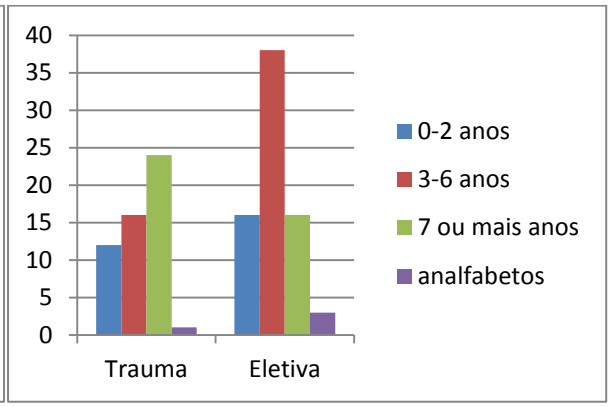
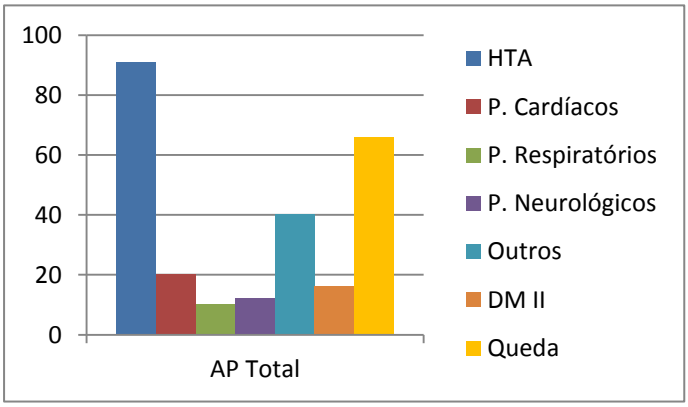


Gráfico 2: Habilitações literárias



Os gráficos 1 e 2 respetivamente, caraterizam a PI quanto ao estado civil que representa um total de 61 PI casadas, seguidas de 48 viúvas e habilitações literárias, representando um total de 4 analfabetizados (não sabem ler nem escrever), 27 com literacia de 0-2 anos, 52 com 3 a 6 anos de literacia e 40 com 7 ou mais anos. De destacar no internamento por trauma em que a maioria das PI (24) tem literacia igual ou superior a 7 anos. De referir que a própria evidência não é unânime neste aspeto, uma vez que encontramos estudos que apresentam a escolaridade alta como resultado baixo risco (Pereira *et al*, 2013) e, por outro lado, existem estudos que encontraram uma escolaridade alta em idosos que caíram ou tiveram quedas recorrentes (Siqueira *et al,* 2007; Pereira *et al*, 2013 citando Perracini *et al*, 2002), já que a "leitura contribui para desenvolver a atenção e, consequentemente, para manter o equilíbrio" (Ferrer *et al*, 2004).

Gráfico 3: AP mais frequentes



O gráfico 3 demonstra as patologias mais frequentes nas PI internadas, apontando a Hipertensão (HTA) em 91 idosos e consequentemente a medicação necessária para esta patologia crónica, que se encontra inscrita na medicação de risco e inapropriada para as PI (AGS, 2012; Beasley *et al*, 2009; Costa-Dias *et al,* 2013). Seguindo estes

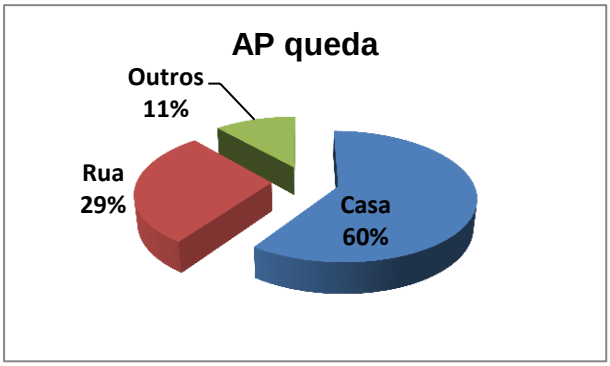
autores e no que respeita à avaliação que realizei sobre os medicamentos utilizados pelas PI, encontrei entre 1 a 12 medicamentos considerados de risco, que corresponde a uma média de 4,11 medicamentos por idosos, mas deparei-me com um aspeto muito positivo: onze indivíduos (8,9%) que não faziam medicação nem apresentavam AP.

As minhas intervenções prolongaram-se nesta categorização na abordagem à PI pois, na utilização de vários medicamentos, constatei que a maioria demonstrou falta de conhecimentos dos efeitos secundários e mesmo sabendo para que estava direcionado o medicamento, não sabia descrever o efeito esperado. Grande parte também identificava os medicamentos pelas caixas ou cores dos medicamentos. Alguns traziam descritos os medicamentos numa folha, por refeição, outros apenas os nomes (por norma marca). Ponto grave e extremamente perigoso, foram as situações de PI que tomavam toda a medicação à mesma refeição porque era “mais prático” ou “não queriam andar com os medicamentos na rua” e outros que apresentavam medicamentos idênticos à mesma hora (por exemplo: Enalapril e Enalapril+Hidroclorotiazida ao pequeno-almoço). Por regra, a maioria das abordagens e intervenções educativas tiveram em conta a presença da família e foram direcionadas para a explicação dos medicamentos prescritos, solicitação de ajuda aos familiares, esclarecer sobre esquemas posológicos e forneci uma folha para colocar o nome do medicamento (por substância ativa e posologia descrita na caixa), posologia a tomar e horário (ANEXO X), demonstrando sempre com um exemplo predefinido. Advertia também para a colocação dessa folha num local que utilizasse sempre, como por exemplo um porta-documentos, para que, quando se deslocar a uma Instituição de saúde ou em caso de um evento adverso, os profissionais de saúde terem conhecimento de medicamentos que utiliza ou não ocorrer sobreposição de prescrições.

Estes indicadores são relevantes de forma a confirmar que o risco de queda e a sua prevenção em meio hospitalar é de extrema importância, pois para além da patologia/situação de base para o internamento acrescem outras relevantes, constituindo-se como fatores intrínsecos biológicos que pode ser minimizado e

extrínsecos relacionados com o comportamento passível de ser modificado (WHO, 2007).

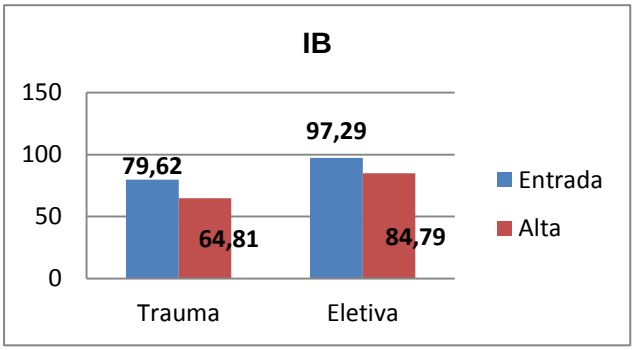
Gráfico 4: AP queda



No que respeita ao AP queda corresponde a 66 indivíduos, sendo 52 (100%) internados por trauma relacionado com queda. Uma compreensão dos fatores envolvidos nos relatos de queda tornou-se fundamental para a implementação de novas e mais abrangentes medidas preventivas e interventivas, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da PI enquanto internada e pós-alta.

Das 66 PI internadas que apresentavam AP quedas, incluíram-se as internadas por trauma por queda, mesmo que fosse a primeira vez. A maioria das PI (31) caiu em casa a realizar uma AVD (entrar ou sair da cama, subir ou descer escadas, deambular em superfícies planas e subir ou descer escadote e/ou cadeiras) seguido da rua (15) e outros que inclui lar, centros de convívio e centros de dia (6), contrariando o relatório global sobre a prevenção de quedas na velhice (WHO, 2007), que indica que a maioria das quedas ocorre em instituições de repouso. Este tipo de AVD (com exceção de subir ou descer escadote e/ou cadeiras) são as realizadas em internamento para melhorar a funcionalidade para critério de alta.

Gráfico 5: Avaliação IB

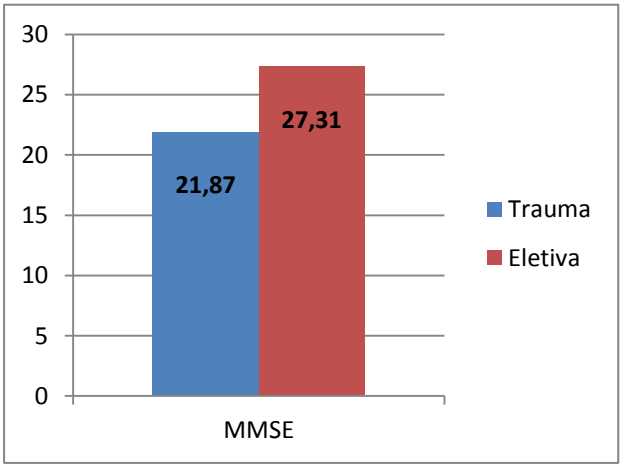


Como se pode verificar no gráfico 5 relativamente à avaliação através do IB, constatei que as PI após intervenção cirúrgica programada, no momento da alta, saem com "Dependência Leve" na funcionalidade para a realização das suas AVD. Este facto deve-se também ao tempo de internamento ser mais curto (média de 5, 53 dias) e não ter sido realizado um *follow-*

up, de forma a avaliar a evolução da funcionalidade. De referir que nos primeiros meses, a PI submetida a Prótese Total da Anca, será mais dependente relativamente às PI submetidas a outro tipo de cirurgia, pois comporta um cuidado muito maior na execução das AVD, de forma a evitar luxação da prótese. Os resultados apresentados no gráfico 5 relativamente aos internamentos por trauma, já existia uma previsão, pois estas PI comportam mais AP, utilizam mais medicamentos, apresentam um défice cognitivo maior, a sua funcionalidade para as AVD prévia ao trauma, já apresenta uma dependência maior e, consequentemente, o tempo de internamento aumenta para uma média de 9,87 dias. Com isto percebe-se que após uma queda, a situação já de si frágil, acaba por formar uma bola de neve que vai aumentando se nada se fizer para prevenir.

Todas as PI, durante a hospitalização, têm de adquirir conhecimentos e estratégias no ambiente hospitalar, que vão dar continuidade no domicílio, nomeadamente no autocuidado para as AVD, aproveitando este aspeto para as ajudar a compreender o meio ambiente e o que pode ser alterado, evitando riscos. Neste seguimento, todas as PI também foram direcionadas para as ações de educação para a saúde, desenvolvidas pela equipa de prevenção de quedas no domicílio da Instituição, sendo fornecido folheto com os dias marcados dessas ações.

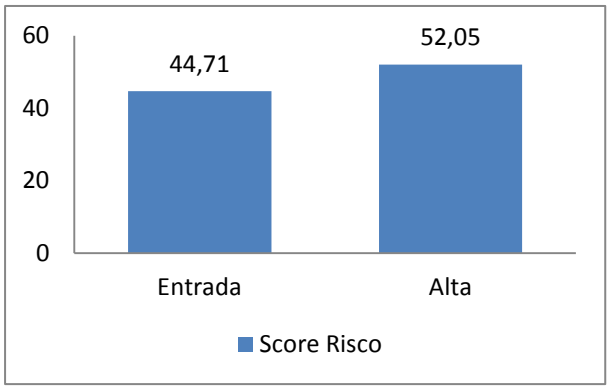
Gráfico 6*: Avaliação MMSE*



O gráfico 6 representa o funcionamento cognitivo relativamente às PI no momento do internamento, pois como me deparei com pouca adesão da equipa de enfermagem, nomeadamente nesta avaliação, existiam mais processos não avaliados no momento da alta e muito poucos avaliados. Uma vez que as altas são dadas no período da manhã, turnos em que estive pouco presente, e como se trata do turno mais complicado a nível de atividades e de movimentação de equipas pluriprofissionais, aumentando a sobrecarga do enfermeiro, levou à não adesão da avaliação desta

escala no momento da alta. Contudo, a avaliação da *MMSE* no momento da admissão foi realizado demonstrando que as PI internadas por trauma apresentam um défice cognitivo já muito próximo do moderado a grave. Fator importante para compreender e desenvolver estratégias em conjunto com a PI se possível e cuidador familiar de forma a prevenir as quedas e recorrência de quedas. Em ambiente hospitalar existem estratégias difíceis de ser executadas, como por exemplo, mobilizar a unidade do utente para mais próximo de uma sala de enfermagem, uma vez que compreende aceitação da equipa pluriprofissional, que não foi conseguido.

Gráfico 7: *Score* risco de queda de *MFS*



Na avaliação ao *score* de risco de queda através da *MFS*, deparei-me com uma média de "Risco Médio" aquando do acolhimento da PI ao serviço mas, por outro lado, estas mesmas PI aquando do momento da alta apresentam "Risco Alto" de queda.

De ressaltar que quando transmitido às equipas e sinalizado o utente através da colocação de dístico no quadro e na cama (ANEXO VIII), as diferentes equipas verbalizavam preocupação em confirmar e serem lembradas das intervenções para a prevenção, mas na realidade verifiquei muitas lacunas na avaliação semanal que me propus fazer, para verificar a efetividade das formações que realizei e informações que fui fornecendo durante as passagens de turno. Das lacunas verificadas, as mais comuns, que fui transmitindo também, constaram em grades descidas, camas excessivamente elevadas, objetos pessoais fora do alcance e camas destravadas em PI com dependência total e moderada; camas excessivamente altas e espaços muito pequenos entre camas em pessoas com dependência leve e independentes.

2.3.1. Registo de incidente de queda (ANEXO VII e.)

Como não existe termo comparativo, não posso referir se o evento "queda" diminuiu ou aumentou, apenas posso relatar que durante este percurso ocorreu uma queda

num indivíduo de 79 anos, género masculino. Foi internado por trauma resultado de uma queda no domicílio ao “apanhar um casaco do chão” (sic), resultando em fratura e luxação do cotovelo, antebraço e punho esquerdos, tendo sido submetido a redução incruenta e tratamento conservador com tala gessada braquiopalmar. Apresentava “risco alto” com *score* 75 na avaliação através da *MFS*, independente nas AVD mas necessitando de ajuda para vestir através do IB (prévio ao trauma) e “disfunção cognitiva moderada a severa” com *score* de 19 no *MMSE*.

A avaliação dos instrumentos foi realizada na presença da família que apenas observou, não interferindo nas respostas e, no final, a esposa e a filha chamaram-me à parte, questionando o resultado da avaliação da *MMSE*. Referem que nunca se aperceberam pois “ele sempre foi despistado e tontinho” (sic).

O idoso em causa apresentava como AP HTA e arritmia cardíaca e utilizava três medicamentos considerados de risco de queda. Segundo a família que presenciou o incidente, o idoso encontrava-se sentado no cadeirão da unidade do utente e “debruçou-se para a frente” (sic), ampararam-no mas apenas evitou que sofresse alguma lesão, pois chegou ao chão “mas lentamente” (sic). Quando questionado sobre o que sentiu, não sabia especificar.

Neste contexto, foi reforçada uma intervenção educativa para a prevenção de quedas e indicação para consultar o médico de família para o idoso ser observado, acompanhado ou direcionado para uma especialidade se for esse o caso. Foi preenchida uma folha de registo de incidente de queda, elaborada para o efeito e anexada ao processo do utente.

Não menos importante é uma reflexão baseada no acontecimento. Um fator que me apercebi e percebi que no meu contexto de trabalho também faço o mesmo, é a confiança que depositamos na família durante o horário das visitas. Contam-se as vezes, muito poucas e só quando extrema necessidade, que nos deslocamos às enfermarias durante este período. Instalamos e transferimos para a família toda a responsabilidade do risco, evento para o qual alguns não estão despertos, porque as intervenções educativas na área da prevenção da queda em ambiente hospitalar nem sempre chega a todos, uma vez que em alguns períodos só pode estar um

familiar e noutros períodos podem até um máximo de três e nem sempre são os mesmos.

2.3.2. *Check-list* ambiente e equipamento (ANEXO VII f.)

De forma a prevenir quedas acidentais, Morse (2009) recomenda que se deva criar um ambiente seguro de forma otimizada, descrevendo equipamentos de segurança para evitar quedas e características ambientais que facilitem a mobilidade e segurança do utente. A autora refere ainda que, garantindo um ambiente seguro efetivo, minimizará o número de quedas na Instituição, reduzirá o número de potenciais ações judiciais contra a Instituição e equipas, poupando indiretamente tempo dos funcionários e preservando a moral das equipas.

A AHRQ (2013) e NICE (2013) também recomendam uma avaliação e, se necessário, alteração do ambiente e equipamento hospitalar de forma a minimizar e até mesmo anular os riscos inerentes que ambos comportam para a uma prevenção efetiva de risco de queda.

Desta forma, a implementação de um projeto de prevenção de quedas é fundamental como já referido, pois trata-se de um serviço recente com obras de raiz (três anos) e infelizmente, já com muitos problemas. A *Check-List* foi alterada no sentido de aumentar itens variadas vezes, pois os profissionais de saúde, nomeadamente os AAM, foram advertindo para determinadas lacunas/ disfuncionalidades em relação ao ambiente e/ou equipamentos.

Os problemas relativamente ao ambiente que encontrei no início foi numa porta tipo “vai-vem” de acesso às últimas enfermarias que, para além de perigosa pois, se não se estiver atento a quem vem atrás de nós, a porta fecha-se muito rapidamente, embatendo na pessoa que venha atrás, podendo provocar consequências desastrosas; por outro lado, encontrava-se com as dobradiças em mau estado e desaparafusadas; no acesso à galeria permitido aos utentes, verifiquei a ausência de rampa de acesso a quem utiliza cadeira de rodas ou quem apresente deambulação debilitada, pois apresenta uma calha no pavimento pertencente à estrutura da porta; ainda no acesso à galeria, constatei a ausência de sinalética de acesso e de advertência de perigo para a referida calha; relativamente à iluminação

dos corredores existiam várias lâmpadas fundidas; no que respeita a sinaléticas nos acessos permitidos aos utentes, verifiquei ausência em alguns WC e noutros estava presente mas não eram visíveis; no que concerne ao pavimento do serviço, apresenta algumas deformidades (ligeiras elevações) que estão diretamente ligadas à construção, com coloração que apesar de ser contrastante com as paredes e antiderrapante, apresenta um padrão agressivo para a capacidade visual, nomeadamente para as PI e que apresentem diminuição da acuidade visual.

Em relação a um ambiente livre de objetos e equipamentos que coloquem em risco de queda os utentes, verifiquei que, principalmente no turno das manhãs, existiam carros de apoio aos cuidados, a obstruir as passagens aos utentes. Alguns aguardavam e pediam para afastar os carros de apoio, mas outros mais destemidos tentavam a sua passagem, sendo reforçadas estas situações junto dos utentes e também dos profissionais de saúde.

No que concerne aos equipamentos foi verificado que existia uma cama articulada simples com uma das grades que não funcionava (não ficava fixa após elevação da mesma) e travões que não deixavam a cama fixa; das dez cadeiras de rodas existentes no serviço, duas encontravam-se a funcionar totalmente contudo, as oito restantes encontravam-se com os travões avariados (seis não travavam na totalidade e dois apenas funcionava um travão, permitindo que as cadeiras não ficassem fixas); relativamente às casas de banho, das oito existentes para uso dos utentes, nenhuma apresentava fixador de chuveiro nem prateleira para colocação do material de higiene pessoal no chuveiro; verifiquei que em duas casas de banho, os varões das cortinas do chuveiro se encontravam desaparafusados; e que no sanitário este não é ajustável à posição do utente, os porta papel higiénico e a campainha de emergência não estão acessíveis ao utente.

Como a minha função neste percurso não foi apenas verificar as lacunas mas também intervir nas mesmas, a *check-list* realizada foi entregue à enfermeira chefe do serviço, no início e no final do estágio, foi incluída nas formações e foram realizadas reflexões junto das equipas de saúde.

Dos problemas encontrados no ambiente e do equipamento, as dobradiças da porta “vai-vem” e os fixadores dos dois varões das cortinas dos chuveiros foram aparafusados devidamente, mas na avaliação do ambiente final encontraram-se mais três varões dos chuveiros desaparafusados; duas das oito cadeiras de rodas avariadas foram arranjadas e a cama articulada simples foi substituída por outra a funcionar devidamente; na verificação do ambiente obstruído pelos equipamentos de suporte aos cuidados, verifiquei em determinadas equipas, um cuidado em colocar esses equipamentos afastados das passagens.

Se queremos investir em programas de segurança das PI, temos de perceber que não conseguimos alterar/modificar de uma só vez. Com o tempo, paciência, de forma assertiva e capacidade de persuasão alcançamos esse objetivo, nomeadamente em contextos difíceis não só ao nível das mentalidades, mas também, consequência de uma época em que o *stress* provocado pelo aumento da exigência dos cuidados não anda de mãos dadas com a recompensa dos mesmos.

3. QUESTÕES ÉTICAS

A OE no Código Deontológico republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, consigna que “não existem cuidados sem uma componente ética, onde se apela aos valores humanísticos, encontrando-se estes no centro da sua existência e da sua atividade”.

Deste modo, realizar um relatório de estágio implica uma responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o mesmo seja sólido, também do ponto de vista ético. Perante isto, é necessário ter em conta determinados princípios como o da autonomia, beneficência, não-maleficência e o da justiça (OE, 2009).

Este percurso foi iniciado com um pedido de autorização dirigido ao Conselho Diretivo da Instituição hospitalar onde a implementação do projeto se iria realizar, com o intuito de adquirir autorização definir e implementar normas de atuação para a prevenção e monitorização de quedas. Posteriormente foi realizado outro pedido para obter autorização para a utilização do nome e logotipo da Instituição no presente relatório (ANEXO III).

Relativamente ao princípio ético da autonomia que segundo a OE (2009) “implica o respeito pela liberdade de escolha, independência e autodeterminação do indivíduo, mediante a sua decisão baseada nos seus valores e princípios individuais”, foi respeitado ao longo de todo o percurso de estágio, na medida em que a decisão de participar ou não no projeto, foi sempre explicado a todos as PI internadas e ou famílias quando estes não podiam e na decisão para o autocuidado na prevenção de quedas.

Os princípios da beneficência e da não maleficência “implicam que o profissional de saúde deve sempre fazer o bem (beneficência) e não provocar danos (não maleficência) ” (OE, 2009). O princípio da não maleficência foi assegurado porque se garantiu que qualquer conteúdo revelado não prejudicasse as PI e até a própria Instituição hospitalar. O cumprimento da beneficência foi assegurado na medida em que todos os dados obtidos e as PI foram tratados igualmente, com respeito e dignidade, tendo sido garantidos todos os seus direitos durante o percurso realizado.

De forma a ser-se justo, deve-se pensar nos condicionalismos presentes e saber fornecer-lhes o melhor termo, agir de forma justa perante todas as PI e após ponderar sobre as partes envolvidas.

O cuidar nunca pode implicar a negação de nenhuma das componentes da pessoa e neste sentido “o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade”; e de “contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (OE, 2009). Efetivamente esta tríade revela que quando se cuida de PI, a direção de todos os cuidados só faz sentido quando dirigida para a PI como um todo. O autocuidado deve ser percecionado também pela família e toda a sociedade, que, hoje mais do que nunca, deve estar preparada para bem receber PI.

4. LIMITAÇÕES DO TRABALHO

Um dos aspetos que verifiquei ao longo de todo o percurso de pesquisa bibliográfica e que me deixou apreensiva foi os inúmeros instrumentos existentes para avaliar uma mesma situação e as adaptações realizadas sem fim com base num mesmo autor. Não quero dizer com isto que não devam ser elaboradas atualizações dos instrumentos de medida, pois a sociedade e a saúde evoluem e transformam-se constantemente, mas sim realçar a importância de averiguar a real necessidade de se criar novos instrumentos e adaptar outros, vezes sem fim, limitando uma das vantagens das dimensões estruturadas em saúde, que passa pela garantia da comparabilidade de resultados, fornecendo desta forma, mais visibilidade aos cuidados prestados.

A ausência de um sistema informatizado também não ajuda, visto que se tornaria mais fácil interiorizar, na medida que os enfermeiros referem estar cansados de tanta “papelada”, descurando os cuidados em prol de preenchimento de formulários sem fim.

Por último mas não menos importante, tenho a referir que, com um percurso de estágio como este, de implementação de um programa de prevenção de quedas, verifiquei que o tempo do mesmo, se transformou em tempo nenhum. Apercebi-me que um programa desta dimensão requer tempo para interiorizar, tempo para aceitar, para compreender, para intervir e então aceitar e alterar/modificar o que está menos bem.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevenção de quedas de PI em ambiente hospitalar demonstrou envolver várias vertentes, que não se caraterizam unicamente pelos instrumentos de avaliação e monitorização mas também pela panóplia de cuidados que implicam um pensamento para ação superior. Agir como perito, desenvolver competências de Especialista e Mestre, tornar-se a enfermeira de referência na prevenção de quedas em ambiente hospitalar, mas também saber ser e saber fazer. Por um lado reforcei competências que considerava adquiridas e por outro desenvolvi competências que jamais pensaria em adquiri-las.

Considerando a PI e as dificuldades que aparecem com o envelhecimento, surge a necessidade de profissionais capacitados e especializados para atendê-las de forma sucinta e efetiva. A atenção para a PI, despertada pelo crescimento dessa população e custos económicos, tem ocorrido sem uma preparação adequada da sociedade como um todo.

Desta forma, esta Especialidade e Mestrado torna-se um desafio positivo na capacitação de profissionais focados na PI que ainda caminha a passos lentos. É emergente este propósito, pois o tratamento imparcial e não especializado poderá contribuir para o aumento da fragilização, vulnerabilidade e isolamento da PI.

Constatei então que, para intervir junto das PI e Famílias, é necessário pautar-me na integralidade dos cuidados e na lógica da vigilância, visando a promoção do autocuidado, prevenção de riscos, nomeadamente das quedas e reabilitação das condições de saúde. Assim, assumi uma ampliação dimensional de competências, distintas das bases de formação e atuação.

Contribuir e intervir nos cuidados de PI e família em situação de doença crónica e/ou crónica agudizada em contexto intra e extra hospitalar na área de enfermagem médico-cirúrgica, permite a obtenção de vantagens para a prestação de cuidados, com melhorias na qualidade e continuidade dos mesmos e na segurança das PI com ganhos em saúde.

Consideram-se ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem as “evoluções positivas ou modificações operadas no estado dos DE” (OE, 2004) por isso se desenvolveram os DE acrescentando aos já pré-definidos pela Instituição.

A utilização e implementação de instrumentos de avaliação, monitorização e documentação para prevenção de quedas, permitiram examinar aspetos até então inacessíveis, despertar interesses, constituindo importantes recursos para os cuidados de enfermagem e para a Instituição. Claro que muito há a fazer, a desenvolver e a melhorar como fui referindo ao longo do relatório mas, antes de se mobilar uma casa deve-se primeiramente desenhá-la. Como tal, apraz-me referir os convites que me foram dirigidos, durante o percurso de Estágio I, para elaborar uma norma para a prevenção de quedas em ambiente hospitalar e apresentar ao Conselho Diretivo para aceitação e disseminação da referida norma e para realizar uma apresentação no congresso a realizar nesta Instituição no final do ano sobre esta temática e o que foi desenvolvido.

Por outro lado, esta intervenção permitiu promover momentos de reflexão entre profissionais de saúde, PI e suas famílias, tendo como principal finalidade melhorar continuamente a qualidade e a segurança dos cuidados, nomeadamente na prevenção de quedas, sentindo-me reconhecida pelos meus pares como a profissional de referência no que concerne a esta problemática.

Como evento de causa multifactorial de grande complexidade terapêutica e de prevenção exaustiva, as quedas exigem sempre uma abordagem pluriprofissional constante. Desta forma é impreterível que a segurança da PI deva ser uma temática abordada constantemente e deveria fazer parte da licenciatura na área da saúde, de forma que os futuros enfermeiros surjam mais atentos para os problemas que daí possam advir.

Considerando o investimento pessoal aplicado neste programa para implementar instrumentos de avaliação e monitorização de quedas, verifiquei que modifiquei muitas atitudes até então rotineiras, transformando-as em atitudes dinâmicas e com fundamento para um cuidado à PI mais atento, individual e baseado na evidência.

Assim, atingi os objetivos a que me propus e os preconizados pelo Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica à PI e alcancei as bases para um projeto maior num futuro breve na prevenção de quedas.

Este percurso, tal como a elaboração deste relatório, foram todos pautados pela prática reflexiva, facto absolutamente inevitável, uma vez que exerço funções numa unidade de geriatria e a minha perspetiva para com os cuidados com a PI e família, converteu-se em competências adquiridas e transformadas em saber estruturado, com capacidade de mobilização de conhecimentos científicos, técnicos e éticos em enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agency for Healthcare Research and Quality (2013). Preventing Falls in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care. Advancing Excellence in Health Care. *Department of Health & Human Services*, AHRQ Publication, Nº 13-0015-EF. Acedido a 28-03-2013. Disponível em: www.ahrg.gov

Agency for Healthcare Research and Quality (2013).*US Preventive Services Task Force*. Recommendations. Acedido a 28-03-2013. Disponível em: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/recommendations.htm

Aleixo, T., Escoval, A., Fontes, R. & Fonseca, C. (2011). Indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem em lares de idosos**.** *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (3), 141-149. Acedido a 10-04-2013. Disponível em: www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n3/v3n3a15.pdf

Almeida, R., Abreu, C. & Mendes, A. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (nº2), 163-172.

American Geriatrics Society (2010).Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons. Professional Education. *Journal American Geriatrics Society*, (3234).**DOI** 10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x

American Geriatrics Society (2012). AGS Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults – Clinical Tool. Disponível em: http://www.americangeriatrics.org/files/documents/beers/PrintableBeersPocketCard.pdf

Araújo, F., 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. Disponível em: http://sigarra.up.pt/fpceup/en/PUBLS_PESQUISA.FORMVIEW?p_id=52442

Balzer, K., Bremer, M., Schramm, S., Lühmann, D. & Raspe, H. (2012).Falls prevention for the elderly.*GMS Health Technology Assessment*, Vol.8 (1), 1- 8.DOI: 10.3205/hta000099

Beasley, B. et al (2009). Development and implementation of a pharmacy fall prevention program. *Hospital Pharmacy,* Vol. 44 (12), 1095-1102.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem.* Coimbra: Quarteto Editora.

Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas: Uma abordagem global – Processo de enfermagem por necessidades*. Lisboa: Lusodidacta.

Berry, S. & Miller, R. (2008). Falls: Epidemiology, Pathophysiology, and Relationship to Fracture. *Current Osteoporosis Reports Journal*, 6(4): 149–154. Acedido a 21-07-2013. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2793090/

Body, R., & Stevens, J. (2009). Falls and fear of falling: burden, beliefs and behaviours. *Age and Ageing*, Vol. 38 (4), 423-428. DOI:10.1093/ageing/afp053

Boltz, M., Capezuti, E., Wagner, L., Rosenberg, M.-C.& Secic, M. (2013) Patient Safety in Medical-Surgical Units: Can Nurse Certification Make a Difference? *Medical-Surgical Nursing,* January-February, Vol. 22(1):26-32, 37. Acedido a 25-05-2013. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23469496

Cameron, I., Gillespie, L., Robertson, M., Murray, G., Hill, K., Cumming, R. & Kerse, N. (2012). Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Bone, Joint and Muscle Trauma Group*. DOI: 10.1002/14651858.CD005465.pub3

Carroll, D. (2011) Functional Evaluation: The Barthel Index de Mahoney, F. & Barthel, D. (1965). Recuperado a 12 Maio de 2011 em *Rehabilitation Notes.* Disponível em: http://www2.massgeneral.org/stopstroke/pdfs/barthel_reprint.pdf

Carvalho, E.M., Garcês, J.R., Menezes, R.L. & Silva, E.C. (2010). O olhar e o sentir do idoso na pós-queda. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13 (1).ISSN 1809-9823

Chow, W., Ko, C., Rosenthal, R. & Esnaola, N. (2012). Best practice guidelines: Optimal Preoperative Assessment of the Geriatric Surgical Patient. *American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program /American Geriatrics Society*. Acedido a 02-04-2013. Disponível em http://www.americangeriatrics.org/

Costa-Dias, M., Oliveira, A. & Ferreira, P. (2010). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra*. Disponível em http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/MFS_PT_c.pdf

Costa-Dias, M., Oliveira, A., Moreira, C., Santos, A., Martins, T. & Araújo, F. (2013). Quedas de doentes internados em serviços hospitalares, associação com os grupos terapêuticos. *Revista Referência,* III Série (9). Disponível em: http://dx.doi.org/10.12707/RIII12142

Diógenes, M.A. & Pagliuca, L.M. (2003). Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre (RS), Dezembro, 24 (3), 286-93.

Direcção-Geral da Saúde (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Prevenção dos Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas. *Circular Normativa nº 13/DGCG de 02/07/2004*. Acedido a 18-07-2013. Disponível em http://www.dgs.pt

Direcção-Geral da Saúde (2011). Circular Normativa 054/2011 - Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. *Departamento da Qualidade na Saúde*. Disponível em: www.dgs.pt

Direcção-Geral da Saúde (2012). Prevenção e gestão de quedas e lesões por quedas**.** *Departamento de Qualidade de Saúde*. Acedido a 22-07-2013. Disponível em http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521

Direcção-Geral da Saúde (2012). Serviços sobre a Análise de Incidentes e Eventos Adversos para Prestadores de Cuidados de Saúde do Sistema de Saúde Português: Análise de Incidentes e de Eventos Adversos. Orientação da Direcção- Geral da Saúde. *Departamento de Qualidade de Saúde*, Nº 11. Acedido a 22-07-2013. Disponível em: dgs@dgs.pt

Ferrer, M., Perracini, M., Ramos, L. (2004). Prevalência de fatores ambientais associados a quedas em idosos residentes na comunidade em São Paulo, SP. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 8 (2),149-54.

Filho, M. & Netto, M. (2005). *Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica.* 2ª Edição. Edições Atheneu. ISBN: 857379772X

Folstein M. F., Folstein S. E., & McHugh, P. A. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*, 189-198. **Doi:** 10.1016/0022-3956(75)90026-6 (Consultado em Biblioteca Hospitalar)

Fonseca, R. (2006). Análise crítica à teoria geral de enfermagem da Dorothea Orem. Universidade Católica Portuguesa. Acedido a 19/01/2013. Disponível em http://pt.scribd.com/doc/22602771/Trabalho-Orem-Final

Freitas, G. & Oguisso, T. (2008). Ocorrências éticas com profissionais de enfermagem: um estudo quantitativo. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 42 (1), 34-40. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/05.pdf

Fulop, T., Larbi, A., Witkowsky, J., McElhaney, J., Loeb, M., Mitniski, A.*, et al*. (2010). Aging, frailty and age-related diseases. *Biogerontology*, 11(5), 547-563. **DOI:** 10.1007/s10522-010-9287-2

Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A. & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini-Mental State Examination. *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10. (Consultado em Biblioteca Hospitalar).

Heath, H., & Phair, L.(2011). Frailty and its significance in older people's nursing. *Nursing Standard*, 26 (3), 50-55. Acedido a 22-07-2013. Disponível em http://nursingstandard.rcnpublishing.co.uk/archive/article-frailty-and-its-significance-in-older-people-s-nursing

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital – Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva do cuidar* (Mª Isabel Ferreira trad.). Loures: Lusociência.

Instituto Nacional de Estatística (2011). Índice de dependência de idosos (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011); Decenal. Acedido a 28/03/2013. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos-homepage

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2011). ADELIA – Acidentes Domésticos e de Lazer Informação Adequada. Departamento de Epidemiologia. *Relatório 2006-2008*. Acedido a 12-06-2013. Disponível em http://www.insa.pt

LeBoterf, G. (2006). Avaliar as competências dos Profissionais: Três dimensões a Explorar. *Reflexão RH*, Junho, 60-63. Disponível em:http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf

Leme, L., Sitta, M., Toledo, M. & Henriques, S. (2011). Orthopedic surgery among the elderly: clinical characteristics. *Revista Brasileira de Ortopedia*, vol.46 (3), 238-246. Acedido a 13-05-2013. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-36162011000300002

Marin, M. J. S., Rodrigues, L. C., Druzian, S. & Cecílio, L.C. (2010). Diagnósticos De Enfermagem De Idosos Que Utilizam Múltiplos Medicamentos. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 44 (1), 47-52. ISSN 0080-6234. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a07v44n1.pdf

Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem,* 12 (2), 62-66. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf

Michael, Y., Whitlock, E., Lin, J.S., Fu, R., O'Connor, E. & Gold, R. (2010). Primary Care–Relevant Interventions to Prevent Falling in Older Adults: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *American College of Physicians, Annals of Internal Medicine*, 153:815-825. Disponível em: www.annals.org. **DOI:** 10.7326/0003-4819-153-12-201012210-00008

Ministério da Saúde (2011). *Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem. Manual de Conceitos Básicos para a Definição de Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem em Ortopedia*. Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização. Ed. 02. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, IP.

Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M. & Martins, I. (2009). Novos valores normativos do *Mini-MentalStateExamination*. *Sinapse,* Vol.9 (2), 10-16. Disponível em:www.spneurologia.org/index.php?option=com_weblinks&view=categories&Itemid

Morse, J. (2009). *Preventing patient falls: establishing a fall intervention program*. 2ª Edição. New York: Springer Publishing Company.

Morse, J., Morse, R., Tylko, S. (1989). *Development of a scale to identify the fall-prone patient. Canadian Journal on Aging*, 8, 366-377. V2 - Adaptação cultural e linguística, 2010. *Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra*. Disponível em: http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/MFS_PT_c.pdf

Moyer, V. (2012). Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *AnnalsofInternal Medicine*, 157 (3). Acedido em 22-07-2013. Disponível em: http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-157-3-201208070-00462#ClinicalConsiderations

National Center Patient Safety (2004). *Falls Toolkit*. Department of Veterans Affairs. Acedido a 01-06-2013. Disponível em: http://www.patientsafety.gov/pubs.html#handbook

National Institute for Clinical Excellence (2004). *Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people*. London: Royal College of Nursing.

National Institute for Health and Care Excellence (2013). Falls: assessment and prevention of falls in older people. *NICE Clinical Guideline 161*. Acedido a 11-07-2013. Disponível em www.guidance.nice.org.uk/cg161

National Safety Council (2008). *Safety Ambassador, Older Adult Falls Prevention*. Disponível em: http://www.nsc.org/safety_home/BeaSafetyAmbassador/Documents/FallsPPT_Older_Notes.pdf

North American Diagnosis Association (NANDA International). (2010). *Diagnósticos da Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação – 2009 – 2011*. Porto Alegre: Artmed.

North American Diagnosis Association (NANDA International). Diagnósticos da Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação – 2012 – 2014. Porto Alegre: Artmed.

Ordem dos Enfermeiros (2004). Incentivos e indicadores de qualidade e produtividade em enfermagem. Suplemento da Revista da Ordem dos Enfermeiros, 13. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_13_Julho_2004_Suplemento.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2009). Código Deontológico - Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. 6th Edition. St. Louis, Missouri: Mosby.

Paixão Jr., C. & Reichenheim, M.E. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 7-19.

Pereira, G., Morsch, P., Lopes, D., Trevisan, M., Ribeiro, A., Navarro, J., Bós, D., Vianna, M. & Bós, A.J. (2013). Fatores socioambientais associados à ocorrência de quedas em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (12), 3507-3514. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63028840007

Pires, A. (2007). Ética e cuidar em enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 72, 47-49.

Public Health Agency of Canada (2012). Injuries / Report on senior´s fall in Canada. *Department of Aging and Seniors*. Acedido a 23-07-2013. Disponível em: http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/alt-formats/pdf/publications/pro/injury-blessure/seniors_falls/technical-report-hospitalizations_e.pdf

Public Health Agency of Canada (PHAC) (2011). Report on senior´s fall in Canada. *Department of Aging and Seniors*. Acedido a 23-07-2013. Disponível em: http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/index-eng.php

Sales, M., Silva, T., Gil Jr., L. & Filho, W. (2010). Efeitos adversos da internação hospitalar para o idoso. *Geriatria & Gerontologia*, 4(4), 238-246.

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Unidades de Saúde da SCML – Hospital Ortopédico de Sant´Ana. Acedido a 03-04-2013. Disponível em: http://www.scml.pt/areas_de_intervencao/saude/hospital_ortopedico_de_santana/

Santos, M. & Almeida, A. (2010). Polimedicação em idosos. Revista de Enfermagem Referência, III Série (2), 149-162. ISSN 0874-0283. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIn2/serIIIn2a16.pdf

Siqueira, F., Facchini, L., Piccini, R., Tomasi, E., Thumé, E., Silveira, D., Vieira, V. & Hallal, P. (2007). Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Revista de Saúde Pública,* 41 (5), 749-756.

Suesada, M., Martins, M., Carvalho, C. (2008). Effect of short-term hospitalization on functional capacity in patients not restricted to bed. *American Journal Physical Medicine & Rehabilitation*, 86 (6), 455-462. Acedido a 29-05-2013. **DOI:** 10.1097/PHM.0b013e31816dd045

Szanton, S., Thorpe, R., Boyd, C., Tanner, E., Leff, B., Agree, E., Xue, Q.-L., Allen, J., Seplaki, C., Weiss, C., Guralnik, J. &Gitlin, L. (2011). Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders: A Bio-Behavioral-Environmental Intervention to Improve Function and Health-Related Quality of Life in Disabled Older Adults. *Journal American Geriatrics Society,* (59), 2314-2320. **DOI:** 10.1111/j.1532-5415.2011.03698.x

Tinetti, M. &Kumar, C.(2010). The patient who falls: It's always a trade-off. *Journal of the American Medical Association*, Vol. 303, (3), 258–266. Acedido a 26/03/2013. Disponível em: http://www.hindawi.com/journals/jar/2011/867341/

Vance, D., Ross, L., Crowe, M., Wadley, V., Edwards, J. & Ball, K. (2009).The Relationship of Memory, Reasoning, and Speed of Processing on Falling Among Older Adults. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 27(3), 212-228. **DOI:** 10.1080/02703180802377123

Vassallo, M., Mallela, S., Williams, A., Kwan, J., Allen, S. & Sharma, J. (2009).Fall risk factors in elderly patients with cognitive impairment on rehabilitation wards. *Geriatrics & Gerontology International*, Vol. 9 (1), 41–46. **DOI:** 10.1111/j.1447-0594.2008.00506.x

WHO (2002). Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde. 1ª Ed. Traduzida para Português – 2005. *Organização Pan-Americana da Saúde – Opas – OMS*. Acedido a 23-03-2013. Disponível em www.opas.org.br

WHO (2007). Ageing and Life Course, Family and Community Health. *Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Acedido a 12-04-2013. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf

WHO (2007). Ageing and Life Course, Family and Community Health. Global Report on Falls Prevention in Older Age. *Epidemiology of Falls*. Acedido a 12-04-2013. Disponível em: http://www.who.int/ageing/projects/1.Epidemiology%20of%20falls%20in%20older%20age.pdf

WHO (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Acedido a 12-04-2013. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf

ANEXOS