



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Prevenção do Risco de Queda em idosos hospitalizados: contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Lena Isabel dos Santos Sabino

Orientação: Professora Maria José Bule

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto
Politécnico
Portalegre

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPS Instituto
Politécnico de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Prevenção do Risco de Queda em idosos hospitalizados: contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Lena Isabel dos Santos Sabino

Orientação: Professora Maria José Bule

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Évora, 2018

“A vida por vezes impõe-nos limitações, tira-nos o que éramos, o que fomos, mas ao mesmo tempo, faz entrar na nossas vidas, quem nos faz acreditar que tudo é novamente possível!”.

(Participante: R.L)

Resumo

Título: Prevenção do Risco de Queda em idosos hospitalizados: contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

O envelhecimento populacional e a necessidade de hospitalização acrescem a vulnerabilidade do idoso, tornando-o propenso à ocorrência de quedas. A prevenção é um objetivo estratégico do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.

No estágio final, realizado num serviço de Medicina do NUT Alentejo, o projeto de intervenção visou avaliar fatores intrínsecos e identificar fatores extrínsecos de risco de queda e conceber um plano de intervenção para diminuir o risco de queda em idosos internados.

Participaram nove sujeitos com mais de 65 anos, com alterações do equilíbrio, dependência nas atividades de vida e risco elevado de queda.

Os resultados obtidos foram bom equilíbrio (n=6) na Escala de Equilíbrio de Berg, independência total (n=6) no Índice de Barthel, risco moderado (n=6) e sem risco (n=2) na Escala de Queda de Morse.

Conclui-se que as intervenções de enfermagem de reabilitação contribuíram para diminuição da dependência e diminuição do risco de queda.

Palavras-Chave

Reabilitação, Segurança, Quedas, Idoso

Abstract

Title: Prevention of fall risk in hospitalized elderly: Contributions from specialist nurse in rehabilitation

The ageing population and the consequent hospitalization required leads to the increase of the elderly vulnerability, making it prone to the occurrence of falls. Prevention is a strategic objective of the Patient's Safety National Plan 2015-2020.

In the final placement, carried out in a NUT Alentejo General Medical ward, the interventional project aimed to evaluate intrinsic factors, identify extrinsic factors of fall's risk and devise an interventional plan to reduce the risk of falling on elderly patients in the hospital.

Nine subjects with more than 65 years of age participated, with balance alterations, dependent of assistance on daily living activities and high risk of falling.

The results obtained were: good balance (n = 6) in the Berg Balance Scale, Total Independence (n = 6) in the Barthel Index, moderate risk (n = 6) and no risk (n = 2) on the Morse Fall Scale.

It is concluded that the specialized nursing rehabilitation interventions contributed to a decrease in dependence and decreased risk of falling.

Keywords

Rehabilitation, safety, falls, elderly

Agradecimentos

Agradecer é a arte de atrair coisas boas, por isso não posso deixar de agradecer a quem esteve incansavelmente ao meu lado nesta caminhada e merece, acima de qualquer coisa, a minha eterna gratidão!

À Professora Maria José Bule por todo o apoio, dedicação, amizade e disponibilidade apresentada em todos os momentos! A sua orientação, os seus conselhos sábios e a sua visível paixão pela área de especialização, aumentaram ainda mais o meu gosto pela Reabilitação e a certeza que estou no caminho certo!

Aos meus pais e irmão, que sentiram a minha ausência mais do que nunca, mas que estiveram sempre presentes e nunca me deixaram só, em nenhum momento!

Ao meu namorado, Alexandre, pelo apoio indiscutível, paciência e compreensão e acima de tudo, pelo seu amor constante, que me encheu o coração e me incentivou, nos momentos críticos, a continuar de cabeça erguida e com um sorriso no rosto.

Às minhas amigas de coração, que pelas suas palavras amigas e amáveis, nunca me deixaram sozinha (vocês sabem quem são)! Um especial obrigada à minha companheira de luta, Ana Parreira.

Ao Enfermeiro João Rocha pela sua disponibilidade e constante partilha de saberes!

Por fim, a toda a equipa de enfermagem do serviço de Medicina 1 da ULSBA, que cooperou e colaborou nas trocas de turnos, necessárias para a realização do estágio e elaboração do relatório.

A todos vós, Muito Obrigada!

Índice

Introdução	12
1 - Apreciação do Contexto	16
2 – Envolvimento do Contexto	21
2.1 - Caracterização do Contexto Institucional de Realização do Estágio Final	21
2.2 - Caracterização do Serviço de Medicina	23
2.2.1 - Análise da população-alvo.	29
3 – Análise da Produção de Cuidados	34
3.1 - Problemática associada ao Contexto de Estágio	38
4- Projeto de Intervenção Profissional	44
4.1 - Enquadramento Teórico da Problemática	44
4.2 – Prevenção do Incidente Queda	58
4.3 – Metodologia.....	66
4.4 – Objetivos de Intervenção Profissional	74
4.5 – População-Alvo	76
4.6 – Identificação dos Fatores Extrínsecos de Queda	88
5 – Resultados e Discussão da Implementação do Projeto	92
6-Análise Reflexiva sobre o Desenvolvimento de Competências	112
7- Conclusão	123
Referências Bibliográficas	128
Apêndices	138
Apêndice A – Cronograma: Construção do Projeto de Intervenção	139
Apêndice B – Questionário: Fatores Sociodemográficos e AVD's	141
Apêndice C – Grelha de Observação dos Fatores de Risco Extrínseco de Queda da unidade de cuidados.....	143
Apêndice D – Planos de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação	145

Apêndice E – Consentimento informado para os participantes.....	153
Anexos	155
Anexo A – Escala de Equilíbrio de Berg.....	156
Anexo B – Escala de Queda de Morse	160
Anexo C – Índice de Barthel	162
Anexo D – Requerimento e Parecer da Comissão de Ética, Área de Saúde e Bem-estar da Universidade de Évora.....	165
Anexo E – Requerimento e Parecer da Comissão de Ética e Concelho de Administração da entidade de saúde que acolheu o Estágio.....	172

Índice de Figuras

Figura 1 - Área de abrangência da Unidade Hospitalar	22
Figura 2 - Índice de envelhecimento Europa 2015 e 1960	30
Figura 3 - Índices de dependência de idosos e envelhecimento em Portugal no ano 2001 e 2016.....	31
Figura 4 - Tipo de dificuldade na realização das atividades da população com 65 e mais anos de idade	32
Figura 5 - Distribuição dos ADL registados devido a queda por sexo e grupo etário.	46
Figura 6 - Distribuição percentual dos 10 mecanismos de lesão	47
Figura 7 - Causas gerais das quedas	52
Figura 8 - Etapas de intervenção profissional.....	72
Figura 9 - Histórias anteriores de quedas e a presença de obstáculos no domicílio	78
Figura 10 - Histórias anteriores de quedas e local da queda.....	79
Figura 11 - Antecedentes de queda e sexo dos participantes.....	80
Figura 12 - Histórias anteriores de quedas e acuidade visual	82
Figura 13 - Episódios de incontinência e terapêutica diurética	83
Figura 14 - Histórias anteriores de quedas e uso de auxiliar de marcha.....	85
Figura 15 - Histórias anteriores de quedas e atividade física no exterior	87
Figura 16 - EQM no 1º dia de intervenção	93
Figura 17 - EQM no 1º dia de intervenção	94
Figura 18 - EEB no 1º dia de avaliação	96
Figura 19 - IB no 1º dia de avaliação.....	99
Figura 20 - Avaliação da EEB nos quatro dias de intervenção de ER.....	106
Figura 21 - Avaliação do IB nos quatro dias de intervenção de ER	107
Figura 22 - Avaliação da EQM nos quatro dias de intervenção de ER	110

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Incidência das quedas na Unidade Hospitalar	40
Tabela 2 - Quedas na Unidade de Cuidados	41
Tabela 3 – Fatores de Risco Intrínsecos de queda	54
Tabela 4 - Fatores de Risco Extrínsecos de Queda.....	56
Tabela 5 - Atividades de vida incluídas no projeto de intervenção	61
Tabela 6 - Treino de AV	63
Tabela 7 - Treino de Equilíbrio.....	66
Tabela 8 – Tipo de equilíbrio e risco de queda na EEB.....	69
Tabela 9 – Risco de queda na EQM.....	70
Tabela 10 – Níveis de dependência no IB	71
Tabela 11 - Critérios de Inclusão do Projeto de Intervenção.....	76
Tabela 12 – Acuidade visual e uso de óculos	82
Tabela 13 - Fatores extrínsecos identificados	89
Tabela 14 – Análise descritiva das 14 atividades da EEB no 1º dia de intervenção	97
Tabela 15 – Nível de dependência pelo IB no 1º dia	100
Tabela 16 - Dependência nas atividades toailete e utilização do WC no 1º dia	102
Tabela 17 – Dependência nas atividades banho e vestir no 1º dia.....	102
Tabela 18 - Dependência nas atividades transferências e mobilidade no 1º dia.....	103
Tabela 19 - Diagnósticos de ER.....	104
Tabela 20 - Nível de dependência pelo IB no 4º dia.....	108

Listagem de Abreviaturas ou Siglas

ER – Enfermagem de Reabilitação

UÉ – Universidade de Évora

NUT – Nomenclatura das Unidades Territoriais

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

SNS – Serviço Nacional de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

AV – Atividades de Vida

AVD's – Atividades de Vida Diárias

OE – Ordem dos Enfermeiros

PQCEER – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

SCD/E – Sistema de Classificação de Doentes

UPP – Ulceras Por Pressão

TO – Taxa de Ocupação

DM – Demora Média

SU – Serviço de Urgência

LP – Lotação Praticada

HCN – Horas de Cuidados de Enfermagem Necessários

NDF/A – Número de Dias Funcionamento por Ano

T – Período normal de trabalho por enfermeiro/ ano

INE – Instituto Nacional de Estatística

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

AVC – Acidente Vascular Cerebral

RFM – Reeducação Funcional Motora

CID – Classificação Internacional de Doenças

ADL – Acidentes Domésticos de Lazer

DGS – Direção-Geral de Saúde

IB – Índice Barthel

EEB – Escala de Equilíbrio de Berg

EQM – Escala de Queda de Morse

Introdução

No âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização de Enfermagem de Reabilitação (ER), pela Universidade de Évora (UÉ) e pelas Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre e Setúbal, foi desenvolvido um Relatório referente ao Estágio Final, no qual se incluiu o projeto de intervenção desenvolvido na unidade de cuidados que acolheu o estágio.

O presente relatório inclui uma reflexão crítica da prestação de cuidados diferenciados e especializados em ER, assim como, uma descrição do processo pelo qual se desenvolveu e implementou o projeto de intervenção previsto para o Estágio Final, que se realizou numa Unidade Hospitalar pertencente à Nomenclatura das Unidades Territoriais (NUT) Alentejo, num serviço de Medicina.

O projeto de intervenção engloba intervenções profissionais especializadas que recaem na prevenção do risco de queda em doentes internados. Além disso, propicia, juntamente com as atividades desenvolvidas no Estágio final, as condições ideais para o desenvolvimento e aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista e de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), assim como de competências de Mestre.

A segurança do doente é um dos elementos essenciais para a qualidade dos cuidados em saúde. Esta influencia diretamente a confiança depositada pelos utentes no Serviço Nacional de Saúde (SNS), tornando-se uma prioridade para o mesmo. A qualidade dos cuidados de saúde do SNS pode ser avaliada por inúmeros fatores, entre eles, a ocorrência de quedas. As quedas sofridas pelos doentes, em contexto hospitalar, têm repercussões devastadoras no processo de recuperação, com conseqüente aumento do tempo de

internamento (Abreu, Mendes, Monteiro, & Santos, 2012). A sua prevalência funciona como um dos indicadores de qualidade dos cuidados de saúde e influencia os custos hospitalares, pelo aumento do tempo de internamento, morbidade, dependência da pessoa e mortalidade (Bittencourt et al., 2017).

A necessidade de prevenir a ocorrência de quedas torna-se um desafio aliciante para as instituições de saúde, uma vez que a sua prevenção é claramente defendida no Despacho nº 1400-A/2015, por se integrar num dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Neste sentido, uma avaliação dos fatores de risco é obrigatória e necessária para a implementação de estratégias preventivas e corretivas com vista ao seu controlo e/ou redução.

Para além da necessidade em manter a qualidade dos cuidados em saúde, assiste-se paralelamente, a um fenómeno demográfico que transforma o processo de envelhecimento em algo inevitável e inegável que está fortemente relacionado ao aparecimento de doenças crónicas, ao desgaste fisiológico de vários sistemas, que despoletam fragilidades e incapacidades, aumentando o risco de quedas. Todas as alterações provenientes do próprio envelhecimento, aliadas ao internamento hospitalar aumentam a vulnerabilidade do idoso à ocorrência de quedas, não só pela condição de saúde, mas também, pela presença de um ambiente não-familiar e distinto da sua rotina diária (Oliveira et al., 2016).

Nesta linha de pensamento, a perda de privacidade e de funcionalidade pode contribuir para períodos de desorientação e confusão, que associada às comorbilidades, como alterações de equilíbrio, de mobilidade, de força muscular e visão, pode desencadear a ocorrência de quedas (Oliveira et al., 2016). Oliveira, Santos, Kerber, Francioni, e Cruz (2015) acrescentam a influência que as condições ambientais exercem no processo de queda, pela existência de barreiras físicas que condicionam as acessibilidades e conseqüentemente a

mobilidade dos doentes. Os problemas relacionados com o ambiente podem então, tornar-se uma ameaça face à vulnerabilidade apresentada pelo doente.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a queda como o ato de cair não intencional no solo ou noutra nível inferior, podendo ter uma etiologia multifatorial, como resultado da interação de fatores de risco intrínsecos e extrínsecos (Despacho nº 1400-A/2015, 2015). Os fatores intrínsecos associam-se à condição física e psicológica da pessoa e os extrínsecos refletem as condições ambientais e estão, direta ou indiretamente, associados ao contexto em que o doente se encontra. Almeida, Abreu, e Mendes (2010) defendem que a promoção de um ambiente seguro e confortável ao doente deve ser uma constante preocupação dos enfermeiros. A prevenção de quedas exige uma avaliação abrangente, focada na identificação e redução dos fatores de risco. Para que tal seja exequível, é imperativo integrar a pessoa em programas de reabilitação que melhorem o equilíbrio e a mobilidade, sendo esta uma das combinações essenciais para a prevenção de quedas (Gatens & Musto, 2011).

O EEER centra os seus cuidados no processo de capacitação e potencialização das capacidades funcionais da pessoa, promovendo intervenções centradas no ganho de equilíbrio, força muscular e coordenação, mediante o envolvimento da pessoa, família/cuidador informal (Regulamento n.º 125/2011, 2011).

A problemática escolhida para ser alvo de estudo e de intervenção da ER derivou da necessidade de intervir junto de idosos com elevado risco de queda, dependência nas Atividades de Vida (AV) e com alterações da mobilidade, por alteração do equilíbrio. Tendo por base, o modelo teórico de enfermagem de Roper, Logan e Tierney, foram avaliadas as AV e definidos os diagnósticos de ER, a partir dos quais as intervenções foram planeadas e executadas, com posterior avaliação dos resultados.

No que respeita à organização estrutural do relatório, para além da introdução, o mesmo foi organizado em seis capítulos. No primeiro capítulo é feita uma apreciação do contexto, que envolve uma abordagem ao contexto de cuidados da ER, onde se concetualiza a reabilitação, os cuidados de ER e a qualidade em saúde, associada ao domínio da segurança. O segundo capítulo faz referência ao envolvimento do contexto, em que é feita uma análise do contexto de estágio pela caracterização do ambiente onde decorreram as atividades e ações planeadas ao longo do projeto de intervenção. Por sua vez, no terceiro capítulo é realizada uma análise da produção de cuidados, que reflete o tipo de cuidados realizados no contexto e orienta simultaneamente, a problemática em estudo. O quarto capítulo debruça-se sobre o projeto de intervenção profissional, com a fundamentação teórica da problemática queda, com todas as particularidades que lhe são inerentes. Ainda neste capítulo consta a metodologia do projeto, assim como, os objetivos de intervenção profissional e análise sociodemográfica da população-alvo do projeto. O relatório prossegue com a apresentação e discussão dos resultados obtidos e finaliza-se com a análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do EEER e competências de mestre.

A conclusão enaltece a essência do projeto de intervenção, os ganhos obtidos e faz, concomitantemente, alusão às limitações sentidas durante da execução do projeto e do relatório. Como elementos pós textuais são apresentadas as referências bibliográficas, os anexos e apêndices que foram referenciados sequencialmente ao longo do texto.

O relatório respeitou o estilo da American Psychology Association, 6ª edição, na referenciação bibliográfica, na fonte, espaçamento do texto e na formatação do documento, exceto o comprimento e alinhamento das linhas, as quais ficam todas com o mesmo comprimento, justificadas à margem.

1 - Apreciação do Contexto

Este capítulo faz abordagem ao contexto de cuidados da ER, no qual se contextualiza a intervenção do EEER, face à necessidade de garantir a qualidade dos cuidados em saúde através da promoção da segurança do doente.

Em Portugal, assim como em toda a Europa, vivencia-se o aumento da esperança média de vida e o aumento do índice de envelhecimento. Esta realidade torna-se preocupante quando se associa ao aumento de pessoas com problemas de saúde e níveis de dependência (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2018a). Por este motivo, a existência de profissionais de saúde capacitados para responder a esta crescente tendência sociodemográfica para além de justificável, é indispensável.

As condições populacionais e o aumento do índice de dependência de idosos requerem a presença de profissionais de saúde, dotados de conhecimentos e competências específicas, para a manutenção ou recuperação da autonomia da pessoa no desempenho das Atividades de Vida Diárias (AVD's) (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Neste contexto, a presença de um Enfermeiro Especialista confere uma atmosfera centrada em cuidados específicos, diferenciados e adequados à condição de saúde da pessoa, que resulta do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Esta ideia é partilhada por Pestana (2017) que afirma que o “enfermeiro especialista é o profissional a quem são reconhecidas as competências para prestar além dos cuidados gerais de enfermagem, cuidados específicos na área clínica da sua especialidade” (p.47). Estas competências resultam da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, assim como, de um suporte efetivo ao exercício profissional

especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O Enfermeiro Especialista torna-se decisivo na equipa multidisciplinar, pelas competências e padrões de conhecimentos que possui, contribuindo para a qualidade dos cuidados em saúde, uma vez que detém competências no domínio da melhoria contínua da qualidade. No Despacho nº 1400-A/2015 associa-se a qualidade em saúde à qualidade do SNS. Esta qualidade em saúde espelha a melhoria da prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do SNS.

A qualidade em saúde inclui várias dimensões como a pertinência dos cuidados, a segurança, a aceitabilidade e acessibilidade. Além disso, é passível interligar a qualidade em saúde à continuidade, eficiência e efetividade dos cuidados. A Ordem dos Enfermeiros (OE), através dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, faz referência à prioridade de criar sistemas de qualidade, mediante a associação de profissionais na área da saúde, em cada domínio específico, característico dos mandatos sociais de cada uma das profissões envolvidas (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Tendo em consideração as alterações atuais referentes às características da população, que tende a ser cada vez mais idosa, surge a necessidade de evitar ou minimizar o impacto dessas alterações na qualidade de vida dessas pessoas, que as predispõem a situações de desvantagem e de dependência (Hesbeen, 2001). Esta realidade é inevitável, não só pelo aumento exponencial do índice de dependência de idosos, mas pelas consequências que daí advêm. As estimativas das próximas décadas não deixam dúvidas no que respeita às necessidades de cuidados de saúde à pessoa idosa, pelo aumento da prevalência de doenças de evolução prolongada e, conseqüente, aumento dos graus de dependência (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Nesta perspetiva, os cuidados de ER adequam-se às exigências impostas pelo panorama atual, tornando-se o EEER imprescindível para a população em geral e, particularmente, para as pessoas com necessidades especiais, maximizando o potencial funcional e a independência das mesmas (Pestana, 2017; Regulamento n.º 125/2011, 2011).

A essência da Reabilitação recai na melhoria da função, de forma a promover a independência e a máxima satisfação da pessoa, com vista a preservar a sua autoestima. É visível o impacto da ER na vida das pessoas com determinados níveis de dependências, uma vez que a “excelência da Enfermagem de Reabilitação traz ganhos em saúde em todos os contextos da prática, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 16656).

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas, o EEER cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em qualquer contexto da prática de cuidados, que se encontrem impossibilitadas de executar de forma autónoma as atividades básicas de vida, dada a sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação permanente ou temporariamente (Regulamento n.º 125/2011, 2011).

Neste sentido, a intervenção do EEER visa mediante diagnósticos precoces e ações preventivas garantir a:

manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. (Regulamento n.º 125/2011, 2011, p. 8658)

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015), as competências específicas do EEER permitem cuidar, capacitar e maximizar a funcionalidade da pessoa através do desenvolvimento das suas capacidades. A missão do EEER prende-se com “a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas” (p. 16656).

Na procura permanente da excelência do exercício profissional, é feita alusão aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (PQCEER), presente no Regulamento n.º 350/2015 da OE. É possível identificar oito categorias de enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, que visam esclarecer a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de Enfermagem. Tendo por base os enunciados descritivos, a intervenção do EEER pode intervir na “satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto cuidado dos clientes, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social, e organização dos cuidados de Enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 16656). Neste seguimento, a prevenção de complicações e a readaptação funcional da pessoa à sua nova condição de saúde representa um desafio constante para o EEER. A segurança do doente torna-se uma prioridade não só para o EEER, mas para todo o SNS.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 aponta como prioridade a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde. A responsabilidade da melhoria da segurança dos doentes é, então, atribuída à própria equipa de cuidados, que deve mobilizar as competências individuais de cada um dos seus elementos, assim como envolver a gestão sistémica de todas as atividades (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

Por este motivo, a ocorrência de incidentes durante a prestação de cuidados de saúde, dos quais resultem complicações, pode ameaçar a segurança do doente, colocando em causa

as boas práticas dos cuidados de saúde. O impacto das complicações pode ser nefasto, não só pela “repercussão humana, física e emocional, nos doentes e nas suas famílias, mas também têm repercussões estratégicas na reputação do SNS e na sua economia” (p.3882-2). São portanto, acontecimentos dramáticos para o doente, profissionais de saúde e para o SNS.

As quedas sofridas pelos doentes em contexto hospitalar são das ocorrências mais importantes na quebra da segurança da unidade de saúde, tendo repercussões devastadoras no processo de recuperação, com consequente aumento do tempo de internamento (Abreu et al., 2012). A ocorrência de quedas assume-se como uma das principais causas de internamento hospitalar, responsável pela elevada taxa de morbilidade e mortalidade (Despacho nº 1400-A/2015, 2015). Nesta perspetiva, a sua prevenção corresponde a um dos nove objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doente 2015-2020.

2 – Envolvimento do Contexto

Neste capítulo será realizada uma análise do contexto de Estágio, através da caracterização do ambiente onde decorreram as atividades e ações planeadas ao longo do projeto de intervenção. Para facilitar a compreensão das intervenções desenvolvidas será realizada uma descrição dos recursos existentes no contexto, os quais funcionaram com agentes facilitadores e essenciais à aplicabilidade das estratégias estabelecidas.

A descrição da realidade vivida no serviço de Medicina, da Unidade Hospitalar que acolheu o Estágio, permite a compreensão da problemática selecionada para o projeto de intervenção. Por ser um serviço com uma população-alvo maioritariamente idosa, requer cuidados específicos e especializados, para garantir a segurança da mesma.

Neste sentido, a segurança será um dos alicerces do projeto de intervenção, que visa prevenir a ocorrência de quedas em idosos internados no serviço, através da intervenção do EEER.

2.1 - Caracterização do Contexto Institucional de Realização do Estágio Final

A Unidade Hospitalar pertence à NUT Alentejo e encontra-se integrada na rede do SNS da Região Alentejo e desenvolve a sua atividade centrada na diferenciação dos cuidados de saúde, com base em padrões de desempenho técnico-científico, de gestão eficiente de recursos, de humanização e constante desenvolvimento profissional dos seus colaboradores. Tem como principais objetivos contribuir para ganhos em saúde através da articulação com os cuidados de saúde primários e com o sector social e privado, visa também, garantir a humanização dos cuidados, mantendo os direitos dos utentes, melhorar o acesso e a adequação da oferta de serviços, a eficiência técnica e económica, a qualidade dos cuidados e

da organização dos serviços, a utilização das tecnologias da informação e comunicação, valorizando o capital humano (HESE-E.P.E, 2018).

Os seus alicerces regem-se por um conjunto de valores que vão desde o respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos até à excelência de técnicas, cultura da melhor gestão, respeito pelas normas ambientais, promoção da qualidade, assim como, princípios éticos, integridade e transparência, motivação e trabalho em equipa (HESE-E.P.E, 2018).

A área de abrangência da unidade hospitalar é ampla, incluindo em primeira linha cerca de 150 mil pessoas, que corresponde ao distrito de Évora, o qual abarca 14 Concelhos. Numa segunda linha abrange cerca de 440 mil pessoas, que correspondem a 33 concelhos de toda a região do Alentejo, incluindo concelhos do distrito de Portalegre, do Baixo Alentejo e do Litoral Alentejano (HESE-E.P.E, 2018).

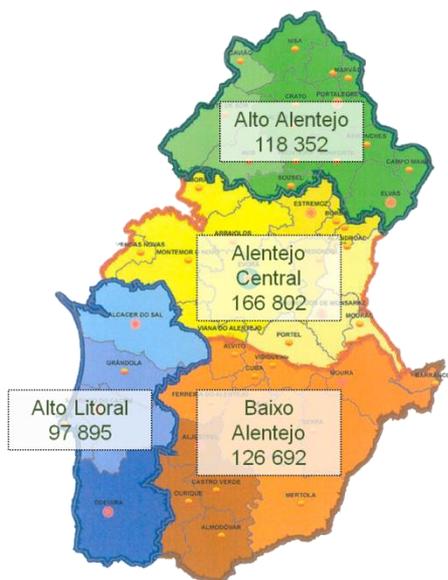


Figura 1 - Área de abrangência da Unidade Hospitalar
Fonte: HESE-E.P.E (2018)

O Hospital é composto por três edifícios. Num edifício funcionam os Serviços Administrativos e de apoio, o Serviço de Medicina Física e de Reabilitação e o Ambulatório do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Junto a este edifício encontra-se outro

edifício, no qual funcionam alguns serviços clínicos, administrativos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Separado fisicamente dos outros edifícios, surge o terceiro edifício, onde se encontram os Internamentos de Medicina e Psiquiatria, as Consultas Externas de todas as especialidades, o Serviço de Imunohemoterapia, o Serviço de Tecnologias e Sistemas de Informação, o Serviço Social e Gabinete do Utente, a Unidade de Radioterapia, a Oncologia, o Serviço de Gestão de Doentes e o Arquivo.

Ainda existem serviços que se encontram anexos a estes três edifícios, como o Serviço de Nefrologia, de Anatomia Patológica, de Segurança e Saúde no Trabalho, Farmácia e a Lavandaria (HESE-E.P.E, 2018).

2.2 - Caracterização do Serviço de Medicina

O edifício ao qual pertence o serviço de medicina encontra-se dotado de condições arquitetónicas, com acessibilidade facilitada a pessoas com alterações da mobilidade, sejam idosos ou pessoas com necessidades especiais. No seu exterior apresenta espaços com rampas à entrada da porta principal, assim como lugares de estacionamento reservados a pessoas com deficiência. A entrada principal do edifício corresponde ao 3º piso, nesta existem elevadores que permitem o acesso aos serviços de internamento de forma segura e cómoda para as pessoas com mobilidade comprometida.

O serviço no qual o estágio foi realizado definiu como missão a prestação de cuidados de saúde aos utentes quer no internamento, quer no ambulatório, através de um olhar que se centra no doente enquanto pessoa e nas circunstâncias que o rodeiam, como um todo, de forma a proporcionar um atendimento individualizado e integrado (Departamento de Medicina, n.d.). Definiu como áreas de intervenção a humanização/qualidade dos cuidados e a valorização dos recursos humanos. Para garantir a operacionalização das áreas

selecionadas, o Enfermeiro Chefe do Serviço definiu três objetivos: melhorar a operacionalização do serviço por forma a contribuir para a melhoria da qualidade e humanização dos cuidados prestados, tendo por base a utilização da linguagem classificada; Otimizar o funcionamento da equipa de acordo com os indicadores fornecidos pelo Sistema de Classificação de Doentes (SCD/E), visando a qualidade dos cuidados de enfermagem; Desenvolver a formação em serviço/Formação Contínua de modo a uniformizar procedimentos que visem a qualidade dos cuidados de enfermagem e que contribuam para o crescimento pessoal e profissional dos enfermeiros.

Existem estratégias planeadas para agilizar a realização dos objetivos estipulados para o serviço. De entre as estratégias ressaltam aquelas que vão de encontro com os objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 presente no Despacho nº 1400-A/2015, nomeadamente a prevenção da ocorrência de quedas, a prevenção da ocorrência de Úlceras por Pressão (UPP) e a prevenção e controlo de infeções e resistências aos antimicrobianos. Por este motivo, as estratégias apontadas pelo Enfermeiro Chefe são a continuidade da avaliação do risco de queda através da Escala de Queda de Morse, no que respeita ao sistema de monitorização de quedas; a continuidade do projeto da Escala de Braden com o desenvolvimento de estratégias que visem a adequação de procedimentos decorrentes da monitorização dos dados relativos à existência de alterações cutâneas nos doentes; e a colaboração com a Comissão de Controlo de Infeção tendo em vista a redução das infeções associadas aos cuidados de saúde.

No decorrer do Estágio foi possível constar que se trata de um serviço com uma enorme afluência de doentes, pelo que, a lotação do mesmo está quase sempre preenchida. Perante esta realidade surgiu a necessidade de certificar estatisticamente a veracidade do observado junto do Enfermeiro Chefe e Enfermeiro Orientador. Nesta linha, foi possível realizar o levantamento estatístico referente à Taxa de Ocupação (TO), ao número de entradas

no serviço, assim como Demora Média (DM) de internamento no serviço. A realidade observada é sustentada pelos dados estatísticos obtidos, verificando-se no período de 1 de Julho de 2017 até ao final desse mesmo ano, um movimento de 546 de doentes entrados, sendo a maioria das admissões provenientes do Serviço de Urgência (SU). Nesse mesmo período a TO foi de 93,18%, com uma DM de internamento de 9,34 dias.

Confrontando a realidade do serviço, com a realidade nacional da Administração Regional de Saúde do Alentejo, verifica-se que, em outubro de 2017, a TO foi de 82,8%, ligeiramente mais baixa que a TO nacional, de 85,4% (ACSS, 2017). O Eurostat apresenta dados recentes que fazem alusão à duração média de internamento em vários países da Europa. Portugal apresenta um decréscimo da DM desde 2012. O valor estimado para 2015 rondou os 7,07 dias de internamento (Eurostat, 2017). Nesta linha de pensamento, torna-se perceptível que os doentes internados no serviço em questão apresentam maior tempo de internamento, pelo que existe maior contacto com o serviço e toda a sua envolvimento.

Recursos Físicos do Serviço

A unidade de cuidados tem uma lotação de vinte e nove camas, distribuídas por nove enfermarias/quartos de três camas, exceto os dois quartos de isolamento, que possuem apenas uma cama com acesso a casa de banho privativa. Os quartos de isolamento são destinados a doentes com depressão do sistema imunitário e/ou portadores de patologia infetocontagiosa.

O acesso ao serviço é realizado mediante a abertura de duas portas amplas e maciças. De referir que para pessoas idosas, em que a força muscular se encontra diminuída, a sua abertura torna-se por vezes difícil e perigosa. A dimensão física do serviço é facilmente percecionada após a abertura destas portas, que permitem o acesso a um corredor amplo em largura e em profundidade. Este faz a divisão do serviço em lado direito e esquerdo.

No lado direito do corredor encontram-se todos os quartos de internamento, e também o gabinete da Diretora Clínica e o refeitório destinado aos doentes. Por sua vez, no lado esquerdo do corredor encontram-se as unidades necessárias ao funcionamento do serviço. Assim, do início do corredor até ao término deste, encontra-se um posto de trabalho administrativo, o gabinete do Enfermeiro Chefe, os vestiários, uma sala de lavagem e desinfeção de materiais e despejos, uma sala de arrumo de materiais, que incluem materiais clínicos e ajudas técnicas, e uma instalação sanitária. Na posição central do corredor encontra-se o gabinete de enfermagem. De seguida encontra-se uma sala de armazém de roupa e a sala de trabalho de enfermagem. Apresenta outra instalação sanitária para doentes, na parte terminal do corredor. Por fim, no final do corredor existe também a copa e a casa de banho destinada aos profissionais.

Tendo por base a divisão realizada do serviço, no lado direito do corredor encontram-se as enfermarias dos doentes como referenciado anteriormente. Estas são constituídas por um armário de parede, uma mesa-de-cabeceira, uma cama articulada e elétrica para cada doente. A unidade do doente possui cortinados, de forma a garantir a privacidade do mesmo. Apresenta uma televisão, um lavatório e à saída do quarto, um suporte na parede com desinfetante para a desinfeção das mãos quer dos profissionais de saúde, quer dos doentes/visitas. Em todos os quartos existe ar condicionado e dois baldes do lixo de resíduos de nível I e II.

Como descrito anteriormente, existem duas instalações sanitárias, uma no início do corredor e outra no término deste. Esta disposição serve para agilizar o seu acesso por parte dos doentes conforme a enfermaria onde se encontram. Em termos arquitetónicos, as instalações sanitárias são similares, pelo que possuem duas áreas para o autocuidado: higiene e vestuário, assim como três áreas para o autocuidado: uso do sanitário.

Recursos Humanos do Serviço

A equipa multidisciplinar do serviço é composta por Enfermeiros de Cuidados Gerais e Especialistas, Médicos Assistentes de Medicina Interna e Médicos em internato de medicina, Assistentes Operacionais, Administrativa e Funcionários dos serviços de higiene e limpeza.

O serviço faz articulação e colabora com outros profissionais de saúde como Fisioterapeutas, Terapeutas da Fala, Nutricionistas, Terapeutas Ocupacionais, Psicólogos, Assistentes Sociais e profissionais de outras especialidades médicas. Existe também coordenação com a equipa de Gestão de Alta para encaminhamento de doentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

A equipa de enfermagem é constituída por trinta e dois enfermeiros, incluindo o Enfermeiro Chefe. Existem cinco enfermeiros especialistas no Serviço, um Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, três EEER e um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A maior parte da equipa de enfermagem encontra-se sobre o regime de *roulement*, à exceção do Enfermeiro Chefe, do EEER e dos enfermeiros que se encontram em horário fixo por responsabilidades familiares.

Os Enfermeiros Especialistas do serviço assumem responsabilidades que recaem sobre as suas competências específicas. De ressaltar que quando estão presentes, são considerados os responsáveis de turno, cooperando com a gestão e organização do serviço, uma vez que possuem competências no domínio da gestão dos cuidados. Além disso, existem determinadas áreas que lhes são atribuídas, como é o caso da Formação em Serviço, a Gestão da Qualidade dos cuidados de enfermagem e o Controlo de Infeção. A substituição do Enfermeiro Chefe está atribuída a um EEER, que assegura a gestão e organização do serviço e acumula a esta atribuição, a prestação de cuidados de ER aos doentes.

A organização dos cuidados de enfermagem faz-se pelo método do enfermeiro responsável. A distribuição de enfermeiros é realizada através do número de horas de cuidados necessárias para cada turno, resultantes do SCD/E.

O número de enfermeiros difere nos três turnos, dada a natureza dos cuidados prestados. Por norma, no turno da manhã encontram-se distribuídos sete enfermeiros, incluindo um EEER, que não se encontra na prestação direta de cuidados de enfermagem. O turno da tarde é assegurado por quatro enfermeiros e o turno da noite por três. De acordo com a consulta do relatório de utilização de pessoal de enfermagem disponibilizada no serviço, foi possível constatar que durante o período de estágio, a taxa de utilização do pessoal de enfermagem superou os 100%.

Tendo em conta a realidade exposta do serviço, ressaltam de imediato interrogações que fazem refletir acerca da necessidade de existir ambientes saudáveis à prática de cuidados. Perante isto, será que as dotações praticadas serão seguras? Até que ponto, a segurança do doente é influenciada por este aspeto?

Apesar do panorama atual, tem-se progressivamente lutado pela obtenção de ambientes saudáveis à prática clínica, contribuindo para promover a saúde dos enfermeiros e consequentemente a obtenção de dotações seguras e adequadas para manter e apoiar populações saudáveis. Por este motivo, existe uma interligação forte entre as dotações seguras e a segurança dos doentes. Esta ideia é corroborada por Freitas e Parreira (2013) que ressaltam a importância de indicadores de saúde para a segurança dos doentes por analisarem, através da qualidade dos cuidados prestados, a eficácia das dotações adotadas. A dotação adequada de recursos de enfermagem cinge-se portanto, à correta dotação de enfermeiros em quantidade e em qualidade. Estas condições são as favoráveis para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Acrescenta-se também, que à dotação de enfermagem adequada

associa-se a diminuição da taxa de mortalidade, assim como a redução dos dias de internamento (Freitas & Parreira, 2013).

Nesta linha de ideias, surgiu a necessidade de procurar junto do Enfermeiro Chefe informações referentes às dotações do serviço. Pelos seus cálculos é passível perceber que o serviço não cumpre na sua plenitude as dotações seguras. A OE sugere cálculos para determinar as dotações seguras dos cuidados de enfermagem, através da Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento n.º 533/2014, 2011). Os cálculos indicam a necessidade de 35¹ enfermeiros no serviço de medicina, tendo em conta a lotação praticada (LP), a TO, as Horas de Cuidados de enfermagem necessários (HCN), o número de dias de funcionamento por ano (NDF/A) e o período normal de trabalho por enfermeiro/ano (T). Desta forma, pode-se constatar que a existência de mais 3 enfermeiros garantia as dotações seguras dos cuidados de enfermagem, contribuindo para uma maior segurança do doente internado.

2.2.1 - Análise da população-alvo.

O Instituto Nacional de Estatística (INE) apresenta dados estatísticos que refletem um crescente aumento do envelhecimento demográfico em Portugal. O índice de envelhecimento tem tendência a aumentar de forma abrupta até 2080, o qual poderá “mais do que duplicar entre 2015 e 2080, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens” (INE, 2017, p.6).

A base de dados sobre Portugal Contemporâneo – Pordata apresenta valores estatísticos acerca do Índice de envelhecimento na Europa. Tal como se verifica na Figura 2, Portugal, no *ranking* europeu em 2015, situava-se no 5º país com maior índice de

¹ Para 40h/semana, o cálculo efetuado é $\frac{29 \times 0,932 \times 6,22 \times 365}{1733} = 35,4$ enfermeiros. Nota: o HCN de 6,22 é um valor tabelado para os serviços de medicina, assim como o T de 1733 para enfermeiros em regime de trabalho de 40h/semana.

envelhecimento. É visível o aumento exponencial deste índice desde 1960 a 2015, registando-se um aumento de 116,9% (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2018b).

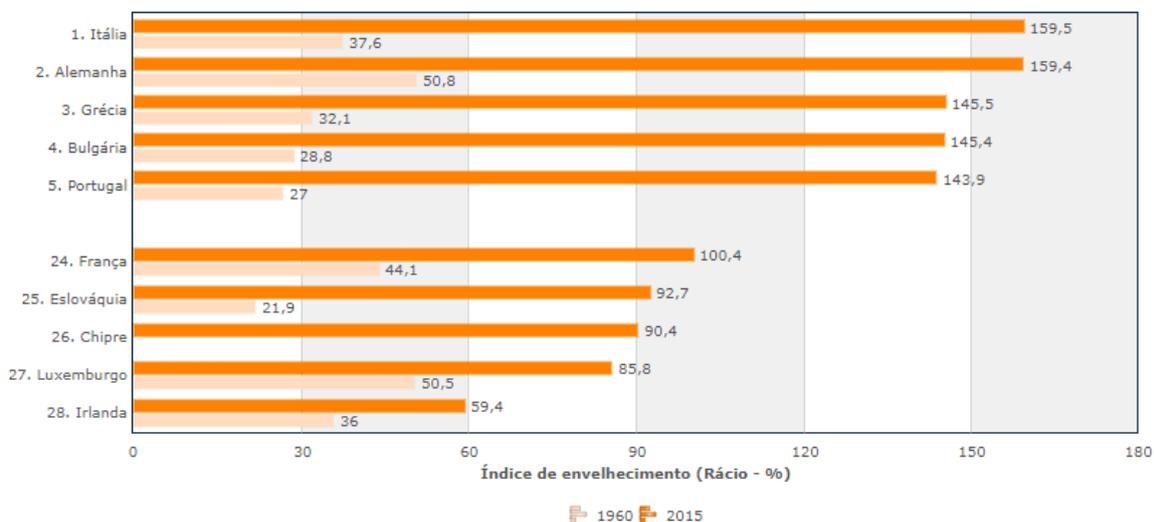


Figura 2 - Índice de envelhecimento Europa 2015 e 1960
Fonte: Fundação Francisco Manuel dos Santos (2018b)

Transpondo a realidade nacional para o Alentejo, constata-se que é das regiões do país onde este envelhecimento é mais evidente. O INE fez referência ao decréscimo da percentagem de jovens face ao aumento da percentagem de idosos, a qual diminuiu de 13,7% em 2001 para 13,6% em 2011, contrapondo com um aumento do número de idosos de 22,3% para 24,2% (INE, 2012).

Os dados da Pordata fazem referência ao aumento do índice de envelhecimento no Alentejo, sendo a região do país que mais se destaca (Figura 3). Verifica-se em 2016 valores elevados deste índice em todo o Alentejo, sendo mais exacerbados no Alto Alentejo, no Alentejo Litoral e Alentejo Central. Deste modo, o Alentejo pelo desequilíbrio demográfico vivido nos últimos tempos é das regiões com populações mais idosas.

Por este motivo, faz todo o sentido referenciar o nível de dependência de idosos. Como expetável, o nível de dependência é diretamente proporcional ao índice de envelhecimento. Assim, o Alentejo encontra-se na linha da frente no que diz respeito aos

níveis de dependência de idosos, destacando-se o Alto Alentejo com 44,1%, seguido do Alentejo Central e Litoral, ambos com 40,8% em 2016 (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2018a).

Territórios		Índice de dependência de idosos		Territórios		Índice de envelhecimento	
Anos		2001	2016	Anos		2001	2016
	Portugal	24,4	32,1		Portugal	101,6	148,7
—	Continente	24,6	32,8	—	Continente	103,8	151,7
+	Norte	20,5	28,6	+	Norte	79,4	142,9
+	Centro	30,1	36,7	+	Centro	129,2	185,9
+	Área Metropolitana de Lisboa	22,4	33,4	+	Área Metropolitana de Lisboa	102,2	132,7
—	Alentejo	35,3	39,9	—	Alentejo	161,9	193,1
+	Alentejo Litoral	33,3	40,8	+	Alentejo Litoral	164,4	205,3
+	Baixo Alentejo	38,9	39,6	+	Baixo Alentejo	175,1	187,1
+	Lezíria do Tejo	30,4	37,3	+	Lezíria do Tejo	138,9	171,8
+	Alto Alentejo	43,2	44,1	+	Alto Alentejo	194,1	228,5
+	Alentejo Central	35,5	40,8	+	Alentejo Central	160,4	203,1
+	Algarve	28,2	32,8	+	Algarve	126,3	139,3
—	Região Autónoma dos Açores	19,8	19,6	—	Região Autónoma dos Açores	60,1	84,0
+	Região Autónoma dos Açores	19,8	19,6	+	Região Autónoma dos Açores	60,1	84,0
—	Região Autónoma da Madeira	20,6	22,6	—	Região Autónoma da Madeira	71,4	108,3
+	Região Autónoma da Madeira	20,6	22,6	+	Região Autónoma da Madeira	71,4	108,3

Figura 3 - Índices de dependência de idosos e envelhecimento em Portugal no ano 2001 e 2016

Fonte: Fundação Francisco Manuel dos Santos (2018a, 2018b)

Os Censos 2011 também referenciam a população com 65 ou mais anos de idade, no que respeita às atividades mais comprometidas. É neste grupo etário que se torna evidente as dificuldades na realização de determinadas atividades pelo declínio das funções físicas, psicológicas, emocionais e sociais. A dificuldade na realização de pelo menos uma das atividades diárias na população idosa cresce para os 52,6%, também acima da média nacional, 49,5%. A Figura 4 faz alusão à dificuldade em andar como sendo a principal limitação apresentada pela população, seguindo-se da dificuldade em ver (INE, 2012).

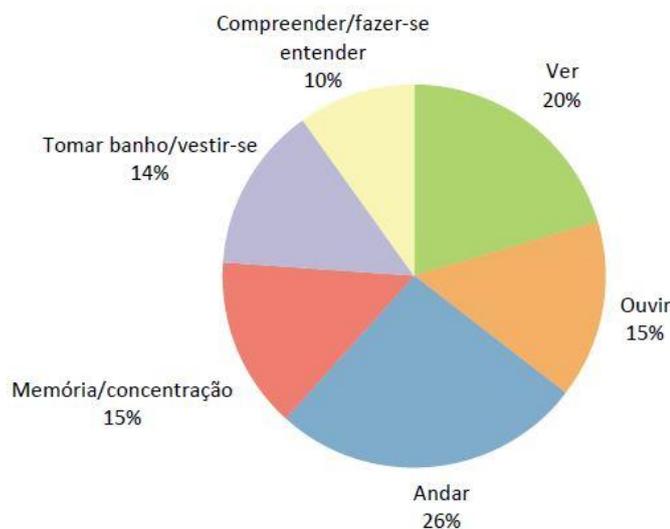


Figura 4 - Tipo de dificuldade na realização das atividades da população com 65 e mais anos de idade
Fonte: INE (2012)

A realidade supracitada enquadra a maioria dos doentes internados no serviço de Medicina. Durante o estágio verifiquei que os doentes internados são em grande parte idosos, com idade igual ou superior a 65 anos de idade. Todavia os internamentos não se cingem unicamente a esta faixa etária, sendo prestados cuidados também a doentes em fase adulta do ciclo de vida.

Para além da patologia que levou ao internamento, a população-alvo apresenta diversos antecedentes que associados à idade avançada e à polimedicação conduzem a períodos mais longos de incapacidade funcional e dependência. Paralelamente a estas limitações surge também as alterações da mobilidade, em especial o comprometimento do movimento muscular e articular, o equilíbrio corporal, as alterações ao nível de independência funcional para as AV e o défice de conhecimentos sobre as repercussões da doença.

No período de estágio identifiquei os diagnósticos médicos mais comuns nos doentes internados. As doenças do foro respiratório destacaram-se como as mais frequentes. Destas

sobressaem as doenças pulmonares obstrutivas crónicas e restritivas como a pneumonia. Tive também, a oportunidade de identificar outros diagnósticos médicos frequentes, como as doenças do trato urinário, doenças neurológicas, doenças cardiovasculares, doenças oncológicas e doenças sistémicas.

O contexto no qual o estágio decorreu é uma resposta em saúde ao maior grupo populacional da região. Para os problemas de saúde da população-alvo convergem a doença e o processo de envelhecimento. Os recursos alocados à unidade de cuidados estão dirigidos à qualidade dos cuidados e à segurança dos utentes facto que favorece o processo de aquisição de competências e o desenvolvimento do projeto de intervenção. Os cuidados de ER estão integrados nas dinâmicas de atuação da equipa e são organizados em consonâncias com os padrões de qualidade para EEER. A análise da organização dos cuidados é apresentada no capítulo seguinte e é focada no exercício dos EEER no serviço.

3 – Análise da Produção de Cuidados

Na continuidade do capítulo 2, procede-se a uma análise crítica da produção de cuidados na unidade de cuidados onde foi realizado o estágio. Os cuidados prestados e planeados pelos enfermeiros do serviço encontram-se registados num sistema informático, cujo acesso é feito através da aplicação *Alert*®. Este software disponibiliza uma rede de toda a informação relativa aos doentes e respetivos episódios clínicos, permitindo uma fácil e rápida consulta. No entanto, a parametrização da linguagem classificada está disponível ainda, na versão beta da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), a qual é usada para definição dos diagnósticos de enfermagem, prescrição dos cuidados autónomos e avaliação dos resultados. A sua terminologia documenta as decisões dos enfermeiros face aos focos avaliados, diagnósticos de enfermagem, e também, as ações empreendidas para resolver problemas de saúde, através das intervenções de enfermagem (ICN, 2016).

A classificação de doentes é realizada através do aplicativo do SCD/E, que permite prever as necessidades dos doentes em relação aos cuidados de enfermagem. Além disso, otimiza a gestão de recursos de enfermagem ao produzir indicadores de gestão de qualidade, de eficácia e de eficiência. A gestão da terapêutica é realizada pelo acesso ao Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento.

Nas equipas da manhã está sempre, pelo menos, um EEER e no turno da tarde, a presença destes, depende da disponibilidade dos recursos humanos. Neste sentido, os cuidados de ER são distribuídos em períodos de oito ou dezasseis horas semanalmente. No turno da manhã o EEER não consta da distribuição de enfermeiros para a prestação de

cuidados gerais, no entanto, em situações esporádicas, por défice do número de enfermeiros, é incluído na prestação de cuidados gerais.

Os cuidados de ER são assegurados no serviço pelos três EEER, que gerem a prestação de cuidados após a planificação dos cuidados de reabilitação. Esta planificação é realizada no próprio turno em resposta às necessidades dos doentes internados. Tem por base diagnósticos de ER que obedecem à linguagem CIPE®. Verifica-se no entanto que existe um défice nos registos relativos aos diagnósticos e cuidados de enfermagem de reabilitação. Esta falha de produção de dados inviabiliza a extração de indicadores de resultados, que espelhem a efetividade e eficácia destes cuidados.

Durante o período de estágio constatou-se que os cuidados de ER mais frequentes encontravam-se associados aos diagnósticos de enfermagem que fazem referência à função respiração, como a tosse ineficaz e dispneia funcional, facto justificável pela elevada prevalência de doenças respiratórias. Neste sentido, o EEER direciona a sua intervenção para a Reeducação Funcional Respiratória (RFR), com o objetivo de prevenir e corrigir a postura corporal, melhorar a reexpansão e ventilação pulmonar, melhorar a limpeza das vias aéreas e também melhorar a conservação de energia (Cordeiro & Menoita, 2012).

Em doentes internados por afeções neurológicas, os cuidados de ER foram maioritariamente dirigidos aos diagnósticos de enfermagem relacionados com o défice do autocuidado e mobilidade comprometida. Nesta área, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) ganhou especial destaque pela sua frequência e pelas características envolventes. A Reeducação Funcional Motora (RFM) envolveu diversas intervenções para melhorar a performance do doente nas AV, assim como, readapta-lo à sua nova condição de saúde (Regulamento n.º 125/2011, 2011).

Os recursos materiais disponíveis para cuidados de ER são adaptados a cada situação, e permitem melhorar a eficácia das intervenções de enfermagem. Estão disponíveis bastões,

halteres para diferentes níveis de resistência, bola terapêutica/bola suíça, bola de treino da proprioceção, faixas elásticas de várias intensidades, espirómetros de incentivo, ajudas técnicas, como pinça e calçadeira de cabo longo, dispositivos auxiliares de marcha, como tripé, andarilho e canadianas, elevador para transferências e colchões para alívio da pressão.

Na prevenção de UPP, o EEER tem uma intervenção direta, intervindo na formação da equipa de enfermagem para as técnicas corretas de posicionamento de doentes. Além do mais, gere os equipamentos que o serviço dispõe para esse efeito, como os colchões de pressão alterna e almofadas de gel.

Ainda no seguimento dos recursos que o serviço possui, importa realçar a presença de vinte e nove camas articuladas e elétricas. Esta condição é vantajosa para os doentes, e para os profissionais de saúde, pois permite a adaptação da altura da cama a cada profissional de saúde, respeitando os princípios ergonómicos e facilita a alternância de decúbitos dos doentes. No entanto, os princípios ergonómicos nem sempre conseguem ser cumpridos. Um exemplo disso ocorre durante a transferência de doentes. No serviço, a transferência de doentes é realizada maioritariamente para cadeirões que possuem assentos baixos, que para além de dificultar a transferência em si, aumenta o risco de lesões músculo-esqueléticas nos enfermeiros. A intervenção do EEER recai, essencialmente, no ensino/formação dos seus pares para a adoção de estratégias que mantenham presente os princípios ergonómicos e o estímulo da autonomia do doente.

Para além da prevenção das UPP, a segurança do doente também é salvaguardada pela prevenção de quedas. A prevenção de quedas de doentes internados é uma das estratégias do serviço, em que o EEER tem uma intervenção ativa e influente, essencialmente na adaptação do serviço, no que respeita às barreiras arquitetónicas que podem aumentar a suscetibilidade a quedas. O serviço apresenta condições físicas e materiais para reduzir o risco de queda, como grades de proteção na cama dos doentes, com possibilidade de colocação de superfícies

laterais. Tem equipamentos de imobilização pélvica e torácica para garantir a segurança dos doentes aquando o levante para cadeirão ou cadeira de rodas.

A intervenção do EEER, assim como a segurança do doente, pode ser influenciada pelas condições das instalações sanitárias, enfermarias e até mesmo do corredor do serviço. As instalações sanitárias possuem um espaço destinado a duche com dimensões adequadas, e com condições para o treino de AV. É neste espaço que o EEER treina os autocuidados: higiene e vestir/despir. O doente tem ao seu dispor barras de apoio, tapete antiderrapante e a possibilidade de utilizar cadeira do banho. No entanto, o outro espaço destinado a duche tem dimensões reduzidas, que impede a colocação de cadeira de banho. É um local propício a quedas pela ausência de espaço livre para o doente se mobilizar, assim como os enfermeiros. Os espaços destinados ao autocuidado: uso do sanitário apresentam dimensões reduzidas, que impossibilitam a rotação de 360° da cadeira de rodas no seu interior. No entanto, os lavatórios presentes na casa de banho estão em altura adequada para a aproximação dos doentes em cadeira de rodas. De referir que os espelhos são largos e encontram-se a uma altura de fácil acesso, permitindo aos doentes cuidar da sua imagem corporal, como fazer a barba, pentear-se, lavar os dentes e outras atividades. Todas as casas de banho são dotadas por sistema de alarme (campainha) de fácil utilização e acesso, facilitando a sua utilização em caso de queda ou outra situação de mal-estar.

O mesmo acontece quando se tem uma visão mais pormenorizada sobre as enfermarias. Estas impõem barreiras que podem efetivamente corromper a segurança do doente. As enfermarias têm um espaço reduzido para a mobilização do doente com os auxiliares de marcha, o que facilmente despoleta alterações de equilíbrio. A unidade do doente torna-se limitada quando a transferência do mesmo é realizada para o cadeirão junto da cama, deixando de existir espaço livre em torno de si. Esta realidade é extensível para o

corredor, que apesar da sua dimensão, encontra-se com obstáculos presentes em ambos os lados, o que torna difícil a circulação ao longo do mesmo.

No entanto, o serviço oferece aos EEER as condições essenciais para a aplicabilidade de qualquer plano de intervenção, embora haja a necessidade de novas aquisições e de melhor aproveitamento dos materiais existentes. Nesta ótica, existem espaços com escasso aproveitamento, como é o caso do refeitório destinado aos doentes. É um espaço amplo, no qual se poderiam realizar atividades no que respeita à RFM e RFR. O treino nas barras e a correção postural em frente ao espelho seriam bastante benéficos para reeducação da marcha e postura. Neste sentido, seria necessário a colocação de espelhos quadriculados nesse espaço, assim como marcadores de distância percorrida ao longo do corredor.

A prestação de cuidados de reabilitação é reconhecida e valorizada pela equipa de enfermagem, e por toda a equipa multidisciplinar, facto demonstrado pela frequente solicitação aos EEER para discussão de situações clínicas, orientação de cuidados e avaliação de resultados. Esta valorização por parte dos pares e responsáveis pela unidade de cuidados funciona como reflexo do trabalho desenvolvido e resultados obtidos após a intervenção do EEER. Fica claro, que a equipa de enfermagem funciona como um elo de ligação entre o doente e a restante equipa multidisciplinar quando partilham objetivos, metas e estratégias de cuidados durante o internamento. Por este motivo, a própria equipa deverá estar capacitada a identificar os fatores de risco presentes no ambiente, para construir diagnósticos de enfermagem, planear ações e executar os cuidados necessários (Fernandes et al., 2015).

3.1 - Problemática associada ao Contexto de Estágio

A segurança do doente é então uma das condições que o serviço pretende assegurar, mas para tal, é necessário existir um clima de gestão do risco. O serviço faz também parte do projeto instituído na Unidade Hospitalar, no que respeita à prevenção de quedas em doentes

hospitalizados, existindo um grupo de trabalho, no qual participa o EEER orientador do Estágio. Os trabalhos realizados neste âmbito fazem alusão ao problema queda, sendo definido um plano de ação mediante a recolha e análise de dados informativos, assim como, determinação das causas e correlação entre várias variáveis, com vista à implementação de medidas preventivas e corretivas (Caixeiro et al., 2012).

Por impossibilidade de aceder a dados mais recentes, far-se-á referência a dados de 2012 aprofundados e estudados por este grupo de trabalho. De janeiro a novembro de 2012 registou-se um total de 109 quedas na unidade hospitalar, sendo o mês de outubro o mês com um maior número de incidentes. Por sua vez, foi nos serviços de medicina que mais quedas se verificaram, com 42 incidentes registados.

No que respeita à distribuição de quedas por faixa etária, registou-se em maior número na faixa etária dos 63-83 anos de idade, com um total de 57 incidentes. Posteriormente com 24 quedas registadas, surge a faixa etária com idade superior a 83 anos. Estes incidentes são mais frequentes no sexo masculino do que no feminino, com 61 e 48 quedas, respetivamente. Foi estudada também, a sua incidência por turno, sendo o turno da noite aquele onde ocorrem mais quedas, com um total de 43. O turno da manhã também registou um número considerável, com um total de 35 incidentes.

A confusão foi a causa intrínseca mais frequente, estando presente em 53 quedas. A alteração do equilíbrio também contribuiu para um total de 50 incidentes. A astenia, défice visual e agitação, também contribuíram, mas com uma menor incidência.

Esmiuçando os fatores de risco extrínsecos, constata-se que o fator extrínseco mais frequente é o piso molhado, originando um total de 13 quedas. A fraca iluminação e sedação estiveram na origem de oito quedas, respetivamente. Ressalta-se também, a presença de obstáculos como fator extrínseco, estando na origem de sete quedas. Relativamente ao local

mais frequente, surge o espaço quarto, com um total de 64 quedas. Estas ainda ocorreram na casa de banho e corredor.

A consequência mais frequente que resultou da queda foi a presença de escoriações e confusão. Em sete dos incidentes verificou-se a presença de hematoma. No entanto, só se registou um caso de queda com ferida traumática. A Tabela 1 resume o supracitado, realçando as ocorrências e os fatores com maior e menor expressão.

Tabela 1 - Incidência das quedas na Unidade Hospitalar

Quedas	Frequência	Maior	Menor
Mês		Outubro Julho Dezembro	Fevereiro Março
Serviço		Medicina 1 Medicina 2	Convalescença Ortopedia
Grupo etário		63-83 anos >83 anos	<20 anos 21-42 anos
Género		Masculino	Feminino
Turno		Noite Manhã	Tarde
Fatores Intrínsecos		Confusão Alteração do equilíbrio Astenia Agitação Défice visual	Lipotímia Défice auditivo Parésia
Fatores extrínsecos		Pavimento molhado Falta iluminação Sedação	Superfície irregular Existência de degraus
Local		Quarto Casa de banho Cama	Sala de convívio Refeitório
Consequência		Escoriação Confusão Hematoma	Laceração Dor Ferida Traumática

Fonte: Caixeiro et al. (2012)

Em 2011 foi realizado um estudo de incidência de quedas no serviço onde decorreu o Estágio. Os resultados desse trabalho são os dados mais recentes e são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Quedas na Unidade de Cuidados

Turno
Noite (n=8)
Manha (n=4)
Tarde (n=2)
Avaliação Risco (Escala de Morse)
Elevado Risco (n=8)
Moderado Risco (n=5)
Baixo Risco (n=1)
Adaptadas Medidas Preventivas
Sim (n=8)
Não (n=0)
Queda Visualizada
Não (n=13)
Sim (n=1)
Fatores Intrínsecos presentes
Alteração do equilíbrio (n=12)
Confusão (n=9)
Agitação (n=4)
Astenia (n=3)
Participação da queda
Sim (n=13)
Não (n=1)
Intervenção Médica
Sim (n=7)
Não (n=7)
Consequências das quedas
Escoriação (n=2)
Confusão (n=1)

Fonte: Enfermeiro Chefe e Enfermeiro Orientador

Perante o exposto, é passível extrair da análise dos dados que o evento queda era, em 2011, frequente no serviço e ocorria em maior frequência nos doentes que tinham uma

avaliação de alto risco na Escala de Morse. Ocorria mais frequentemente no turno da noite e manhã., facto coincidente com o estudo de Abreu et al. (2012), que verificaram maior número desta ocorrência nos turnos da manhã e da noite.

O turno da manhã é caracterizado por ser o turno com maior número de atividades, como a higiene, levante, realização de exames complementares de diagnóstico, reabilitação e entre outros, e também, por ser o turno com uma participação mais ativa do doente, que tende a assumir as suas rotinas diárias. Estas situações são propícias a quedas, pela exposição do doente aos fatores extrínsecos de queda. Por sua vez, o turno da noite é o turno em que existe um menor número de atividades e uma menor vigilância dos doentes, pela diminuição do número de enfermeiros. Além do mais, é o período onde existem mais situações de agitação e confusão (Abreu et al., 2012). A confusão, após a alteração do equilíbrio, é o segundo motivo de causa de queda no serviço. De realçar que a maior parte das quedas ocorridas não foram presenciadas, o que se associa claramente à menor vigilância dos doentes internados.

A alteração do equilíbrio destaca-se como a principal causa intrínseca de queda. Para além de estar associada ao processo natural de envelhecimento, é estritamente influenciada pelas condições ambientais envolventes. No estudo de Alves et al. (2016) verifica-se que os idosos caem três vezes ou mais quando estão institucionalizados, sendo a fraqueza e os distúrbios de equilíbrio as principais causas intrínsecas de queda, que exacerbam o risco quando associadas ao meio ambiente. As quedas ocorridas não representaram lesões físicas graves para os doentes, registando-se apenas três consequências, as escoriações e contusões.

A abordagem do incidente queda no idoso hospitalizado torna-se necessária e justificável pelo impacto que uma queda provoca na sua vida. Oliveira et al. (2015) corroboram esta ideia acrescentando que os diversos impactos das quedas na vida de um idoso podem incluir um maior morbidade, assim como “mortalidade, deterioração funcional, hospitalizações recorrentes, necessidade de institucionalização e consumo de

serviços sociais e de saúde” (p.760). Neste sentido, Tzeng e Yin (2015) referem que as quedas sofridas pelos doentes hospitalizados podem levar a lesões, tempos de internamento prolongados, níveis de dependência, assim como aumento das despesas hospitalares.

A predisposição para quedas acresce com o processo fisiológico de envelhecimento, pelo que as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos apresentam maior vulnerabilidade, pelas próprias características do envelhecimento que conduz a “alterações estruturais e funcionais, influenciando o grau de independência e capacidade funcional do ser humano. Na hospitalização, esta ocorrência é potencializada em consequência da própria condição clínica e do ambiente hospitalar” (Oliveira et al., 2016, p. 4072).

Face ao exposto, este relatório de estágio centra-se no processo pelo qual as competências de EEER foram adquiridas no contexto do estágio e nos contributos do projeto elaborado e desenvolvido para essa aquisição. O desenvolvimento do projeto no âmbito do 2º ciclo teve origem na pesquisa teórica, a partir da qual se problematizou a queda em idosos e a intervenção do EEER na sua prevenção. O enquadramento teórico do relatório teve em consideração a epidemiologia, a categorização, os fatores de risco e as consequências da queda.

4- Projeto de Intervenção Profissional

Neste capítulo será feita uma análise do projeto de intervenção desenvolvido no serviço de medicina. Como referido anteriormente, o projeto integra-se no domínio da segurança do doente com o tema diminuição do risco de queda. As estratégias de intervenção são os planos de cuidados de ER dirigidos aos fatores intrínsecos que concorrem para o risco de queda no internamento. O tema ou área problema é a prevenção de quedas em doentes idosos internados e tem como objetivos: avaliar os fatores intrínsecos associados ao risco de queda, identificar fatores de risco extrínsecos e estabelecer um plano de intervenção do EEER para a diminuição do risco de queda em doentes idosos, internados e com alterações da mobilidade.

Neste sentido, será realizada uma fundamentação teórica da problemática queda, com todas as particularidades que lhe são inerentes.

4.1 - Enquadramento Teórico da Problemática

O conceito de queda acresce ao longo dos anos, devido às diversas abordagens que permitem complementar o conceito em si. A OMS mantém a sua definição coesa e facilmente compreensível, em que define a queda como a consequência de qualquer acontecimento que leva a pessoa a cair no chão contra a sua vontade. Acrescenta ainda, como sendo um acontecimento que leva a pessoa a cair inadvertidamente no solo, com incapacidade de correção em tempo útil, resultando de circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade (WHO, 2007).

As quedas destacam-se entre as causas externas de ferimento não intencional. São codificadas, segundo a OMS, como W00-W19 na Classificação Internacional de Doenças

(CID) – 10, abrangendo uma vasta gama de quedas, como as que ocorrem ao mesmo nível, em nível superior e outras não especificadas (WHO, 2007).

Na CID, a queda pode ser definida como sendo um evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação à sua posição inicial (WHO, 2007). Neste sentido, a queda é definida como o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, sem a sua correção em tempo útil, sendo determinada por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade, alterando assim a postura corporal (Neto et al., 2017). Todos estes conceitos são semelhantes ao conceito defendido por Morse, em que a queda ocorre após uma pessoa cair involuntariamente ao chão ou outra superfície mais baixa relativamente a si (Morse, 2009).

No Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, a queda é vista como o resultado da perda de equilíbrio ou da capacidade em recuperá-lo, abrangendo todas as faixas etárias, com maior relevo na população idosa, em que a “prevalência do risco de queda e os danos daí resultantes têm sido maiores” (p.7). A queda tem tido um impacto notório na sociedade, pelas possíveis consequências que resultam deste incidente.

A análise de vários artigos científicos trouxe a percepção que o conceito de queda não é unânime e não se rege pelo mesmo fio condutor. Pela necessidade de existir uma coesão na abordagem desta temática e, entendendo que a queda é um conceito multifatorial, privilegia-se aquela que é elaborada pela CIPE[®]. Esta mesma classificação tem sofrido reajustes ao longo dos anos, contudo, o conceito Cair manteve-se inalterável. Na versão de 2015 da CIPE[®], o foco queda é descrito como um “evento ou episódio” (p.76), que pode ser associado ao foco de enfermagem Cair, definido como a “descida de um corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical” (ICN, 2016, p.43).

O conhecimento do conceito queda aparenta ser algo simples e certo, mas quando se tenta operacionalizar ressaltam dúvidas associadas à sua categorização e aos fatores que lhe estão inerentes, emergindo de imediato interrogações como, será o desequilíbrio a principal causa de queda? Qual o fator que contribui mais para a queda no idoso? O ambiente exerce influência para a ocorrência de quedas?

Epidemiologia da Queda

No relatório 2009-2012 do Instituto Nacional de Saúde do Doutor Ricardo Jorge, que faz alusão à epidemiologia e vigilância dos traumatismos e acidentes, Contreiras e Rodrigues (2014) destacam as quedas como um dos mecanismos que mais contribuíram para o número de Acidentes Domésticos e de Lazer (ADL). Neste sentido, após distribuição das quedas por grupo etário e sexo é possível constatar que o número de quedas é maior no sexo masculino nos grupos etários entre 0-44 anos de idade, contrapondo com o sexo feminino, que tem uma maior percentagem de quedas nos grupos etários com 45 e mais anos. Verifica-se na Figura 5, que ao analisar as quedas por grupo etário, estas são mais evidentes no sexo feminino a partir dos 54 anos, elevando-se exponencialmente esta percentagem, a partir dos 65 anos de idade.

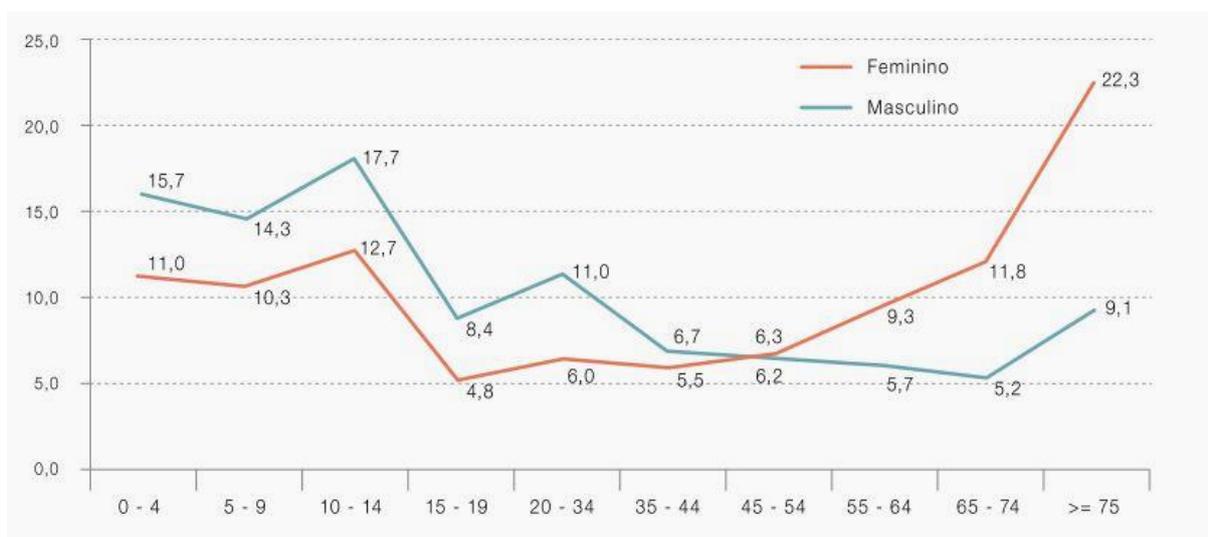


Figura 5 - Distribuição dos ADL registados devido a queda por sexo e grupo etário.

Fonte: Contreiras e Rodrigues (2014)

Ainda neste relatório é possível constatar que os ADL, que incluem as quedas, tornam-se duas a três vezes mais frequentes nas mulheres do que nos homens com 65 e mais anos de idade.

Tal como se verifica na Figura 6, a maior percentagem de ADL recai sobre as quedas, nomeadamente as que ocorrem ao mesmo nível, as não especificadas e ainda uma percentagem, não tão exuberante, relacionada com as quedas em escadas.

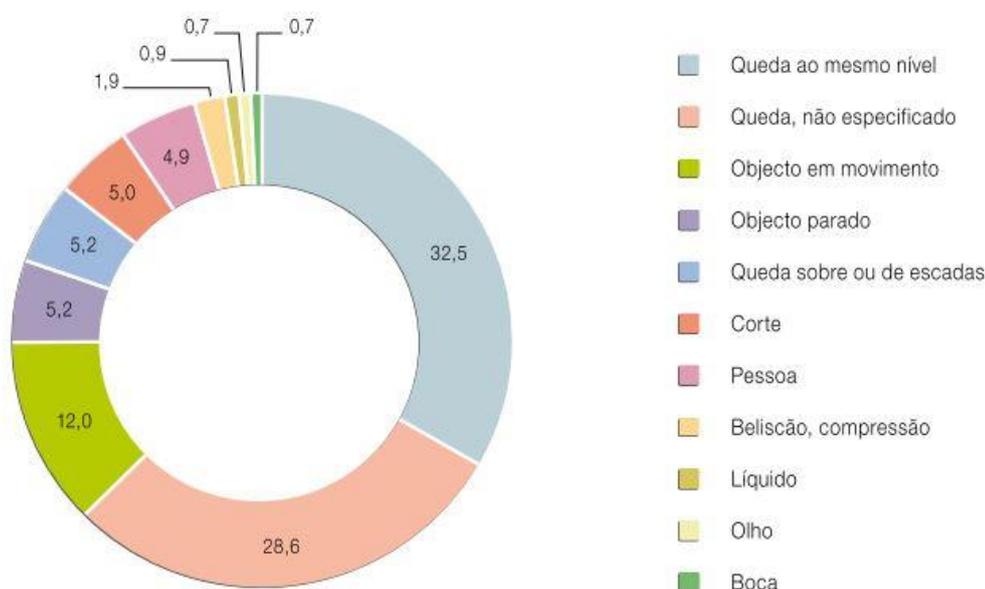


Figura 6 - Distribuição percentual dos 10 mecanismos de lesão

Fonte: Contreiras e Rodrigues (2014)

No Programa Nacional de Prevenção de Acidentes, o projeto: Com mais Cuidado – Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas, apura que na União Europeia existe um número preocupante de mortes por ano, vítimas de acidente. Torna-se óbvio que os acidentes “não intencionais” não se cingem unicamente às quedas, abrangem também os acidentes de viação, queimaduras, intoxicações e afogamento. Neste sentido, por ano existem cerca de 85 mil pessoas que sofrem este tipo de acidentes (DGS, 2012).

Neste mesmo programa, a Direção-Geral de Saúde (DGS) baseia-se na *European Network for Safety among Elderly*, referenciando o número de mortes por ano, numa média

de três anos, acerca dos acidentes na União Europeia. Verifica-se que as quedas assumem um valor de destaque, com um valor preocupante de 40 mil mortes numa média de 3 anos. Esta taxa de mortalidade é mais exuberante nos países como a Hungria, República Checa e Finlândia (DGS, 2012).

No Despacho nº 1400-A/2015 presente no Diário da República, há referência a esta problemática da queda, como um fator propenso à diminuição da segurança dos doentes. A OMS, referenciada neste despacho, defende que “28 a 35% da população com idade igual ou superior a 65 anos de idade sofre uma queda todos os anos, aumentando esta prevalência de 32 para 42% na população com idade superior a 70 anos de idade” (p.7). Acrescenta-se ainda que a prevalência de quedas torna-se maior na população residente em lares do que aquela que vive na comunidade. Os doentes institucionalizados tornam-se mais propensos a este fenómeno de queda, em que “30 a 50% da população residente em instituições de cuidados continuados de longa duração sofre uma queda por ano e cerca de 40% experiencia mais do que uma queda” (p.7). Em Portugal, 21% do total de incidentes notificados ao sistema nacional de notificação de incidentes, são claramente incidentes relacionados com as quedas (Despacho nº 1400-A/2015, 2015).

Nesta linha de raciocínio, a OMS faz referência às hospitalizações das pessoas mais idosas, referindo que as hospitalizações por lesões associadas a quedas são cinco vezes mais frequentes que por lesões associada a outras causas. Neste sentido, as quedas na população com 65 e mais anos de idade são a causa principal de mortes por ferimentos, em que metade das ocorridas é no próprio domicílio (WHO, 2004).

Para a OMS as quedas são a segunda causa principal de mortes acidentais ou involuntárias por ferimento no mundo inteiro. Por conseqüente, estima-se que a cada ano, 646 mil pessoas morram de quedas, das quais mais de 80% em países subdesenvolvidos. Os adultos com mais de 65 anos de idade sofrem um maior número de quedas fatais, havendo

cerca de 37,3 milhões de quedas consideradas severas que requerem assistência médica a cada ano (WHO, 2017).

Categorização das Quedas

A queda é considerada um acontecimento que pode ser traumático, consoante as lesões provocadas, sendo um evento multifatorial, cujo surgimento ocorre de forma involuntária e inesperada. Para Almeida et al. (2010), as quedas podem ser recorrentes numa mesma pessoa, o que frequentemente gera consequências para a própria vítima, para o cuidador e para a sociedade.

O impacto causado pela ocorrência de quedas pode ter efeitos nefastos na vida da pessoa e da estrutura familiar que a envolve. Por este motivo, uma correta caracterização do evento de queda, tendo por base as particularidades que a definem, é fundamental para atuar sobre a sua prevenção. No entanto, esta tarefa torna-se complexa pelas diferentes abordagens da classificação de quedas. Verifica-se que as quedas são categorizadas por grupos, que permitem organizar os acidentes de acordo com as causas precipitantes, frequência de ocorrência, riscos individuais, entre outros (Almeida et al., 2010).

A mesma fonte, que cita Saraiva et al., verifica que o evento é agrupado em *Quedas Ocasionalis*, que surgem através da influência do meio envolvente, ou seja dos fatores extrínsecos, *Quedas Intermitentes ou Intercorrentes*, relacionadas com doença ou alteração momentânea do aparelho circulatório, *Quedas Recidivantes*, quando se repetem duas ou mais vezes num prazo de seis meses, em doentes com estado de saúde débil e enfraquecido e *Quedas em Casos de Risco* que envolvem todas as pessoas que possuem um elevado risco de queda, mesmo sem historial prévio de quedas (Almeida et al., 2010).

No livro de Janice Morse, *Preventing Patient Falls*, é realizada uma abordagem aos diferentes tipos de queda. Esta classificação apresenta três categorias. As *Quedas Acidentais*

ou *Fisiológicas* quando o evento é algo inesperado, colidindo com os perigos ambientais, como barreiras e obstáculos físicos, as *Quedas Fisiologicamente Previsíveis* quando a condição de saúde do doente o tornam propenso a um maior risco de queda e por fim as *Quedas Fisiologicamente Imprevisíveis* associadas a alterações fisiológicas, não sendo previsíveis antes da primeira queda (Morse, 2009).

Tendo em consideração as abordagens referidas pelos diversos autores, é possível perceber que todas elas fazem referência à existência de fatores que predisõem a pessoa a um determinado risco de queda. Esses fatores remetem para a situação clínica e física da pessoa, assim como, para o meio ambiente envolvente (Almeida et al., 2010). Neste sentido, a existência de fatores pessoais ou ambientais podem aumentar o risco de queda, pelo que agir sobre eles torna-se uma estratégia para a prevenção da ocorrência de quedas. A sua identificação e análise podem ajudar a minimizá-los e/ou eliminá-los, de forma preservar a segurança da pessoa.

Fatores de Risco de Queda

Ao longo das definições e abordagens descritas é possível constatar que a queda está associada a determinados fatores de risco, que consoante a sua existência predisõem a pessoa a um determinado risco de queda. Os fatores associados às quedas podem ser multifatoriais e tal como está patente no Despacho nº 1400-A/2015, podem refletir a multiplicidade de determinantes da saúde, que direta ou indiretamente, afetam o bem-estar da pessoa. Também Hill e Fauerbach (2014) defendem que podem existir múltiplos fatores que predisõem a pessoa a um elevado risco de queda, com ou sem lesões, sendo a população idosa aquela que reúne mais fatores de risco.

Torna-se claro que a quantidade de fatores de risco que uma pessoa possui, é diretamente proporcional ao seu risco de queda. Contudo, alguns fatores podem ser alterados, mas nem todos podem ser eliminados (Despacho nº 1400-A/2015, 2015).

O envelhecimento que se vive na atualidade torna-se preocupante não só pelas características que lhe estão inerentes, mas por ser um paradigma que tem tendência a aumentar, predispondo a população idosa a um maior risco de queda. Por isso, identificar, avaliar e intervir junto dos fatores de risco de queda funciona como uma prioridade para a segurança desta população, pela prevenção das consequências que podem advir deste incidente (Hill & Fauerbach, 2014).

Tal como se tem constatado, existem diversas abordagens acerca da queda, pelo que a definição dos fatores de risco não é exceção. Hill e Fauerbach (2014) fazem referência aos fatores de risco de queda, englobando-os em fatores de risco intrínsecos e extrínsecos. Por sua vez, a OMS agrupa os fatores de risco, além de fatores intrínsecos e extrínsecos, em fatores comportamentais ou de exposição ao risco (WHO, 2004). No entanto, esta mesma fonte apresenta novas categorias para os fatores de risco, como se encontra expresso no livro *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*, que reúne os fatores de risco de queda em quatro dimensões: Fatores Biológicos, Comportamentais, Ambientais e Socioeconómicos (WHO, 2007).

Esta categorização encontra-se simplificada pela Fundación Mapfre (2010), que vai de encontro à categorização de Hill e Fauerbach, por classificar os fatores de risco de queda em apenas dois grupos, fatores de risco intrínsecos, relacionados com o idoso, e fatores de risco extrínsecos, relacionados com o meio envolvente. A Figura 7 destaca a simplicidade que a Fundación Mapfre apresenta quando aborda os fatores de risco de queda.

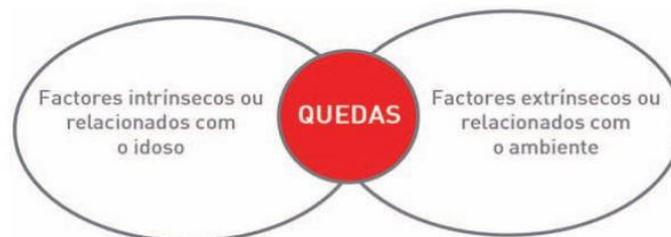


Figura 7 - Causas gerais das quedas

Fonte: Fundación Mapfre (2010)

Tendo em conta as diferenças existentes acerca da caracterização dos tipos de fatores de risco de quedas opta-se pela que categoriza os fatores de risco de queda em intrínsecos e extrínsecos presentes nas pessoas idosas, população-alvo deste projeto.

Fatores de Risco Intrínsecos de Queda

Os fatores intrínsecos de queda estão relacionados com a própria pessoa. Oliveira et al. (2015) acrescentam que a pessoa pode apresentar incapacidade em manter ou recuperar o equilíbrio por alterações de determinados sistemas que possam interferir com o controlo postural, a cognição, o comportamento e o aparecimento de doenças. Porquanto, para evitar a queda e manter a estabilidade corporal, torna-se importante que o corpo se mantenha em equilíbrio.

No entanto, existem alterações que comprometem este equilíbrio e condicionam a estabilidade necessária para evitar a queda. As alterações surgem maioritariamente com o processo de envelhecimento, relacionando-se com as alterações físicas e psicológicas que despoletam alterações de equilíbrio, fraqueza muscular, inatividade, défices sensoriais, como a audição e visão, alterações da sensibilidade, doenças crónicas e comorbilidades associadas, polimedicação e isolamento social (Oliveira et al., 2015).

Estes tipos de fatores de risco estão associados aos fatores biológicos, abarcam as características da pessoa, como a idade, o sexo e raça, e são considerados fatores biológicos não modificáveis. Acrescenta-se ainda as mudanças geradas pelo envelhecimento, como o declínio das capacidades físicas, cognitivas e afetivas e as comorbilidades associadas às doenças crónicas (WHO, 2007). Esta perspetiva é partilhada também pela Fundación Mapfre (2010) que defende que o envelhecimento é visto como um aliado ao aumento do risco de queda, pela modificação das respostas adaptativas às alterações que ocorrem no meio. Existe então, uma alteração dos reflexos, da força muscular e coordenação, da marcha, da visão e audição, que com o avançar da idade tendem a estar diminuídos.

Nesta linha de raciocínio, torna-se claro que os fatores intrínsecos espelham os aspetos relacionados com a pessoa, dos quais ressaltam as alterações fisiológicas decorrentes do próprio envelhecimento, as patologias específicas e os medicamentos (Fundación Mapfre, 2010). Nesse contexto surge a necessidade de fazer alusão a determinadas doenças que podem influenciar de forma negativa a estabilidade e o controlo postural, predispondo a pessoa a um maior risco de queda.

Schub (2016) faz uma revisão da literatura em que os fatores intrínsecos de quedas estão direcionados a todos os aspetos individuais que colocam a pessoa em condições frágeis e suscetíveis a quedas. Estes fatores tornam-se mais evidentes com a idade e estão associados à própria diminuição da função dos sistemas orgânicos, que comprometem o controlo postural, o aparecimento de doenças, transtornos cognitivos e comportamentais (Alves et al., 2016). A Tabela 3 sintetiza os fatores de risco intrínsecos de quedas consoante as abordagens de diferentes autores.

Tabela 3 – Fatores de Risco Intrínsecos de queda

Biológicos não modificáveis	Idade, Sexo, Raça
Características Fisiológicas	Alterações cognitivas; Vertigens; Alteração da mobilidade; Presença de dor; Historial de quedas anteriores; Incontinência; Comportamento impulsivo; Baixo peso corporal; Falta de gordura subcutânea; Deficiência funcional (dependência nas AV); Deficiência cognitiva; Polimedicação
Fatores Fisiológicos do Envelhecimento que favorecem as Quedas	
Afetam a percepção do Mundo que os rodeia	Diminuição da acuidade visual e auditiva; Alterações na condução nervosa vestibular: alterações do equilíbrio; Angiosclerose do ouvido interno; Diminuição da sensibilidade propriocetiva
Afetam as respostas face às alterações externas	Redução geral dos reflexos; Atrofia muscular e de partes moles; Degeneração das articulações, com alterações na amplitude de movimento
Patologias que favorecem as Quedas	
Doenças Cardiovasculares	Lesões vasculares; Doença vascular periférica; Cardiopatia isquémica; Sincope; Disritmias; Hipotensão ortostática; Acidente Isquémico Transitório; AVC; Neuropatia associada à diabetes mellitus
Doenças Neurológicas / Psiquiátricas	Depressão e Ansiedade; Hidrocefalia normotensiva; Síndromes de disfunção do equilíbrio; Doenças extrapiramidais: Doença de Parkinson; Crises epiléticas; Massa intracraniana; Alterações cognitivas; Distúrbios do sono; Isolamento; Demências
Doenças do aparelho Locomotor	Artroses; Osteoporose; Patologias do pé; Doenças inflamatórias
Doença Sensorial Multiplica	Doenças oculares; Doenças do sistema propriocetivo e do equilíbrio
Doenças Sistémicas	Infeções; Transtornos endócrino-metabólicos e hematológicos
Medicação predisponente ao maior risco de queda	
Opiáceos; Anticonvulsivantes; Anti-hipertensores; Diuréticos; Laxantes; Benzodiazepinas; Sedativos; Medicamentos Psicotrópicos;	

Nota: Adaptado de Alves et al. (2016); Schub (2016); Hill e Fauerbach (2014); Fundación Mapfre (2010)

Fatores de Risco Extrínsecos de Queda

Os fatores extrínsecos de queda estão relacionados com o ambiente físico que envolve a pessoa. Abreu et al. (2012) acrescentam que são considerados fatores extrínsecos, todos aqueles que estão direta ou indiretamente relacionados ao contexto em que a pessoa se encontra. Janice Morse faz referência aos fatores extrínsecos como fatores de natureza ambiental que levam o doente a escorregar ou tropeçar (Morse, 2009). No Despacho nº 1400-A/2015, os fatores extrínsecos associam-se também ao ambiente, mais precisamente, aos perigos existentes no ambiente envolvente, à inexistência de estruturas de apoio à mobilidade ou à presença de barreiras/obstáculos à mobilidade no espaço físico (Despacho nº 1400-A/2015, 2015).

Conhecer o ambiente físico no qual o doente está inserido, assume-se como uma preocupação a ter em consideração pela equipa de enfermagem. Concomitantemente a este aspeto, a descrição do incidente queda funciona como um dado importante para a implementação de medidas preventivas, uma vez que se verifica uma interligação entre a ocorrência de quedas e o ambiente físico (Ferreira & Yoshitome, 2010).

Como referido, o ambiente pode exercer uma influência negativa sobre o doente internado, não só pela sua vulnerabilidade, mas também pelo desconhecimento do espaço físico da unidade de cuidados. Os doentes que sofrem maior impacto do ambiente e que ficam mais propensos a quedas, são os que apresentam independência e dependência parcial nos autocuidados. Esta situação facilita a ocorrência de quedas, pelo maior contacto que têm com o ambiente que os rodeia. Neste sentido, o facto de ocorrerem quedas nestes doentes, deve servir de alerta para identificar os fatores extrínsecos facilitadores de quedas, devendo por isso, ser corrigidos e reajustados para a prevenção de queda (Abreu et al., 2012).

Para uma melhor perceção foram reunidos na Tabela 4 os fatores de risco extrínsecos de queda presentes no ambiente que envolve a pessoa, tendo em conta diversas referências

bibliográficas que fazem alusão à iluminação, à área de locomoção, à estrutura física e ao vestuário.

Tabela 4 - Fatores de Risco Extrínsecos de Queda

Meio ambiente	
Iluminação	Iluminação inadequada Interruptores de difícil alcance
Área de Locomoção	Obstáculos no caminho Superfícies desniveladas Piso molhado/escorregadio Presença de fios e tubos Presença de degraus de altura e largura irregular Tapetes em superfícies lisas Espaço reduzido para auxiliares de marcha Ausência de espaços livres
Estrutura Física	Ausência de corrimãos Cama e cadeiras em altura inadequada Espaços pequenos Casa de Banho sem barras de apoio, nem superfícies antiderrapantes Chão com cera
Vestuário	Calçados inadequados Pés descalços Roupa demasiado larga

Nota: Adaptado de Alves et al. (2016); Bittencourt et al., (2017); Oliveira et al. (2015); Schub (2016); WHO (2004)

Abreu et al. (2012), no estudo longitudinal que realizaram acerca da prevalência, consequências, causas e estratégias de intervenção de quedas, identificaram situações no ambiente hospitalar que quando corrigidas contribuiriam para a diminuição dos fatores extrínsecos de queda. Neste sentido, ficou claro que uma identificação prévia destes fatores, associada à implementação de medidas preventivas contribuiu para diminuir o número de quedas. Estes autores fazem alusão a medidas preventivas como a revisão do sistema de travagem das camas, cadeira de rodas, suportes de soros móveis, a substituição de cera no chão por cera antiderrapante, a aquisição de grades para todas as camas, a colocação de barras de suporte nas casas de banho junto às sanitas e chuveiros e a colocação de degraus

duplos para os doentes subirem para as camas, na ausência de camas elétricas articuladas, que permitam ajustar a altura em relação ao chão.

Consequências das Quedas nos Idosos

As quedas podem diminuir a capacidade funcional da pessoa, mas o seu impacto é mais significativo nas pessoas idosas. O resultado desta alteração pode limitar a realização das AV impondo níveis de dependência nos autocuidados. Esta incapacidade, para além de ter efeitos diretos na pessoa idosa, influencia toda a sua esfera familiar, pelos níveis de dependência que surgem após a limitação funcional.

Além da família, os serviços de saúde também sofrem com este incidente, pelos custos económicos envolventes. Esta ideia é corroborada por Almeida et al. (2010) que fazem alusão às consequências da queda como um resultado que pode causar limitações na atividade física e na independência da pessoa, o que compromete o seu bem-estar físico e mental. Morse (2009) acrescenta que 6% dos doentes que caem em hospital adquirem lesões graves, que comprometem o estado de saúde pela queda em si ou pelas causas secundárias.

O impacto que a queda tem na vida de um idoso vai desde a morbilidade, mortalidade, deterioração funcional às hospitalizações recorrentes, com necessidade de institucionalização e consumo de serviços sociais e de saúde (Oliveira et al., 2015). Neste sentido, as lesões que advêm das quedas, resultam numa ampla variedade de danos físicos, psicológicos e socioeconómicos (Oliveira et al., 2016).

Os danos físicos recaem sobre as fraturas minor ou major, entorses, abrasão e/ou hematomas, contusões, feridas traumáticas, escoriações, traumatismo crânio-encefálico, entre outros (Fundación Mapfre, 2010; Hill & Fauerbach, 2014; Oliveira et al., 2016). Por sua vez, os danos psicológicos refletem essencialmente os efeitos nefastos que a queda provocou à pessoa, o que origina um efeito traumático: o medo de cair novamente.

O medo de cair desencadeia uma série de limitações, que leva o idoso à diminuição da sua atividade, pela restrição da mobilidade e/ou da sua participação nas AV, quer nas atividades básicas de vida diária, como a higiene, vestuário e marcha, quer nas atividades instrumentais de vida diária, como cozinhar, ir às compras, limpeza e condução. Por este motivo, a perda de autoconfiança e a autolimitação nestas atividades, origina isolamento social e menor prazer ou gozo pela vida (Hill & Fauerbach, 2014; Oliveira et al., 2016). A Fundación Mapfre (2010) acrescenta que para além dos medos existentes, surge o síndrome de ansiedade, que inevitavelmente origina “perda de autonomia, deterioração funcional, depressão e considerável isolamento social” (p.11).

Como referido, o medo de cair leva à redução da atividade e ao isolamento social, com o aparecimento de níveis de dependência nas AV. É suposto que exista uma intervenção ativa da família e cuidadores, alterando também eles, o seu meio familiar (Hill & Fauerbach, 2014; Oliveira et al., 2016). Além disso, as lesões resultantes podem levar a um aumento dos custos hospitalares, com aumento dos recursos humanos e técnicos e do tempo de internamento (Graham, 2012).

Morse (2009) refere que as quedas em contexto hospitalar acarretam consequências que podem efetivamente levar à morte da pessoa, não só pelo efeito direto da queda, mas também pelas complicações secundárias associadas ao aumento do tempo de internamento, como o aparecimento de determinadas doenças infecciosas.

4.2 – Prevenção do Incidente Queda

Tendo em consideração o impacto que a ocorrência de quedas tem na vida da pessoa que cai, a relação existente entre os fatores de risco de queda e a necessidade de garantir a qualidade dos cuidados das unidades hospitalares, torna-se essencial que as instituições incorporem uma filosofia de prevenção da ocorrência de quedas. A existência de fatores de

risco de queda possibilita a intervenção do enfermeiro, no sentido de eliminar esses fatores e prevenir eventos de queda.

Por este motivo, o reconhecimento dos fatores de risco, assim como, a capacidade de minimizar os seus efeitos, requerem a implementação de estratégias preventivas para a obtenção de resultados que reduzam o risco de queda (Oliveira et al., 2015). Assim, as medidas preventivas e/ou corretivas podem ser aplicadas diretamente para a melhoria de determinados fatores de risco intrínsecos de queda, como as alterações de equilíbrio e dependência nas AV, através do treino de equilíbrio e treino de atividades de vida diária, respetivamente.

Treino de Atividades de Vida Diária

Por ser um processo dinâmico, a Reabilitação readapta, inova e descobre caminhos que convergem para a capacitação e ganho de autonomia por parte da pessoa que vivência situações de limitação funcional. Estas, como o próprio nome indica, interferem no desempenho das AV, o que gera inevitavelmente níveis de dependência. Por esse motivo, cabe ao EEER oferecer intervenções terapêuticas que melhorem, recuperem ou mantenham a independência nas AVD, de forma a reduzir o impacto das incapacidades instaladas, quer a nível neurológico, respiratório, cardíaco, ortopédico e outras deficiências e incapacidades.

Além do mais, o contexto de atuação do EEER permite-lhe identificar as necessidades das pessoas que estão impossibilitadas de executar actividades básicas, de forma independente. Por isso, compete-lhe conceber, implementar e avaliar “planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade” (Regulamento n.º 125/2011, 2011, p. 8656). Ressalta-se ainda, a competência para avaliar a capacidade funcional da pessoa na realização autónoma das AVD’s.

As AV encontram-se associadas ao foco de enfermagem autocuidado na CIPE[®], definido como “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária” (ICN, 2016, p.42). As AVD’s são então consideradas, todas as atividades desempenhadas pela pessoa na sua vida quotidiana, durante o cumprimento dos seus papéis sociais. Contudo, derivado a determinadas situações, o seu desempenho autónomo poderá estar comprometido, pelo que surgem autocuidados com necessidade de ajuda (Alves, 2015).

Para Roper, Logan, e Tierney (2001), cada pessoa tem um *continuum* dependência-independência para cada atividade de vida, em que a independência corresponde à capacidade em desempenhar uma atividade de vida “num padrão pessoal e socialmente aceitável, sem ajuda” (p.67). Por sua vez, estes autores consideram que a dependência está associada a uma necessidade de ajuda para o desempenho de determinada AV, porém, defendem que nos idosos, a perda de independência pode ser um processo gradual e é raro que aconteça em todas as AV. A existência de dispositivos que ajudem nas dificuldades em determinada AV, permite a sua independência, considerando-se, neste caso, uma independência ajudada.

Seguindo o modelo de enfermagem dos autores supracitados, este é constituído por doze AV: manter um ambiente seguro, comunicar, respirar, comer e beber, eliminar, higiene pessoal e vestir-se, controlar a temperatura do corpo, mobilizar-se, trabalhar e distrair-se, exprimir sexualidade, dormir e morrer (Roper et al., 2001).

Para avaliação do nível de independência nas AV é possível recorrer a instrumentos de avaliação como o Índice de Barthel (IB), que avalia dez atividades básicas de vida, como: “comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas” (Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007, p.61).

Com base na revisão teórica e nos fatores que concorrem para o risco de queda foram consideradas do modelo teórico as AV: higiene pessoal e vestir-se, mobilizar-se e eliminar (Tabela 5).

Tabela 5 - Atividades de vida incluídas no projeto de intervenção

AV	Descrição
Higiene pessoal e Vestir-se	<i>Atividades da higiene pessoal:</i> Higiene diária do corpo; Lavagem das mãos; Cuidados com as unhas; Higiene oral; Arranjo do cabelo; Vestir e despir.
Mobilizar-se	Mobilização livre do corpo; Exploração do meio envolvente; Princípios ergonómicos; Desenvolvimento de estratégias positivas de <i>coping</i> , face às incapacidades da mobilização.
Eliminar	Atos físicos da micção e defecação; Uso do sanitário; Higiene perineal; Vestir e despir; Lavagem das mãos.

Fonte: Roper et al. (2001)

Quando existe alteração da independência na realização das AV, a intervenção do EEER é indicada para criar as condições necessárias à motivação da pessoa em readquirir a sua função ou readaptar-se à sua nova condição, através do processo de capacitação, o qual cria as “condições pelas quais as expetativas e as motivações pessoais são alcançadas” (Reis & Bule, 2017, p.57).

Seguindo esta linha de raciocínio, torna-se claro que o EEER tem uma intervenção primordial no treino de AV, uma vez que elabora e implementa programas de treino de AVD's com vista à adaptação das limitações da mobilidade e à maximização da autonomia,

através de estratégias adaptativas e de produtos de apoio (Regulamento n.º 125/2011, 2011; Vigia, Ferreira, & Sousa, 2017).

Transpondo estas capacidades para a realidade do contexto de estágio, verifica-se que a população do serviço, apresenta, na sua maioria, limitações funcionais, onde o *continuum* dependência-independência está alterado. O treino dos autocuidados assume-se não só como necessário, mas justificável neste tipo de unidade de cuidados. Quando se associa o treino de AV à segurança do doente, verifica-se que existe uma ligação benéfica. A capacidade, motivação e expectativa no desempenho das atividades de vida diária, presenteia o doente com um maior controlo sobre si e sobre toda a envolvência que o rodeia.

O projeto de intervenção desenvolvido no período de estágio recaiu também sobre o treino de AVD's, com o intuito de capacitar o doente e garantir-lhe uma maior segurança, de modo a prevenir o risco de queda. É sabido que as quedas podem prejudicar diretamente o desempenho nas AVD, pela incapacidade funcional que podem originar (Macêdo, Alves, Junior, Rocha, & Carvalho, 2012). Existem estudos que fazem alusão aos níveis de dependência dos idosos nas AVD, referindo que os idosos que necessitam de ajuda no desempenho de AV têm uma probabilidade de cair superior aos idosos que conseguem desempenhá-las autonomamente (Oliveira et al., 2016).

Tendo em consideração as AV referidas do modelo de Roper, Logan e Tierney, o projeto de intervenção inclui as AV higiene pessoal e vestir, mobilização e eliminação. A Tabela 6 resume o treino de AV, o qual foi adaptado às alterações da funcionalidade dos participantes, avaliadas pelo IB.

Tabela 6 - Treino de AV

Treino de AVD	
Higiene pessoal e vestir-se	<p>Realizar preferencialmente na casa de banho;</p> <p>Treinar a utilização de produtos de apoio: barras de apoio junto à base do chuveiro, lavatório e sanita, cadeira para banheira ou estrado de banheira, cadeira sanitária, esponjas de cabo longo, material antiderrapante;</p> <p>Treinar a abordagem a obstáculos (base do chuveiro);</p> <p>Treinar a execução da higiene;</p> <p>Treinar técnicas para vestir e despir;</p> <p>Recorrer ao uso de espelho para as rotinas de arranjo pessoal, recorrendo a ajudas técnicas;</p> <p>Ensinar o recurso a roupa confortável, larga com botões grandes, fecho éclair ou velcro;</p> <p>Recorrer a estratégias adaptativas no vestir e despir, em caso de diminuição da força num hemicorpo;</p> <p>Utilizar produtos de apoio, como abotoadores de camisas, blusas, calçadeiras de cabo longo e pinças para alcançar objetos.</p>
Mobilizar-se	<p>Realizar treino de equilíbrio sentado e em pé;</p> <p>Treinar a marcha com auxiliar de marcha;</p> <p>Treinar transferências entre superfícies;</p> <p>Treinar a utilização de dispositivos para transferências.</p>
Eliminar	<p>Realizar preferencialmente na casa de banho;</p> <p>Adaptar o treino da eliminação vesical, consoante a disfunção;</p> <p>Treinar a eliminação vesical e intestinal na casa de banho;</p> <p>Treinar a utilização de dispositivos para eliminar.</p>

Fonte: Adaptado de Vigia et al. (2017)

Treino de Equilíbrio

O equilíbrio é uma condição necessária para garantir o controlo e a estabilidade postural durante a marcha. Este pode encontrar-se alterado não só pelas alterações fisiológicas do envelhecimento, mas também pela interação existente entre o ambiente hospitalar desconhecido e pela situação de doença.

A pessoa idosa pode apresentar dificuldades em andar, devido ao comprometimento do equilíbrio e força muscular, que contribuem para uma maior instabilidade postural, com consequente aumento do risco de queda (Oliveira et al., 2016). O próprio envelhecimento contribui para as alterações do sistema nervoso central e neuromuscular, pela perda sensorial

e motora, o que efetivamente despoleta um défice de equilíbrio e performance de movimento (Azevedo, 2015).

As alterações de equilíbrio e de marcha são comuns entre idosos e contribuem para a ocorrência de quedas nesta população. Por sua vez, o processo de envelhecimento diminui o equilíbrio e a capacidade funcional, originando situações traumáticas que levam a quedas, medo de cair, dependência, institucionalização e morte (Samuel, Shaji, & Suresh, 2018).

O estudo descritivo com abordagem quantitativa de Alves et al. (2016) reforça esta ideia, mencionando que em 15 idosos institucionalizados, 80% já tiveram três ou mais quedas e o motivo de queda em sete destes idosos deveu-se à fraqueza muscular e distúrbios do equilíbrio e marcha.

Alves e Scheicher (2011), no estudo de avaliação do equilíbrio postural e do risco de quedas em idosos institucionalizados e não-institucionalizados, concluíram que o equilíbrio de idosos institucionalizados é significativamente menor do que o de idosos não-institucionalizados. Tal facto deve-se à fragilidade da situação clínica que predispõe a um número reduzido de atividades físicas, com conseqüente diminuição da capacidade funcional, sedentarismo, atrofia e quedas. Neste sentido, a maneira de aumentar o equilíbrio postural e minimizar o risco de queda é estimular a prática de atividade física (Alves & Scheicher, 2011). Gatens e Musto (2011) fazem alusão à importância de integrar a pessoa em programas de reabilitação que melhorem o equilíbrio e a mobilidade, sendo esta, uma das combinações essenciais para a prevenção de quedas.

O equilíbrio corporal é definido como a capacidade de manter a posição do corpo sobre a sua base de apoio, seja ela móvel ou estacionária (Almeida, Veras, & Doimo, 2010). Muscolino (2008) faz alusão ao equilíbrio como a “capacidade de manter o balanço durante as posições mantidas estaticamente, como durante os movimentos dinâmicos” (p.584).

Representa um processo complexo que envolve a receção e integração de estímulos sensoriais, assim como, o planeamento e execução de movimentos para controlar o centro da gravidade sobre a base de sustentação. O sistema de controlo postural é responsável por manter o equilíbrio, através da integração de informações do sistema vestibular, dos recetores visuais e do sistema somatossensorial. A senescência, característica do processo de envelhecimento, leva a um menor funcionamento do sistema vestibular, o que inevitavelmente, condiciona as diversas etapas do controle postural, existindo a diminuição da capacidade compensatória deste sistema e o aumento da instabilidade postural. Por sua vez, o desequilíbrio postural é o resultado da falha dos múltiplos *inputs* sensoriais dos diversos sistemas envolvidos (Bertolini & Manueira, 2013).

Almeida et al. (2010) fazem referência ao equilíbrio estático quando existe controlo da oscilação postural na posição imóvel e dinâmica, assim como controlo postural durante o movimento, quando submetido a diversos estímulos. Fica claro, que o controlo postural é um aspeto essencial para a compreensão da capacidade que o ser humano tem para desempenhar as suas atividades, mantendo o corpo em equilíbrio nas situações de repouso e movimento, proporcionando estabilidade, coordenação e orientação (Almeida et al., 2010; Bertolini & Manueira, 2013).

O equilíbrio postural influencia o processo da marcha, pelo que a sua manutenção é crucial para uma marcha eficaz e segura. É uma tarefa complexa nas pessoas idosas pela diversidade de alterações que surgem com a velhice. Perante os perigos que podem resultar da instabilidade postural, como é o caso de quedas, o reforço dos mecanismos de controlo postural e da marcha são mais que úteis, são necessários. Oliveira et al. (2015) reforçam a importância de controlar o equilíbrio e a marcha nas pessoas idosas, em que os enfermeiros devem “realizar avaliações funcionais nos idosos, principalmente aplicando instrumentos

direcionados ao equilíbrio e a marcha, para que possam estabelecer planos terapêuticos adequados às suas necessidades” (p.765).

O treino do equilíbrio e da marcha devem ser realizados com vista a ganhos funcionais que permitam contribuir para a melhoria do desempenho nas AVD.

A Tabela 7 reúne os exercícios que integram o projeto de intervenção de ER para manter e melhorar o equilíbrio dos participantes.

Tabela 7 - Treino de Equilíbrio

Exercícios	Descrição
Equilíbrio sentado	Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico na posição sentada; Realizar atividades terapêuticas no leito, como ponte e rotação controlada da anca.
Equilíbrio de pé	Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico na posição de pé, aplicando a escala de equilíbrio de Berg; Treinar técnicas de levante; Treinar o equilíbrio de pé, com recurso a exercícios de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Flexão Plantar, Flexão do Joelho, Flexão e Extensão Coxofemoral, Elevação lateral da perna (abdução) e Levantar e sentar sem apoio de mãos.

Fonte: Adaptado de Coelho, Barros, & Sousa (2017)

4.3 – Metodologia

Este relatório foi desenvolvido no contexto do estágio final e resulta de uma problemática específica, na qual o EEER, no âmbito das suas competências, pode intervir com vista à capacitação da pessoa para a sua segurança. Teve por base o diagnóstico risco de queda, através do qual, se elaborou e foi aprovado o projeto de intervenção realizado aos doentes internados na unidade de cuidados. A calendarização das atividades a desenvolver vertida num cronograma o qual foi cumprido (Apêndice A). O processo decorreu numa dialética capaz de introduzir ações corretivas, com oportunidade de continuidade do processo pela equipa de enfermagem.

Considera-se um trabalho de natureza descritiva, que permitiu identificar e descrever as características ou fenómenos da população-alvo, descrevendo também, os fatores de risco de queda e as intervenções de ER para reduzir este risco nos participantes selecionados. Além do mais, permitiu uma descrição dos resultados obtidos, após a aplicação de diferentes instrumentos de avaliação, que avaliaram o equilíbrio, risco de queda e independência nas AVD (Fortin, Côté, & Filian, 2009).

Os dados obtidos foram sujeitos a análise estatística descritiva com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences 24*.

O modelo teórico de enfermagem condutor deste relatório foi o modelo de AV de Roper, Logan e Tierney. Neste sentido, no projeto de intervenção, tendo por base a fundamentação teórica, o plano de intervenção foi dirigido às alterações no contínuo dependência – independência nas AV higiene pessoal e vestir-se, mobilizar-se e eliminar.

Com base no modelo exposto, foi realizado um questionário para a obtenção dos dados sociodemográficos e de hábitos na realização das AV, aplicado a cada participante (Apêndice B). As questões para apreciação das AV foram elaboradas a partir da revisão teórica, na qual se identificaram os fatores de risco para a queda.

As intervenções de ER foram dirigidas aos diagnósticos de enfermagem definidos para responder às necessidades de cuidados dos participantes.

A avaliação de cada participante foi objetivada pela aplicação de três instrumentos de avaliação: a Escala de Equilíbrio de Berg (EEB), a Escala de Queda de Morse (EQM) e o IB. Fortin (2003) defende que a utilização de escalas, que estabelecem uma relação lógica e empírica com um fenómeno, indicam o grau através do qual os indivíduos manifestam uma dada característica, que no âmbito do projeto são o equilíbrio, o risco de queda e o desempenho nos autocuidados.

Tendo em consideração a literatura consultada acerca dos fatores extrínsecos de queda, elaborou-se uma grelha de observação para a identificação dos fatores extrínsecos presentes na unidade de cuidados onde se desenvolveu o projeto de intervenção (Apêndice C). A identificação dos fatores extrínsecos dá resposta ao objetivo do projeto e fornece dados facilitadores para a aplicação e reajuste das intervenções de ER.

Escala de Equilíbrio de Berg

A EEB foi desenvolvida por Katherine Berg em 1992, encontra-se traduzida e validada em Portugal e tem como principais objetivos avaliar o equilíbrio funcional estático e dinâmico, assim como predizer o risco de queda em adultos e idosos. Perracini, Gazzola, Okuma e Medeiros (2009), ao recorrerem a Berg et al., fazem referência à confiabilidade e validade da EEB, a qual apresenta um índice de confiabilidade entre observadores e intra-observador de 0,98 e uma consistência interna alta, com um alfa de *Cronbach* de 0,96.

É uma escala que engloba uma série de atividades que incluem a coordenação e equilíbrio, a capacidade de mudança de decúbito, a avaliação das transferências, a transferência de carga para a frente e para os lados, sendo atividades desenvolvidas em diferentes situações de disposição da base de sustentação (Ordem dos Enfermeiros, 2016). É portanto, uma escala que avalia catorze tarefas funcionais de dificuldade específica (Anexo A).

A avaliação resultante da aplicação da escala resulta da “habilidade para executar as tarefas em tempo e de forma independente e engloba 3 dimensões: manutenção de posição, ajuste postural e movimentos voluntários” (Ordem dos Enfermeiros, 2016, p.15). O desempenho de cada tarefa por parte do doente é classificado mediante uma escala ordinal de cinco alternativas que recebem uma pontuação de 0 a 4, que correspondem a incapaz de executar e capaz de executar de forma independente, respetivamente.

Blum e Korner-Bitensky (2008) traçaram, assim, limites que permitem enquadrar as pontuações finais com o tipo de equilíbrio: diminuído, aceitável ou bom. É também associado a estes valores o risco de queda, como se contata na Tabela 8.

Tabela 8 – Tipo de equilíbrio e risco de queda na EEB

	Equilíbrio	Risco de Queda
0-20	Diminuído	Elevado
21-40	Aceitável	Médio
41-56	Bom	Baixo

Fonte: Blum e Korner-Bitensky (2008)

Escala de Queda de Morse

A EQM foi desenvolvida pela autora Janice Morse, a qual iniciou a sua construção em 1985, terminando-a em 1989. A escala encontra-se aplicada a nível internacional e em Portugal é aplicada em várias unidades hospitalares. É a escala mais utilizada nos hospitais portugueses, no entanto a sua validação para a população portuguesa ocorreu apenas em 2014 (Costa-Dias, Ferreira, & Oliveira, 2014).

As escalas que predizem o risco de queda não previnem os incidentes, mas a sua aplicação permite identificar os fatores e, desta forma, orientar no planeamento das intervenções. Morse (2006) refere que o objetivo primordial das escalas que avaliam o risco de queda é identificar de forma rápida as pessoas que possuem esse risco e assim, implementar estratégias adequadas que previnam danos ao doente.

A EQM é constituída por seis itens com duas ou três possibilidades de resposta para cada um. Para cada uma das respostas atribui-se uma pontuação, pelo que a soma das pontuações obtidas em cada um dos seis itens, resulta num score que indica o risco de queda

(Anexo B). A pontuação final varia de 0 a 125 pontos, em que quanto maior o score, maior o risco de queda (Tabela 9).

Esta escala tem em consideração os antecedentes de queda/história de queda, o diagnóstico secundário, a apoio na deambulação, a terapia endovenosa em perfusão, o tipo de marcha e o estado mental/percepção mental (Morse, 2009).

Tabela 9 – Risco de queda na EQM

	Risco de Queda
0-24	Sem
25-45	Baixo
>45	Alto

Fonte: Costa-Dias et al. (2014)

Costa-Dias et al. (2014) validaram a EQM para a população portuguesa no seu estudo com 120 enfermeiros que aplicaram a escala a 200 doentes. Verificou-se que o grau de concordância da EQM variou de 0,615 a 0,964 e o correspondente coeficiente de correlação interclasse foi de 0,838. Estes autores afirmam que existe uma boa concordância entre os avaliadores na utilização da escala, apurando-se uma validade convergente satisfatória.

Índice de Barthel

O IB foi desenvolvido por Mahoney e Barthel em 1965, encontra-se traduzido e validado em Portugal. Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007), no estudo sobre a validação do IB numa amostra de idosos não institucionalizados, revelam que o IB é um instrumento com um nível de fidelidade elevado, com um alfa de *Cronbach* de 0,96, apresentando os itens da escala correlações com a escala total entre $r = 0,66$ e $r = 0,93$.

Mahoney e Barthel (1965) apresentam o IB como sendo um instrumento que avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez AV: alimentação, transferências,

toalete, utilização de WC, banho, vestir, mobilidade, subir e descer escadas, controlo intestinal e controlo urinário (Anexo C). Acrescentam que os valores atribuídos a cada item são baseados no tempo e na quantidade de assistência física necessária para a pessoa executar a tarefa.

O somatório das pontuações de cada um dos dez itens varia entre 0-100, em que quanto maior for o valor, maior será a independência da pessoa no desempenho dos autocuidados (Mahoney & Barthel, 1965; Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que o 0 corresponde a dependência total, podendo a independência ser pontuada com 5, 10 ou 15 de acordo com os níveis de dependência (Mahoney & Barthel, 1965). A soma das pontuações de cada um dos dez itens pode ser agrupada em diferentes níveis de dependência até à independência no desempenho dos autocuidados (Azeredo & Matos, 2003). Estes mesmos autores estabelecem intervalos que correspondem aos diferentes níveis de dependência de 0 a 100 (Tabela 10).

Tabela 10 – Níveis de dependência no IB

	Dependência
0-20	Total
21-60	Grave
61-90	Moderada
91-99	Muito leve
100	Nenhuma/Independência

Fonte: Azeredo e Matos (2003)

Estratégias de Intervenção Profissional

Relativamente às estratégias profissionais utilizadas para a implementação e desenvolvimento do projeto de intervenção foi necessário recorrer a quatro etapas sequenciais (Figura 8).

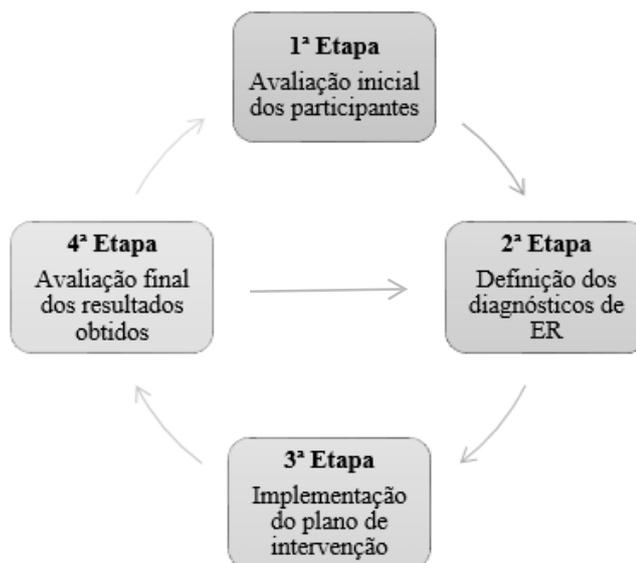


Figura 8 - Etapas de intervenção profissional

Na primeira etapa, realizada no primeiro dia de contato com o doente, foi feita uma avaliação inicial dos participantes tendo em consideração as variáveis de caracterização individual, a história clínica atual e progressa e as escalas para determinação dos fatores de risco intrínsecos: EEB, EQM e IB.

Na segunda etapa foi realizada uma análise dos dados de avaliação e identificação dos fatores de risco intrínsecos presentes em cada participante, para consequente definição dos diagnósticos de ER. Com base nos diagnósticos de enfermagem foi elaborado o plano de intervenção individual, o qual foi atualizado, consoante os dados de avaliação dos resultados.

Na terceira etapa ocorreu a implementação do plano de intervenção específico a cada participante durante um período de quatro dias. Foram realizadas quatro avaliações com recurso aos instrumentos e escalas da avaliação inicial. O plano de intervenção é composto por sessões diárias de treino de equilíbrio e treino das AV com ênfase na higiene pessoal e vestir-se, mobilizar-se e eliminar (Apêndice D).

Por fim, na quarta etapa foi realizada a avaliação dos resultados obtidos durante os quatro dias de intervenção.

Recursos utilizados no plano de intervenção

Para a aplicação do projeto foi necessário a concretização de um plano de reabilitação com a duração de cerca de 40 minutos/dia em cada participante. Foram utilizados equipamentos não perecíveis como bola terapêutica, auxiliares de marcha e ajudas técnicas.

Processo de Avaliação e Controlo

Para avaliação e controlo do projeto definiram-se duas condições. A primeira condição foi a avaliação diária dos participantes, com controlo dos parâmetros vitais e recolha de dados de intercorrências potencialmente perturbadoras da implementação das atividades. As alterações destes parâmetros podiam inviabilizar a continuidade do plano de intervenção. A segunda condição foi a decisão de não utilizar os dados nos casos em que o/os participantes apresentaram contraindicações à implementação do plano, em dois dias consecutivos.

Considerações de Ordem Ética

Para garantir o direito à confidencialidade, anonimato e à autodeterminação, cada participante teve acesso às informações e objetivos referentes ao projeto de intervenção, para a obtenção do consentimento à sua participação (Apêndice E). Todos os participantes incluídos no plano de intervenção consentiram a sua participação de forma livre e informada. Fortin (2003) enaltece que o consentimento só é livre se não envolver nenhuma ameaça, promessa ou pressão sobre a pessoa e quando a mesma se encontra na plena posse das suas faculdades mentais. Acrescenta, que é essencial a tomada de conhecimento por parte dos participantes acerca da informação que se pretende obter para o projeto, uma vez que “saber o que lhes é pedido e para que fins esta informação será utilizada permite aos potenciais participantes avaliar as consequências da sua participação” (p. 120).

Para a aprovação do projeto foi enviado um requerimento à Comissão de Ética, Área da Saúde e do Bem-Estar da Universidade de Évora, obtendo-se um parecer positivo para a aplicabilidade do projeto de intervenção (Anexo D). Concomitantemente foi realizado um requerimento para Comissão de Ética para a Saúde e para o Conselho de Administração da entidade de saúde que acolheu o estágio. Ambos os pedidos foram aprovados (Anexo E).

Importa referir que a confidencialidade dos dados foi uma condição que imperiosamente esteve presente no desenvolvimento do projeto de intervenção, uma vez que durante a aquisição de conhecimentos existem limites que não devem ser ultrapassados, como o respeito pela pessoa e a proteção do seu direito de viver livremente (Fortin, 2003). Neste sentido, os dados obtidos ao longo do projeto de intervenção destinaram-se unicamente ao desenvolvimento do mesmo, estando anonimizados desde o momento da sua recolha e entregues à minha responsabilidade.

4.4 – Objetivos de Intervenção Profissional

O projeto de intervenção, desenvolvido no decorrer do estágio, teve como guia de orientação os objetivos de aprendizagem, com base nos conhecimentos, aptidões e competência a desenvolver, presentes no planeamento do Estágio final.

Face a este planeamento, os objetivos e as competências desenvolvidas no estágio incidiram sobre: a avaliação da funcionalidade e diagnóstico de alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade; implementação de programas de treino motor, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida; diagnóstico, planeamento, execução e avaliação de intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com problemas neurológicos, incluindo os de natureza traumática, ortopédicos e ortotraumatológico; capacitação da pessoa com incapacidade, limitação e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;

desenvolvimento de programas de treino de AVD's e de utilização de ajudas técnicas; gestão dos cuidados e projetos otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multiprofissional e produção de dados que demonstrem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Na prossecução do ciclo de estudos foram considerados, de acordo com os descritores de Dublin, para o 2º ciclo de ensino, os seguintes objetivos: demonstrar conhecimentos, capacidade de compreensão e construir a base de desenvolvimento e/ou aplicações originais no campo da investigação; aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas; demonstrar a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta; demonstrar a capacidade de comunicação das suas conclusões de forma clara e sem ambiguidade; e desenvolver competências de auto-aprendizagem.

Neste sentido, o objetivo geral do projeto de intervenção tem uma visão global e abrangente da problemática identificada, que foi alvo dos cuidados de ER e pretendeu melhorar as condições funcionais dos participantes, para diminuir do risco de queda durante o período de internamento. Para a sua operacionalização, traçaram-se os seguintes objetivos específicos:

- Identificar os fatores de risco de quedas das pessoas internadas em unidade hospitalar;
- Avaliar os fatores intrínsecos associados ao risco de queda;
- Identificar fatores extrínsecos associados ao risco de queda;
- Estabelecer um plano de intervenção do EEER para a diminuição do risco de queda em doentes idosos, internados e com alterações da mobilidade.

4.5 – População-Alvo

Foram definidos critérios de inclusão que permitiram selecionar os doentes internados e incorporá-los no plano de intervenção de ER com vista à diminuição do risco de queda. Sob proposta individual e/ou do enfermeiro orientador foram selecionados os doentes de acordo com os critérios de inclusão, que se encontram explanados na Tabela 11.

Tabela 11 - Critérios de Inclusão do Projeto de Intervenção

Critérios de Inclusão
Doentes com idade \geq a 65 anos
Doentes que não permaneçam acamados
Doentes com alterações no equilíbrio medidas pela Escala de Berg
Doentes com alto risco de queda na Escala de Quedas de Morse EQM (Score > 45)
Doentes com dependência moderada nas AVD no Índice de Barthel (Score > 60)

Perante a população que se pretendia incluir no plano de intervenção houve a necessidade de recorrer ao tipo de amostragem não probabilística, através de uma amostra de conveniência, escolhida intencionalmente, de forma a obter uma amostra com características típicas ou representativas da população a ser estudada (Vilelas, 2009).

Análise da população-alvo

Após aplicação dos critérios de inclusão ao longo do período de estágio, foram incluídos nove participantes no projeto de intervenção.

Dos nove participantes que se incluíram no projeto, quatro eram do sexo masculino e cinco do sexo feminino. Verificou-se que a média e o desvio padrão de idades da população-alvo foi de $75,2 \pm 4,35$ anos. O participante com 80 anos foi o doente mais velho e o mais novo tinha 67 anos, sendo do sexo feminino.

Transpondo estas características para a realidade da unidade de cuidados, verifica-se que as características etárias são similares à grande parte da população internada no serviço em questão. Existem vários estudos que abordam o problema das quedas em idosos e remetem, também, para populações-alvo com média de idades semelhante à média de idades dos participantes do projeto de intervenção (Abreu, Reiners, Azevedo, Silva, & Abreu, 2014; Alves et al., 2016; Carvalho, Pinto, & Mota, 2007).

Quando ao estado civil dos nove participantes, seis eram casados, dois viúvos e um divorciado. A maior parte dos participantes tinha o 4º ano de escolaridade (n=7), um participante tinha o 6º ano e outro não frequentou o ensino. Alves et al. (2016) afirmam a existência de uma relação entre a escolaridade e a ocorrência de quedas, na medida em que a educação pode refletir aspetos fundamentais da vida do idoso, como a habitação, cultura, renda e saúde. Acrescentam que pode existir uma ligação do nível de escolaridade com a preocupação pela saúde e pelo envolvimento em programas educacionais preventivos em saúde. Neto et al. (2017) corroboram esta ideia, concluindo que quanto menor o grau de escolaridade, maior o risco de ocorrência de quedas, uma vez que se verificou no seu estudo, que em 66,7% das quedas ocorridas, 35,6% dos idosos eram analfabetos. No estudo epidemiológico, transversal, prospetivo e descritivo de Sarges, Santos, e Chaves (2017) com 77 idosos, 44% dos mesmos apresentavam baixa escolaridade. Estes autores acrescentam que a escolaridade possui uma ligação direta com o risco de queda em idosos, por estar relacionada ao estilo e qualidade de vida dos mesmos.

Manter um Ambiente Seguro

Verificou-se que todos os participantes habitam em casa própria. No que respeita às barreiras domiciliárias, todos os participantes assumem a presença de barreiras, quer sejam rampas, escadas ou degraus. Assim, seis dos participantes têm no domicílio degraus, apenas

um tem escadas e dois têm rampas. Importa referir que sete destes participantes têm história de quedas anteriores e tal como se verifica na Figura 9, os participantes que têm histórias anteriores de quedas, apresentam na sua maioria degraus no domicílio (n=6), contrapondo, com aqueles que não tem precedentes de quedas, que apresentam apenas rampas no domicílio (n=2).

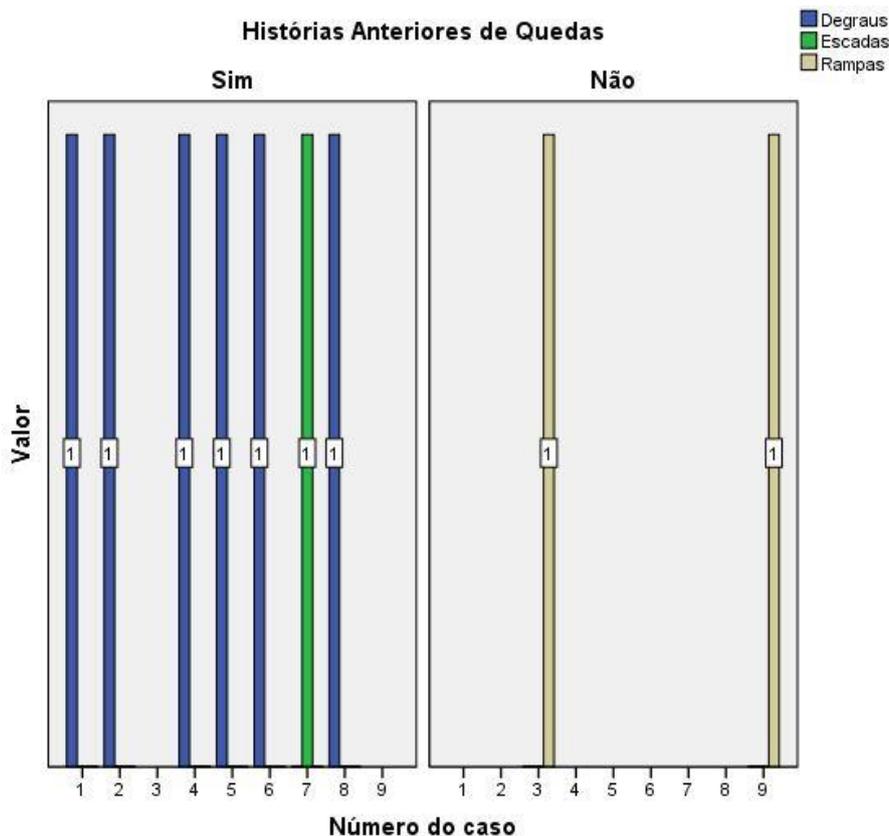


Figura 9 - Histórias anteriores de quedas e a presença de obstáculos no domicílio

Piovesan, Pivetta, e Peixoto (2011) no seu estudo realizaram uma avaliação do ambiente domiciliar dos idosos e verificaram que a existência de barreiras domiciliares, como a presença de degraus, associa-se à ocorrência de quedas. Acrescentam que nenhum domicílio avaliado esteve livre de riscos ambientais, o que se tornou um fator de risco importante para as quedas. Oliveira, Trevizan, Bestetti, e Melo (2014) referem que os fatores ambientais estão presentes entre 20 a 58% das quedas em idosos, sendo as superfícies

irregulares, superfícies molhadas e desníveis no chão/problemas com degraus os fatores mais prevalentes.

Seguindo a linha de raciocínio das histórias anteriores de quedas, constatou-se que, dos sete participantes que caíram, o local mais frequente onde ocorreu a queda foi em casa (n=5). Apenas dois dos participantes caíram no exterior (Figura 10).

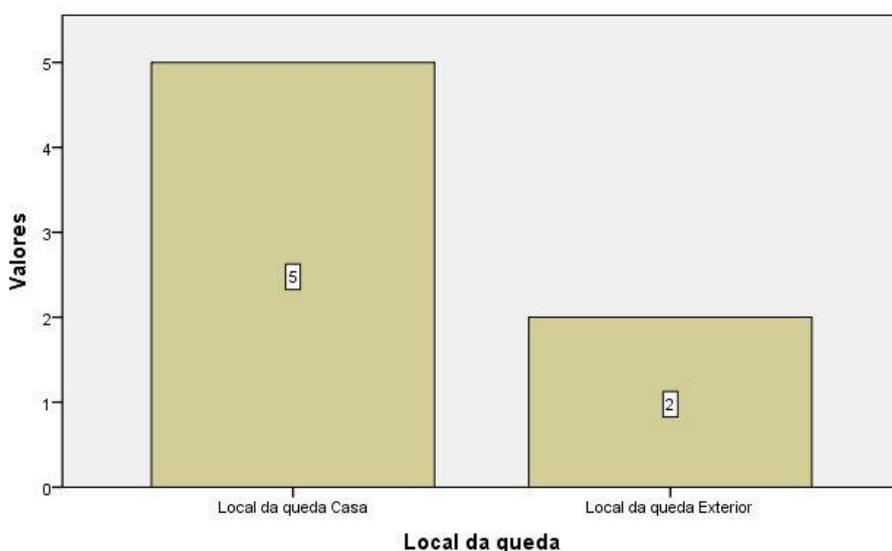


Figura 10 - Histórias anteriores de quedas e local da queda

No que respeita ao local de queda, Fabrício, Rodrigues, e Costa (2004), numa pesquisa com 251 idosos, identificaram que 54% das quedas da população estudada apresentaram como principal causa o ambiente doméstico inadequado, em que 26% deve-se a piso escorregadio, 22% a objetos no chão e 7% a problemas com degraus. Acrescentam ainda, que o principal ambiente das quedas foi o próprio lar em 66% dos casos, contra apenas 22% no exterior. Oliveira et al. (2014), na revisão sistemática acerca dos fatores ambientais e risco de quedas em idosos, constataram que nos estudos que envolvem um número menor de idosos, a prevalência de quedas dentro do domicílio (75%) foi maior que as que ocorreram

em ambiente externo (25%), principalmente se os idosos apresentam algum problema de saúde.

Quanto ao historial de quedas e sexo dos participantes, foi possível constatar que as histórias anteriores de quedas verificaram-se mais no sexo feminino (n=5) que no masculino, em que dos quatro idosos, apenas dois têm antecedentes de quedas (Figura 11). Constatou-se então, que todas as mulheres do projeto de intervenção tinham histórias anteriores de queda, caindo a maioria no domicílio (n=4). Os participantes masculinos caíram no exterior e domicílio.

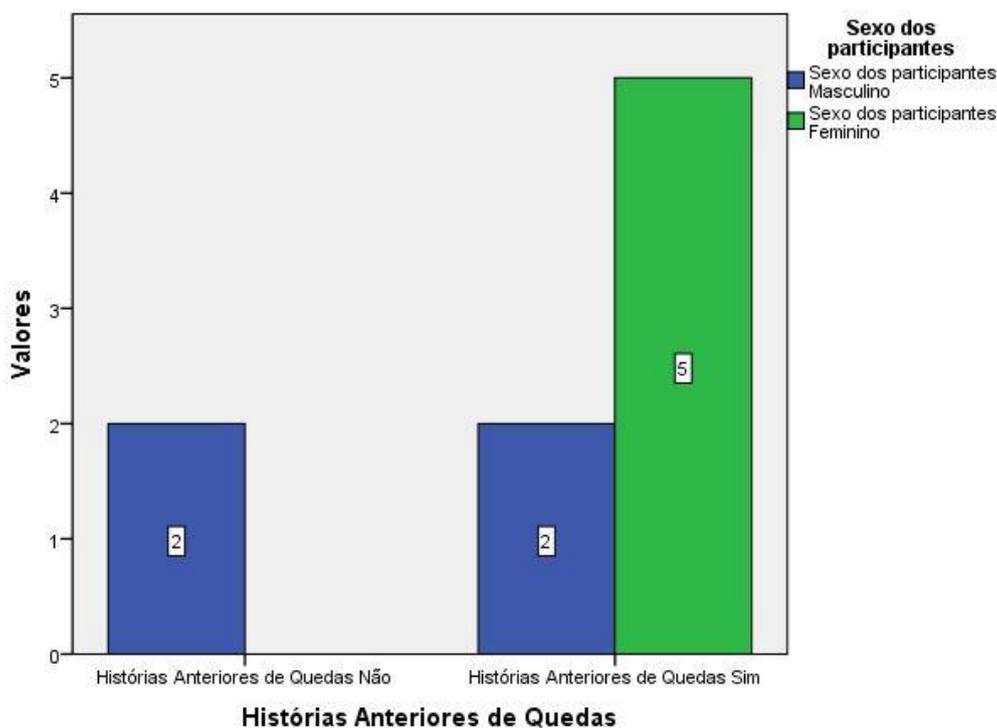


Figura 11 - Antecedentes de queda e sexo dos participantes

As considerações sobre o sexo feminino e risco aumentado de queda poderão associar-se à maior prevalência de osteoartrose nas mulheres, às alterações hormonais, como a redução de estrógeno e consequente perda de massa óssea, à diminuição de força de massa muscular e ao seu maior vínculo com as atividades domésticas (Luzia, Victor, & Lucena,

2014). Alves et al. (2016) referem que não existem factos concretos que expliquem esta relação, no entanto, associam que a menor qualidade e força de massa muscular nas mulheres, assim como a prevalência de doenças crónicas, pode aumentar a fragilidade das mesmas face às quedas.

Considerando os grupos de diagnóstico homogéneos, três dos participantes pertencem à categoria das doenças cardiovasculares, com diagnóstico médico de AVC, três pertencem à categoria de infeciologia, com diagnóstico médico de infeção do trato urinário (n=2) e infeção respiratória (n=1), dois pertencem à categoria das doenças pulmonares restritivas, como o diagnóstico médico de pneumonia e por fim, um dos participantes pertence à categoria das doenças neurológicas, com diagnóstico médico de meningioma.

No que respeita à medicação do domicílio, verificou-se que os participantes tinham um regime terapêutico com anti-hipertensores (n=7), diuréticos (n=7), benzodiazepinas (n=6) e laxantes (n=1). Neto et al. (2017) verificaram no seu estudo que nos 50 idosos institucionalizados, a maioria possuía um regime terapêutico com anti-hipertensores (n=30) e diuréticos (n=16). Por sua vez, Hamra, Ribeiro, e Miguel (2007), no estudo sobre o uso de medicamentos como possível fator de risco para fraturas por queda no idoso, verificaram que o grupo que sofreu fraturas apresentava um regime terapêutico com anti-hipertensores, diuréticos e benzodiazepinas. Estes autores associam estas drogas à ocorrência de hipotensão postural, sonolência, diminuição dos reflexos, tonturas e urgência urinária, que podem favorecer a ocorrência de quedas e consequentemente as fraturas nos idosos.

Comunicar

Constatou-se que a maioria dos participantes apresenta diminuição da acuidade visual (n=8), não estando a mesma compensada, uma vez que só três dos participantes usam óculos (Tabela 12).

Tabela 12 – Acuidade visual e uso de óculos

		Uso de óculos		Total
		Não	Sim	
Diminuição da Acuidade Visual	Sim	5	3	8
	Total	5	3	8

Menos de metade dos participantes (n=4) apresenta diminuição da acuidade auditiva. Nenhuma delas se encontra compensada com prótese.

Ainda no que diz respeito à diminuição da acuidade visual, verificou-se que dos sete participantes que caíram, seis apresentam diminuição da acuidade visual (Figura 12). Por sua vez, quatro dos participantes que caíram, apresentam diminuição da acuidade auditiva.

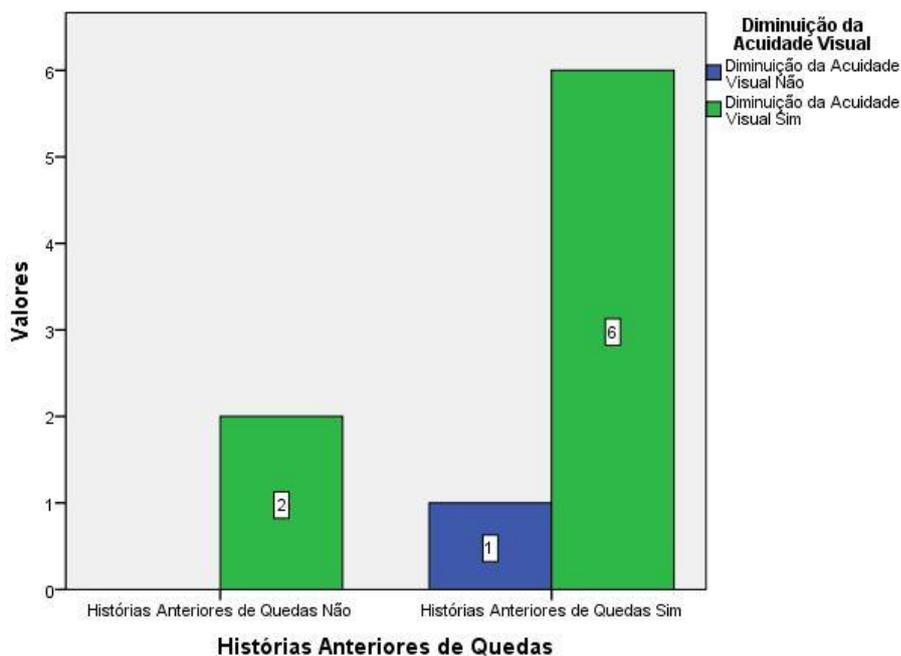


Figura 12 - Histórias anteriores de quedas e acuidade visual

Bittencourt et al. (2017), no estudo sobre os fatores associados ao risco de quedas em pessoas adultas hospitalizadas, constataram que dos 612 doentes, 55,6% apresentavam dificuldade auditiva e 36% diminuição da acuidade visual, sendo doentes com elevado risco de queda na EQM. Estes autores relacionam estes défices sensoriais ao elevado risco de

queda, pelas disfunções vestibulares que limitam o controlo e causam desalinhamento postural.

Remor, Cruz, e Urbanetto (2014) comprovam que o défice visual está efetivamente associado à ocorrência de quedas. No seu estudo com 556 doentes internados, confirmaram que o défice visual também apresentou associação com a ocorrência de quedas, em que dos 44 doentes que caíram, 88,6% possuíam este défice sensorial. Associam a diminuição da acuidade visual à perda de equilíbrio, uma vez que a visão constitui o órgão sensorial que fornece a maior parte das informações ambientais. O estudo de Menezes e Bachion (2012) foi de encontro ao supracitado, uma vez que o défice visual foi relatado por 48 (81,4%) dos idosos e a ocorrência de quedas ocorreu em 32 (54,2%) dos mesmos.

Eliminar

No que respeita aos hábitos eliminação, a incontinência vesical, estava presente em três dos participantes. No entanto, apenas num caso coexistia a incontinência e a terapêutica diurética (Figura 13). Em contrapartida, a maioria dos participantes apresentam hábitos de noctúria (n=8). A incontinência intestinal verificou-se em apenas um participante.

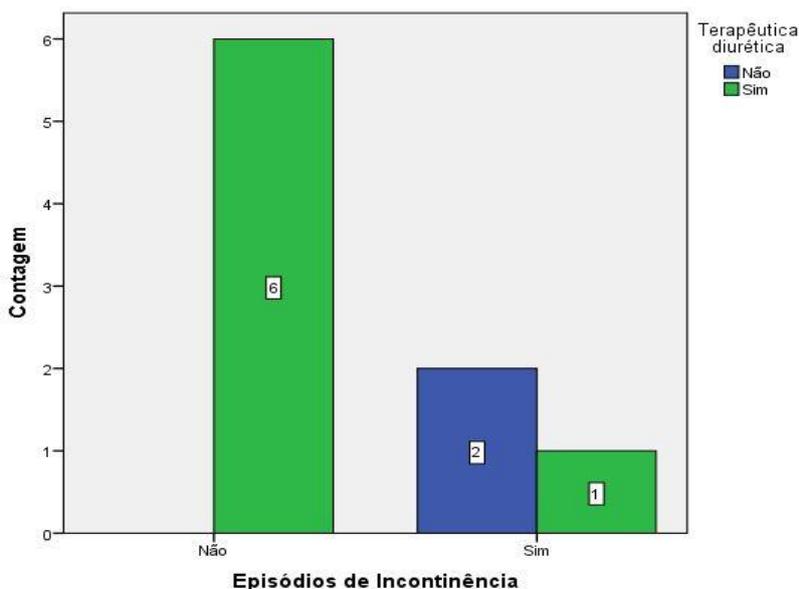


Figura 13 - Episódios de incontinência e terapêutica diurética

Abreu, Reiners, Azevedo, Silva, e Abreu (2014), no estudo de coorte em que acompanharam 221 idosos hospitalizados, concluíram que a incontinência urinária foi um forte preditor de quedas nos idosos e esteve associada ao menor tempo de ocorrência do evento. Uma das explicações está associada à necessidade mais frequente do idoso em urinar e à incapacidade de controlo da micção, o que o obriga a mais idas à casa de banho, expondo-o ao maior risco de quedas.

Neste sentido, Tomaz et al. (2017) na pesquisa de carácter transversal, descritiva, exploratória e quantitativa acerca da influência dos diuréticos para o risco de quedas, verificaram que dos idosos que tinham regime terapêutico com diuréticos, 129 relataram episódios de queda nos últimos 12 meses, e dos que não tinham esse regime, 37 idosos relataram quedas. Estes autores justificam esta ocorrência pela forte relação existente entre o uso de diuréticos e o risco acrescido de queda, uma vez que os idosos sentem a necessidade de se levantar mais vezes durante a noite, ficando suscetíveis à ocorrência de quedas. Silva e Santos (2005), num estudo com 77 adultos hospitalizados com incontinência urinária, apuraram que 85,2% deles acordavam para ir à casa de banho, havendo uma maior exposição à ocorrência de quedas.

Higiene pessoal e vestir-se

Os hábitos de higiene no domicílio são realizados, a maior parte, sem ajuda de cuidador/familiar (n=8). Apenas um participante necessita de ajuda de familiares ou cuidadores na realização da AV.

Abreu et al. (2012) fazem alusão à distribuição de quedas por grau de dependência, em que se verifica que de um total de 25 quedas, 10 são em doentes com dependência total e 15 em doentes com dependência parcial, não se verificando quedas em doentes que são independentes. Os autores consideram que os doentes parcialmente dependentes apresentam maior resistência à sua condição de dependência e tentam satisfazer as suas necessidades de

forma autónoma. Esta condição aumenta o risco de queda, nomeadamente através da tentativa de levantar, que é a causa que mais prevalece na ocorrência de queda.

Mobilizar-se

Constatou-se que a totalidade dos participantes desloca-se no domicílio sem ajuda de familiar/cuidador. No entanto, a maioria necessita de auxiliares de marcha (n=8) para se deslocar. Grande parte dos participantes (n=7) refere que não permanecem confinados ao mesmo espaço/divisão da casa durante o dia.

Na Figura 14 é possível constatar que a ocorrência de quedas foi mais acentuada nos participantes que utilizavam dispositivos de auxílio de marcha (n=6). Apenas dois dos participantes que utilizam estes dispositivos não caíram.

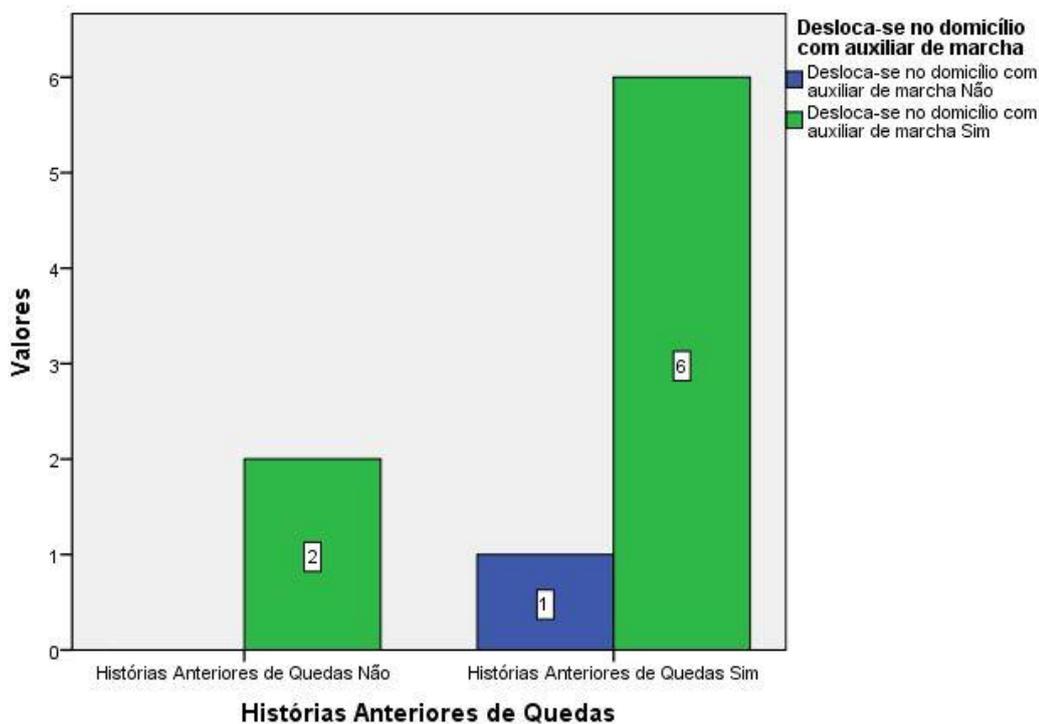


Figura 14 - Histórias anteriores de quedas e uso de auxiliar de marcha

Cruz et al. (2012), no estudo transversal com 420 idosos acerca da prevalência de quedas e fatores associados, justificam algum dos pontos que se verificaram na população-alvo do projeto. Apuraram que 65% dos idosos não referiram dificuldade para andar e 89%

afirmaram não necessitar de auxiliar de marcha. Assim, apenas 11% dos idosos necessitavam de auxílio humano ou dispositivo auxiliar para marcha. No entanto, estes autores fazem alusão à relação existente entre a utilização de dispositivos para auxílio da marcha e a ocorrência de quedas. Referem que a necessidade de ajuda para a marcha, seja por outra pessoa, seja por dispositivo auxiliar, pode estar associada a um maior comprometimento do padrão de marcha e dos mecanismos de controlo postural, podendo ser considerado um indicador da fragilidade do idoso. Acrescentam que nos casos em que não há indicação ou a utilização é inadequada, por falhas no processo de utilização e adaptação, a utilização de auxiliares de marcha pode ter um efeito contrário à sua verdadeira finalidade e contribuir para a marcha insegura e risco de quedas. Contudo, o uso correto destes dispositivos em idosos permite a promoção da independência funcional e o desempenho eficaz na realização das atividades de vida diária.

Trabalhar e Divertir-se

Constatou-se que a maioria dos participantes não possui hábitos sedentários, realizando marcha e atividades no exterior (n=7), nomeadamente caminhadas de 20 a 30 minutos três vezes por semana.

Carvalho, Pinto, e Mota (2007) verificaram que em 56 idosos institucionalizados, aqueles que praticam atividade física apresentam maior equilíbrio e menor medo de cair em relação aos não praticantes. Revelam com este estudo que um estilo de vida sedentário associado ao envelhecimento leva à diminuição do equilíbrio, com conseqüente aumento do risco de queda. Gonçalves, Griebler, Possamai, Costa, e Martins (2017) confirmam que a prática de atividades físicas regulares promove efeitos benéficos na capacidade funcional, equilíbrio e mobilidade postural do idoso, ressaltando a influência na redução das quedas.

Neste sentido, constatou-se que esta situação não se verificou na população-alvo do projeto de intervenção, uma vez que a maioria dos participantes que realizam marcha/atividades no exterior tem antecedentes de quedas (n=5), como é visível na Figura 15.

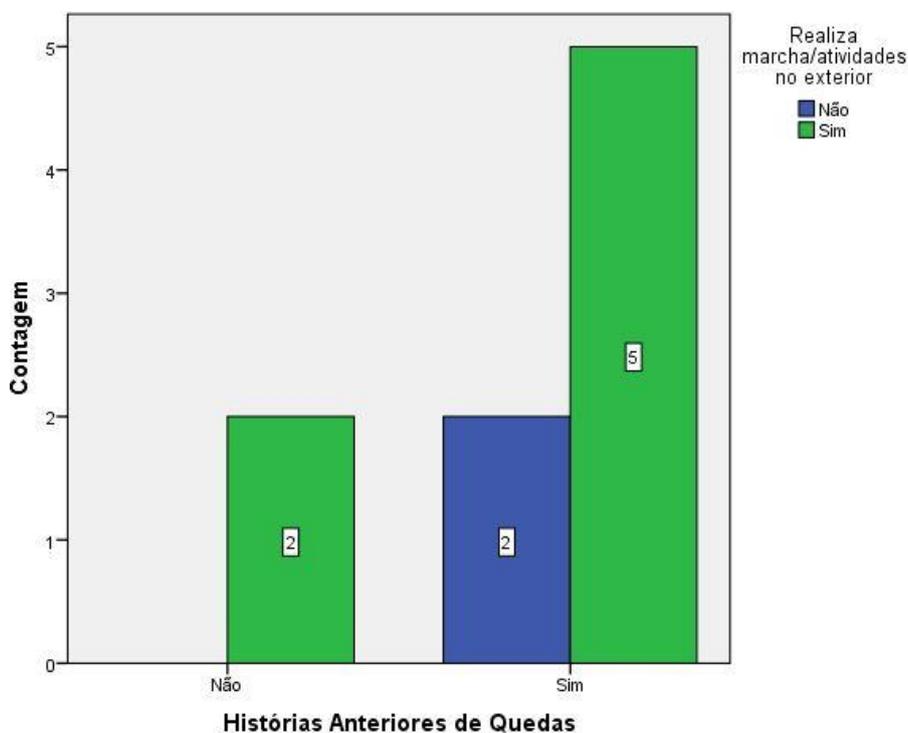


Figura 15 - Histórias anteriores de quedas e atividade física no exterior

Dormir

Todos os participantes, no domicílio, têm o hábito de acordar de noite para ir ao WC, e a maioria toma terapêutica indutora de sono (n=6) e diuréticos (n=7), o que acresce o risco de queda. Verificou-se que dos setes participantes que caíram, seis tomavam benzodiazepinas e seis diuréticos.

No internamento verificou-se que dos seis doentes que tinham terapêutica indutora de sono, cinco referiam sonolência diurna.

Tomaz et al. (2017) referem que o consumo de benzodiazepinas em idosos aumenta o risco de queda. No estudo destes autores, dos 131 idosos que faziam uso de benzodiazepinas, 80 idosos (61,1%) tiveram episódios de quedas nos últimos 12 meses e dos 186 idosos que

não usavam estes fármacos, a ocorrência de quedas foi de 86 (46,2%). Neste sentido, defendem que é fundamental ponderar o uso destes fármacos, que podem reunir sérios efeitos adversos sobretudo nos idosos, como é o caso da sonolência diurna, desequilíbrio e queda.

Tendo por base a avaliação inicial realizada, que espelha os fatores sociodemográficos e os hábitos domésticos de cada participante, verificou-se que a problemática queda é, de facto, uma preocupação a ter em consideração nesta amostra. O sexo feminino encontra-se em número superior ao masculino e todas as mulheres manifestaram histórias anteriores de quedas. As quedas ocorreram maioritariamente no domicílio, em que a maioria dos participantes apresenta obstáculos domiciliários, como degraus. A maior parte dos participantes apresenta diminuição da acuidade visual, estando a mesma compensada em três dos participantes, com recurso a óculos. Dos sete participantes que caíram, seis tinham diminuição da acuidade visual.

As quedas foram mais frequentes nos participantes que utilizavam dispositivos auxiliares de marcha. Apenas um participante necessita de ajuda de familiares ou cuidadores na realização da AV higiene no domicílio. Constatou-se que a maioria dos participantes tem hábitos de noctúria. A maior parte dos participantes tem regime terapêutico com diuréticos e terapêutica indutora de sono, verificando-se que dos participantes que caíram, seis tomavam benzodiazepinas e seis diuréticos.

4.6 – Identificação dos Fatores Extrínsecos de Queda

Com base na grelha de observação para identificação dos fatores de risco extrínsecos da unidade de cuidados (Apêndice C), foi possível constatar que esta possui aspetos que podem influenciar a ocorrência de queda (Tabela 13).

Tabela 13 - Fatores extrínsecos identificados

Características Ambientais	Fatores de risco extrínsecos
Estrutura Física	Cadeirões baixos Espaço reduzido para o doente na sua unidade Campainha fora do alcance do doente
Área de Locomoção	Obstáculos na enfermaria Obstáculos no corredor Piso molhado na casa de banho Espaço reduzido para marcha e manobras com auxiliares de marcha
Iluminação	Interruptores da luz de difícil alcance
Vestuário	Calçado inapropriado

Tal como explanado, a área de locomoção da unidade de cuidados é aquela que apresenta maiores perigos para os doentes, como resultado do insuficiente espaço livre para o doente circular. Identificaram-se fatores extrínsecos que podem ser modificáveis, como é o caso da presença de obstáculos na enfermaria e corredor, o piso molhado na casa de banho, a campainha e interruptores da luz fora de alcance do doente, a existência de cadeirões baixos e a presença de calçado desapropriado.

No entanto, existem condições, que fazem parte da estrutura arquitetónica da unidade de cuidados, que dificilmente podem ser modificadas, mas podem ser contornadas e solucionadas mediante a aquisição de estratégias compensatórias que torne o espaço da unidade do doente mais funcional, permitindo a livre circulação do mesmo.

Hill e Fauerbach (2014) sugerem determinadas medidas para a prevenção de quedas face ao ambiente que envolve a pessoa. Propõem o fácil alcance aos objetos utilizados com maior frequência, a utilização de grades nas camas, iluminação adequada e a utilização de campainha para assistência perto do doente. Acrescentam ainda, que os pisos e áreas comuns devem estar livres de desordem, ter iluminação adequada, incluindo luzes noturnas, ter o chão

sem cera e livre de superfícies desniveladas e molhadas e ter o caminho livre de múltiplos obstáculos.

Neste seguimento, Abreu et al. (2012), no estudo descritivo e longitudinal, averiguaram que as quedas ocorreram maioritariamente no quarto, seguidas no corredor e na casa de banho, pelo que dotar estes espaços de condições seguras torna-se crucial e obrigatório. Verifica-se que na casa de banho, o fator inadequado mais detetado, foi a constante presença de piso molhado que pode promover a desequilíbrios e alterações da marcha. Em contrapartida, a presença de piso antiderrapante na área de duche, bem como, de barras de apoio garante estabilidade e segurança para os doentes. Para Hill e Fauerbach (2014), as casas de banho, para além de espaçosas para permitir transferências seguras e o acesso com cadeiras de rodas, devem possuir barras de apoio para permitir uma maior segurança na realização das AV, assim como, superfícies antiderrapantes.

A presença de obstáculos limita a mobilidade dos doentes, pelo que Oliveira et al. (2015) defendem que o espaço deve ficar o mais livre possível de objetos que possam causar ferimentos aos idosos. Na enfermaria, identificaram-se aspetos da estrutura física que também condicionam a mobilidade e segurança dos participantes, como a existência de espaço reduzido para os mesmos na sua unidade. As transferências são realizadas, maioritariamente, para cadeirões baixos, que por um lado, não permite uma posição ergonómica e estável durante o levante do doente, por outro lado, reduz o espaço da unidade do mesmo, o que torna o acesso à campainha de assistência difícil. Os interruptores da luz da unidade encontram-se em difícil alcance para o doente. Estas condições são propícias à queda, pelas possíveis tentativas de acesso aos dispositivos inalcançáveis.

Hill e Fauerbach (2014) defendem que os quartos devem ser grandes o suficiente para permitir a mobilidade livre. A colocação dos materiais pertencentes à unidade do doente deve fornecer espaço para promover a marcha segura do mesmo, com dispositivos assistenciais ou

assistência humana. Seguindo esta linha de raciocínio, Ganz, Huang, Saliba, e Shier (2013) aconselham que as camas com grades devem ser utilizadas sempre que haja o risco de queda, devendo manter-se com a menor altura possível. Por sua vez, as campainhas de assistência, sonoras ou de luz, devem manter-se ao alcance dos doentes e, caso contrário, deve-se criar alternativas para os doentes que não consigam utilizá-las.

Quanto ao vestuário, identificou-se a inexistência de calçado apropriado nos primeiros dias de contato com cada participante. A fonte supracitada acrescenta que o calçado deve ser seguro, com sola antiderrapante e com apoio de calcanhar. Tal situação foi contornada após solicitação de calçado próprio para garantir uma marcha segura e estável.

Tendo em consideração a problemática queda, a interligação existente entre os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos e a necessidade da sua prevenção, a intervenção de ER torna-se necessária e justificável. Neste sentido, as características sociodemográficas e os hábitos das AV da população-alvo, juntamente com a avaliação inicial realizada no primeiro dia de intervenção, permitiu a definição dos diagnósticos de ER, responsáveis pela implementação do plano de intervenção, o qual foi atualizado e reajustado, com base nos resultados obtidos das avaliações subsequentes, as quais são discutidas no capítulo 5.

5 – Resultados e Discussão da Implementação do Projeto

Este capítulo prende-se à exposição dos resultados obtidos ao longo da implementação do projeto de intervenção. Paralelamente é realizada uma apreciação crítica, através da discussão dos resultados alcançados. É também realizada uma descrição da avaliação inicial dos participantes, a partir da qual foram planeadas as intervenções de ER.

Antes da evolução do projeto de intervenção, considerou-se que os participantes do mesmo pertenciam a uma população clínica, pelo que, incluiu-se no projeto a possibilidade de ocorrer interrupção do programa de intervenção sempre que houvesse alterações à condição de doença, que contraindicassem os cuidados de ER. Contudo, essa condição não se verificou em nenhum dos momentos de intervenção.

Os planos de intervenção recaíram sobre os diagnósticos de ER identificados na avaliação inicial de cada participante. Neste sentido, face ao elevado risco de queda apresentado por todos os participantes na EQM, às alterações de equilíbrio na EEB e à dependência nos autocuidados no IB, os diagnósticos de ER convergiram para as AV: higiene pessoal e vestir-se, mobilizar e eliminar.

O bom equilíbrio é essencial para a prevenção de quedas, pelo que a sua manutenção ou recuperação tornam-se intervenções de ER de extrema importância. Para além do treino de equilíbrio, o treino de AV assume-se como uma intervenção de relevo nos cuidados de ER, pelos resultados positivos no ganho de funcionalidade e qualidade de vida da pessoa, após o recurso a estratégias adaptativas e produtos de apoio (Regulamento n.º 125/2011, 2011). No entanto, o treino deve centrar-se também, no conhecimento das condições domiciliares da pessoa, para se aproximar à verdadeira realidade da mesma.

Avaliação Inicial

Avaliação do Risco de Queda

Na avaliação inicial de cada participante, verificou-se que todos os participantes apresentavam elevado risco de queda na EQM, com valores superiores a 45 (Figura 16).

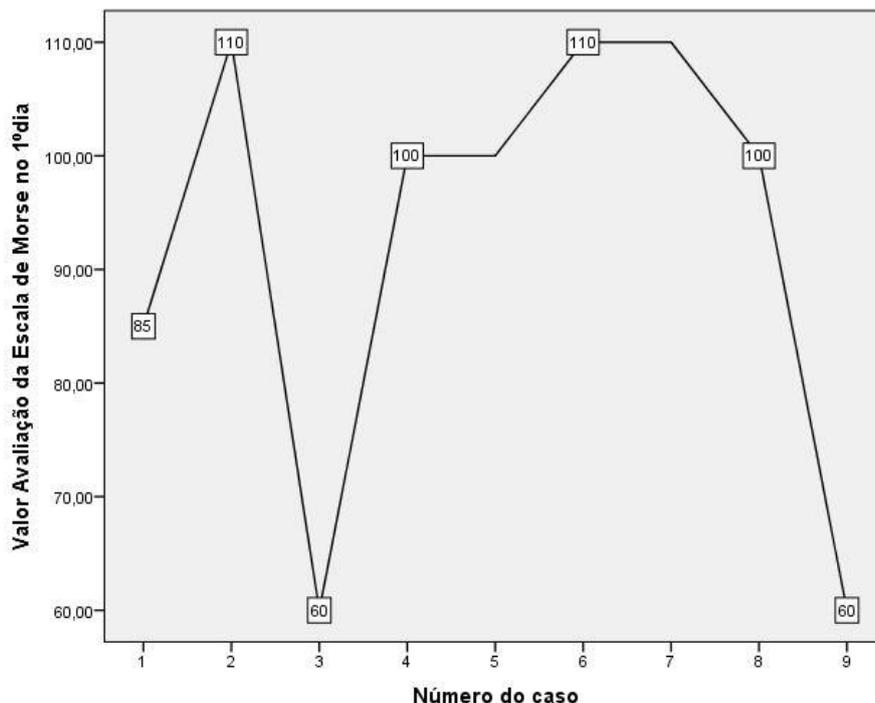


Figura 16 - EQM no 1º dia de intervenção

A avaliação da EQM, no primeiro dia de intervenção, revelou que todos os participantes apresentavam o estado mental mantido, isto é, orientados/capazes quanto às suas capacidades/limitações. É considerado um doente confuso, aquele que não está consciente das suas limitações, podendo encontrar-se em estados de confusão aguda, crónica ou intermitente (Morse, 2009). Verificou-se que sete dos participantes possuem historial de queda no último ano. Morse (2009) defende que só se considera como antecedente de queda, a queda que é provocada por um fator fisiológico. Todas as quedas registadas foram derivadas a fatores intrínsecos, associadas às condições ambientais do domicílio e exterior. É uma variável constante e está presente nas quatro avaliações realizadas pela EQM.

Como se ilustra na Figura 17, todos os participantes apresentam diagnósticos secundários que podem contribuir para a queda. É atribuída uma cotação máxima de 15 pontos sempre que exista a identificação de mais do que um diagnóstico médico ou de enfermagem no processo clínico que possa contribuir para a queda (Morse, 2009).

Constatou-se que seis dos participantes necessitavam de auxílio na deambulação, apresentando uma cota máxima de 30 pontos na EQM, que se traduz na deambulação (i.e. marcha) apoiada na mobília/parede ou em tudo o que se encontra ao redor da pessoa. Está geralmente associada ao medo de cair (Morse, 2009). Os restantes participantes recorreram ao uso de andarilho como o auxiliar de marcha.

Todos os participantes no primeiro dia de intervenção faziam terapêutica endovenosa. A cotação máxima de 20 pontos é atribuída, segundo Morse (2009), a todos os doentes que se encontrem com terapia endovenosa, mas em perfusão.

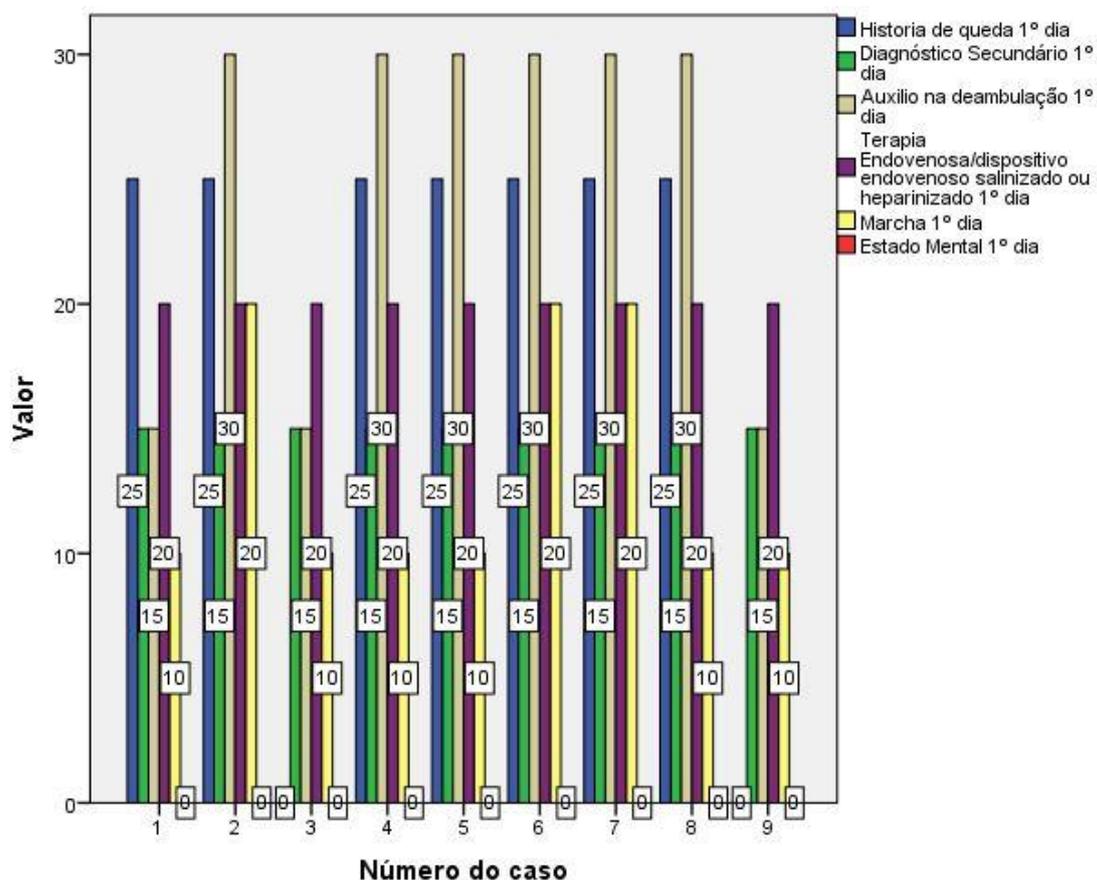


Figura 17 - EQM no 1º dia de intervenção

A avaliação da marcha pela EQM no primeiro dia de intervenção, refletiu que seis dos participantes apresentavam um desequilíbrio fácil, com um total de 10 pontos. Para Morse (2009) considera-se desequilíbrio fácil quando o doente marcha curvado, mas consegue erguer a cabeça e andar sem perda de equilíbrio. Poderá existir um ligeiro apoio na mobília ou no que estiver ao seu redor, para garantir a segurança e a permanência na posição vertical. Por sua vez, três dos participantes apresentaram défice de marcha, o qual é caracterizado, pela autora supracitada, como a dificuldade que a pessoa apresenta para levantar-se, necessitando de várias tentativas para o fazer. Quando a pessoa se encontra numa cadeira recorre-se ao levante com o apoio dos membros superiores que empurram a mesma e/ou baloiça-se, para se obter a posição ortostática. Durante a marcha, a cabeça encontra-se virada para baixo, sendo o chão, o foco de atenção (Morse, 2009).

No estudo de Sarges et al. (2017), que avaliou a segurança de 71 idosos hospitalizados quanto ao risco de queda através dos parâmetros da EQM, constataram que a maioria dos idosos internados (n=39) apresenta também elevado risco de queda, o que acresce a necessidade de intervir na segurança do idoso e na gestão da qualidade do cuidado.

Nesta mesma linha de ideias, o estudo de Kalsing et al. (2016), que estuda os fatores de risco de queda em 86 idosos hospitalizados, verificaram também que a maioria dos idosos apresenta elevado risco de queda (70%), sendo o sexo feminino aquele onde o risco é maior. Baixinho e Dixe (2015) acrescentam que a ocorrência de quedas acresce em quem apresente risco de queda na EQM.

O risco de queda dos participantes está assim associado a fatores não modificáveis que são a história de queda, a terapia intravenosa necessária ao processo de cuidados e a existência de diagnósticos secundários. Contudo, a terapia intravenosa poderá ser suspensa ao longo do internamento, tornando-se um fator modificável. Os fatores potencialmente modificáveis correspondem ao auxílio da deambulação, marcha e estado mental.

Avaliação do Equilíbrio

A avaliação da EEB também revelou valores de diminuído e médio equilíbrio nos participantes avaliados, o que corresponde a alto e moderado risco de queda, respetivamente. A Figura 18 demonstra que três dos participantes apresentaram equilíbrio diminuído, sendo os mesmos, que apresentaram alto risco de queda na EQM.

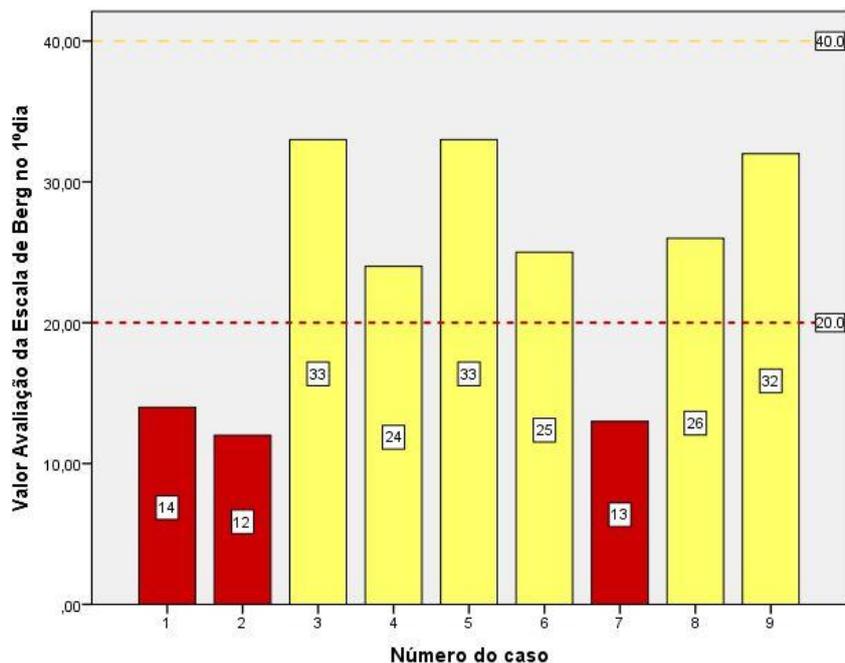


Figura 18 - EEB no 1º dia de avaliação

As atividades em que os participantes sentiram mais dificuldades de realização centraram-se nas atividades: inclinar-se para a frente com extensão dos membros superiores, dar uma volta de 360 graus, colocar os pés alternadamente num degrau e ficar em pé com um pé à frente do outro (Tabela 14). São de facto atividades que requerem movimento e coordenação, pelo que o equilíbrio dinâmico, principalmente na posição ortostática, estava diminuído.

Tabela 14 – Análise descritiva das 14 atividades da EEB no 1º dia de intervenção

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Da posição de sentado para a posição de pé no 1º dia	1	2	1,67	,500
Ficar em pé sem apoio no 1º dia	0	3	1,78	,972
Sentado sem apoio no 1º dia	1	3	2,33	,707
Da posição de pé para a posição de sentado no 1º dia	1	2	1,56	,527
Transferências no 1º dia	1	3	1,78	,667
Ficar em pé com os olhos fechados no 1º dia	1	3	2,22	,972
Ficar em pé com os pés juntos no 1º dia	1	3	2,00	,866
Inclinar-se para a frente com o braço esticado no 1º dia	1	2	1,33	,500
Apanhar um objeto do chão no 1º dia	1	2	1,56	,527
Virar-se para olhar para trás no 1º dia	1	3	2,00	,866
Dar uma volta de 360 graus no 1º dia	0	2	1,44	,726
Colocar os pés alternadamente num degrau no 1º dia	0	3	1,00	1,118
Ficar em pé com um pé à frente do outro no 1º dia	0	2	1,33	,707
Ficar em pé sobre uma perna no 1º dia	1	2	1,56	,527

Em contrapartida, os doentes conseguiram um melhor desempenho nas atividades: sentado sem apoio, ficar em pé com os olhos fechados, ficar em pé com os pés juntos e virar-se para olhar para trás.

Presenciou-se que na fase inicial de avaliação, quatro dos participantes conseguiram manter-se sentados com os braços cruzados durante dois minutos apenas com supervisão e os outros quatro apenas durante 30 segundos.

Por sua vez, cinco dos participantes conseguiram ficar em pé com os olhos fechados durante 10 segundos apenas com supervisão, contrapondo com os três participantes que apesar de terem mantido a posição ortostática, não conseguiram permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos.

Constatou-se que ficar em pé com os pés juntos de forma autónoma e manter a posição ortostática durante 1 minuto apenas com supervisão, só se verificou em três dos

participantes. Outros três participantes conseguiram fazê-lo, mas não conseguiram manter a posição durante 30 segundos. E os restantes participantes necessitam realmente de ajuda para chegar à posição, mas conseguiram manter-se em pé com os pés juntos, durante 15 segundos.

A outra atividade que apresentou um desempenho adequado foi a capacidade da pessoa virar-se para olhar sobre o ombro direito e esquerdo, na posição ortostática. Três dos participantes conseguiram olhar para trás, apenas por um dos lados, com menos capacidade para transferir o peso e outros três conseguiram virar-se para um dos lados, mantendo o equilíbrio estável. Por fim, três participantes necessitaram inevitavelmente de supervisão ao virar.

Concluiu-se que o equilíbrio na maior parte dos participantes encontra-se comprometido, sendo o equilíbrio dinâmico o mais influenciado. Santos, Weizenmann, e Koetz (2015) aplicaram a EEB para a avaliação funcional do equilíbrio estático e dinâmico de quatro idosos e constataram que todos os idosos tiveram dificuldade em realizar as atividades que exigiram o recurso ao equilíbrio dinâmico, inclusivamente apanhar um objeto do chão, virar-se para olhar para trás, dar uma volta de 360 graus, ficar em pé com um pé à frente do outro e ficar em pé sobre uma perna.

Alves et al. (2016) enfatizaram a importância da existência de um bom equilíbrio para evitar a ocorrência de quedas, uma vez que no estudo acerca da ocorrência de quedas em idosos, destacaram entre os fatores intrínsecos de queda a fraqueza/distúrbios de equilíbrio ou marcha como a principal causa de queda em idosos, estando presente em 46,7% das quedas ocorridas.

Avaliação do desempenho nas Atividades de Vida Diárias

As atividades de vida foram avaliadas pelo IB e constatou-se, que numa fase inicial, quase todos os participantes (n=8) apresentam moderada dependência nas AV, e um

participante com dependência grave (Figura 19). Costa, Silva, e Souza (2016), no projeto que estudou a capacidade funcional de 77 idosos em contexto ambulatorio, verificaram pelo IB que a maior parte dos idosos (n=43) apresentavam um grau de dependência leve na realização das AV, 30 idosos eram totalmente independentes e apenas quatro idosos apresentavam dependência moderada. Os dados recolhidos são consonantes com o estudo de Ferreira, Cochito, Caíres, Marcondes, e Saad (2014), que ao compararem a capacidade funcional de 20 idosos institucionalizados com doença de Alzheimer, com 118 idosos sem diagnóstico médico da doença em questão, constaram que os idosos internados sem diagnóstico de doença de Alzheimer eram na sua maioria independentes e parcialmente dependentes.

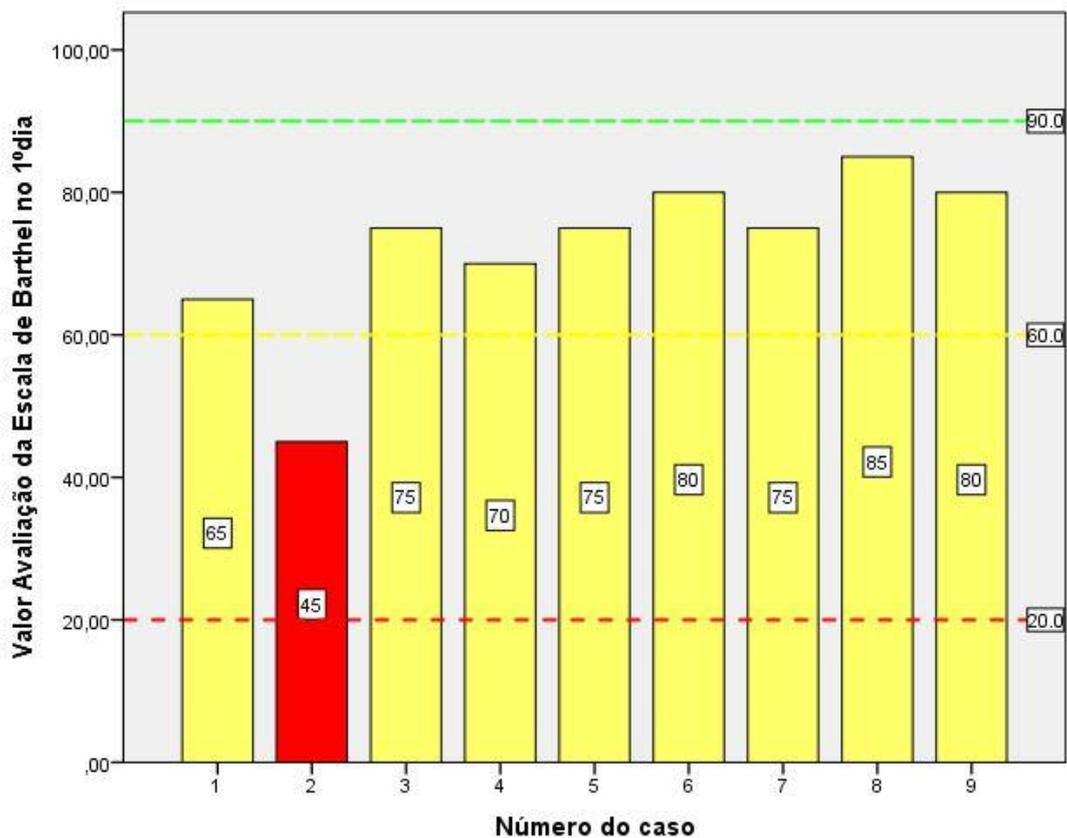


Figura 19 - IB no 1º dia de avaliação

Diniz et al. (2016) ao fazerem uma avaliação da capacidade funcional do idoso inserido no programa de atendimento domiciliar constataram que, em 141 idosos, 12,1%

eram independentes, 7,8% apresentavam dependência leve, 19,1% dependência moderada, 24,1% dependência severa e 36,9% eram totalmente dependentes.

As dimensões que necessitaram de maior dependência foram a toalete, a utilização do WC, o banho, a mobilidade, o vestir e o controlo vesical. Tal como se verifica na Tabela 15, a média apresentada de cada dimensão refletiu a necessidade real apresentada para o desempenho de cada atividade, em relação aos valores padronizados no IB. Verificou-se que as dimensões mencionadas apresentam um desvio padrão tendencialmente elevado, o que indica uma maior dispersão e um maior afastamento dos eventos extremos em relação à média.

Tabela 15 – Nível de dependência pelo IB no 1º dia

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Alimentação no 1º dia	5	10	9,44	1,667
Transferências no 1º dia	5	10	9,44	1,667
Toalete no 1º dia	0	5	3,33	2,500
Utilização do WC no 1º dia	0	10	6,67	3,536
Banho no 1º dia	0	5	2,78	2,635
Mobilidade no 1º dia	0	15	10,56	4,640
Subir e descer escadas no 1º dia	5	5	5,00	,000
Vestir no 1º dia	5	10	8,33	2,500
Controlo intestinal no 1º dia	0	10	8,89	3,333
Controlo vesical no 1º dia	0	10	7,78	4,410

Face à Tabela 15 constatou-se que, numa fase inicial, a maior parte dos participantes apresentam independência nas dimensões: alimentação, controlo intestinal, transferências e subir e descer escadas.

Costa et al. (2016), ao conduzirem o estudo em contexto ambulatorio, verificaram que, tal como nos resultados apresentados neste relatório, a média de menor dependência recaiu na dimensão da alimentação, com 97,40% dos idosos independentes. Porém, o

controlo vesical foi a dimensão mais afetada pelos idosos. Verificaram que dos 77 idosos, 62,34% apresentavam controlo vesical, mas 31,17% apresentaram uma perda urinária ocasional e 6,49% apresentava incontinência urinária.

Como se verificou nos hábitos da AV higiene pessoal, oito dos participantes eram independentes no domicílio, tal facto, está em concordância com o estudo de Costa et al. (2016), os quais identificaram o banho como a dimensão com melhor média, em que todos os idosos incluídos no projeto eram independentes na sua realização. A capacidade para realizar a AV higiene alterou-se em três dos participantes, pois dos quatro participantes que necessitavam de ajuda no banho, três eram independentes no domicílio. Assim, é possível apurar que existe diferença entre um ambiente que é familiar, com um ambiente desconhecido. O próprio internamento confere condições que limitam e influenciam o desempenho na realização de determinadas AV, como é o caso do banho. Oliveira et al. (2016) afirmam que apesar do diagnóstico médico e as comorbilidades associadas, o próprio ambiente hospitalar é totalmente desconhecido para o idoso, o que leva à perda de privacidade e autonomia.

Perante a análise dos dados obtidos no primeiro dia de intervenção referentes à independência nas AV, constatou-se que em relação à dimensão toalete, seis dos participantes conseguiram de forma independente fazer a barba, lavar a cara e os dentes, ao contrário dos restantes, que necessitaram de ajuda. Na utilização do WC, quatro dos participantes eram independentes, quatro dependentes em grau moderado e apenas um dependente total.

A Tabela 16 realça a relação que existe entre o desempenho na atividade toalete e a utilização do WC.

Tabela 16 - Dependência nas atividades toalete e utilização do WC no 1º dia

		Utilização do WC no 1º dia			Total
		0	5	10	
Toalete no 1º dia	0	1	2	0	3
	5	0	2	4	6
Total		1	4	4	9

Verificou-se que quatro dos participantes que foram independentes na utilização do WC, foram também independentes em realizar as atividades pertencentes à dimensão toalete. Constatou-se ainda que dois dos participantes que precisaram de ajuda no uso do WC, necessitaram concomitantemente de ajuda na dimensão toalete. Em contrapartida, dois dos participantes com necessidade de ajuda no uso do WC, não necessitaram de qualquer ajuda no desempenho do toalete. Um participante foi dependente no uso do WC, necessitando simultaneamente de ajuda no desempenho da toalete.

A análise do nível de independência na atividade higiene pessoal e vestir-se extraiu-se através da análise do banho e vestir no IB. Apurou-se que três dos participantes tomaram banho e vestiram-se de forma independente no primeiro dia de intervenção (Tabela17).

Tabela 17 – Dependência nas atividades banho e vestir no 1º dia

		Vestir no 1º dia		Total
		5	10	
Banho no 1º dia	0	1	3	4
	5	2	3	5
Total		3	6	9

No entanto, verificou-se que três participantes conseguiram vestir-se autonomamente, mas eram dependentes na atividade do banho, necessitando de alguma ajuda. Contrariamente, dois dos participantes independentes no banho, necessitaram de alguma ajuda para concretizarem a atividade vestir. Apenas um participante foi dependente no banho e necessitou simultaneamente de ajuda no vestir.

A AV mobilizar foi associada no IB à dimensão transferências e mobilidade. Verificou-se que três dos participantes não necessitaram de ajuda para caminhar mais 50 metros e realizar transferência (Tabela 18).

Tabela 18 - Dependência nas atividades transferências e mobilidade no 1º dia

		Mobilidade no 1º dia			Total
		0	10	15	
Transferências no 1º dia	5	1	0	0	1
	10	0	5	3	8
Total		1	5	3	9

Por sua vez, cinco dos participantes que se transferiram autonomamente, caminharam menos de 50 metros, somente com supervisão. Apenas um dos participantes, no primeiro dia de intervenção, necessitou de ajuda total em ambas as AV. Constatou-se que grande parte dos participantes (n=8) são independentes nas transferências, e a maioria necessita de ajuda parcial na mobilização (n=5).

No estudo de Costa et al. (2016) verificou-se que dos 77 idosos, 80,52% dos idosos eram independentes nas transferências e 19,48% eram parcialmente independentes, precisando de pouca ajuda (verbal ou física). Por sua vez, na dimensão da mobilidade, estes autores, constataram que 84,42% eram independentes, necessitando apenas de uma assistência mínima. Quando se transporta essa realidade para o internamento, verifica-se que a mobilidade pode ser condicionada pelas condições ambientais e pela própria condição de saúde, tornando o idoso mais propenso às alterações funcionais e risco de queda (Oliveira et al., 2016).

Diagnósticos de enfermagem

As avaliações realizadas no primeiro dia de contacto com cada participante permitiram definir diagnósticos de enfermagem de reabilitação que constam na Tabela 19. O equilíbrio, que também se encontra alterado em todos os participantes, tem influência direta no desempenho de cada uma das AV, pelo que está associado a cada um dos focos de enfermagem.

Tabela 19 - Diagnósticos de ER

AV	Diagnóstico de ER	Juízo
Higiene pessoal e vestir-se	Capacidade para tomar banho comprometida	Dependente em grau moderado
		Dependente em grau reduzido
	Capacidade para vestir-se/despir-se comprometida	Dependente em grau moderado
		Dependente em grau reduzido
Mobilizar	Capacidade para mobilizar-se comprometida	Dependente em grau moderado
		Dependente em grau reduzido
	Capacidade para transferir-se comprometida	Dependente em grau moderado
		Dependente em grau reduzido
Eliminar	Capacidade para usar sanitário comprometida	Dependente em grau moderado
		Dependente em grau reduzido
	Incontinência urinária de urgência	Incontinência urinária de urgência presente

As intervenções de ER foram personalizadas e ajustadas à capacidade funcional de cada participante (Apêndice D).

Avaliações de Resultados

A identificação objetiva e real das necessidades dos participantes selecionados permitiu a implementação de planos de intervenção para melhorar o desempenho nas AV e diminuir o risco de quedas. Tal como no estudo de Diniz et al. (2016), a capacidade funcional dos idosos encontra-se reduzida, o que condiciona a sua autonomia e aumenta o risco de

queda. Neste sentido, intervir na capacitação do idoso para a realização autónoma das AV é o real enfoque da intervenção de ER.

Ao longo dos quatro dias de intervenção junto de cada participante, assistiu-se a uma evolução positiva das capacidades funcionais dos doentes idosos, confirmada pelos valores obtidos em cada item das escalas de avaliação. Tal facto contribuiu para a redução do risco de queda em todos os participantes, assim como, para a independência no desempenho das atividades de vida diárias.

Evolução do Equilíbrio

As intervenções de ER no que respeita ao treino de equilíbrio contribuíram para uma evolução significativa do mesmo em cada participante, facto comprovado pela avaliação da EEB, ao fim dos quatro dias de intervenção.

O treino de equilíbrio, quer estático quer dinâmico, na posição de sentado e em ortostatismo, conferiu aos participantes uma maior coordenação e segurança na realização das atividades da EEB e IB. Branco e Santos (2010) defendem que os exercícios de equilíbrio são essenciais para reeducar o equilíbrio, estimular os reflexos cervicais, estimular a ação voluntária dos músculos do tronco, preparar a marcha e permitir, conseqüentemente, o ganho de autonomia.

A Figura 20 retrata, visivelmente, a evolução do equilíbrio de cada participante ao longo das diferentes avaliações da EEB. Tal como exposto anteriormente, três dos participantes apresentaram equilíbrio diminuído e os restantes seis tinham um equilíbrio médio. O treino de equilíbrio, integrado no desempenho das atividades de vida, permitiu que os participantes que possuíam um equilíbrio diminuído conseguissem, ao final dos quatro dias de intervenção de ER, uma evolução para o nível subsequente: equilíbrio moderado. Por

sua vez, os seis participantes, que inicialmente tinham equilíbrio moderado, alcançaram um bom equilíbrio.

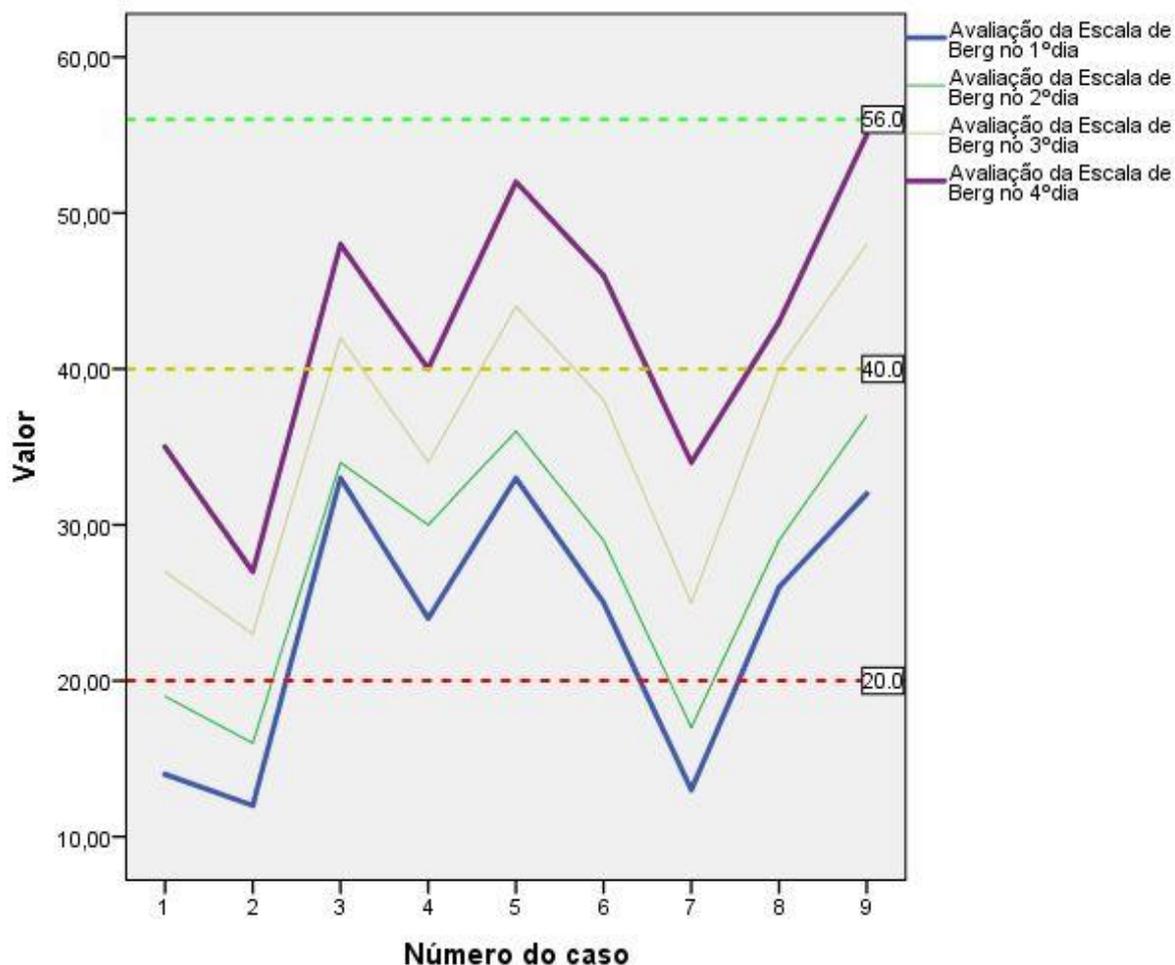


Figura 20 - Avaliação da EEB nos quatro dias de intervenção de ER

Evolução do desempenho nas Atividades de Vida Diárias

Paralelamente a esta evolução, o nível de independência dos participantes no desempenho das AV também foi notório. Após o treino diário das AV selecionadas, verificou-se uma evolução favorável no que respeita à independência de cada participante, uma vez que todos os participantes que apresentavam moderada dependência conseguiram evoluir positivamente para níveis de leve e total independência na realização das AV (Figura 21).

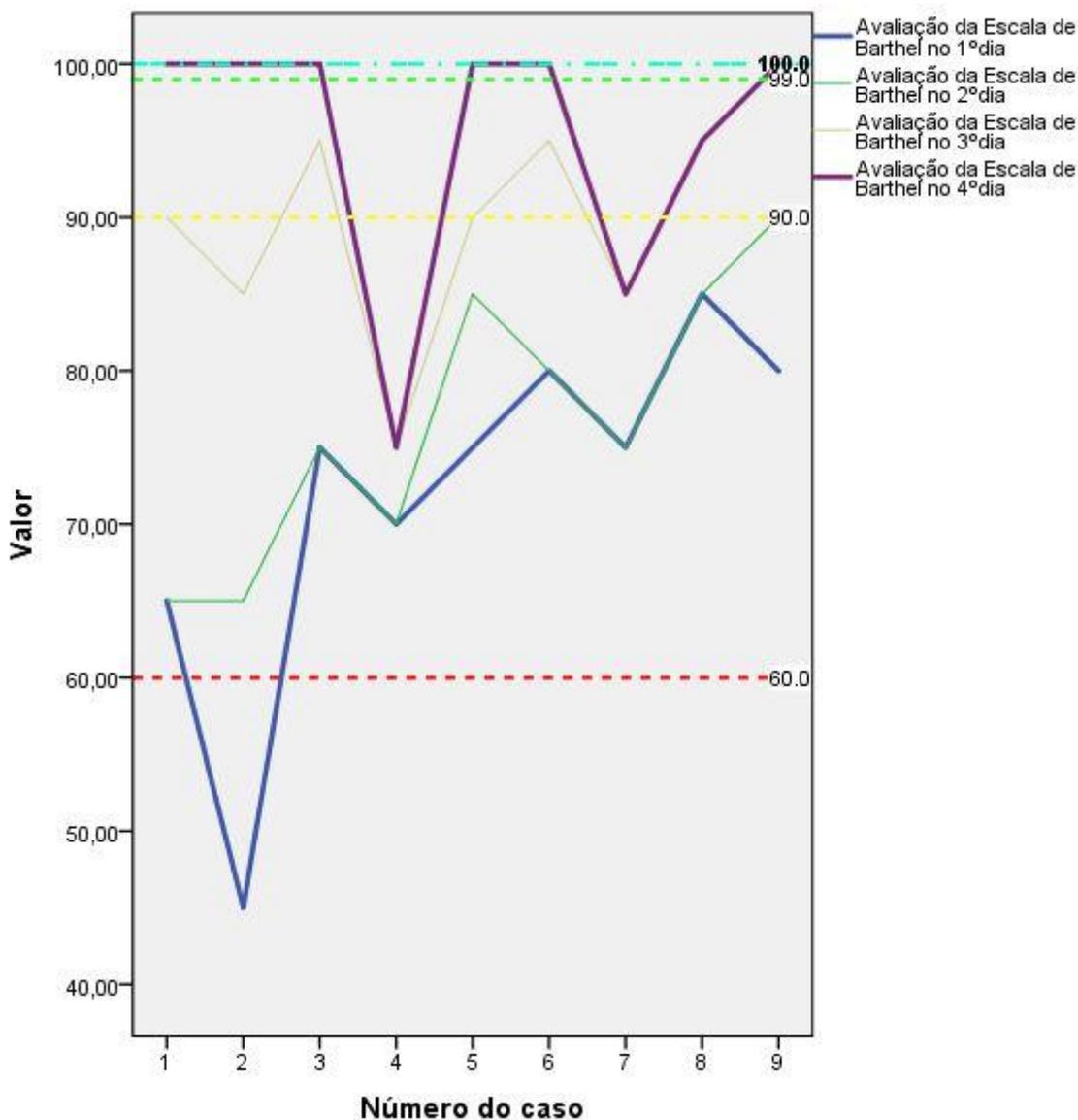


Figura 21 - Avaliação do IB nos quatro dias de intervenção de ER

Conseguiu-se atingir a independência total em seis dos participantes nos quatro dias de intervenção de ER. As AV que poderiam contribuir para a ocorrência de quedas eram aquelas em que os níveis de independência estavam reduzidos. No entanto, verificou-se uma subida exponencial do nível de independência face às dimensões toalete, utilização do WC, banho e mobilidade. Nestas atividades todos os participantes atingiram a independência máxima na sua realização (Tabela 20). Em contrapartida, verificou-se que as dimensões

relativas às transferências, subir e descer escadas, controlo vesical e intestinal não atingiram os valores máximos de independência.

Tabela 20 - Nível de dependência pelo IB no 4º dia

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Alimentação no 4º dia	10	10	10,00	,000
Transferências no 4º dia	10	15	14,44	1,667
Toalete no 4º dia	5	5	5,00	,000
Utilização do WC no 4º dia	10	10	10,00	,000
Banho no 4º dia	5	5	5,00	,000
Mobilidade no 4º dia	15	15	15,00	,000
Subir e descer escadas no 4º dia	5	10	8,33	2,500
Vestir no 4º dia	10	10	10,00	,000
Controlo intestinal no 4º dia	0	10	8,89	3,333
Controlo vesical no 4º dia	0	10	8,33	3,536

Capacidade de transferências

A capacidade para transferir-se esteve presente em quase todos os participantes (n=8). No último dia de intervenção, apenas um participante necessitou de ajuda para se transferir. Por este motivo, a media não atingiu o score máximo nesta dimensão, como ocorreu nas outras atividades. O treino de transferências entre superfícies, com o recurso a dispositivos de transferências facilitou a obtenção da máxima independência dos participantes, além de ter promovido a segurança dos mesmos.

Capacidade de controlo vesical e intestinal

O controlo vesical conseguiu-se em sete dos participantes. Importa referir que dos três participantes que apresentavam incontinência de urgência no internamento, apenas um a

manteve. A planificação do horário das micções e as estratégias de supressão da urgência urinária, aliadas ao treino de exercícios dos músculos do pavimento pélvico, permitiram controlar a incontinência de dois dos participantes, em que apenas um teve um episódio accidental e outro controlou perfeitamente a eliminação vesical.

O controlo intestinal não atingiu o score máximo em todos os participantes, na medida em que um dos participantes era incontinente intestinal, pela ileostomia que possuía.

Maciel (2010) defende que a manutenção da capacidade funcional dos idosos deve ser considerada um dos fatores que mais contribui para a qualidade de vida desta população. Acrescenta que deve-se priorizar o “desenvolvimento da capacidade aeróbica, flexibilidade, equilíbrio, resistência e força muscular de acordo com as peculiaridades dessa população, de modo a proporcionar uma série de benefícios específicos à saúde biopsicossocial do idoso” (p.1030).

Evolução do Risco de Queda

Perante a evolução positiva no ganho de equilíbrio e no desempenho das AV, comprovou-se que o risco de queda também foi influenciado pelos ganhos obtidos.

A Figura 22 demonstra que o risco de queda em cada participante decresceu ao longo dos quatro dias de intervenção.

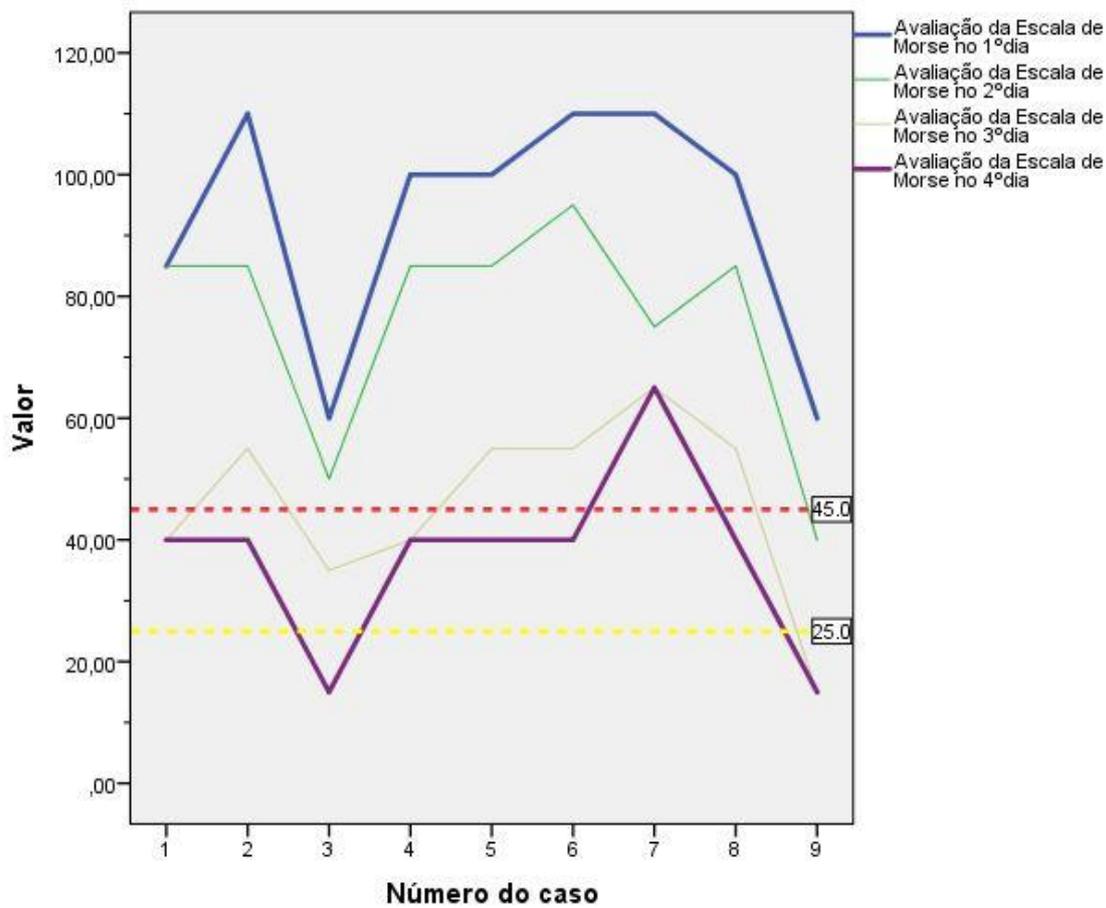


Figura 22 - Avaliação da EQM nos quatro dias de intervenção de ER

Ao contrário das outras escalas, a EQM demonstra a sua evolução positiva quanto menor o score final. Verificou-se que todos os participantes apresentavam alto risco de queda no primeiro contacto. Porém, o treino das AV, concomitantemente com o treino de equilíbrio, contribuiu para a obtenção de moderado risco de queda em quase todos os participantes (n=6), e um ganho major, de sem risco de queda, em dois dos participantes.

Contudo, um dos participantes ainda se manteve com alto risco de queda na EQM, por ter associado à história de queda e ao diagnóstico secundário, as alterações no padrão de marcha e o recurso ao auxiliar de marcha.

Tendo em consideração os resultados obtidos face à avaliação inicial de cada participante, foi possível comprovar que as intervenções especializadas de ER contribuíram para diminuição da dependência e diminuição do risco de queda na população-alvo, uma vez

que se obtiveram ganhos significativos de bom equilíbrio (n=6) na EEB, independência total (n=6) no IB, risco moderado (n=6) e sem risco (n=2) na EQM.

6-Análise Reflexiva sobre o Desenvolvimento de Competências

Neste capítulo apresenta-se a análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências no estágio e no ciclo de estudos. Consideram-se as competências de aprendizagem definidas para as unidades curriculares estágio e relatório, o Regulamento n.º 125/2011, que regulamenta as competências do EEER, e as competências do 2º ciclo de estudos presentes no Decreto-Lei n.º 115/2013.

A competência está associada à mobilização de conhecimentos e habilidades adquiridos para a realização de uma determinada atividade, tarefa ou função. Para Fleury e Fleury (2001), a competência é utilizada para designar uma “pessoa qualificada para realizar alguma coisa” (p. 184), e define-se como um saber agir responsável e reconhecido, que envolve a necessidade de integrar e mobilizar conhecimentos, habilidades e recursos. Salum e Prado (2014) acrescentam que a competência é uma habilidade que o profissional desenvolve para agir em segurança, acompanhando permanentemente as mudanças e avanços tecnológicos e as diversidades existentes no mundo contemporâneo.

Neste sentido, o desenvolvimento de competências requer uma educação permanente na formação multidimensional dos profissionais para as novas perspetivas do trabalho em saúde (Salum & Prado, 2014). É neste contexto, que Silva e Silva (2016) defendem que o desenvolvimento de competências não se cinge unicamente ao período de formação teórica, necessita de ser aprofundado e aperfeiçoado em contexto clínico, na presença de situações reais.

O Estágio torna-se então, o espaço oportuno para o desenvolvimento de competências, pela existência de diferentes lugares/espacos de formação, que transportam responsabilidades e papéis específicos ao longo do processo de formação (Silva & Silva, 2016).

Por este motivo, o Estágio inserido no Mestrado em Enfermagem de Reabilitação permitiu o desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências presentes não só no Regulamento das Competências Comuns aos Enfermeiros Especialistas, mas também no Regulamento de Competências Específicas do EEER e no Regulamento de Competências de Mestre (Decreto-Lei n.º 115/2013, 2013; Ordem dos Enfermeiros, 2011; Regulamento n.º 125/2011, 2011)

Os objetivos e as competências presentes no planeamento de Estágio final recaíram sobre as competências específicas do EEER, tendo por base todas as competências comuns do enfermeiro especialista.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

São competências comuns e específicas constituídas por um conjunto de competências clínicas especializadas, que resultam do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e recaem sobre quatro domínios, o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No que respeita às competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, as intervenções de enfermagem desenvolvidas respeitaram os princípios éticos e legais da pessoa que foi alvo dos cuidados de ER. Manteve-se em todo o momento, a privacidade e singularidade de cada pessoa, respeitando a sua opinião e acima de tudo os seus princípios, valores e vontades. O consentimento informado foi tido em consideração ao longo da implementação do projeto de intervenção desenvolvido no Estágio final.

Além do mais, o ambiente hospitalar acresce por si só, o risco de diminuição da privacidade do doente, pelo que cabe ao enfermeiro promover “práticas de cuidados que

respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (p. 8650). Neste sentido, os cuidados de ER necessitaram de uma envolvimento proativa da pessoa sujeita aos cuidados, motivo pelo qual, as estratégias de resolução de problemas foram desenvolvidas em parceria com a pessoa e/ou família.

Perante este panorama e com base nos princípios, valores e normas deontológicas, desenvolvi a capacidade de intervir junto da pessoa, tendo em consideração as suas particularidades e características, desenvolvendo assim, uma prática profissional e ética no campo de intervenção da ER.

Domínio da melhoria da qualidade

A intervenção dos cuidados de ER tem por base a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Face à problemática do projeto de intervenção, foi notória a importância da intervenção do EEER, que através da implementação de estratégias preventivas face ao risco de queda em idosos, contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e concomitantemente, para a capacitação dos mesmos para o regresso ao domicílio.

Tendo em consideração o domínio da segurança dos doentes, a prevenção da ocorrência de quedas constitui um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, pelo que o projeto de intervenção recaiu não só numa temática de importância nacional, mas também de importância institucional, por ser uma área de investigação de diversos elementos de diferentes equipas de enfermagem. Por este motivo, foi importante enquanto enfermeira e aluna de ER, desempenhar um papel dinamizador no suporte de iniciativas estratégicas institucionais, colaborando em programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Nesta linha de ideias, a competência “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (p. 8651) também foi desenvolvida neste Estágio Final. Além da essência do projeto de intervenção que recaiu na prevenção de quedas em idosos, foi possível desenvolver

estratégias de prevenção de incidentes juntos de doentes que necessitaram de cuidados de ER. A vulnerabilidade dos doentes internados na unidade de cuidados acresce não só com a situação clínica, mas também com as comorbilidades associadas, que despoletam alterações a nível da independência nas AV. Tal como se vivenciou no projeto, os doentes apresentam na sua maioria, elevado risco de queda, que associado às alterações da capacidade funcional potencializa a ocorrência de incidentes, como a queda.

Perante a necessidade de criar um ambiente terapêutico e seguro, foi importante intervir no domínio da segurança dos doentes para a prevenção efetiva de incidentes, nomeadamente a prevenção de quedas. Considero que a atitude proativa dos participantes demonstrou não só a existência de uma envolvência adequada ao bem-estar, como uma gestão de risco eficaz. No Despacho nº 1400-A/2015, a gestão dos riscos assume uma importância fulcral para garantir a maior segurança possível dos doentes, ao evitar a ocorrência de incidentes que comprometam a qualidade dos cuidados, e consequentemente, do SNS.

Ainda em relação à competência anterior, foi possível, através dos conhecimentos específicos da ER, promover a aplicação dos princípios ergonómicos e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos doentes.

Domínio da gestão dos cuidados

A segurança e a qualidade dos cuidados ocorreu mediante uma gestão de cuidados adequada, que permitiu a interação conjunta da equipa de enfermagem e da restante equipa da unidade de cuidados. Senti então, uma relação profissional positiva, que me permitiu colaborar, enquanto enfermeira e aluna da especialidade de ER, nas decisões da equipa multiprofissional. Além disso, consegui identificar as reais necessidades de cada doente, atualizando os planos de intervenção, consoante as avaliações diárias e a adequação dos diagnósticos de ER, o que permitiu melhorar “a informação para o processo de cuidar, os

diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8652).

Ainda na gestão dos cuidados, foi possível uma “gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados” (p.8652). Houve a preocupação de adequar os recursos disponíveis às reais necessidades dos doentes e à sua disponibilidade na unidade de cuidados, o que permitiu o sucesso das intervenções implementadas nos planos de intervenção, traduzidas pelos ganhos observados.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Ao longo do Estágio desenvolvi e demonstrei a capacidade de auto-conhecimento, o que me permitiu aperfeiçoar as relações terapêuticas e multiprofissionais e intervir com segurança junto dos doentes. Conhecer as nossas particularidades, fragilidades e potencialidades permite-nos absorver uma elevada consciência de nós, enquanto pessoa e profissional.

Toda a formação teórica, o estágio e o projeto de intervenção, permitiram aprofundar os conhecimentos teóricos e adquirir conhecimentos especializados, válidos, atuais e pertinentes, o que se assumiu como um mecanismo facilitador de aprendizagem realizada.

Competências específicas do EEER

O Estágio final incidiu no desenvolvimento de competências específicas na área da reabilitação, refletindo as competências presentes no Regulamento n.º 125/2011. Neste sentido, o estágio proporcionou condições para a avaliação da funcionalidade e diagnóstico de alterações que determinaram limitações da atividade e incapacidade, assim como, para a implementação de programas de treino motor, que visaram a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida. Além disso, foi possível diagnosticar, planear, executar e avaliar as intervenções de enfermagem de reabilitação à

pessoa com problemas do foro neurológico, mais especificamente às alterações presentes após AVC.

Derivado a estas alterações surgiram condições que permitiram a capacitação da pessoa com alterações da capacidade funcional, através da implementação de programas de treino de AV e de utilização de ajudas técnicas. Os ganhos funcionais foram visíveis ao longo da implementação do projeto de intervenção, através da sua monitorização por escalas específicas, como a EQM, EEB e IB. Neste sentido, a produção de dados demonstraram resultados sensíveis aos cuidados de ER.

No Regulamento das Competências Específicas do EEER, são visíveis três competências imprescindíveis para a qualidade dos cuidados de ER:

Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercícios da cidadania; Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. (Regulamento n.º 125/2011, 2011, p. 8658)

Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

Ao longo do Estágio final foi possível acompanhar doentes com necessidades especiais decorrentes de fenómenos de doença, mas também, motivados pelo processo de envelhecimento e pelas comorbilidades. Os doentes internados com patologia neurológica foram o foco do desenvolvimento de competências, no entanto, foram igualmente importantes as oportunidades de prestação de cuidados especializados em outras situações. Importa frisar que foram prestados cuidados de reabilitação concetualizados segundo o modelo de enfermagem de Roper, Logan e Tierney. Não menos importante, a construção do

projeto de intervenção também forneceu condições para desenvolver e aprimorar esta competência.

Perante a aplicação de instrumentos de avaliação, houve a oportunidade de avaliar a funcionalidade de cada doente, assim como, identificar as alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades. Os doentes com disfunções neurológicas, numa fase inicial, apresentaram alterações funcionais significativas, pelo que a adaptação à sua condição atual de saúde e às consequências que daí advieram foi um desafio aliciante para o desenvolvimento de competências. Nesta linha, foi possível conceber “planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade” (Regulamento n.º 125/2011, 2011, p. 8658).

Assim, a identificação dos diagnósticos de ER também resultaram da avaliação da capacidade funcional da pessoa para a realização das AV, que permitiu a construção de planos de intervenção, centrados na reeducação de funções motoras, sensoriais e cognitivas. Os resultados obtidos foram avaliados a cada dia de intervenção, verificando-se, tanto no projeto de intervenção como nas atividades específicas do estágio, ganhos positivos e produtivos para o doente.

Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercícios da cidadania

Conhecer o ambiente e toda a envolvência que circunda o doente, contribuiu diretamente, para a melhoria da mobilidade e acima de tudo para a melhoria de acessibilidades. O treino da abordagem a obstáculos contribuiu também, para a capacitação da pessoa no contorno das barreiras arquitetónicas. A identificação dos obstáculos no meio ambiente e, o seu confronto com as condições habitacionais, permitiu incutir a necessidade da

existência de espaço livre para circulação, ausente de obstáculos que favoreçam a ocorrência de quedas.

Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

As atividades desenvolvidas junto de cada doente, que beneficiou dos cuidados de ER, permitiram maximizar as capacidades funcionais, potencializando assim, o rendimento e o desenvolvimento pessoal.

Ao longo do Estágio foi possível desenvolver atividades que se centraram no desempenho a nível motor e cardiorrespiratório face às necessidades de cuidados individuais da pessoa. Houve a necessidade de avaliar diariamente cada pessoa incluída nos cuidados de ER para um aprofundamento dos conhecimentos relativos às funções cardiorrespiratória e motora. Foram avaliadas as funções cognitivas, no sentido de colaboração e capacidade de aprendizagem. Assim, os planos de intervenção foram concebidos com várias sessões de treino quer de equilíbrio, quer de atividade de vida diárias com vista “à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação” (Regulamento n.º 125/2011, 2011, p. 8659).

No projeto de intervenção verificou-se ao longo dos quatro dias de intervenção de ER uma melhoria significativa das capacidades da pessoa, em que o nível de independência atingiu valores consideráveis face à avaliação inicial. Este ganho, assim como a melhoria de equilíbrio estático e dinâmico e a diminuição do risco de queda, espelhou o sucesso do plano de intervenção do EEER para a diminuição do risco de queda em doentes idosos, internados e com alterações da mobilidade. De frisar que a identificação e avaliação dos fatores de risco de quedas das pessoas internadas foram cruciais para a avaliação dos participantes e obtenção dos conhecimentos específicos e reais sobre a problemática.

No entanto, o sucesso das intervenções de ER não se cinge unicamente à conceção e implementação de um programa de treino motor e cardio-respiratório, mas também, à avaliação e reformulação desses programas. Por este motivo, foi realizado um

acompanhamento de quatro dias com cada participante do projeto de intervenção e feitas reavaliações diárias em função dos objetivos definidos para cada pessoa, para readaptação de cada plano de intervenção.

Competências de Mestre

Tendo em consideração o Título II presente no Decreto-Lei nº 115/2013 de 7 de agosto do Ministério da Educação e Ciência acerca dos graus académicos e dos diplomas do ensino superior, o grau de mestre é atribuído numa área de especialidade a quem (1) possua conhecimentos e capacidade de compreensão; (2) consiga aplicar conhecimentos, compreender e resolver problemas; (3) consiga integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta; (4) consiga comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; (5) detenha de competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

A primeira competência de mestre foi desenvolvida e adquirida, na medida em que foram desenvolvidos e aprofundados os conhecimentos obtidos no 1.º ciclo, que permitiram o desenvolvimento de atividades sustentadas em evidências científicas. A aquisição desta competência permitiu a mobilização das competências do EEER e das competências comuns do enfermeiro especialista. Neste sentido, verificou-se um desenvolvimento do exercício profissional em enfermagem com níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão adaptados a competências especializadas relativas ao campo de intervenção da enfermagem de reabilitação.

A segunda e terceira competência de mestre foram atingidas ao longo do ciclo de estudos e estágios desenvolvidos nas diversas áreas da especialidade e proporcionaram a

capacidade para resolver problemas, lidar com situações complexas e/ou exigentes, através da capacidade em integrar conhecimentos especializados de reabilitação. As atividades desenvolvidas em Estágio, aliadas ao projeto de intervenção implementado, permitiram agir em prol do desenvolvimento de soluções face aos problemas e limitações apresentadas.

Todo o processo de intervenção de ER exigiu uma pesquisa científica para o desenvolvimento de conhecimentos convergentes ao domínio de investigação da problemática em estudo. Neste sentido, a prática clínica reflexiva aliada a um exercício profissional, com responsabilidades éticas e sociais, permitiu no decorrer do Estágio final, lidar com “questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta” (Decreto-Lei n.º 115/2013, 2013, p.4761).

A quarta competência de mestre refletiu-se também nos resultados obtidos pelas intervenções de ER, mais especificamente na capacidade de transmissão de conclusões, conhecimentos e raciocínios obtidos de forma clara e correta. A realização deste relatório tornou-se o veículo primordial para a obtenção desta competência, pela capacidade de expor os resultados e conclusões obtidos ao longo do desenvolvimento do projeto de intervenção.

Concomitantemente, a quinta competência interliga todo o processo de aprendizagem vivenciado pela especialidade de ER e culmina com a exposição escrita das aprendizagens obtidas pelos cuidados de ER prestados aos idosos internados com alterações da mobilidade. As competências de EEER juntamente com as competências de mestre, tornam a reabilitação um processo ainda mais contínuo pela busca incessante de “aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Decreto-Lei n.º 115/2013, 2013). O desenvolvimento autónomo de conhecimentos, habilidades e competências pressupõe a existência de conhecimentos baseados na mais recente evidência científica, como requisito crucial para uma prática de enfermagem segura, competente, especializada e adequada às necessidades de cada pessoa.

Tendo em consideração o exposto, o contexto clínico onde o Estágio final se desenvolveu, forneceu-me as condições necessárias para a aquisição e desenvolvimento das competências supracitadas, com base em padrões científicos, técnicos, humanos e culturais. A competência é uma combinação dinâmica de habilidades cognitivas e meta-cognitivas, conhecimento e compreensão, habilidades interpessoais, intelectuais e práticas, e valores éticos, sendo o objeto de todos os programas educacionais, fomentar essas competências (Tuning Project, 2011).

As condições proporcionadas permitiram-me um olhar crítico e perspicaz sobre os cuidados especializados na área da ER tanto na prevenção de incapacidades como na reabilitação propriamente dita às novas condições de saúde. A capacitação do doente, e também da própria família ao longo do processo de reabilitação, garantiu a eficácia dos cuidados de ER para a melhoria da qualidade de vida da pessoa, refletindo, a importância de interligar e associar os vários níveis de competências.

Todas as competências referidas são justificáveis e necessárias para garantir a excelência no cuidado especializado de forma contínua e atualizado, uma vez que a reabilitação enquadra-se num processo “global, dinâmico e contínuo, orientado para a pessoa, ao longo do seu ciclo de vida, às famílias e a todos os grupos sociais que a envolve” (Pontes & Santos, 2017, p. 91).

No entanto, não basta possuir estas competências, é preciso saber aplicá-las eficaz e eficientemente, para garantir que o processo de reabilitação atinja a sua finalidade de “preservar, corrigir, modelar, melhorar ou retomar as habilidades, capacidades e competências funcionais, tão rapidamente quanto possível, para o desempenho de uma atividade considerada normal no âmbito do seu projeto de vida” (Pontes & Santos, 2017, p. 91).

7- Conclusão

A Enfermagem de Reabilitação é uma área científica centrada na promoção da máxima funcionalidade da pessoa. Ajudá-la a encontrar estratégias alternativas, torna a Reabilitação uma razão de ser na vida de pessoas com limitações funcionais. Deodato (2017) acrescenta que a ajuda constante na mobilidade e na procura pela diminuição ou eliminação de dependências situam a Reabilitação numa esfera ainda mais elevada no que respeita à promoção da qualidade de vida. A sua existência é crucial na vida de pessoas com alterações da capacidade funcional, e, encaixa na perfeição no panorama vivenciado na atualidade. O envelhecimento da população em Portugal é inegável e transporta alterações próprias deste processo, que têm implicações diretas na funcionalidade. Cruz e Touguinha (2015) corroboram esta ideia, ao acrescentar que as modificações morfológicas e fisiológicas levam à diminuição da capacidade funcional da pessoa, pelo compromisso do sistema neuromuscular que dificulta a execução das atividades da vida diárias. Porquanto, o envelhecimento da população é visto como um grande triunfo da humanidade e, simultaneamente, como um desafio quanto à qualidade de vida e ao bem-estar da pessoa (Neto et al., 2017).

Devido a este processo de envelhecimento, a hospitalização torna-se mais frequente e, quase que inevitável, em idosos. O período de hospitalização exacerba as alterações despoletadas pela própria idade, assim como, o aumento das condições de fragilidade, dependência e perda de privacidade. Além do mais, caracteriza-se por um processo que exige adaptações da pessoa à própria estrutura física, à organização e às relações com as outras pessoas. Aliada às mudanças dos hábitos diários, presentes no quotidiano do idoso, a condição de saúde pode gerar uma diminuição significativa da autonomia e da

funcionalidade, com consequentes níveis de dependência do idoso e necessidade de cuidados (Remor et al., 2014).

Neste sentido, existem fatores que podem comprometer a segurança do idoso internado, como é o caso das quedas. Tal como ficou claro no presente relatório, existem poucos dados sobre a realidade das quedas em Portugal, no entanto, sabe-se que têm um efeito devastador na vida da própria pessoa, assim como, na esfera familiar e hospitalar. Para Sarges et al. (2017), as quedas representam uma das ocorrências mais importantes na quebra da segurança do doente, sendo responsáveis pelo aumento do número de dias de internamento e demora no tempo de recuperação. Neste sentido, é essencial implementar uma filosofia de identificação e avaliação dos fatores de risco de queda, com a introdução de estratégias que visem reduzir a ocorrência e danos deste incidente (Bittencourt et al., 2017).

As organizações de saúde, como Almeida et al. (2010) defendem, têm vindo a adotar uma cultura de notificação deste tipo de acidentes que ocorrem no ambiente hospitalar, pelo que a sua prevenção constitui-se uma das preocupações das instituições de saúde. Face ao impacto deste incidente crítico, é necessário desenvolver intervenções eficazes para o adequado planeamento de ações preventivas e/ou corretivas.

O projeto de intervenção espelhou exatamente esta necessidade, e acima de tudo, comprovou que a adoção de estratégias preventivas contribui para reduzir o risco de queda nos idosos com alteração da mobilidade e dependência na realização das AV.

Tais ganhos traduziram a eficácia dos objetivos delineados para o projeto de intervenção. Da avaliação dos fatores intrínsecos, ressaltou a idade dos participantes, as alterações de equilíbrio e a dependência na realização das AV. O elevado risco de queda também esteve presente em todos os participantes.

A avaliação inicial norteou a implementação dos planos de intervenção a cada participante e o acompanhamento realizado, ao longo dos quatro dias de intervenção de ER,

permitiu a obtenção de ganhos relevantes e notórios para a diminuição do risco de queda. Verificou-se que os participantes que possuíam um equilíbrio diminuído e moderado evoluíram, após treino de equilíbrio, para os níveis subsequentes, de moderado e bom equilíbrio, respetivamente.

O mesmo sucedeu com o nível de independência nas AV. Após a avaliação dos níveis de independência pelo IB, presenciou-se uma evolução significativa no ganho de autonomia dos participantes. Assim, o treino diário das AV contribuiu para que todos os participantes que apresentavam moderada dependência conseguissem obter níveis de leve e total independência na realização das AV. As dimensões do IB que obtiveram uma subida exponencial do nível de independência corresponderam às AV higiene e vestir-se, mobilizar-se e eliminar. Nestas atividades todos os participantes atingiram a independência máxima na sua realização.

O sucesso do treino de equilíbrio, coordenado com o treino de AV, foi essencial para reduzir o risco de queda dos participantes. A EQM aplicada diariamente revelou uma redução do risco de queda de todos os participantes envolvidos. Obteve-se assim, moderado risco de queda em quase todos os participantes (n=6), e um ganho considerável, de sem risco de queda, em dois dos participantes.

Neste seguimento, o objetivo de implementar um plano de intervenção do EEER para a diminuição do risco de queda em doentes idosos, internados e com alterações da mobilidade, foi cumprido e alcançado com sucesso. Os ganhos demonstraram que a intervenção direta nos fatores intrínsecos de queda modificáveis tem um impacto positivo e crucial para a redução do risco de queda. A implementação do plano de intervenção de ER, para além de capacitar a pessoa idosa para a autonomia nas AV, permitiu prepará-la para um regresso a casa em segurança.

Ainda fez parte do plano de intervenção, a identificação dos fatores extrínsecos de queda. Alguns fatores identificados pertencem ao ambiente da unidade de cuidados e são facilmente modificáveis, como a presença de obstáculos na enfermaria e corredor, o piso molhado na casa de banho, a campainha e interruptores da luz fora de alcance do doente, a existência de cadeirões baixos e a presença de calçado desapropriado. No entanto, existem fatores inerentes às condições estruturais da unidade de cuidados, que não são passíveis de modificação. Foi possível capacitar os participantes a contornar estes obstáculos ambientais, através de estratégias compensatórias, que tornaram o espaço da unidade mais funcional.

Nesta linha de raciocínio relativamente aos objetivos atingidos, importa enfatizar que os objetivos estipulados para a unidade curricular Estágio final também foram atingidos. As competências do EEER emergiram não só da implementação do projeto de intervenção, mas também, das atividades específicas de ER desenvolvidas a doentes com alterações da capacidade funcional.

O projeto de intervenção desenvolveu-se num período de tempo definido para a unidade curricular, facto que condicionou a inclusão de maior número de participantes, no entanto, face aos resultados obtidos, emerge a necessidade de replicação e a continuidade do projeto, com intuito de desenvolver indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

As unidades de cuidados devem então, enraizar o espírito de prevenção de quedas, essencialmente em idosos hospitalizados, através da implementação de protocolos, escalas preditivas, como a EQM, e análise dos fatores intrínsecos e extrínsecos de queda. O EEER, no âmbito das suas competências, deve planear, executar e avaliar cuidados especializados centrados na funcionalidade e na capacitação para a prevenção de riscos. Também nas competências do EEER, surge a necessidade da gestão dos cuidados e da formação da equipa, de modo a garantir a continuidade dos cuidados. As competências do ciclo de estudos são

essenciais para a produção de dados, a partir dos quais, se constituem evidências e boas práticas que aumentam o corpo de conhecimentos na área científica.

Finalizo o relatório de estágio com a mesma frase que o iniciei. Foi uma frase proferida por um dos participantes e funcionou como um estímulo para a implementação do projeto e término do estágio final e, acima de tudo, permitiu uma reflexão acerca da importância/contributos que o EEER tem na vida de cada pessoa.

“A vida por vezes impõe-nos limitações, tira-nos o que éramos, o que fomos, mas ao mesmo tempo, faz entrar na nossas vidas, quem nos faz acreditar que tudo é novamente possível!”. São momentos como estes, que acrescem a certeza de que a Reabilitação é o caminho a seguir e, acima de tudo, aquele que contribui para a máxima funcionalidade da pessoa, contornando as limitações que a vida impõe.

Referências Bibliográficas

- Abreu, C., Mendes, A., Monteiro, J., & Santos, F. (2012). Falls in hospital settings: a longitudinal study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(3), 597–603. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300023>
- Abreu, H., Reiners, A., Azevedo, R., Silva, A., & Abreu, D. (2014). Incontinência urinária na predição de quedas em idosos hospitalizados. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 48(5), 848–853. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000500011>
- ACSS. (2017). Capacidade utilizada. Retrieved from <http://monitorizacao.acss.min-saude.pt/monitormensal/groupcapacidade/capacidade2017Html5.aspx>
- Almeida, A., Veras, R., & Doimo, L. (2010). Avaliação do equilíbrio estático e dinâmico de idosos praticantes de hidroginástica e ginástica. *Revista Brasileira de Cineantropometria E Desempenho Humano*, 12(1), 55–61. Retrieved from <https://doi.org/10.5007/1980-0037.2010v12n1p55>
- Almeida, R., Abreu, C., & Mendes, A. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção, 3(2), 163–172. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/19.pdf>
- Alves, A., Patrício, A., Albuquerque, K., Duarte, M., Santos, J., & Oliveira, M. (2016). Ocorrência de quedas entre idosos institucionalizados: prevalência, causas e consequências. *Revista de Pesquisa: Cuidado É Fundamental Online*, 8(2), 4376. Retrieved from <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4376-4386>
- Alves, C. (2015). *A intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na atividade básica de vida diária vestuário da pessoa com alterações da mobilidade decorrente de Acidente Vascular Cerebral*. Instituto Politécnico de Santarém Escola Superior de Saúde de Santarém. Retrieved from http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1261/1/A_intervencao_do_enfermeiro....pdf
- Alves, N., & Scheicher, M. (2011). Equilíbrio postural e risco para queda em idosos da cidade de Garça, SP. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 4(14), 763–768. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000400015>

- 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. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15740/2/84575.pdf>
- Azeredo, Z., & Matos, E. (2003). Grau de Dependencia em Doentes que sofreram AVC. *Revista Faculdade de Medicina de Lisboa*, 8(4), 199–204. Retrieved from https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37343964/rfml_4_2003.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1518658422&Signature=78nR%2F6SGF4yv%2Ffp13EZ7kzAsDjo%3D&response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DRevista_Faculdade_de_Medicina.pdf
- Azevedo, L. (2015). A queda no idoso: fatores de risco e prevenção. *Universidade de Medicina de Coimbra*. 1-51. Retrieved from [https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/31984/1/Fatores de risco e prevenção 2.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/31984/1/Fatores%20de%20risco%20e%20prevencao%202.pdf)
- Baixinho, C., & Dixe, M. (2015). Quedas em Instituições para idosos: caracterização dos episódios de quedas e fatores de risco associados. *Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]*, 17(4). Retrieved from <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n4/pdf/v17n4a03.pdf%5Cnhttps://www.fen.ufg.br/revista/v17/n4/pdf/v17n4a03-en.pdf>
- Bertolini, S., & Manueira, P. (2013). Equilíbrio estático e dinâmico de idosos praticantes de atividades físicas em Academias da Terceira Idade. *ConScientiae Saúde*, 12(3), 432–438. Retrieved from <https://doi.org/10.5585/ConsSaude.v12n3.4318>
- Bittencourt, V., Graube, S., Stumm, E., Battisti, I., Loro, M., & Winkelmann, E. (2017). Fatores associados ao risco de quedas em pacientes adultos hospitalizados. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 51, 154–161. Retrieved from <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016037403237>
- Blum, L., & Korner-Bitensky, N. (2008). Usefulness of the Berg Balance Scale in Stroke Rehabilitation: A Systematic Review, 88(5), 559–566. Retrieved from <https://doi.org/10.2522/ptj.20070205>
- Branco, T., & Santos, R. (2010). *Reabilitação da Pessoa com AVC..*. Coimbra: Formasau
- Caixeiro, A., Mendes, A., Maneta, C., Costa, J., Rocha, J., Chora, J., & Durão, M. (2012). *Escala de Morse Indicador de Qualidade Assistencial*. Unpublished Manuscript
- Carvalho, J., Pinto, J., & Mota, J. (2007). Actividade física, equilíbrio e medo de cair. Um

- estudo em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Ciências Desportivas*, 7(2), 225–231. Retrieved from [https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/31984/1/Factores de risco e prevenção 2.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/31984/1/Factores_de_risco_e_prevenção_2.pdf)
- Coelho, C., Barros, H., & Sousa, L. (2017). Reeducação da Função Sensoriomotora. In Lusociência (Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 227–251). Loures.
- Contreiras, T., & Rodrigues, E. (2014). *Evita Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes*. (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge IP, Ed.). Lisboa. Retrieved from http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2449/3/INSA-Relatorio_EVITA_2009-2012.pdf
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas
- Costa-Dias, M., Ferreira, P., & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, 7–17. Retrieved from <https://doi.org/10.12707/RIII1382>
- Costa, A., Silva, M., & Souza, F. (2016). Estudo da capacidade funcional de idosos. *Humanidades*, 5(1), 93–105. Retrieved from http://www.revistahumanidades.com.br/arquivos_up/artigos/a91.pdf
- Cruz, D., Ribeiro, L., Vieira, M., Teixeira, M., Bastos, R., & Leite, I. (2012). Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 46(1), 138–146.doi: 10.1590/S0034-89102011005000087
- Cruz, R., & Touguinha, H. (2015). Efeitos do treinamento funcional na melhora das atividades da vida diária de idosos. *Saúde Em Foco*, 7, 260–264. Retrieved from http://www.unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2015/efeitos_trein_funcional.pdf
- Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de Agosto do Ministério da Educação e Ciência. Graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário Da República*, 1ª Série(N.º 151). Retrieved from <https://dre.pt/application/file/a/498425>
- Deodato, S. (2017). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In Lusodidacta (Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 35–39). Loures.
- Departamento de Medicina. (n.d.). Medicina 2. Retrieved from <http://www.hese.pt/medicina->

2/SitePages/Inicio.aspx

- Despacho nº 1400-A/2015. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 [Portugal]. *Diário da República*, 28(2), 4–9. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/66457154>
- DGS. (2012). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes Projeto : com mais cuidado Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas* (Direção-Geral da Saúde). Retrieved from <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/projeto-cmc-manual-pdf.aspx>.
- Diniz, A., Silva, L., Coutinho, N., Ribeiro, A., Diniz, J., Rosilda, D., & Sardinha, A. (2016). Capacidade funcional da pessoa idosa inserida no programa de atendimento domiciliário em São Luís. *Revista de Pesquisa Em Saúde*, 17(2), 74–79. Retrieved from <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/download/6079/3666>
- Eurostat. (2017). Hospital discharges and length of stay for inpatient and curative care. Retrieved from <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>
- Fabício, S., Rodrigues, R., & Costa, M. (2004). Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Revista de Saúde Pública*, 38(1), 93–9. doi:10.1590/S0034-89102004000100013
- Fernandes, A., Araújo, A., Araújo, J., Botarelli, F., Júnior, M., & Vitor, A. (2015). Risco De Quedas e a Saúde do Homem: Desafios do Cuidado na Internação Hospitalar. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 9(10), 9541–9549 9p. doi:10.5205/reuol.7944-69460-1-SM.0910201517
- Ferreira, D., & Yoshitome, A. (2010). Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(3), 991–997. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/19.pdf>
- Ferreira, L., Cochito, T., Caíres, F., Marcondes, L., & Saad, P. (2014). Capacidade funcional de idosos institucionalizados com e sem doença de Alzheimer. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 17(3), 567–573. doi: 10.1590/1809-9823.2014.13102
- Fleury, M., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 5(spe), 183–196. doi: 10.1590/S1415-65552001000500010
- Fortin, M.-F. (2003). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures:Lusociência
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filian, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de*

investigação. Loures: Lusociência

- Freitas, M., & Parreira, P. (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 10), 171–178. doi: 10.12707/RIII12125
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2018a). Índice de dependência de idosos. Retrieved from <https://www.pordata.pt/Municipios/Índice+de+dependência+de+idosos-461>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2018b). Índice de Envelhecimento. Retrieved from <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>
- Fundación Mapfre. (2010). *Riscos domésticos entre os idosos: guia de prevenção destinado a profissionais*. (Fundación Mapfre, Ed.) (1ª ed). Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEER_FM_Guia_Profissionais_CMC.pdf
- Ganz, D., Huang, C., Saliba, D., & Shier, V. (2013). Preventing Falls in Hospitals: a toolkit for improving quality of care. *Agency for Healthcare Research and Quality*. Retrieved from [https://doi.org/AHRQ Publication No. 13-0015-EF](https://doi.org/AHRQ%20Publication%20No.%2013-0015-EF)
- Gatens, C., & Musto, M. (2011). Cognição e Comportamento. In Lusodidacta (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª Edição, pp. 551–578). Loures: Lusociência
- Gonçalves, A., Griebler, E., Possamai, V., Costa, R., & Martins, V. (2017). Idosos caidores e não caidores: programa de exercício multicomponente e prevalência de quedas. *ConScientiae Saúde*, 16(2), 187–193. doi: 10.5585/ConsSaude.v16n2.6987
- Graham, B. C. (2012). Examining Evidence-Based Interventions to Prevent Inpatient Falls. *Medsurg Nursing*, 21(October). Retrieved from <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=cc155013-f7a2-4c73-bd04-b553c5a76d1a%40sessionmgr4006>
- Hamra, A., Ribeiro, M., & Miguel, O. (2007). Correlação entre fratura por queda em idosos e uso prévio de medicamentos. *Acta Ortopédica Brasileira*, 15(3), 143–145. doi:10.1590/S1413-78522007000300004
- Hesbeen, W. (2001). *A Reabilitação Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas
- HESE-E.P.E. (2018). O Hospital. Retrieved from <http://www.hevora.min-saude.pt/o-hospital/>
- Hill, E., & Fauerbach, L. A. (2014). Falls and Fall Prevention in Older Adults. *Journal of Legal Nurse Consulting*, 25(2), 24–30.

- ICN. (2016). *CIPE Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (Edição Portuguesa - Ordem dos Enfermeiros). Retrieved from https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
- INE. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Alentejo*. (I. P. Instituto Nacional de Estatística, Ed.).
- INE. (2017). *Projeções de População Residente 2015-2080*, (2015). Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2
- Kalsing, A., Oliveira, G., Silva, I., Neris, J., Knorst, M., & Urbanetto, J. (2016). Análise de fatores de risco de queda em idosos internados em um hospital terciário no sul do Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Do Envelhecimento Humano*, 13(1), 48–60. Retrieved from <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.v13i1.5733>
- Luzia, M., Victor, M., & Lucena, A. (2014). Diagnóstico de enfermagem Risco de quedas: prevalência e perfil clínico de pacientes hospitalizados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(2), 262–268. doi:10.1590/0104-1169.3250.2411
- Macêdo, A., Alves, D., Junior, F., Rocha, F., & Carvalho, P. (2012). Evaluation of Daily Life Activities in Primary Care After Falls , in Elderly Persons. *Journal of Nursing*, 6(3). Retrived from <https://doi.org/10.5205/reuol.2163-16218-1-LE.0603201217>
- Maciel, M. (2010). Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz*, 16(4), 1024–1032. Retrived from <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5016/1980-6574.2010v16n4p1024>
- Mahoney, F., & Barthel, D. (1965). Baltimore City Medical Society Functional Evaluation : the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*. Retrieved from http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf
- Menezes, R., & Bachion, M. (2012). Condições visuais autorrelatadas e quedas em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, 71(1), 23–27. doi:10.1590/S0034-72802012000100005
- Morse, J. (2006). The Safety of Safety Research: The Case of Patient Fall Research. *CJNR*, 38, 74–88. Retrieved from <http://www.ingentaconnect.com/content/mcgill/cjnr/2006/00000038/00000002/art00007?crawler=true>
- Morse, J. (2009). *Preveting Patient Falls*. (L. Springer PublishingCompany, Ed.) (2ª Edição). New York.
- Muscolino, J. (2008). *Cinesiologia ,O Sistema Esquelético e a Função Muscular*. Loures:

Lusodidacta, Ed.

- Neto, A., Patrício, A., Ferreira, M., Rodrigues, B., Santos, T., Rodrigues, T., & Rosendo da Silva, R. (2017). Quedas em idosos institucionalizados: riscos, consequências e antecedentes, *70*(4), 752–758. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0107>
- Oliveira, A., Trevizan, P., Bestetti, M., & Melo, R. (2014). Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, *17*(3), 637–645. doi: 10.1590/1809-9823.2014.13087
- Oliveira, D., Hammerschmidt, K., Schoeller, S., Girondi, J., Bertencello, K., & Junior, N. (2016). Instrumento de avaliação de quedas em idosos hospitalizados (iaqi hospitalar): enfermeiro analisando vulnerabilidade e mobilidade. *Rev Enferm UFPE on Line*, *10*(11), 4065–4074. Retrieved from <https://doi.org/10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201631>
- Oliveira, F., Santos, S., Kerber, N., Francioni, F., & Cruz, V. (2015). Produção científica acerca dos fatores de risco ambientais para quedas em idosos: revisão integrativa. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, *9*(2), 759–767 9p. Retrieved from <https://doi.org/10.5205/reuol.7028-60723-1-SM.0902201534>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Lisboa (PT): Divulgar*, 24. Retrieved from <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Padr?es+de+Qualidade+dos+cuidados+de+Enfermagem#0%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Padr?es+de+qualidade>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, *2^a. série*(nº35), 40918–40920. Retrieved from <http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias comuns.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 350/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República*, *2^a. série*(N.º 119), 16655–16660. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Enfermagem de Reabilitação - Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de

- Reabilitação. Retrieved from <https://doi.org/10.1158/0008-5472.SABCS12-S5-3>
- Perracini, M., Gazzola, J., Okuma, L., & Medeiros, P. (2009). Berg Balance Scale. *Terceira Idade - O Envelhecimento Humano*, (1998). Retrieved from <https://pt.scribd.com/doc/11615826/Escala-de-Berg>
- Pestana, H. (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. In Lusodidacta (Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 47–56). Loures.
- Piovesan, A., Pivetta, H., & Peixoto, J. (2011). Fatores que predisõem a quedas em idosos residentes na região oeste de Santa Maria, RS. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 14(1), 75–83. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000100009>
- Pontes, M., & Santos, A. (2017). A Gestão de Serviços de Enfermagem de Reabilitação. In Lusodidacta (Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 89–111). Loures.
- Regulamento n.º 125/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II Série, N.º 35 (2011). Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompeticenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf.
- Regulamento n.º 533/2014 de 2 de dezembro da Ordem dos Enfermeiros. Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem Preâmbulo, Diário da República, 2a Série 40918–40920 (2011). Retrieved from <https://dre.pt/application/file/a/60651744>
- Reis, G., & Bule, M. (2017). Capacitação e Atividade de Vida. In Lusociência (Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 57–65). Loures.
- Reis, G., & Bule, M. (2017). Capacitação e Atividade de Vida. In Lusociência (Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 57–65). Loures.
- Remor, C., Cruz, C., & Urbanetto, J. (2014). Análise dos fatores de risco para queda de adultos nas primeiras 48 horas de hospitalização. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 35(4), 28–34. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n4/pt_1983-1447-rgenf-35-04-00028.pdf
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (2001). *O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney*. Loures: CLIMEPSI, Ed. (1a edição)

- Salum, N., & Prado, M. (2014). A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(2), 301–308. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/714/71431352010.pdf>
- Samuel, S., Shaji, E., & Suresh, B. (2018). Correlation between Balance and Functional Ability in Elderly: A Pilot Study. *Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy*, 12(1). Retrieved from <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5958/0973-5674.2018.00009.6>
- Santos, M., Weizenmann, S., & Koetz, L. (2015). Avaliação dos idosos e a percepção dos profissionais quanto os riscos de quedas em uma instituição de longa permanência. *Cinergis*, 16(16), 9–14. Retrieved from <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/viewFile/5491/4197>
- Sarges, N., Santos, M., & Chaves, E. (2017). Avaliação da segurança do idoso hospitalizado quanto ao risco de quedas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 896–903. doi:10.1590/0034-7167-2017-0098
- Schub, T. (2016). Falls , Accidental: Risk Assessment. *Cinahl Information Systems*, 1–4. Retrieved from <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=10&sid=42363fb8-76f9-45db-9320-f6aebdf2f28e%40sessionmgr4006>
- Silva, A., & Santos, V. (2005). Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P.*, 39(1), 36–45. doi: 10.1590/S0080-62342005000100005
- Silva, D., & Silva, E. (2016). Ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium*, (30), 103–119. Retrieved from <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8437>
- Tomaz, S., Prado, P., Jesus, Q., Costa, T., Vasconcelos, C., Abreu, M., & Walther-Heringer, S. (2017). Prevalência de quedas em idosos devido ao uso de benzodiazepínicos e diuréticos. *Revista UNINGÁ*, 52, 34–39. Retrieved from <http://www.mastereditora.com.br/uninga>
- Tuning Project (Ed.). (2011). *Reference Points for the Design and Delivery of Degree Programmes in Nursing. Tuning Educational Structures in Europe*. Retrieved from http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/key_documents/tuningnursingfinal.pdf
- Tzeng, H.-M., & Yin, C.-Y. (2015). Patient Engagement in Hospital Fall Prevention. *Nursing Economic\$, 33(6)*, 326–334. doi: 10.1177/1054773811418106
- Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2017). Treino de Atividades de Vida Diária. In

- Lusodidacta (Ed.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 351–363). Loures.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo, Ed.
- WHO. (2004). What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? *Health Evidence Network*, (March). Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/74700/E82552.pdf
- WHO. (2007). WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Retrieved from http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf?ua=1.
- WHO. (2017). Falls. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>

Apêndices

Apêndice A – Cronograma: Construção do Projeto de Intervenção

Apêndice B – Questionário: Fatores Sociodemográficos e AVD's

Nº__

Questionário
Prevenção de Quedas em idosos hospitalizados: Contributos do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA						
Idade		Sexo		Estado Civil		Escolaridade (anos)
QUEDAS: FATORES DE RISCO						
Manter um Ambiente Seguro	Domicílio: Habita em casa própria <input type="checkbox"/> Habita em instituição <input type="checkbox"/> Barreiras no domicílio: Degraus <input type="checkbox"/> Escadas <input type="checkbox"/> Rampas <input type="checkbox"/> História de quedas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, onde: Domicílio <input type="checkbox"/> Exterior <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Medicação do Domicílio _____				Doença Atual Diagnóstico médico: _____ _____ Antecedentes Pessoais: _____ _____ _____	
	Comunicar	Perceção de défices sensoriais: Diminuição da acuidade visual Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Uso de óculos Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Diminuição da acuidade auditiva Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Uso de prótese Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
Eliminar	Hábitos: Episódios de incontinência Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Episódios de noctúria Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Terapêutica diurética Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Terapêutica laxante Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			No internamento: Incontinência vesical Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo de incontinência _____ Incontinência intestinal Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo de incontinência _____ Terapêutica diurética Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Terapêutica laxante Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Higiene pessoal e vestir-se	Hábitos: Higiene com ajuda de cuidador/ familiar Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vestir/ despir com ajuda de cuidador/ familiar Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			No internamento*		
Mobilizar-se	Hábitos: Desloca-se no domicílio com ajuda de familiar/cuidador Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desloca-se no domicílio com auxiliar de marcha Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Permanece a maior parte do dia no mesmo espaço/divisão da casa Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			No internamento*		
Trabalhar e Divertir-se	Realiza marcha /atividades no exterior Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
Dormir	Hábitos: Acorda de noite para ir ao WC Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Toma terapêutica indutora de sono Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			Internamento: Terapêutica sedativa/ indutora do sono Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sonolência diurna Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

*Dados recolhidos pelo Índice de Barthel.

Apêndice C – Grelha de Observação dos Fatores de Risco Extrínseco de Queda da unidade de cuidados

GRELHA DE OBSERVAÇÃO
– Fatores de Risco Extrínsecos de Queda –

Fatores Ambientais		SIM	NÃO
Estrutura Física	Cama elétrica e articulada		
	Cadeirões baixos		
	Espaço livre para o doente na sua unidade		
	Barras de apoio na casa de banho		
	Piso antiderrapante na área de chuveiros		
	Grades nas camas		
	Corredor com barras de apoio		
	Campainha ao alcance do doente		
Área de Locomoção	Obstáculos na enfermaria		
	Obstáculos no corredor		
	Superfícies desniveladas		
	Piso molhado na enfermaria		
	Piso molhado no corredor		
	Piso molhado na casa de banho		
	Espaço reduzido para marcha e manobras com auxiliares de marcha		
	Piso antiderrapante		
Iluminação	Luz natural na enfermaria		
	Luz de cabeceira		
	Interruptores da luz de fácil alcance		
	Corredor iluminado		
	Casa de banho iluminada		
Vestuário	Calçado apropriado		
	Roupa ajustada		

Tabela - Fatores Extrínsecos de Queda observados na unidade de cuidados
 Fonte: Alves et al. (2016); Bittencourt et al., (2017); Oliveira et al. (2015); Schub (2016); WHO (2004)

Apêndice D – Planos de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Planos de Cuidados com linguagem CIPE

Diagnósticos de Enfermagem			Intervenções ER- Higiene pessoal e vestir-se			
Foco	Diagnósticos e Resultados	Juízo	Ação	Recursos	Localização	Tempo
Capacidade para tomar banho	Capacidade para tomar banho comprometida	Dependente em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> - Providenciar a higiene na casa de banho; - Treinar a utilização de produtos de apoio; - Treinar a abordagem a obstáculos; - Treinar as técnicas de execução do banho; - Promover o uso de espelho para as rotinas de arranjo pessoal, recorrendo a ajudas técnicas; - Treinar o uso de produtos de apoio (pinças para alcançar objetos, luvas de banho, utensílios com cabos curvos e longos e engrossadores de cabos versáteis). 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositivo de mobilização; - Dispositivo de banho; - Dispositivo de arranjo; - Material (sabão). 	Região corporal	1x dia: Manhã
Diagnósticos de Enfermagem			Intervenções ER- Higiene pessoal e vestir-se			
Foco	Diagnósticos e resultados	Juízo	Ação	Recursos	Localização	Tempo
Capacidade para tomar banho	Capacidade para tomar banho comprometida	Dependente em grau reduzido	<ul style="list-style-type: none"> - Providenciar a higiene na casa de banho; - Reforçar/melhorar a utilização de produtos de apoio; - Melhorar o treino de abordagem a obstáculos; - Supervisionar a execução do banho; - Reforçar o uso de espelho para as rotinas de arranjo pessoal, recorrendo a ajudas técnicas; - Reforçar/melhorar o uso de produtos de apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositivo de mobilização; - Dispositivo de banho; - Dispositivo de arranjo; - Material (sabão). 	Região corporal	1x dia: Manhã

Diagnósticos de Enfermagem			Intervenções ER- Higiene pessoal e vestir-se			
Foco	Diagnósticos e Resultados	Juízo	Ação	Recursos	Localização	Tempo
Capacidade para vestir-se/despir-se	Capacidade para vestir-se/despir-se comprometida	Dependente em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> - Treinar técnicas para vestir e despir no leito e na casa de banho; - Assistir no autocuidado vestir-se/despir-se; - Treinar a utilização de produtos de apoio (calçadeira de cabo longo, pinças para puxar as meias e roupa, ganchos para segurar a roupa); - Ensinar o recurso a roupa confortável, larga com botões grandes, fecho éclair ou velcro; - Incentivar o uso de sapatos adaptados, com presilhas de velcro ou cordões elásticos; - Treinar o uso de dispositivos de apoio para calçar as meias e vestir calças; - Ajustar estratégias adaptativas no vestir e despir; 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositivo de mobilização; - Dispositivo de arranjo; 	Região corporal	1x dia: Manhã
Diagnósticos de Enfermagem			Intervenções ER- Higiene pessoal e vestir-se			
Foco	Diagnósticos e Resultados	Juízo	Ação	Recursos	Localização	Tempo
Capacidade para vestir-se/despir-se	Capacidade para vestir-se/despir-se comprometida	Dependente em grau reduzido	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar o treino de técnicas para vestir e despir no leito e na casa de banho; - Supervisionar no autocuidado vestir-se/despir-se; - Reforçar/Supervisionar a utilização de produtos de apoio; - Supervisionar a escolha do vestuário; - Supervisionar/estimular o uso de sapatos adaptados, com presilhas de velcro ou cordões elásticos; - Melhorar as estratégias adaptativas no vestir e despir; 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositivo de mobilização; - Dispositivo de arranjo; 	Região corporal	1x dia: Manhã

Diagnósticos de Enfermagem			Intervenções ER- Mobilizar-se			
Foco	Diagnósticos e Resultados	Juízo	Ação	Recursos	Localização	Tempo
Capacidade para mobilizar-se	Capacidade para mobilizar-se comprometida	Dependente em grau moderado	<p>- Treinar exercícios terapêuticos no leito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Sessão no leito de 5 minutos: 2 séries com 10 repetições de exercícios de ponte, rolamentos e rotação controlada da anca. <p>- Treinar o equilíbrio na posição sentada (pessoa sentada à beira da cama e com os pés apoiados no solo):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equilíbrio estático: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 minuto na posição de sentada • Equilíbrio dinâmico: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 Série de 10 repetições com elevação dos membros superiores para a direita e para a esquerda, para a frente e para cima ✓ 1 Série de 10 repetições de balanço do tronco para a frente e para trás <p>- Treinar o equilíbrio na posição ereta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equilíbrio estático: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ficar em pé sem apoio ✓ Ficar em pé sem apoio e com os olhos fechados ✓ Manter-se em pé sem apoio e com os pés juntos ✓ Ficar em pé sem apoio, com um pé à frente do outro ✓ Ficar em pé sobre uma perna • Equilíbrio dinâmico <ul style="list-style-type: none"> ✓ Da posição de sentado para a posição de pé 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositivos de mobilização; - Dispositivos de segurança. 		1x dia: Manhã

			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Da posição de pé para a posição de sentado ✓ Sentar com as costas desapoiasdas mas com os pés apoiados no chão ou sobre um banco ✓ Transferências entre superfícies ✓ Inclinar-se para a frente com o braço estendido ao mesmo tempo que se mantém de pé ✓ Apanhar um objeto do chão a partir da posição de pé ✓ Dar uma volta de 360 graus ✓ Colocar os pés alternados num degrau ou banco enquanto se mantém em pé sem apoio <p>- Treinar marcha com dispositivos de apoio para a marcha; - Treinar manobras com/sem auxiliares de marcha: giro, sentar e levantar; - Treinar a abordagem a obstáculos; - Treinar transferências entre superfícies; - Treinar a utilização de dispositivos para transferências;</p>			
Diagnósticos de Enfermagem			Intervenções ER- Mobilizar-se			
Foco	Diagnósticos e resultados	Juízo	Ação	Recursos	Localização	Tempo
Capacidade para mobilizar-se	Capacidade para mobilizar-se comprometida	Dependente em grau reduzido	<ul style="list-style-type: none"> - Treinar o equilíbrio sentado e em pé, com reforço da posição ortostática; - Corrigir a postura; - Supervisionar marcha com auxiliar de marcha; - Supervisionar manobras com/sem auxiliares de marcha: giro, sentar e levantar; - Supervisionar transferências entre superfícies; 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositivos de mobilização; - Dispositivos de segurança. 		1x dia: Manhã

Diagnósticos de Enfermagem			Intervenções ER- Mobilizar-se			
Foco	Diagnósticos e Resultados	Juízo	Ação	Recursos	Localização	Tempo
Capacidade para transferir-se	Capacidade para transferir-se comprometida	Dependente em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisionar a abordagem a obstáculos; - Assistir no treino de transferências entre superfícies; - Assistir na utilização de dispositivos para transferências; - Incentivar o alinhamento corporal; - Corrigir a postura; - Ensinar técnicas de alívio de pressão, - Assistir na transferência “em pivot” entre superfícies; - Assegurar um ambiente e técnicas seguras; 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositivos de mobilização; - Dispositivos de segurança. 		1x dia: Manhã
Diagnósticos de Enfermagem			Intervenções ER- Mobilizar-se			
Foco	Diagnósticos e resultados	Juízo	Ação	Recursos	Localização	Tempo
Capacidade para transferir-se	Capacidade para transferir-se comprometida	Dependente em grau reduzido	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisionar o treino de transferências entre superfícies; - Supervisionar a utilização de dispositivos para transferências; - Vigiar o alinhamento corporal e a postura; - Ensinar técnicas de alívio de pressão, - Assegurar um ambiente e técnicas seguras; 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositivos de mobilização; - Dispositivos de segurança. 		1x dia: Manhã

Diagnósticos de Enfermagem			Intervenções ER- Eliminar			
Foco	Diagnósticos e Resultados	Juízo	Ação	Recursos	Localização	Tempo
Capacidade para usar sanitário	Capacidade para usar sanitário comprometida	Dependente em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a eliminação na casa de banho; - Ensinar sobre hábitos de eliminação: horário; - Treinar os hábitos urinários através de micções por horário; - Treinar exercícios dos músculos pélvicos, através de exercícios de Kegel; - Assistir na eliminação vesical e intestinal na casa de banho; - Assistir no uso de dispositivos de apoio; - Treinar o uso de arrastadeira e/ou urinol para evitar a deslocação ao WC no período noturno; - Assistir na higiene após eliminação; - Ensinar técnicas de relaxamento, de forma a evitar episódios de ansiedade; - Promover o reforço positivo. 	Dispositivos de recolha ou absorção (arrastadeira e urinol) Dispositivo de mobilização (barra de apoio)		Manhã
Diagnósticos de Enfermagem			Intervenções ER- Eliminar			
Foco	Diagnósticos e resultados	Juízo	Ação	Recursos	Localização	Tempo
Capacidade para usar sanitário	Capacidade para usar sanitário comprometida	Dependente em grau reduzido	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisionar a eliminação vesical e intestinal na casa de banho; - Treinar os hábitos urinários através de micções por horário; - Supervisionar o uso de dispositivos de apoio; - Treinar exercícios dos músculos pélvicos, através de 	Dispositivos de recolha ou absorção (arrastadeira e urinol) Dispositivo de		Manhã

			exercícios de Kegel; - Incentivar o uso de arrastadeira e/ou urinol para evitar a deslocação ao WC no período noturno; - Promover o reforço positivo.	mobilização (barra de apoio)		
Diagnósticos de Enfermagem			Intervenções ER- Eliminar			
Foco	Diagnósticos e Resultados	Juízo	Ação	Recursos	Localização	Tempo
Incontinência urinária de urgência	Incontinência urinária de urgência	Incontinência urinária de urgência presente	<p>- Promover o treino vesical: planificação do horário das micções e estratégias de supressão da urgência urinária;</p> <p>- Treinar exercícios dos músculos do pavimento pélvico, através de exercícios de Kegel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Série de 8 contrações, 3 vezes dia <p>- Aconselhar medidas que facilitem o controlo vesical: ingestão de líquidos controlada, redução/eliminação da ingestão de cafeína, bebidas gaseificadas e álcool e controlo da dieta, com redução do peso;</p> <p>- Promover a diminuição de episódios de noctúria: Suspensão da ingestão de líquidos a partir das 20h.</p>	Dispositivos de recolha ou absorção (arrastadeira e urinol)		Manhã

Apêndice E – Consentimento informado para os participantes

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE



ES
ES
Escola
Superior
Saúde
IPPortalegre



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Sou Lena Isabel dos Santos Sabino, Enfermeira e estou a realizar o Mestrado de Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. No estágio que estou a realizar estou a implementar um projeto de intervenção intitulado “Prevenção do Risco de Quedas em idosos hospitalizados: o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação” que tem como objetivos: (1) Avaliar os fatores de risco de quedas das pessoas internadas em unidade hospitalar; (2) Avaliar os fatores intrínsecos associados ao risco de queda; (3) Identificar fatores extrínsecos associados ao risco de queda; (4) Estabelecer um plano de intervenção do EEER para a diminuição do risco de queda em doentes idosos, internados e com alterações da mobilidade.

O projeto de intervenção contempla a implementação de um plano de intervenções de Enfermagem de Reabilitação para diminuir o risco de quedas.

Peço-lhe o consentimento para participar no projeto, garanto-lhe o cumprimento dos princípios da confidencialidade e da proteção dos dados que obtiver pela sua participação e disponibilizo-me para prestar qualquer esclarecimento que entenda necessário.

Orientadora: Professora Maria José Abrantes Bule, mjosebule@uevora.pt

Investigadora: Lena Isabel dos Santos Sabino, lenitasabino@hotmail.com

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo.

Obrigada pela sua imprescindível contribuição!

Assinatura

Data

_____ / ____ / ____

(assinatura do(a) participante)

Obrigada pela sua colaboração

(Lena Sabino)

Anexos

Anexo A – Escala de Equilíbrio de Berg

Prevenção do Risco de Queda em idosos hospitalizados: contributos do EEER

Avaliação	Instruções	Critérios de Avaliação
1. Da posição de sentado para a posição de pé	Por favor, levante-se. Tente não usar as mãos como suporte	(4) Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma (3) Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos (2) Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas (1) Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável (0) Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar
2. Ficar em pé sem apoio	Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar	(4) Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos (3) Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão (2) Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos (1) Necessita de várias tentativas para se manter de pé, sem apoio, durante 30 segundos (0) Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda
3. Senta-se com as costas desapoiasadas mas com os pés apoiados no chão ou sobre um banco	Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.	(4) Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos (3) Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão (2) Mantém-se sentado durante 30 segundos (1) Mantém-se sentado durante 10 segundos (0) Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos
4. Da posição de pé para a posição de sentado	Por favor, sente-se.	(4) Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos (3) Ao sentar-se recorre às mãos (2) Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida (1) Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida (0) Necessita de ajuda para se sentar
5. Transferências	Coloque a (s) cadeira(s) de forma a realizar transferências tipo “pivot”. Podem ser utilizadas duas cadeiras (uma com e outra sem braços) ou uma cama e uma cadeira sem braços.	(4) Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos (3) Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos (2) Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão (1) Necessita de ajuda de uma pessoa (0) Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança
6. Ficar em pé sem apoio e com os olhos fechados	Por favor, feche os olhos e fique imóvel durante 10 segundos	(4) Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos (3) Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão (2) Consegue manter-se em pé durante 3 segundos (1) Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável (0) Necessita de ajuda para evitar a queda
7. Manter-se em pé sem apoio e com os pés juntos	Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se apoiar.	(4) Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto (3) Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão (2) Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma, mas não consegue manter a posição durante 30 segundos (1) Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos (0) Necessita de ajuda para chegar à posição mas não consegue mantê-la durante 15 segundos
8. Inclinar-se para a frente com o braço estendido ao mesmo tempo que se mantém de pé	Mantenha o braço estendido a 90 graus. Estique os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (O examinador coloca uma régua no final dos dedos quando o braço está a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar a rotação do tronco.)	(4) Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante (10 polegadas) (3) Consegue inclinar-se mais de 12 cm para a frente, com segurança (5 polegadas) (2) Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança (2 polegadas) (1) Inclina-se para a frente mas necessita de supervisão (0) Perde o equilíbrio durante as tentativas / necessita de apoio externo

Prevenção do Risco de Queda em idosos hospitalizados: contributos do EEER

9. Apanhar um objeto do chão a partir da posição de pé	Apanhe o sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés.	(4) Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança (3) Consegue apanhar o chinelo mas necessita de supervisão (2) Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma (1) Não consegue apanhar o chinelo e necessita supervisão enquanto tenta (0) Não consegue tentar / necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda
10. Virar-se para olhar sobre os ombros direito e esquerdo enquanto está de pé	Vire-se e olhe para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o lado direito. O examinador pode pegar num objeto para o paciente olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar a rotação	(4) Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso (3) Olha para trás por apenas um dos lados, revela menos capacidade de transferir o peso (2) Apenas vira para um dos lados, mas mantém o equilíbrio (1) Necessita de supervisão ao virar (0) Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda
11. Dar uma volta de 360 graus	Dê uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Repetir na direção oposta	(4) Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos (3) Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em 4 segundos ou menos (2) Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança mas lentamente (1) Necessita de supervisão ou de indicações verbais (0) Necessita de ajuda enquanto dá a volta
12. Colocar os pés alternados num degrau ou banco enquanto se mantém em pé sem apoio	Coloque cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes	(4) Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos (3) Consegue ficar em pé de forma autónoma e completar 8 degraus em mais de 20 segundos (2) Consegue completar 4 degraus sem ajuda mas com supervisão (1) Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda (0) Necessita de ajuda para evitar a queda / não consegue tentar
13. Ficar em pé sem apoio com um pé à frente do outro	(DEMOSTRAR PARA O SUJEITO) Coloque um pé exatamente em frente do outro. Se sentir que não consegue colocar o pé exatamente à frente, tente dar um passo suficientemente largo para que o calcanhar do seu pé esteja à frente dos dedos do seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento da passada deverá exceder o comprimento do outro pé e a amplitude da postura do paciente deverá aproximar-se da sua passada normal).	(4) Consegue colocar um pé exatamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos (3) Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos (2) Consegue dar um pequeno passo, de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos (1) Necessita de ajuda para dar um passo mas consegue manter a posição durante 15 segundos (0) Perde o equilíbrio enquanto dá o passo ou ao ficar de pé
14. Ficar em pé sobre uma perna	Fique em pé sobre uma perna, sem se segurar, pelo maior tempo possível	(4) Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante mais de 10 segundos (3) Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição entre 5 e 10 segundos (2) Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante 3 segundos ou mais (1) Tenta levantar a perna sem conseguir manter a posição durante 3 segundos, mas continua a manter-se em pé de forma autónoma (0) Não consegue tentar ou necessita de ajuda para evitar a queda

Anexo B – Escala de Queda de Morse

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

ESCALA DE QUEDA DE MORSE - EQM

Nome do doente: _____

<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	Pontos
1. Histórico de quedas	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3. Auxílio na deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
Muletas/Bengala/Andador	15
Mobiliário/Parede	30
4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
Não	0
Sim	20
5. Marcha	
Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
Fraca	10
Comprometida/Cambaleante	20
6. Estado Mental	
Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
Superestima capacidade/Esquece limitações	15

Data				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
Total				

Interpretação do Risco

0-24	Sem Risco
25-44	Moderado Risco
≥45	Alto Risco

Anexo C – Índice de Barthel

Interpretação do Resultado Final

0-20	Dependência total
21-60	Grave dependência
61-90	Moderada dependência
91-99	Muito leve dependência
100	Independência

Anexo D – Requerimento e Parecer da Comissão de Ética, Área de Saúde e Bem-estar da Universidade de Évora



Documento	1	8	0	5	1
-----------	---	---	---	---	---

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Fernando Capela e Prof.ª Doutora Sandra Leandro, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "*Prevenção do Risco de Queda em idosos hospitalizados: contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*" da investigadora **Lena Isabel dos Santos Sabino** (mestranda) e Prof.ª Maria José Abrantes Bule (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

	Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento - Avaliação de Projectos
Requerente	
Nome: Lena Isabel dos Santos Sabino Email: m36961@alunos.uevora.pt Número de aluno: 36961 Curso: Enfermagem (Mestrado)	
Requerimento	
<p>Título do Projeto: Prevenção do Risco de Queda em idosos hospitalizados: contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação</p> <p>Nome dos Investigadores: Lena Isabel dos Santos Sabino</p> <p>Nível da Investigação: Intervir nos fatores de risco intrínsecos para diminuir o risco de queda em idosos internados, com alterações da mobilidade.</p> <p>Responsáveis Académicos - Orientador/Investigador principal: Professora Maria José Abrantes Bule MSc, Especialista na área de Enfermagem</p> <p>Responsáveis Académicos - Colaboradores: Professora Maria José Abrantes Bule MSc, Especialista na área de Enfermagem</p> <p>Resumo / Abstract: A segurança do doente é um dos elementos essenciais para a qualidade dos cuidados em saúde do Sistema Nacional de Saúde, que pode ser corrompida por inúmeros fatores, como a ocorrência de quedas. As quedas sofridas pelos doentes, em contexto hospitalar, têm repercussões devastadoras no processo de recuperação, com consequente aumento do tempo de internamento, morbilidade, dependência da pessoa e mortalidade. A sua prevenção tomou-se um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. O processo de envelhecimento está relacionado com o aparecimento de doenças crónicas, desgaste fisiológico de vários sistemas, que despoletam fragilidades e incapacidades, aumentando o risco de quedas. O período de internamento aumenta também a vulnerabilidade do idoso à ocorrência de quedas, pela interação de fatores intrínsecos e extrínsecos. Neste sentido, a avaliação dos fatores de risco torna-se necessária para a implementação de estratégias preventivas e corretivas com vista ao controlo e/ou redução deste risco. O idoso em ambiente hospitalar apresenta maioritariamente alteração da mobilidade e do desempenho nos autocuidados, pela fraqueza muscular, alteração do equilíbrio e coordenação. Toma-se pertinente integrar o idoso internado em programas de reabilitação que melhorem o equilíbrio, a força muscular e a coordenação. O contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) é crucial e fundamental para potencializar a funcionalidade da pessoa, com vista à capacitação para a prevenção do risco de queda em ambiente hospitalar, promovendo a segurança e qualidade de vida. Palavras-Chave: Reabilitação, Idosos, Hospital, Risco de Quedas, Segurança</p>	
<p>Universidade de Évora - Sistema de Gestão Documental Entregue eletronicamente em: 2017-11-07 19:30</p> <p style="text-align: center;">Página 1/5</p>	

	Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento - Avaliação de Projectos
Requerente	
Nome: Lena Isabel dos Santos Sabino Email: m36961@alunos.uevora.pt Número de aluno: 36961 Curso: Enfermagem (Mestrado)	
Requerimento	
<p>Fundamentação e pertinência do estudo: O contexto da prática de cuidados onde se desenvolve o Estágio Final é o serviço de Medicina 2 e o serviço de Ortopedia, ambos no HESE EPE. Em ambos os campos clínicos a população internada é maioritariamente idosa, com alterações da mobilidade e do autocuidado. Capacitar a pessoa idosa para a prevenção do risco de queda em ambiente hospitalar torna-se numa condição para a promoção da segurança e qualidade de vida da mesma. Neste sentido, é pertinente intervir nos fatores de risco de queda, de forma a controlá-los e minimizá-los. Assim, tendo por base o diagnóstico risco de queda, pretendo definir um plano de intervenção cuja finalidade é agir sobre a problemática em questão. O processo decorre numa dialética capaz de introduzir ações corretivas, com oportunidade de continuidade do processo pela equipa de enfermagem. Estudos recentes demonstram que a fraqueza muscular, os distúrbios do equilíbrio e da marcha são dos motivos mais frequentes da ocorrência de quedas em idosos institucionalizados. Por este motivo, torna-se pertinente perceber os contributos de programas de enfermagem de reabilitação para a aptidão funcional de idosos institucionalizados, de forma a capacitá-los para a prevenção do risco de queda. Introduzir exercícios de resistência nos programas de reabilitação a pessoas idosas, tem contribuído para uma melhoria da mobilidade, agilidade global e equilíbrio dinâmico.</p>	
<p>Objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar os fatores de risco de quedas das pessoas internadas em unidade hospitalar; 2. Avaliar os fatores intrínsecos associados ao risco de queda; 3. Identificar fatores extrínsecos associados ao risco de queda; 4. Estabelecer um plano de intervenção do EEER para a diminuição do risco de queda em doentes idosos, internados e com alterações da mobilidade. 	
<p>Seleção da amostra: Serão incluídas no estudo pessoas internadas nos serviços de Medicina 2 e Ortopedia do HEES de Évora durante o período de estágio e que são alvo dos cuidados sob proposta individual e/ou do enfermeiro supervisor. Participam no projeto os doentes com idade \geq a 65 anos, que não permaneçam acamados, com força muscular na Escala de Lower \geq</p>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Universidade de Évora - Sistema de Gestão Documental Página 2/5 Entregue eletronicamente em: 2017-11-07 19:30 </div>	

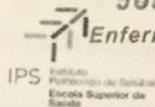
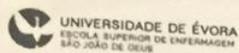
	Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento - Avaliação de Projectos	
Requerente		
Nome: Lena Isabel dos Santos Sabino Email: m36961@alunos.uevora.pt Número de aluno: 36961 Curso: Enfermagem (Mestrado)		
Requerimento		
<p>a 3, que apresentam alterações no equilíbrio medidas pela Escala de Berg, com alto risco de queda (Score > 45 na Escala de Quedas de Morse EQM) e com dependência moderada nas Atividades de Vida Diária - AVD (score > 60 no Índice de Barthel).</p> <p>Procedimentos metodológicos: O estudo insere-se na metodologia de uma investigação-ação participativa, que resulta de uma problemática específica, na qual se identificam fatores associados. Tem por base o diagnóstico risco de queda, através do qual se define um plano de intervenção cuja finalidade é agir sobre a problemática em questão. Tem como estratégias de investigação:</p> <p>1ª Etapa: A avaliação inicial dos doentes ocorre no primeiro dia de contacto e inclui: variáveis de caracterização individual, história clínica atual e progressa e as escalas para determinação dos fatores de risco intrínsecos: Escala Muscular de Lower, equilíbrio (Escala de Berg), independência das AVD (Índice de Barthel) e risco de queda (EQM).</p> <p>2ª Etapa: Análise dos dados de avaliação, identificação dos fatores de risco intrínsecos presentes e definição dos diagnósticos de enfermagem sobre os quais o plano de intervenção será aplicado.</p> <p>3ª Etapa: Implementação do plano de intervenção específico a cada participante, previsivelmente durante 4 dias. O plano de intervenção é composto por: (1) Sessões diárias de treino de equilíbrio e coordenação; (2) Exercícios diários de fortalecimento muscular, com recurso a exercícios isométricos e isotónicos nos membros inferiores, superiores, tronco e pélvis; (3) treino das AVD's com ênfase do auto-cuidado higiene no WC, uso do sanitário, transferir-se e posicionar-se;</p> <p>4ª Etapa: Avaliação dos resultados obtidos ao 4º dia de intervenção, com recurso aos instrumentos e escalas da avaliação inicial.</p> <p>Instrumentos de avaliação: Escala para avaliação do risco de queda e dos fatores intrínsecos, validadas para a população portuguesa: Escala de Lower, Escala de Berg, Índice de Barthel e EQM. Formulário para caracterização sócio-demográfica e condição de saúde.</p>		
Universidade de Évora - Sistema de Gestão Documental	Página 3/5	Entregue electronicamente em: 2017-11-07 19:30

	Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento - Avaliação de Projectos
Requerente	
Nome: Lena Isabel dos Santos Sabino Email: m36961@alunos.uevora.pt Número de aluno: 36961 Curso: Enfermagem (Mestrado)	
Requerimento	
<p>Como serão recolhidos os dados: Os dados são recolhidos no período de realização do estágio final: 18 Setembro 2017 a 6 Janeiro 2018, pelo investigador que aplica as escalas de avaliação. A obtenção de dados de caracterização sócio-demográfica e clínica através do processo clínico são também recolhidos pelo investigador. Os momentos de recolha de dados são: avaliação inicial, avaliação diária e ao 4º dia de implementação do plano de intervenção. Os dados obtidos serão sujeitos a análise estatística descritiva e inferencial com recurso a software para análise e tratamento.</p> <p>Como será mantida a confidencialidade nos registos: Para garantir o direito à confidencialidade, anonimato e à autodeterminação, cada participante terá acesso às informações e objetivos referentes ao projeto de intervenção, para a obtenção do consentimento à sua participação (consentimento informado). A segurança dos participantes tem como base o respeito pelos princípios éticos, pelo que a concretização e a legalidade deste projeto necessitou da elaboração de pedidos de autorização ao Conselho de Administração da unidade hospitalar que acolhe o Estágio Final, assim como pedidos formais às chefias dos serviços. Foi elaborado o requerimento para pedido de avaliação do projeto à Comissão de Ética para a Saúde da Instituição acolhedora.</p> <p>Estudos prévios em que se baseia esta investigação: Alves, A., Patrício, A., Albuquerque, K., Duarte, M., Santos, J., & Oliveira, M. (2016). Ocorrência de quedas entre idosos institucionalizados: prevalência, causas e consequências. <i>Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental online</i>, 8(2), 4376-4386. doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4376-4386 Preto, L., Gomes, J., Novo, A., Mendes, M., & Granero-Molina, J. (2016). Efeitos de um Programa de Enfermagem de Reabilitação na Aptidão Funcional de Idosos Institucionalizados. <i>Revista de Enfermagem Referência</i>, IV(8), 55-63. Disponível em http://dx.doi.org/10.12707/RIV15019</p>	
Universidade de Évora - Sistema de Gestão Documental	Entregue eletronicamente em: 2017-11-07 19:30 Página 4/5

	Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento - Avaliação de Projectos
Requerente	
Nome: Lena Isabel dos Santos Sabino Email: m36961@alunos.uevora.pt Número de aluno: 36961 Curso: Enfermagem (Mestrado)	
Requerimento	
<p>Declaração de consentimento informado utilizada no estudo: (LOGÓTIPO DE CADA ESCOLAS)</p> <p>DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO Sou Lena Isabel dos Santos Sabino, Enfermeira e estou a realizar o Mestrado de Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. No estágio que estou a realizar estou a implementar um projeto de intervenção intitulado "Prevenção do Risco de Quedas em idosos hospitalizados: o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação" que tem como objetivos: (1) Avaliar os fatores de risco de quedas das pessoas internadas em unidade hospitalar; (2) Avaliar os fatores intrínsecos associados ao risco de queda; (3) Identificar fatores extrínsecos associados ao risco de queda; (4) Estabelecer um plano de intervenção do EEER para a diminuição do risco de queda em doentes idosos, internados e com alterações da mobilidade. O projeto de intervenção contempla a implementação de um plano de intervenções de Enfermagem de Reabilitação para diminuir o risco de quedas. Peço-lhe o consentimento para participar no projeto, garanto-lhe o cumprimento dos princípios da confidencialidade e da proteção dos dados que obtiver pela sua participação e disponibilizo-me para prestar qualquer esclarecimento que entenda necessário. Orientadora: Professora Maria José Abrantes Bule, mjosebule@uevora.pt Investigadora: Lena Isabel dos Santos Sabino, lenitasabino@hotmail.com</p> <p>Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo. Obrigada pela sua imprescindível contribuição!</p> <p>Assinatura 000000000 Data _____</p> <p>_____ (assinatura do(a) participante) Obrigada pela sua colaboração</p> <p>_____ (Lena Sabino)</p>	
<p>Universidade de Évora - Sistema de Gestão Documental Página 5/5 Entregue electronicamente em: 2017-11-07 19:30</p>	

Anexo E – Requerimento e Parecer da Comissão de Ética e Concelho de Administração da entidade de saúde que acolheu o Estágio

Mestrado em Enfermagem
em Associação



Autorizado
Stefane, 12/11
2.02.2018

José Chora
Enfermeiro Diretor

Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Ao Conselho de Administração

À Comissão de Ética

Ao Enf.º Chefe do Serviço de Medicina 2 e Ortopedia

Hospital do Espírito Santo, EPE

Évora

José Carmo
ética eunita
focar

Pere & Rui Bentes
João Galego
José Matar
emitirei informações

Stefane, 12/11
13.11.2017
José Chora

Stefane, 12/11
13.11.2017
José Chora

Enfermeiro Diretor

Enfermeiro Diretor

Pedido de Autorização para realização de Estudo de Investigação

Eu, Lena Isabel dos Santos Sabino, Enfermeira, estou a realizar o Mestrado de Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, na Universidade de Évora, venho por este meio solicitar-lhe autorização para realização de um estudo de investigação-ação sobre uma problemática específica. No estágio que estou a realizar, primeiramente no serviço de Medicina 2 e posteriormente no serviço de Ortopedia, tenho como objetivo implementar um projeto de intervenção intitulado "Prevenção do Risco de Quedas em idosos hospitalizados: o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação" que tem como objetivos específicos: (1) Avaliar os fatores de risco de quedas das pessoas internadas em unidade hospitalar; (2) Avaliar os fatores intrínsecos associados ao risco de queda; (3) Identificar fatores extrínsecos associados ao risco de queda; (4) Estabelecer um plano de intervenção do EEER para a diminuição do risco de queda em doentes idosos, internados e com alterações da mobilidade. O projeto de intervenção contempla a implementação de um plano de intervenções de Enfermagem de Reabilitação para diminuir o risco de quedas. As escalas de avaliação utilizadas encontram-se validadas em Portugal e seguem em anexo no plano de intervenção.

Importa referir que o anonimato dos dados será assegurado, assim como a garantia do direito à confidencialidade, anonimato e à autodeterminação de cada participante. O mesmo terá acesso às informações e objetivos referentes ao projeto de intervenção, para a obtenção do seu consentimento informado.

Orientadora: Professora Maria José Abrantes Bule, mjosebule@uevora.pt

Investigadora: Lena Isabel dos Santos Sabino, lenitasabino@hotmail.com

Em anexo segue o Projeto de Estágio, o Plano de Intervenção e o modelo do consentimento informado entregue a cada participante.

Peço deferimento.

Sem mais assunto.

Atenciosamente

Deverá apresentar os dados
que vai ter disponíveis e
publicados e pedir consentimento
à Comissão de Ética da Universidade de Évora
Rui Bentes

A Mestranda em Enfermagem de Reabilitação

Lena Sabino
Made a...
Rui Bentes

Data 10/11/17

HESE-EPE	
R	RECEBIDO { Em 10/11/17 N.º 2023
	RESPONDIDO { Em / / N.º