

Relatório de Estágio. Risco de quedas em idosos institucionalizados

Nélia Alexandra Mesquita Nozes

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Orientação Científica:
Leonel São Romão Preto
Graciete Marisa Martins Henriques

Bragança, julho de 2023



Nozes NAM. **RELATÓRIO DE ESTÁGIO. RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS.**

Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança.

Bragança, 2023.

Agradecimentos

Aos meus orientadores, Professor Doutor Leonel São Romão Preto e Graciete Marisa Martins Henriques, pelo apoio, incentivo, profissionalismo e sempre prontos para estimular à melhoria.

À minha querida filha Alice, pelos sorrisos que me iluminaram em todo este percurso.

Ao meu marido Hélder e aos meus pais, pelo constante apoio incondicional em todo o meu percurso pessoal, académico e profissional, obrigada por acreditarem em mim!

Aos meus amigos e familiares, por todo o carinho demonstrado.

Aos meus colegas do mesmo curso, o apoio e luta diária em todas as fases.

Ao Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Carrazeda de Ansiães, Ricardo Manuel Paninho Pereira, pelo apoio, amizade e incentivo constante que tornou possível a conclusão do curso.

Aos idosos da Santa Casa da Misericórdia de Carrazeda de Ansiães, que participaram no meu estudo, pelo carinho, acolhimento, ajuda e amizade que demonstraram sempre.

A todos um muito OBRIGADO!

RESUMO

Enquadramento: Quando comparados com os idosos não institucionalizados, os institucionalizados apresentam um maior risco de queda. Esta resulta de interações complexas entre fatores intrínsecos e extrínsecos, constituindo assim, um problema de saúde pública que tem repercussões tanto para o idoso como para a família e comunidade.

Objetivo: Este trabalho teve como objetivo principal avaliar o risco de quedas em idosos institucionalizados, e pesquisar possíveis associações entre o risco de cair e variáveis sociodemográficas e clínicas.

Métodos: Estudo correlacional e transversal, inserido numa abordagem quantitativa. A população reporta-se aos utentes residentes no ano de 2023 no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Carrazeda de Ansiães. Obteve-se uma amostra de 45 idosos institucionalizados. Optou-se por recolher os dados sob a forma de entrevista estruturada em questionário, construído com base na literatura em estudos de natureza similar. O risco de queda foi avaliado pela Escala de Quedas de Morse.

Resultados: A amostra é maioritariamente feminina (66,7%), com uma média de idades de 82,8 anos, viúvos (62,2%) e com o 1.º Ciclo (4.ª classe) (51,1%). Em termos de institucionalização, esta varia entre o 1 e 22 anos. Quanto à caracterização clínica dos idosos, apresentam diminuição de visão (73,3%), dificuldades em caminhar (55,6%) e todos tomam medicação oral diária, sendo que 75,6% dos idosos se encontram polimedicados. No que se refere aos auxiliares de marcha, 53,0% mencionam terem necessidade de os usar, sobressaindo o uso da bengala/1canadiana (n=16). A maioria (86,7%) menciona, que nos últimos 12 meses, não sofreram qualquer queda. Globalmente, o valor médio obtido no teste *Up and Go* foi de 15,3±5,5 e na Escala de Morse 32,1±18,7, sendo que nesta escala 42,2% apresentam baixo risco de queda. Foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis uso de meios auxiliares de marcha e quedas nos últimos 12 meses com a variável risco de quedas. Verificou-se uma forte correlação ($r= 0,704$) entre as pontuações Morse e os tempos *Up and Go*, e que os idosos que apresentam pontuações mais altas na escala de Morse são pessoas com maior idade ($r= 0,425$).

Conclusão: Os inquiridos revelam baixo risco de queda. Sugere-se alargar o estudo a outras populações, face à reduzida amostra, para o desenvolvimento desta temática.

Palavras-chave: Idosos; Acidentes por Quedas; Institucionalização; Casas de Repouso

ABSTRACT

Background: When compared with the non-institutionalized elderly, the institutionalized ones have a higher risk of falling. This results from a complex interaction between intrinsic and extrinsic factors, thus constituting a public health problem that has repercussions for both the elderly and the family and community.

Aim: The main objective of this study was to assess the risk of falls in institutionalized elderly people, and to investigate possible associations between the risk of falling and sociodemographic and clinical variables.

Methods: This is a correlational and cross-sectional study, inserted in a quantitative approach. The population refers to users residing in the year 2023 at the Lar da Santa Casa da Misericórdia de Carrazeda de Ansiães. A sample of 45 institutionalized elderly people was obtained. It was decided to collect the data in the form of a structured interview in a questionnaire, constructed based on the literature in studies of a similar nature. The risk of falling was assessed using the Morse Fall Scale.

Results: The sample is mostly female (66.7%), with an average age of 82.8 years, widowed (62.2%) and with the 1st cycle (4th grade) (51.1%). In terms of institutionalization, this varies between 1 and 22 years. As for the clinical characterization of the elderly, they have decreased vision (73.3%), difficulties in walking (55.6%) and all take daily oral medication, with 75.6% of the elderly being polymedicated. With regard to walking aids, 53.0% mentioned having the need to use them, especially the use of a cane/cane (n=16). Most (86.7%) mention that in the last 12 months they have not suffered any falls. Globally, the average value obtained in the Up and Go test was 15.3 ± 5.5 and in the Morse Scale 32.1 ± 18.7 , and in this scale 42.2% have low risk of falling. Statistically significant differences were identified between the variables use of walking aids and falls in the last 12 months with the variable risk of falls. There was a strong correlation ($r = 0.704$) between Morse scores and Up and Go times, and that elderly people with higher scores on the Morse scale are older people ($r = 0.425$).

Conclusion: Respondents reveal low risk of falling. It is suggested to extend the study to other populations, given the reduced sample, for the development of this theme.

Keywords: Elderly, Accidental Falls; Institutionalization; Nursing Homes

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de vida diária

CHTMAD- Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

DGS- Direção Geral da Saúde

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

ESSa/IPB- Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

et al. – e outros

EUNESE – *European Network for Safety among Elderly*

ILPI- Instituições de Longa Permanência para idosos

INE – Instituto Nacional de Estatística

Km – Quilómetro

LACI – Lacunar anterior *circulation infarct*

MI – membros inferiores

MS – membros superiores

NANDA- North American Nursing Diagnosis Association

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial da Saúde

PACI – Partial anterior *circulation infarct*

POCI – Posterior *circulation infarct*

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences*

TACI – Total anterior *circulation infarct*

ECC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UAVC – Unidade de Acidente Vascular Cerebral

ULSNE- Unidade Local de Saúde do Nordeste

Índice

INTRODUÇÃO.....	14
PARTE 1- RELATÓRIO DE ESTÁGIO	16
Preâmbulo.....	17
1 Contextualização	18
1.1 Objetivos gerais e específicos.....	18
1.2 Serviço de Cardiologia.....	18
1.3 Serviço de ECCI- Centro de Saúde de Carrazeda de Ansiães	22
1.4 Serviço de AVC-Hospital de Macedo de Cavaleiros.....	23
1.5 Serviço de Ortopedia- Hospital de Macedo de Cavaleiros	25
1.6 Serviço de Convalescença- Hospital de Macedo de Cavaleiros.....	27
2 Análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências do Enfermeiro de Enfermagem de Reabilitação.....	28
2.1 Competências comuns do Enfermeiro Especialista	28
2.2 Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	33
PARTE 2- INVESTIGAÇÃO REALIZADA.....	37
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	38
1. Envelhecimento Biológico	38
2. Institucionalização dos idosos.....	39
3. Quedas em pessoas idosas.....	41
3.1. Fatores de risco e consequências das quedas	42
3.2. Prevenção.....	45
ESTUDO EMPÍRICO	47
1 Metodologia	47
1.1. Tipo de estudo e objetivos.....	47
1.2. População e amostra. Processo de amostragem.....	47
1.3. Instrumento de recolha de dados e variáveis em estudo.....	47
1.3.1. Variáveis independentes. Categorização e procedimentos de avaliação..	49
1.3.2. Variável dependente	50

1.4. Hipóteses de investigação.....	50
1.5. Procedimentos éticos.....	51
1.6. Procedimentos estatísticos.....	51
2. Apresentação e Análise de Resultados.....	53
3. Discussão dos Resultados.....	62
CONCLUSÃO.....	66
Referências Bibliográficas.....	67

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Idosos distribuídos pelo tempo de institucionalização, em anos.	54
Gráfico 2- Necessidade de uso de auxiliares de marcha.	56
Gráfico 3- Tipo de auxiliares usados pelos idosos.	57

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Variáveis de caracterização sociodemográfica e clínica dos utentes.	49
Tabela 2- Estatísticas descritivas obtidas para a variável idade.	53
Tabela 3- Idosos distribuídos pelas variáveis sociodemográficas.	53
Tabela 4- Caraterização clínica dos idosos: Visão diminuída, toma de medicação e dificuldade ao caminhar.....	55
Tabela 5- Número de fármacos tomados diariamente.	55
Tabela 6- História de quedas nos últimos 12 meses.....	57
Tabela 7- Estatísticas descritivas para a variável Up and Go.....	58
Tabela 8- Descritivas obtidas para a Escala de Morse.	58
Tabela 9- Distribuição dos idosos, segundo a classificação do risco de quedas pela Escala de Morse.....	59
Tabela 10- Distribuição dos idosos pelos critérios da Escala de Morse.....	59
Tabela 11- Associação de variáveis sociodemográficas e clínicas e risco de quedas. ...	60
Tabela 12- Correlações entre as pontuações da escala de Morse, os tempos Up and Go e a idade dos idosos.	61

INTRODUÇÃO

Denota-se que o processo de envelhecimento demográfico em Portugal é semelhante ao de outros países ocidentais, reflexo da diminuição da natalidade e o aumento da longevidade (INE, 2022).

O índice de envelhecimento é de 182,1 pessoas idosas por cada 100 jovens, sendo a esperança média de vida de 84,3 anos. Tal fenómeno é mais acentuado nas mulheres, espelhando a sua maior longevidade (INE, 2022).

O problema do envelhecimento demográfico da população, em conjunto com as modificações verificadas ao nível das dinâmicas familiares, conduz a uma crescente procura de instituições para idosos. Desta forma, são multivariados os fatores, segundo Carvalho e Dias (2011), que levam os idosos a recorrerem à institucionalização, designadamente: ausência de apoio familiar ou de habitação condigna, poucos recursos económicos e dependência no autocuidado.

Durante o envelhecimento ocorrem diversas alterações fisiológicas que diminuem a eficiência, a capacidade de adaptação e a funcionalidade, conduzindo a um aumento do risco queda (Mata et al., 2014). As causas das quedas são de natureza variada e incluem, idade, sexo, doenças debilitantes, história anterior de quedas, confusão/desorientação e o uso de determinados fármacos, que pelos seus efeitos colaterais, torna a pessoa idosa mais propensa a cair (Costa-Dias et al., 2014).

O presente trabalho enquadra-se no contexto do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança (ESSa/IPB), e a temática em estudo é o risco de quedas em idosos institucionalizados.

Delineou-se um estudo quantitativo, correlacional e transversal, cujo objetivo principal consistiu em avaliar o risco de quedas em idosos institucionalizados, e pesquisar possíveis associações entre o risco de cair e variáveis sociodemográficas e clínicas.

Quanto à sua organização, este documento divide-se em duas secções principais. A primeira parte reporta-se ao enquadramento conceptual, o qual é desenvolvido em três subcapítulos: envelhecimento, institucionalização dos idosos e quedas em pessoas idosas. A segunda parte deste trabalho contempla a investigação empírica, detalhando a metodologia adotada. Posteriormente são expostos, analisados e discutidos os resultados

da pesquisa. Esta secção termina com uma exposição das conclusões, das limitações identificadas e das potenciais áreas de investigação futura.

PARTE 1- RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Preâmbulo

O presente relatório foi efetuado no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança (ESSa/IPB). O plano de estudos deste ciclo integra unidades curriculares relativas a estágios de natureza profissional em enfermagem de reabilitação.

Os estágios tinham como principal objetivo o desenvolvimento de atividades em contexto clínico que promovessem a aquisição de competências profissionais, em tutoria por um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, nos vários locais onde se realizaram, e sob orientação científica de um professor da ESSa/IPB da área da reabilitação.

Os estágios de natureza profissional enfatizavam assim a avaliação, planeamento e execução de cuidados na respetiva área clínica, não descurando a componente de investigação, para deste modo solidificar um percurso de formação, que vertesse na melhoria dos cuidados especializados baseados na evidência científica mais recente.

As minhas escolhas relativamente aos campos de estágio recaíram sobre várias instituições e serviços, designadamente: Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD) -Serviço de Cardiologia (Unidade de Reabilitação Cardíaca); Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE) - Centro de Saúde de Carrazeda de Ansiães, Unidade de AVC, Serviço de Ortopedia e Unidade de Convalescença.

À elaboração deste relatório subjaz a metodologia descritiva-reflexiva, com recurso ao relato e análise das experiências clínicas, cuja vivência concorreu para o desenvolvimento gradual de competências pessoais e profissionais.

A estrutura do relatório de estágio (propriamente dito) é organizada em dois capítulos, descrevendo-se e contextualizando, num primeiro tempo os diferentes campos de estágio, seguindo-se a análise crítica sobre o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em reabilitação.

1 Contextualização

O Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE compreende quatro unidades assistenciais, com destaque para o Hospital de S. Pedro em Vila Real, que abriga a sede social. Além disso, inclui o Hospital Distrital de Chaves, o Hospital de Proximidade de Lamego, na cidade de Lamego e a Unidade de Cuidados Paliativos localizada em Vila Pouca de Aguiar.

1.1 Objetivos gerais e específicos

Ao longo dos campos de estágio fui adquirindo novos conhecimentos através de realidades e oportunidades que fui observando, experienciando e colocando em prática. O meu objetivo geral, nesta etapa formativa, era adquirir responsabilidade profissional, ética e legal, promovendo a melhoria contínua da qualidade, e em paralelo desenvolver a proficiência no campo da enfermagem de reabilitação.

Finalizada a prática clínica, julgo que este Estágio de Natureza Profissional, acompanhado de Relatório Final, possibilitou a realização dos objetivos previamente estabelecidos e o desenvolvimento das competências exigidas pela Ordem dos Enfermeiros para a título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), nos três eixos que a seguir se enumeram:

- *“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 atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;*
- *Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.”.*

1.2 Serviço de Cardiologia

O serviço de Cardiologia é um espaço dotado de recursos humanos e físicos capazes de providenciar assistência em saúde, aos diferentes níveis de prevenção, a pessoas com patologias do foro cardíaco. A assistência à saúde integra programas de reabilitação cardíaca, os quais são implementados, sempre e quando estejam garantidos os pressupostos de segurança para a sua realização, fundamentados em alguns princípios que a seguir se referem:

- *“Controlar os efeitos Fisiológicos e Psicológicos vindos da imobilidade recomendada/imposta na fase aguda;*
- *Capacitar a pessoa para a realização de atividade física e exercício em segurança no retorno a casa, mediante a aprendizagem de capacidades durante o internamento hospitalar;*
- *Identificar pessoas com limitação cardiovascular, física ou cognitiva que possam influenciar o desempenho da atividade recomendada, identificando e ensinando um cuidador que garanta a segurança e contacto com a equipa multidisciplinar;*
- *Explicar a importância da atividade física na doença e seu impacto no regime medicamentoso;*
- *Ensinar e capacitar a vigilância através de dispositivos de avaliação contínua;*
- *Aconselhar o doente sobre atividade física e exercícios que devem ser feitos após a alta considerando os seus limites consoante a condição de saúde;*
- *Informar sobre programas para as fases seguintes em contexto de ambulatório;*
- *Facilitar a acessibilidade, a adesão e a prática de exercício físico regular, tendo como objectivo diminuir a recorrência de novos episódios e evitar idas aos serviços de saúde.”*

Nestes programas estavam incluídos doentes de patologia cardíaca isquémica, com insuficiência cardíaca, submetidos a dispositivos antiarrítmicos implantáveis e em preparação para a cirurgia cardíaca, desde a fase aguda no serviço de cardiologia ou unidade de cuidados intensivos coronários, até à alta.

A operacionalização do Programa de Enfermagem de Reabilitação Cardíaca visava os seguintes objetivos:

- *“Promover a autonomia do doente no sentido de retomar a atividade de vida diária;*
- *Prevenir as complicações associadas com a imobilidade;*
- *Aumentar a independência relacionada e autoconfiança;*
- *Reduzir a ansiedade;*
- *Identificar fatores de risco presentes e a necessidade dos ensinamentos,*

- *Informar sobre a doença e a adoção/alteração de estilos de vida saudáveis,*
- *Referenciar para a fase II, reforçando a importância na qualidade de vida.”.*

O programa foi desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, existindo neste serviço espaços físicos adequados à sua implementação. Entre os recursos materiais disponíveis, dos quais alguns foram por nós utilizados, destacamos: monitor cardíaco, dispositivo para monitorizar a pressão arterial, oxímetro, carro de emergência, fita métrica, andarilho, bastão, pedaleira ou cicloergómetro, folhetos informativos, folha de avaliação inicial e registo da evolução do doente e a escala Borg CR10 (ou perceção do esforço) e da escala numérica da dor.

O início do programa é feito com avaliação de hábitos prévios de atividade e exercício físico, explicação sobre o plano de reabilitação cardíaca, e a tolerância e capacidades sobre a gestão de esforço, autovigilância, gestão medicamentosa e a sua própria doença. Os exercícios iniciais são de baixa intensidade, até 4 equivalentes metabólicos (METS), podem ser executados na posição deitado, sentado ou em pé. A realização pode ser contínua ou com intervalos, com a duração até vinte minutos, consoante mobilização ativa-assistida ou automobilização. O programa subdivide-se em três partes:

- *Aquecimento: exercícios respiratórios e de relaxamento para oxigenar e aquecimento muscular;*
- *Treino: exercícios dos membros, marcha (estática ou dinâmica), descida e subida em dois lanços de escadas, avaliando a tolerância ao esforço;*
- *Arrefecimento: exercícios idênticos ao do aquecimento, exercícios de alongamento e por fim de relaxamento e avaliação dos parâmetros vitais para registo.*

Durante o treino, era avaliado o esforço, o recomendado entre 12/13, segundo a escala de Borg. A frequência cardíaca também era um parâmetro de avaliação, o ideal era 30bat./min em repouso. Também importante, a avaliação da dor, escala numérica de 1 a 10, a pressão arterial, a saturação periférica de oxigénio e o traçado eletrocardiográfico. O programa incluía igualmente a prova de 6 minutos de marcha, para avaliar a capacidade máxima do exercício, e sua tolerância, levando em conta a condição física do utente.

A terapia pelo movimento, no doente cardíaco, englobava os seguintes exercícios:

- **Exercício da ponte, em posição deitado:** com frequência de 3+3 repetições, consoante a tolerância ia progredindo;
- **Exercícios dos membros superiores:** elevação, flexão/extensão do cotovelo, flexão/extensão do ombro;
- **Exercícios dos membros inferiores:** Abdução/adução da articulação coxofemoral, flexão/extensão do joelho, flexão plantar/flexão dorsal do tornozelo;
- **Marcha:** efetuada no corredor, para avaliar o equilíbrio e força muscular. No primeiro dia dois minutos, ia progredindo conforme a tolerância ao esforço;
- **Pedaleira:** efetuada no quarto do doente, para avaliar força muscular. No primeiro dia cinco minutos intervalados havendo necessidade, ia progredindo conforme a tolerância ao esforço;
- **Treino de escadas:** subida e descida de 2 lances de escadas, avaliando e questionando o doente do seu esforço físico (aproveitando para fazer os ensinamentos da retoma da atividade sexual).

A reabilitação cardíaca na fase pré-operatória tem como objetivo melhorar a função cardiopulmonar, prevenir complicações pós-operatórias, através de exercícios de fortalecimento dos músculos abdomino-diafragmáticos e costais:

- **Cinesioterapia respiratória:** tosse assistida e exercícios respiratórios
- **Reeducação motora;**
- **Exercícios respiratórios:** inspirar pelo nariz e expirar devagar pela boca.

Após finalização do programa de reabilitação o enfermeiro especialista tem de estar seguro que transmitiu informações necessárias para a continuidade do programa de exercício físico aeróbio em ambiente extra-hospitalar; garantiu o seguimento em consulta externa e reavaliação com provas funcionais; realizou o ensino da adesão ao exercício; e às medidas de controlo dos fatores de risco e medicação.

1.3 Serviço de ECCI- Centro de Saúde de Carrazeda de Ansiões

A Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE) é composta por três unidades hospitalares: a Unidade Hospitalar de Mirandela, Macedo de Cavaleiros e Bragança. Para além destes hospitais a ULSN integra catorze centros de saúde. Ela abrange uma vasta área geográfica de 6608 km² e presta assistência a uma população de 122833 habitantes no distrito de Bragança, onde se observa um aumento significativo no envelhecimento da população.

A minha articulação na equipa de saúde da ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados na Comunidade), com a enfermeira de reabilitação foi realizada através da otimização da resposta da ECCI para que fosse possível a execução das ações planeadas com os restantes cuidados necessários aos utentes e família. Neste campo de estágio tive a possibilidade de desempenhar funções no domínio do cuidar da pessoa com necessidades especiais ao longo de seis semanas.

A maior parte das referências para esta equipa eram realizadas pelas Unidades de Saúde Familiar, reportando-se a utentes com síndrome de desuso e necessidade de cuidados de reabilitação. Apercebi-me que alguns utentes já tinham sido utentes da ECCI anteriormente por referência hospitalar ou cuidados de saúde primários. Diariamente fui identificando as necessidades de intervenção no domínio de reabilitação, analisando as principais necessidades dos utentes, as principais preocupações dos elementos da ECCI na sua ação, a organização e recursos materiais e humanos disponíveis.

Tive a oportunidade de participar de forma ativa na visita domiciliária programada, em articulação com equipa multidisciplinar (a qual incluía a área social e a área médica), para a realização da avaliação do utente recorrendo a escalas uniformizadas, estruturando objetivos a atingir e intervenções em consonância aos mesmos, tendo em conta a esfera familiar e/ou comunitária e barreiras arquitetónicas.

Os utentes da ECCI eram maioritariamente idosos e com cuidadores que demonstravam necessidades formativas em diferentes áreas do autocuidado. Maioritariamente, estes idosos tinham um nível elevado de dependência nas atividades de vida diária, sendo este um dos principais motivos de referência para a reabilitação em contexto de síndrome de desuso.

Particpei ativamente nos cuidados e intervenções a estes utentes, os quais frequentemente implicavam reabilitação motora.

No plano individual de intervenção eram identificados os problemas, os objetivos, as suas intervenções, o tempo de reabilitação, a assinatura do enfermeiro de reabilitação e monitorização. O plano era legendado: TA – Totalmente atingido; PA – Parcialmente atingido; NA – Não atingido, preenchido mensalmente de acordo com os objetivos atingidos.

Os objetivos fundamentais eram promover uma ativação geral e de transição gradual entre o estado de repouso e de exercício: dez minutos de exercícios de consciencialização do ciclo da respiração, reeducação respiratória e postural. Outro objetivo era promover o fortalecimento muscular incluindo o pavimento pélvico a resistência, o equilíbrio e o controlo da postura: dez minutos de exercícios ativos de mobilização articular:

- *Cabeça e pescoço: Flexão/Extensão/Hiperextensão, Rotação direita/esquerda;*
- *Ombros: Flexão/Extensão, Abdução/Adução, Rotação medial/lateral, Circundação;*
- *Cotovelo: Flexão/Extensão;*
- *Antebraço: Pronação/Supinação;*
- *Punho: Flexão/Extensão/Hiperextensão, Circundação;*
- *Dedos das mãos: Flexão/Extensão dos dedos, Abdução/Adução dos dedos, Flexão/Extensão/Hiperextensão do polegar, Abdução/Adução do polegar, Oponência do polegar;*
- *Tronco: Flexão/Extensão, Rotação direita/esquerda;*
- *Anca: Flexão/Extensão, Abdução/Adução, Rotação medial/lateral;*
- *Joelho: Flexão/Extensão;*
- *Pé: Flexão plantar/Flexão dorsal, Inversão/Eversão;*
- *Dedos dos Pés: Flexão/Extensão, Abdução/Adução; levantar e sentar sem apoio, carga num só membro.*

Por fim, exercícios de alongamento e relaxamento.

1.4 Serviço de AVC-Hospital de Macedo de Cavaleiros

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das patologias que provoca maior número de mortes e é a principal causa de incapacidade nas pessoas idosas (Direção-Geral de

Saúde, 2001), sendo igualmente responsável por um elevado número de internamentos hospitalares. O objetivo do enfermeiro de reabilitação é a recuperação funcional dos doentes, e reintegração na família e comunidade.

Nos doentes hospitalizados nesta unidade era feita por rotina a avaliação neurológica (exame neurológico, exame físico e antecedentes pessoais), para detetar alterações sensório-motoras. Verifiquei que a maior parte destes doentes apresentavam alterações graves de funcionalidade. Do exame neurológico constavam a avaliação das funções superiores, função motora e função sensitiva. Após evento cerebrovascular, quanto mais precocemente começar o processo de reabilitação, melhor será o prognóstico.

Classificação do AVC, segundo Bamford et al (1991):

- *“Lesão TACI (Total Anterior Circulation Infarct) - Enfarte Total da Circulação Anterior, a lesão cursa com elevado défice neurológico; Disfunção das funções superiores (afasia, agnosia, alterações visuo-espaciais, disgrafia, discalculia); Hemianópsia homónima; Défice motor / sensorial ipsilateral em pelo menos 2 segmentos corporais (face, MS e MI).*
- *Lesão PACI (Partial Anterior Circulation Infarct) – Enfarte Parcial da Circulação Anterior -Défice neurológico moderado - Duas das alterações do TACI; Ou: Disfunção das funções superiores isolada; Défice motor mais restrito que no LACI (apenas num braço ou perna).*
- *Lesão LACI (Lacunar Anterior Circulation Infarct) – Enfarte Lacunar da Circulação Anterior -Défice motor e / ou sensitivo; Disartria;-Sem alterações de novo das funções superiores; Sem alterações de novo dos campos visuais.*
- *Lesão POCI (Posterior Circulation Infarct) – Enfarte da Circulação Posterior - Parésias de pares cranianos / défice motor contralateral; Disfunção cerebelosa; Hemianópsia homónima isolada; Défice motor / sensitivo bilateral”.*

O enfermeiro de reabilitação é um profissional de proximidade, estabelecendo um contato direto, e diário, ao longo do internamento com a pessoa doente. Observa os sucessos e as frustrações desta pessoa, os pontos fortes, as suas limitações, o que lhe permite realizar as avaliações e adaptações necessárias para que o programa de reabilitação vá de encontro às suas necessidades específicas. O enfermeiro de reabilitação, também intervém na educação do doente e do cuidador informal

proporcionando assim, ferramentas para o autocuidado esclarecido, para a adesão ao tratamento, e para a literacia em saúde.

O processo de reabilitação inicia-se com exercícios terapêuticos isotônicos e isométricos, mobilizações passivas, ativas, ativas-assistidas e ativas-resistidas, de forma a mobilizar as articulações dos membros superiores e inferiores. A terapia pelo exercício inicia-se no leito, posteriormente com utente na posição de sentado e por último, caso a situação do paciente permita, em posição ereta. Cada ciclo de mobilizações deve efetuar-se duas/três vezes por dia, repetindo no mínimo dez vezes cada movimento articular específico, objetivando trabalhar o maior número possível de segmentos corporais. O primeiro levante pode ser feito logo que o doente não apresente contra-indicação médica. Uma vez iniciado, realizar treino de equilíbrio, estático e dinâmico, efetuar transferências cama/cadeira e cadeira/cama, corrigir qualquer alteração postural, iniciar a marcha e de seguida os exercícios terapêuticos com maior complexidade, como seja os que requerem maior capacidade funcional de coordenação e equilíbrio de que é exemplo a transposição de obstáculos. Para aumentar a autonomia e melhorar autoimagem, os doentes utilizavam os auxiliares de marcha adequados a cada situação clínica. A reabilitação deve ser realizada tanto no lado afetado como não afetado. Muito importante ainda na reabilitação destes doentes é a prevenção e gestão da espasticidade.

A terapia pelo movimento desenvolvida durante o estágio com esses pacientes incluía ainda: execução de ponte, movimentos de rolamento, flexão e extensão da articulação coxo-femoral, auto-mobilização, transferências, exercícios de carga no cotovelo e treinamento das AVD para o regresso a casa.

1.5 Serviço de Ortopedia- Hospital de Macedo de Cavaleiros

No contexto assistencial em cirurgia ortopédica, os doentes submetidos a prótese da anca (resultante não só de coxartrose, mas também de fraturas da extremidade superior do fémur), prótese total do joelho e pessoa intervencionada à coluna lombar, são aquelas que mais dúvidas suscitam aos prestadores de cuidados formais e informais. Estas incertezas estão principalmente relacionadas como os cuidados a prestar no pós-operatório não imediato, e prendem-se principalmente à tipologia e frequência de mobilizações permitidas e às técnicas usadas para os levantamentos e transferências entre

superfícies. Já no que intrinsecamente diz respeito ao doente as dúvidas relacionadas com o desconhecido e a iliteracia em saúde prolongam tempos de internamento, pois muito frequentemente estes demonstram falta de confiança e medo da alta precoce. A inexistência de um cuidador informal ou a presença de barreiras arquitectónicas em casa acrescenta receio e ansiedade.

Neste sentido, é responsabilidade do enfermeiro de reabilitação desenvolver e aplicar um programa de treino para atividades de vida diária, com o objetivo de auxiliar o paciente a se adaptar às limitações de mobilidade e aumentar sua autonomia no autocuidado (OE, 2011).

No programa de reabilitação da prótese total do joelho o enfermeiro de reabilitação tem como objetivos:

- *Alívio da dor;*
- *Restauração da mobilidade;*
- *Correção de deformidades e claudicação;*
- *Bons resultados a longo prazo;*
- *Reduzir/eliminar a incidência de deformidades e sequelas;*
- *Proporcionar condições de funcionalidade e autonomia;*
- *Atingir flexão completa de 90°;*
- *Reintegrar o doente nas atividades de vida diária;*
- *Instruir os doentes para o uso de técnicas de ajuda que facilitem a maior autonomia.*

No programa de reabilitação da prótese total da anca, o enfermeiro de reabilitação tem como objetivos:

- *Alívio da dor;*
- *Controlar o edema;*
- *Manter e melhorar a força muscular afetada pela artroplastia;*
- *Assegurar a amplitude do movimento da articulação da anca;*
- *Instruir os doentes para o uso de técnicas de ajuda que facilitem a maior autonomia;*
- *Elaborar um programa de ensino para o doente e cuidador sobre os cuidados a ter em casa.*

No programa de reabilitação da pessoa intervencionada à coluna lombar, o enfermeiro de reabilitação tem como objetivos:

- *Avaliar e monitorizar progressos;*
- *Traçar um plano de tratamento;*
- *Determinar o estado físico no geral;*
- *Registar as necessidades de intervenções;*
- *Elaborar um programa de ensinios para o doente e cuidador sobre os cuidados a ter em casa;*
- *Instruir os doentes para o uso de técnicas de ajuda que facilitem a maiois autonomia.*

Neste campo de estágio também colaborei na gestão e na promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem que eram prestados. Cuidados esses que se centram numa prática de qualidade e focados nas necessidades da pessoa/família.

1.6 Serviço de Convalescência- Hospital de Macedo de Cavaleiros

Neste campo de estágio existiam doentes com diferentes patologias admitidos em convalescência vindos de outros serviços de internamento, referenciados por diagnósticos primários e secundários que coexistem com fragilidades após um período de doença aguda, ou para recuperação após uma patologia ou processo cirúrgico. Os objetivos do planeamento das intervenções terapêutica passavam por: avaliar a funcionalidade dos doentes, adquirir competências na prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação em pessoas com défice de autocuidado; definir ganhos ao nível do autocuidado dos doentes neste contexto do internamento (sendo que este era no máximo um mês).

No processo de cada utente existia um plano de reabilitação, individualizado, onde constava a história clínica pregressa, antecedentes pessoais, avaliação inicial e se apresentava definidos os objectivos gerais das intervenções, tais como:

- *Promover Autonomia nas AVD;*
- *Controlo da dor;*
- *Promover equilíbrio estático e dinâmico em posição ortostática;*
- *Aumentar da força muscular dos Membros Inferiores;*
- *Promover equilíbrio na marcha;*
- *Melhorar conhecimento / capacidade sobre técnicas de controlo ventilatório.*

2 Análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências do Enfermeiro de Enfermagem de Reabilitação

Esta secção do relatório é orientada à reflexão crítica das aprendizagens realizadas ao longo do meu estágio, as quais possibilitaram o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

2.1 Competências comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns que eu adquiri tiveram de base as competências comuns do Enfermeiro Especialista, tendo por base o Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, emanado pela Ordem dos Enfermeiros.

Ao enfermeiro especialista são reconhecidas, independentemente de cada área de especialização, competências designadas por comuns e as competências específicas (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro). Seguindo o mesmo regulamento, as competências comuns são as mesmas de todos os especialistas, independente da sua área de especialização, *“designadamente elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, com recurso a um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”*.

As competências comuns assentam sobretudo em quatro principais domínios de competência: *“responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados; gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais”* (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

➤ Domínio da responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A enfermagem é uma profissão autorregulada, sendo o seu exercício fundamentado por princípios éticos e deontológicos definidos no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

No domínio da competência comum do enfermeiro especialista, responsabilidade profissional, ética e legal, segundo o Regulamento n.º 140/2019, é esperado que o enfermeiro adquira uma prática especializada, que vá de encontro às normas legais, aos

princípios éticos e a deontologia profissional, e garanta a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e a responsabilidades profissionais.

Para a prestação de cuidados de enfermagem com qualidade é fundamental a promoção da prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019).

De acordo com o REPE, publicado no Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos pelos cidadãos (OE, 2019).

No contexto dos meus estágios vou destacar alguns princípios e deveres do enfermeiro, no âmbito profissional, ético e legal.

O artigo 107º - Do respeito pela intimidade explanado no Código Deontológico publicado no Estatuto da OE (2015, p. 85) refere que devemos salvaguardar nas demais situações, na supervisão das tarefas que praticamos, a privacidade e a intimidade da pessoa. Não esquecendo os constrangimentos físicos/organizacionais, nem sempre é fácil assegurar a privacidade e a intimidade do doente, mas tentei sempre ter em atenção estas questões. Durante os estágios tentei sempre assegurar estas condições, como por exemplo: cobrir as partes do corpo que não precisam de ficar expostas, a utilização de vestuário adequado, a limitação de pessoas no serviço quando prestava os cuidados e fechar as portas das diferentes áreas funcionais quando prestava cuidados.

Considero esta atenção pela privacidade e intimidade do doente, demonstra uma prática crítica e reflexiva na prática de cuidados e salvaguarda dos direitos humanos.

Quando falo de privacidade, não falo só do respeito pela privacidade durante a prestação de cuidados ao doente, mas também do sigilo da informação oral e escrita, como por exemplo, a passagem de turno.

O enfermeiro assume o dever de dar a informação ao doente e à família no que respeita aos cuidados de enfermagem, tentei sempre colocar em prática, explicando os procedimentos que iam ser realizados e obtendo o consentimento informado do doente. É dever do enfermeiro manter em confidencialidade as informações do utente, compartilhando-as somente com as partes implicadas no processo assistencial, conforme o estabelecido pelas diretrizes da sua ordem profissional (OE, 2015). No

decorrer dos estágios, assegurei que as informações fossem mantidas em sigilo, evitando transmitir informações ao doente ou família em ambientes partilhados.

A ética e a responsabilidade, princípios intrínsecos e estabelecidos no código deontológico dos enfermeiros, constituem o alicerce do cuidado humanizado, desempenhando um papel fundamental na prática profissional de enfermagem, e esses valores marcaram presença em todas as etapas da minha formação.

➤ **Domínio melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados**

A qualidade em saúde é caracterizada pela oferta de cuidados acessíveis e equitativos, fornecidos por profissionais qualificados, que têm em conta as necessidades e expectativas dos utentes, os recursos materiais e humanos disponíveis e objetivo alcançar a adesão ao tratamento e a satisfação do cidadão (Despacho n. °5613/2015, de 24 de junho, 2015). O mesmo despacho refere também que a qualidade está intrinsecamente ligada à segurança dos cuidados.

Os cuidados prestados para atender a este requisito devem ser fundamentados na eficácia, segurança, igualdade, adequação e otimização, sempre em conformidade com as necessidades e expectativas dos utentes.

Temos como objetivos deste plano promover o crescimento da cultura de segurança no ambiente interno, aperfeiçoar a segurança da comunicação, fortalecer a segurança cirúrgica, garantir a segurança na administração da terapêutica, implementar a identificação inequívoca dos doentes, prevenção de quedas, evitar existência de úlceras de pressão, prevenir e controlar infeções e resistências antimicrobianas.

Neste contexto, tentei ter um papel ativo, na área da prevenção do aparecimento de úlceras por pressão e de quedas e na segurança da comunicação, para isto, usei escalas que avaliam o risco de o doente ser vítima de queda ou de desenvolver úlceras por pressão, recorri à Escala de Morse e de Braden, uma vez que só é possível através de uma adequada avaliação definir e implementar estratégias de atuação. Verifiquei ao longo dos estágios, que todos os doentes a quem prestei cuidados tinham pulseira de identificação da pessoa e no caso dos doentes da UAVC com disfagia era colocada uma pulseira que os identificava. No serviço de Ortopedia, os doentes que iam ser intervencionados cirurgicamente eram identificados a área a qual iam ser sujeitos à intervenção.

No decorrer dos estágios considero ter tido uma comunicação eficaz na transmissão de cuidados de saúde. A comunicação tem um papel muito importante na segurança do doente, especialmente durante a transferência de responsabilidade na prestação de cuidados de saúde, tal como nas transições, nas passagens de turno, transferência ou alta dos doentes.

Considero, como descrito ter contribuído para a melhoria da qualidade de cuidados prestados nos vários contextos de estágio, bem como na prestação de cuidados especializados de qualidade aos doentes com base na evidência científica.

➤ **Domínio da gestão de cuidados**

As competências no domínio da gestão dos cuidados incluem “gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem ou outros profissionais e a articulação na equipa multiprofissional, bem como adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados” (Regulamento n. °429/2018, de 16 de julho, 2018).

Estas competências não envolvem apenas a gestão de recursos humanos, mas também a gestão de equipamentos, instalações e materiais, assim como gestão dos próprios cuidados, tendo com objetivo uma melhoria contínua na qualidade dos cuidados.

Senti a necessidade de aprimorar as minhas habilidades no domínio da gestão dos cuidados, em aspetos específicos como a gestão do tempo, a gestão de recursos materiais e o estabelecimento de prioridades. Apesar de já possuir competências nesta área, trabalhei para aprimorar e desenvolver habilidades específicas relacionadas à gestão de um serviço e de uma equipe, buscando otimizar o processo de tomada de decisões.

Ao longo dos vários estágios desenvolvidos e descritos neste relatório, os enfermeiros tutores assumiam por vezes o papel de responsáveis de turno. Tive a oportunidade durante estes períodos, de realizar várias tarefas relacionadas com a gestão. É importante também dizer que nos serviços onde estagiei, o método de trabalho adotado na prestação de cuidados era o método individual. Implicava um aumento de responsabilidade e conhecimento, resultando em uma vantagem significativa, pois é capaz de garantir a continuidade e qualidade dos cuidados prestados, gerando maior satisfação tanto para os doentes como para os profissionais de saúde. Quanto à gestão dos recursos humanos, no serviço Ortopedia e na UAVC, esta gestão era feita, tendo em

conta o número de horas necessárias aos cuidados obtidos pelo programa de classificação de doentes.

No que concerne ao período de estágio realizado no ginásio da reabilitação cardíaca, apercebi-me que a verificação do equipamento e material é da responsabilidade do EER adstrito a esse espaço. Assim, tive oportunidade de operacionalizar a verificação dos equipamentos, assim como a verificação das validades e a reposição de material em falta no carro de emergência. Este procedimento não era complexo, mas revelava-se importante em termos de segurança clínica numa situação de emergência.

Uma gestão eficiente do tempo e dos recursos materiais é um elemento fundamental para uma atuação rápida e eficaz.

Em consequências das atividades realizadas, desenvolvi habilidades específicas, destacando-se a compreensão da relevância da liderança e da gestão de recursos humanos e materiais para promover a qualidade e segurança dos cuidados.

➤ **Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

No que diz respeito à tomada de decisão em frequentar este curso foi extremamente desafiante e bastante complexa, tendo em conta a adaptação às novas circunstâncias na perspetiva pessoal e profissional. De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro artigo 88.^a - da excelência do exercício (2015): *“O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”* (OE, 2015), também teve um papel importante. Este imperativo de atualização profissional contínua decorre do direito do paciente a receber cuidados de alta qualidade, baseados nas evidências mais recentes e na busca constante da excelência na prática de enfermagem. A meu ver, existem vários recursos disponíveis no que compete ao desenvolvimento das aprendizagens como: as nossas experiências e a partilha das mesmas, as experiências e conhecimentos de outros profissionais, com quem vamos partilhando saberes, e a disponibilidade e facilidade no acesso a bases de dados científicas como referenciais teóricos sustentadores da prática clínica.

A aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências em diversas áreas da enfermagem são cruciais para a prestação de cuidados de qualidade, permitindo uma maior compreensão dos receptores do cuidar, num ambiente seguro. Só assim é possível

responder de forma organizada e eficaz às necessidades da pessoa, grupos ou comunidade.

O conhecimento na diferenciação dos cuidados prestados à pessoa e à sua família foi fundamental para atender adequadamente às necessidades e expectativas. Durante os estágios, procurei intervir de modo seguro e ampliar as minhas aprendizagens. Tentei, quando possível, novas oportunidades de aprendizagem para melhor cuidar.

2.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

O EEER para além das competências comuns dos Enfermeiros Especialistas acresce as competências específicas na área de especialidade (Regulamento n.º 392/2019).

No mesmo regulamento são definidas as competências específicas: *“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 atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”* (OE, 2019).

No decorrer do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação foram disponibilizadas várias ferramentas teórico-práticas facilitadoras ao desenvolvimento das competências específicas na área da enfermagem de reabilitação, durante os estágios. Essas ferramentas foram transferidas e aplicadas na prática clínica, apoiadas por pesquisa bibliográfica contínua e pela orientação tutorial dos Enfermeiros Especialistas de Reabilitação, nos diferentes locais de estágio.

A experiência em diversos locais de estágio, cada um com suas dinâmicas próprias de trabalho, atendendo populações-alvo variadas e com abordagens e objetivos distintos, contribuiu para o desenvolvimento de habilidades especializadas associadas à função do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

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

Alguém com necessidades especiais é uma *“pessoa que ao longo do ciclo vital está impossibilitada de executar independentemente e sem ajuda, atividades humanas básicas ou tarefas como resultado da sua condição de saúde ou dependência física,*

mental, cognitiva ou psicológica, de natureza permanente ou temporária” (OE, 2011). A incapacidade de realizar autonomamente atividades de vida diária torna as pessoas particularmente vulneráveis. A recolha de informação sistematizada para a identificação das alterações ou do risco de alteração da funcionalidade que levamos a cabo ao longo dos estágios contribuiu de forma superlativa para o desenvolvimento desta competência. As características da população alvo dos cuidados especializados em ER determinavam as intervenções a realizar e os recursos empregues para a sua concretização.

Desenvolvi planos de cuidados sensíveis às alterações funcionais identificadas, ancorados nas diferentes fases do processo de enfermagem, como objetivo de capacitar os utentes no desenvolvimento de capacidades adaptativas e autocuidado. Todas essas intervenções foram desenvolvidas levando em consideração a pessoa, suas limitações e desejos, com total respeito pela individualidade. Foram implementados planos ajustáveis a cada doente, tendo em consideração a condição física e cognitiva de cada um, assim como a sua motivação, no sentido de valorizar o seu desempenho durante a realização do plano. Quando o doente vivencia uma sensação de realização ao avançar na execução dos exercícios, sua motivação aumenta e temos como resultado um maior comprometimento em aderir aos programas de reabilitação estabelecidos.

Foram feitos vários ensinamentos aos utentes e familiares sobre técnicas de posicionamento, exercícios musculares e articulares, equilíbrio, técnicas de adaptação para o autocuidado (higiene pessoal, uso do wc, comer/beber, vestir/despir, transferir-se ou posicionar-se, marcha, marcha com auxiliar de marcha), exercícios de deglutição e modificação da consistência dos vários alimentos, sobre os riscos do compromisso na deglutição, a forma de tossir de um modo mais eficaz, a prevenção de acidentes, modificação para criar um ambiente seguro e adaptação no domicílio o uso de material de apoio (informar quais existem) para os auto cuidados. Assim, permitiam melhorar o conhecimento destes e promover o seu crescimento no sentido da promoção do autocuidado, e desenvolver assim, esta competência específica de EEER.

➤ **Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**

Em contexto de enfermidade, é natural que o indivíduo se encontre incapacitado de realizar autonomamente uma ou mais atividades, tornando-se de extrema importância o ensino, instrução e treino de métodos com vista à recapacitação e recuperação funcional. A elaboração de planos de cuidados e a identificação das intervenções mais apropriadas,

por meio de programas de ensino e treino foram fundamentais para capacitar a pessoa e os cuidadores a aumentarem a sua autonomia. Quando se identificam as necessidades reais da pessoa e dos cuidadores, é possível desenvolver abordagens personalizadas que promover a autonomia e a independência do doente. Assim, foram implementadas ações promotoras do autocuidado que abrangeram a instrução e treino de técnicas específicas e a avaliação da necessidade de utilização de equipamentos de apoio, como por exemplo, alteador de sanita, material antiderrapante auxiliares de marcha e calçadeira de cabo comprido. O recurso a estes produtos de apoio nas intervenções apropriadas foi muito benéfico proporcionando ao doente as ferramentas necessárias para a melhoria funcional.

Resumindo, avalei e identifiquei alterações que determinam limitações da atividade e/ou restrição da participação e capacitei para a reinserção e exercício da cidadania, através do aconselhamento/escolha, ensino, treino e supervisão do doente na utilização de meios auxiliares de marcha, tendo em conta a manutenção da funcionalidade, da identificação de necessidades sobre barreiras arquitetónicas, ergonômicas e da sugestão e implementação de alterações no contexto de vida do doente.

➤ **Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**

Ao longo do estágio, as intervenções do ER eram realizadas com o objetivo fundamental de maximizar as capacidades funcionais dos doentes. A ER busca sempre promover ganhos em saúde, transversais a todos os contextos da prática, pelo que deverá ser vista como uma área de *“excelência e referência, que previne, recupera e habilita novamente, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que provoque algum déficit funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade”* (OE, 2015, p.3).

Eram feitos programas de reabilitação da função respiratória, reabilitação da função motora, e reeducação da deglutição sempre com o objetivo de otimizar e reeducar estas funções, diminuindo desta forma o impacto causado pela doença ou incapacidade, e assim aumentando a funcionalidade. O crescimento desta competência foi facilitado pela constante monitorização das intervenções, pela utilização de diversas escalas, como Escala GUSS; Escala de Mors; Escala de Braden; Escala Medical Research Council; Índice de Massa Corporal; Escala de Asworth; Índice de Tinetti; Índice de Barthel. Estas escalas permitiram a avaliação ao pormenor dos resultados obtidos e a

reformulação dos planos de cuidados quando necessário, procurando aumentar o rendimento e desenvolvimento de cada doente.

Desta forma, para o desenvolvimento desta competência, contribuíram particularmente os programas de intervenção de ER em pessoas com doença crónica. Não menos importantes foram os programas de reabilitação implementados em doentes submetidos a artroplastia do joelho e da anca, doentes que sofrem AVC e todos aqueles que sofriam compromisso motor, respiratório ou cardíaco, e que necessitavam de uma intervenção mais diversificada.

PARTE 2- INVESTIGAÇÃO REALIZADA

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Envelhecimento Biológico

O envelhecimento biológico é marcado pela redução da taxa metabólica, como consequência do decréscimo das trocas energéticas do organismo. Constata-se, neste processo, uma diminuição significativa da capacidade de regeneração celular, o que impacta no envelhecimento de órgão e sistemas (Sequeira, 2018).

Associados ao envelhecimento, Spar e La Rue (2005) fazem particular referência às principais modificações anatómicas e funcionais dos seguintes sistemas orgânicos: sistema cardiovascular, sistema respiratório, sistema renal, sistema gastrointestinal, sistema músculo-esquelético e sistema nervoso.

Ao nível do sistema cardiovascular, segundo Afiune (2013), Os sinais do envelhecimento em humanos englobam o aumento gradual da pressão sistólica, da pressão de pulso (diferença entre a pressão sistólica e a pressão diastólica), da velocidade da onda de pulso, do tamanho do ventrículo esquerdo e do risco de doença coronária e fibrilhação auricular.

O sistema respiratório mantém, durante a senescência, a capacidade para manter adequadamente a oxigenação e ventilação em repouso. No entanto, perde-se de forma progressiva a reserva respiratória, diminuindo a resposta ventilatória à hipóxia e à hipercapnia tornando as pessoas idosas mais propensas à insuficiência respiratória (Gorzoni, 2013).

A partir dos quarenta anos, inicia-se o processo de envelhecimento renal, com diminuição do seu peso, redução da área de filtração glomerular e, conseqüentemente, das suas funções fisiológicas (Carvalho, 2013). Sequeira (2018) acresce que o sistema excretor perde a capacidade de esvaziamento da bexiga, verificando-se uma diminuição da elasticidade.

Com o avançar da idade, o sistema digestivo sofre mudanças em sua estrutura, motilidade e função secretora, e essas alterações afetam todo o trato intestinal, se bem que de forma diferenciada entre os vários segmentos (Ferriolli, 2013). Reduz-se a capacidade de absorção de nutrientes, diminui a eficácia da eliminação e verifica-se uma atrofia da mucosa gástrica (Sequeira, 2018).

Ao nível do sistema músculo-esquelético este evidencia uma redução da massa muscular e óssea, perda da elasticidade das articulações e da força muscular (Sequeira, 2018).

Finalmente, e relativamente ao sistema nervoso, segundo Sequeira (2018), observa-se degenerescência neurofibrilar de neurónios, aglomeração de placas neuríticas, perda de neurónios, entre outras alterações.

Sequeira (2018) chama a atenção para o facto de estas alterações produzirem efeitos sobre o funcionamento cerebral, psicológico e dos sistemas em geral na pessoa idosa.

2. Institucionalização dos idosos

Quando uma família procura um lar ou uma casa de repouso como local para a pessoa idosa morar procura um ambiente salutar que proporcione cuidados, companhia, além de ser um espaço de convivência e socialização entre os idosos (Perlini et al., 2007).

Os autores mencionados anteriormente observam que, culturalmente, existe uma expectativa de que, quando os pais envelhecem, os filhos assumam a responsabilidade pelo seu bem-estar, oferecendo apoio material e emocional de acordo com as condições e necessidades individuais de cada situação.

O processo de internamento em instituições de acolhimento que desenvolvem cuidados de longa duração e manutenção, como os lares e casas de repouso, é uma realidade presente nos países ocidentais caracterizados por uma inversão da pirâmide populacional. Várias razões estão subjacentes à institucionalização de pessoas idosas. Por vezes a família pode não dispor do tempo ou das habilidades necessárias para cuidar de um idoso que se tornou dependente ou enfrenta doenças crônicas. Por outro lado, a solidão e a fragilidade podem resultar da perda do cônjuge ou de pessoas significativas.

Desta forma, a institucionalização, quer seja por vontade própria, quer seja por sugestão de alguém (familiares, amigos, vizinhos), pode ser encarada como um ganho, pelo recurso à oferta de acompanhamento e de cuidados, essencialmente se a doença lhe impõe, ou vier a impor, limites sérios à funcionalidade.

É um ambiente que se centra na pessoa, onde paralelamente se desenvolvem cuidados gerontológicos adequados como os que são sugeridos por Berger e Mailoux-Poirier (1995), a destacar: (i) desenvolvimento de planos que visam a promoção e a

manutenção de saúde; (ii) aperfeiçoamento de cuidados em conjunto com outras equipas de cuidadores, que tenham em conta a pessoa e a história de vida; (iii) promoção de modelos de cuidados que sejam mais convenientes à readaptação e autonomia da pessoa idosa.

Em 24 de setembro de 1993, durante uma reunião realizada na Holanda e organizada pela Associação Europeia de Diretores de Instituições para Idosos, foi criada a Carta Europeia dos Direitos e Liberdades dos Idosos Residentes em Instituições. Alguns de seus princípios, igualmente relevantes para as ILPI (Instituições de Longa Permanência para Idosos), serão apresentados a seguir:

- *“Promover e melhorar constantemente a qualidade de vida e minimizar as inevitáveis restrições acarretadas pela vida na instituição;*
- *Manter a autonomia do idoso;*
- *Favorecer a livre expressão da sua vontade;*
- *Favorecer o desenvolvimento da sua capacidade;*
- *Possibilitar liberdade de escolha;*
- *Garantir um ambiente de aconchego na instituição como se fosse em sua própria casa;*
- *Respeitar a privacidade;*
- *Reconhecer o direito do idoso a seus próprios pertences, independentemente da sua limitação;*
- *Reconhecer o direito do idoso a assumir riscos pessoais e exercer responsabilidade conforme sua escolha;*
- *Respeitar a manutenção do seu papel social;*
- *Garantir acesso aos melhores cuidados de saúde de acordo com suas necessidades;*
- *Proporcionar cuidado integral, e não apenas médico”* (Born & Boechat, 2013).

Nesta linha, e de acordo com o Instituto Nacional de Segurança Social os objetivos dos lares de idosos, enumerados por Cardão (2009), são:

- *“Promover qualidade de vida;*
- *Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;*

- *Contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento; privilegiar a interação com a família e/ou significativos e com a comunidade, no sentido de otimizar os níveis de atividade e de participação social;*
- *Promover estratégias de reforço da autoestima, de valorização e de autonomia pessoal e social, assegurando as condições de estabilidade necessárias para o reforço da sua capacidade autónoma para a organização das atividades da vida diária” (Cardão, 2009).*

Se o ambiente institucional priorizar as tarefas diárias e a impessoalidade nos cuidados oferecidos, isso pode resultar na privação de estímulo, apoio emocional e conexões afetivas para os idosos. Deste modo, a prestação de cuidados de maneira impessoal pode ter um impacto adverso na experiência das pessoas que residem em instituições (Fernandes, 2002).

De referir, que qualquer que seja o ambiente institucional, este contexto é vivido como algo emocionalmente difícil para o idoso, colocando em causa o seu sentimento de segurança básica (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Fernandes, 2002).

O sofrimento de separação e/ou abandono é marcado por fantasias de “perda de liberdade, abandono pelos filhos, aproximação da morte, tratamento que irão receber de funcionários e colegas” (Born, 2002, p. 407), enquanto os seus familiares fantasiam que a institucionalização lhe irá proporcionar mais convívio e melhores cuidados de saúde.

Em síntese, qualquer que seja o ambiente institucional, o processo de institucionalização é sempre angustiante para a pessoa idosa. A capacidade de se adaptar eficazmente à vida num lar não depende apenas da personalidade do indivíduo e de como ele experiencia o envelhecimento, mas também de fatores ambientais influenciados pela cultura e pela estrutura da instituição (Cardão, 2009).

3. Quedas em pessoas idosas

A queda, segundo Masud e Morris (2001) é definida como uma alteração imprevisível e não intencional de posição, que leva, de forma inadvertida, o indivíduo a um nível inferior. Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) define as quedas como o evento em que as pessoas, de forma inadvertida, caem no solo ou níveis inferiores, excluindo mudança intencional da posição para repouso na mobília, parede ou outros objetos.

A EUNESE (*European Network for Safety among Elderly*) descreve a queda como um evento não planejado em que o corpo se move para um nível mais baixo que a posição original e não pode ser corrigido prontamente, devido a várias circunstâncias que afetam a estabilidade. Já para Júnior e Heckman (2013) uma queda acontece quando duas condições estão presentes: deve existir uma alteração do equilíbrio e também uma falha, por parte do sistema de controlo postural, em compensar essa perturbação (Júnior & Heckman, 2013). Numa pequena proporção de casos, uma queda acontece quando uma perturbação interna fisiológica interrompe de forma momentânea a operação do sistema de controlo postural.

De referir que a incidência de quedas aumenta exponencialmente a partir dos 75 anos de idade, representando cerca de 90% das ocorrências, apresentando as mulheres maior risco de cair do que os homens. Tal facto poderá ser explicado pela maior comorbidade, condição de fragilidade, consumo de medicações e longevidade das mulheres. Almeida et al (2019) referem que idosos com idade superior a 80 anos têm uma taxa de mortalidade seis vezes mais alta do que aqueles com idades compreendidas entre os 65 e os 79 anos de idade, por caírem mais vezes devido a fragilidade aumentada. Cerca de 25% das pessoas que sofrem quedas, são portadores de lesões que lhe comprometem a mobilidade, aumentando o risco de morte prematura. Os mesmos autores acrescentam que as taxas de quedas entre os residentes em instituições são mais altas comparativamente aos que residem na comunidade. Nesta linha, e segundo Martins et al. (2016), é patente o risco de queda aumentado nos idosos, reportando-se que 30 a 50% dos institucionalizados caem todos os anos e 40% destes têm quedas recorrentes.

Martins et al (2016) desenvolveram um estudo junto de 136 idosos institucionalizados tendo concluído que o risco de queda nestes idosos é relevante uma vez que 45,6% apresenta risco elevado, 38,2% baixo risco e 16,2% risco médio.

As quedas constituem a segunda principal causa de mortes por trauma não intencional em todo o mundo. Cerca de 646000 indivíduos, a cada ano, morrem de quedas, nos países industrializados (Rosa et al., 2019).

3.1. Fatores de risco e consequências das quedas

Estabelecer uma única causa relativamente às quedas, é praticamente impossível devido às suas características multifatoriais. As quedas como eventos imprevistos são resultado de interações complexas entre diferentes fatores de risco, podendo ser classificados,

segundo a sua natureza em intrínsecos (agentes farmacológicos, fatores fisiológicos e fatores cognitivos) e extrínsecos (ambiente físico) (Oliveira et al., 2014).

Os fatores integrados na *NANDA International* são: idade superior ou igual a 65 anos, história de quedas, viver sozinho, prótese no membro inferior e uso de auxiliar de marcha (Herdman & Kamitsuru, 2014).

Os agentes farmacológicos nomeados como fatores de risco são o consumo de álcool e fármacos (Herdman & Kamitsuru, 2014). A polimedicação encontra-se associada ao risco de queda, essencialmente em alguns grupos específicos de fármacos como os ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (Costa-Dias et al., 2013). Nos fatores fisiológicos encontram-se a doença aguda, alteração da glicemia, anemia, artrite, condições que afetam os pés, fraqueza muscular, diarreia, alterações na marcha, síncope ao estender o pescoço, síncope ao virar o pescoço, comprometimento da audição, comprometimento do equilíbrio, da mobilidade, incontinência, neoplasia, neuropatia, hipotensão ortostática, período de recuperação pós-cirúrgico, déficit proprioceptivo, insónia, urgência urinária, doença vascular e comprometimento visual (Herdman & Kamitsuru, 2014).

Nos fatores cognitivos encontram-se as alterações na função cognitiva (Herdman & Kamitsuru, 2014).

Por último, os fatores de risco associados ao ambiente físico referem-se a: ambiente desorganizado, exposição a condições de insegurança relacionadas com condições climáticas (por exemplo, piso molhado e gelo), iluminação insuficiente, material antiderrapante insuficiente no WC, ambiente não familiar, tapetes soltos (Herdman & Kamitsuru, 2014), ausência de barras de apoio e corrimões, superfícies irregulares (Sophonratanapokin et al., 2012), desníveis no chão e móveis instáveis (Ambrose et al., 2013). Estes fatores são determinantes para as quedas, estando presentes em cerca de 30 a 50% das quedas (Oliveira et al., 2014).

Em consequência das quedas, os agravos para a saúde do idoso são multifacetados, no entanto, na maioria dos casos, contribuem para o aumento da dependência funcional após as mesmas.

As quedas em idosos estão associadas a uma grande diversidade e heterogeneidade de consequências físicas indesejadas, que podem ser mais ou menos sérias. Quatro

categorias principais foram consideradas para as consequências físicas: fraturas, contusões, lesões e “outras” consequências físicas. Também foi definida uma quinta categoria, focada nos efeitos fisiológicos associados às consequências físicas das quedas (Terroso et al., 2014).

Observou-se que as fraturas (como consequências das quedas) podem ocorrer em quase todas as regiões do corpo. No entanto, a fratura de quadril e as fraturas ósseas indiferenciadas são as mais referenciadas na literatura, com 37,9 e 27,5% de incidência, respectivamente (Choi et al., 2010a; Choi et al., 2010b; Venegas, et al., 2010).

As contusões na cabeça por quedas, com 10,3 % de incidência, foram a consequência física mais referida na categoria contusões (Coimbra, et al., 2010).

Para a categoria lesões, a incidência de referências na literatura é mais homogênea do que nas outras categorias. As lesões mais referenciadas são os tecidos moles e os membros superiores, respectivamente com 6,8 e 5,7% de incidência. As lesões nos cotovelos são as que tiveram menor incidência, nomeadamente 2,2% (Terroso et al., 2014).

Para outras consequências, as lacerações com 8% e as luxações com 5,7% de incidência foram as mais referenciadas na literatura. Esta categoria também incluiu entorses, hematomas e dor, mas estes foram identificados em menor escala na literatura (Terroso, et al., 2014).

Os efeitos fisiológicos das quedas de idosos também foram identificados. Verificaram-se dois efeitos com maior incidência, a destacar, com 21,8% a morte e morbidade (Michael, et al., 2010; Pinheiro et al., 2010) e com 20,6% o declínio funcional (Coimbra et al., 2010; Tirado, 2010). A maioria das fatalidades causadas por quedas ocorre em indivíduos com mais de 65 anos. Aproximadamente 2 em cada 1000 pessoas com mais de 65 anos sofrem eventos fatais diretamente relacionados a quedas a cada ano, e essa incidência tende a aumentar com a idade, sendo mais prevalente em homens do que em mulheres (Júnior & Heckman, 2013). Outros efeitos significativos identificados foram a inatividade, com 14,9%, dependência funcional e perda de autonomia, com 13,7%, e depressão, com 10,3% de incidência (Coimbra et al., 2010; Pinheiro et al., 2010).

3.2. Prevenção

Muitas ações, estratégias e mecanismos podem, e têm sido empregues para os aspetos de prevenção, minimização e reabilitação das quedas em idosos. As diferentes intervenções podem ser categorizadas em três grupos: o primeiro grupo consiste em intervenções físicas, o segundo em intervenções ambientais e o terceiro em intervenções comportamentais. Para cada um deles, pode-se corresponder às três fases associadas às quedas: o momento antes da queda (intervenções para prevenir quedas), o momento durante a queda (intervenções para minimizar as consequências das quedas) e o momento após a queda (intervenções relacionadas com a reabilitação das consequências das quedas).

As intervenções físicas são as que apresentaram maior incidência: destacam-se o ajuste da medicação com 18,3% de incidência (Chang et al., 2010; Coimbra et al., 2010; Oliver et al., 2010; Pinheiro et al., 2010), os sistemas de revestimento de proteção de quadril com 17,2% de incidência (Choi et al., 2010a; Choi et al., 2010b; Pinheiro et al., 2010) e o uso de programas de fortalecimento nutricional com 11,4% de incidência (Michael, et al., 2010; Pinheiro et al., 2010).

As intervenções ambientais foram as que apresentaram menor incidência e se limitaram essencialmente a mudanças nos ambientes domiciliar e público para reduzir o risco de queda, com 11,4% de incidência. Note-se também que a outra intervenção “eliminação de obstáculos no agregado familiar” está diretamente relacionada com a primeira (Pynoo et al., 2010).

Por fim, nas intervenções comportamentais, a maior incidência, de 21,8%, foi encontrada para realização de atividades e exercícios (Coimbra et al., 2010; Michael, et al., 2010; Pinheiro et al., 2010). A utilização de métodos de reabilitação baseados no treino da marcha e na gestão dos fatores de risco de quedas múltiplas, com uma incidência de 14,9 e 10,3%, respetivamente, foram também tipos de intervenções comportamentais relevantes (Michael et al., 2010; Nieuwenhuizen et al., 2010; Tirado, 2010).

Um passo fundamental, passa pela estratificação do risco de quedas, uma vez que as intervenções planeadas de acordo com o perfil de risco individual possuem mais eficácia. A estratégia passa pela identificação de quem está em risco de cair, quais os fatores que colocam em risco cada pessoa e intervir de forma coordenada com todos os

intervenientes com o intuito de controlar sempre que possível os fatores identificados (Carmo, 2014).

ESTUDO EMPÍRICO

1 Metodologia

No presente capítulo apresentam-se as fases e procedimentos metodológicos que guiaram a investigação.

1.1. Tipo de estudo e objetivos

Para a realização deste trabalho de investigação recorreu-se ao método quantitativo, sendo um estudo correlacional e transversal.

Foi delineado o seguinte objetivo geral: identificar o risco de quedas em pessoas idosas institucionalizadas, e pesquisar possíveis associações entre o risco de cair e variáveis sociodemográficas e clínicas.

1.2. População e amostra. Processo de amostragem

A população em questão abrange todos os residentes no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Carrazeda de Ansiães durante o ano de 2023.

A amostra foi constituída a partir da população total, após aplicação dos seguintes critérios de inclusão:

- Ter idade superior ou igual a 65 anos;
- Ser capaz de ouvir e entender ordens simples;
- Estar consciente e orientado;
- Apresentar marcha independente, mesmo com recurso a auxiliares de marcha;
- Aceitar de forma voluntária a participação no estudo.

1.3. Instrumento de recolha de dados e variáveis em estudo

Tendo em conta os objetivos que nortearam o estudo optou-se por recolher os dados sob a forma de entrevista estruturada em questionário, desenvolvido com base em informações da literatura em estudos desenvolvidos na temática das quedas.

O instrumento de recolha de dados (Anexo I), encontrando-se dividido em duas partes. A primeira parte do questionário é composta por catorze questões que visam a caracterização sociodemográfica e clínica dos utentes.

Na primeira parte do questionário uma das variáveis avaliada foi o *Timed Up and Go*. Este teste mede, em segundos, a mobilidade funcional dos idosos. Para a aplicação do referido teste foram tidas em contas o material e recomendações emanadas pela Norma n.º 008/2019 da Direção-Geral de Saúde:

“a) cronómetro para medir o tempo de execução do teste (segundos); b) cadeira de braços, com assento colocado entre 44 e 47 cm de altura; c) em frente à cadeira deverá existir um percurso disponível com 3 metros de comprimento; d) medir, a partir da linha que une as pernas da cadeira, uma distância de três metros e assinalar no chão com fita adesiva; e) deve ser usado calçado e auxiliares de marcha habituais; f) a pessoa deve levantar-se, andar até alcançar a marca, dar a volta, regressar e sentar-se de novo; g) o teste termina quando as nádegas tocam o assento da cadeira; h) deve ser pedido à pessoa para andar a uma velocidade confortável e segura”.

Quanto à segunda parte, contempla a Escala de Quedas de Morse, com a finalidade de avaliar o risco de quedas nos idosos da Santa Casa da Misericórdia de Carrazeda de Ansiães. Esta escala foi validada em Portugal, por Costa-Dias et al. (2014). Esta escala é composta por 6 itens de avaliação, a destacar: (i) história anterior de queda; (ii) existência de um diagnóstico secundário; (iii) apoio para caminhar; (iv) terapia intravenosa; (v) postura no andar e na transferência; (vi) estado mental. Os itens 1, 2, 4 e 6 são medidos numa escala dicotómica Não/Sim em que o “não” corresponde ao valor de zero e o “sim” ao valor de 15 (nos itens 2 e 6), 20 (no item 4) ou 25 (no item 1). O item 3 tem como possíveis respostas “nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeiras de rodas” (0), “Muletas/canadianas/bengala/andarilho” (15) ou “apoia-se no mobiliário para andar” (30). Quanto ao item 5 tem como possíveis respostas “Normal/acamado/imóvel” (0), “debilitado” (10) e “dependente de ajuda” (20) (Costa-Dias, Martins, & Araújo, 2014). A pontuação total da escala varia entre 0 e 125 pontos e os utentes são discriminados em função do risco de queda: sem risco (0-24), baixo risco (25-50) ou alto risco (≥ 51) (Costa-Dias et al., 2014).

1.3.1. Variáveis independentes. Categorização e procedimentos de avaliação

As variáveis, segundo Fortin et al. (2003), são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação.

Foram consideradas as variáveis independentes que se apresentam categorizadas na tabela seguinte.

Tabela 1

Variáveis de caracterização sociodemográfica e clínica dos utentes.

Variável	Categorias
Idade	em anos
Sexo	Masculino
	Feminino
Estado Civil	Solteiro(a)
	Casado(a)/União de Facto
	Divorciado(a)/Separado(a)
	Viúvo(a)
Habilitações Literárias	Não sabe ler nem escrever
	1.º ciclo (4.ª classe)
	2.º Ciclo (9.º ano ou antigo 5.º ano)
	3.º ciclo escolar (11.º ano ou antigo 7.º ano)
	12.º ano ou equivalente
	Curso médio
Curso superior	
Tempo de institucionalização	em anos
Diminuição da visão	Sim
	Não
Medicação	Sim
	Não
Caminhar sem dificuldades	Sim
	Não
Auxiliar de marcha	Sim
	Não
Se sim, qual?	Bengala

	Andarilho
	Canadianas
Necessidade de ser acompanhado/a	Sim
	Não
<i>Time Up and Go</i>	em segundos
Sofreu alguma queda	Sim
	Não
	1
Se sim, quantas vezes	2
	3
	4 ou +
Necessidade de ser assistido/a	Sim
	Não
Hospitalizado	Sim
	Não

1.3.2. Variável dependente

A variável dependente é a que experimenta o resultado projetado pela variável independente. Por definição “é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente” (Fortin et al., 2003, p. 37).

A variável dependente deste estudo é o risco de queda dos idosos institucionalizados da Santa Casa da Misericórdia de Carrazeda de Ansiães, o qual será avaliado por meio da aplicação da Escala de Quedas de Morse.

1.4. Hipóteses de investigação

Neste estudo, estabelecemos as seguintes hipóteses de investigação:

H1- Existe associação entre o risco de quedas dos idosos e as características sociodemográficas e clínicas.

H2- As pontuações obtidas na escala do risco de quedas estão correlacionadas com os tempos Up and Go e a idade dos idosos.

1.5. Procedimentos éticos

O desenvolvimento de uma investigação acarreta por parte do investigador o levantamento de questões morais e éticas. A ética, segundo Fortin et al. (2003), é a ciência da moral que regula o nosso comportamento, sendo um julgamento de natureza filosófica sobre o que é mais apropriado, com base em princípios utilizados para fundamentar ações e solucionar problemas.

Qualquer pesquisa que envolva seres humanos pode colocar em causa os direitos e liberdades da pessoa. Desta forma, e segundo Fortin et al. (2003) quando se inicia a investigação, devem respeitar-se o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e equitativo.

A mesma autora refere que *“em resposta à violação dos direitos humanos e à evolução acelerada da ciência e da tecnologia, nasceram códigos de ética de âmbito nacional e internacional, com fim de reger a investigação em seres humanos”* (Fortin et al., 2003, p. 114).

Em teoria, o consentimento informado constitui um primado legal que garante proteção dos direitos humanos básicos. Este considera que o sujeito selecionado ou o seu representante, com oportunidade representativa suficiente, deve ou não participar da pesquisa sem indução devida, nem qualquer elemento de força, engano, coerção ou outras formas de sujeição ou coação (Vilelas, 2020).

Desta forma, houve a preocupação de respeitar e proteger os direitos e liberdades de todos os utentes que participarão neste estudo. Assim, foi solicitado ao provedor da Santa Casa da Misericórdia de Carrazeda de Ansiães autorização para o desenvolvimento da investigação (Anexo II), tendo o mesmo sido autorizado (Anexo III).

Outro aspeto tido em conta foi a necessidade da obtenção de consentimento informado dos utentes.

1.6. Procedimentos estatísticos

Após a recolha de dados segue-se o respetivo processo de tratamento e análise. Assim, os dados foram tratados no *software* IBM SPSS®, versão 27, com o intuito de apresentar os resultados de uma forma simples e organizada.

Empregamos métodos de estatística descritiva, incluindo o cálculo de frequências absolutas, percentagens e o desvio-padrão. Para avaliar a relação entre variáveis, utilizamos o teste Qui-quadrado, e para analisar correlações, empregamos o teste de correlação de Pearson (r).

2. Apresentação e Análise de Resultados

De seguida procedemos à apresentação e análise detalhada da amostra, tendo por base as variáveis sociodemográficas, as variáveis clínicas e a escala/teste utilizada na recolha de dados.

Caracterização sociodemográfica da amostra

Participaram no estudo 45 idosos institucionalizados em lar, sendo que a idade dos participantes variou dos 67 anos ao valor máximo de 95 anos. A média rondou os 83 anos para um desvio padrão de 7,8 anos (Tabela 2).

Tabela 2

Estatísticas descritivas obtidas para a variável idade.

Variáveis	Valor mínimo	Valor máximo	M±DP
<i>Idade (anos)</i>	67	95	82,8±7,4

Observando a distribuição dos idosos pelas variáveis sociodemográficas, constata-se que a maioria (66,7%) eram mulheres, uma percentagem muito significativa eram viúvos (as), e detinham como habilitações literárias predominantemente a 4ª classe (51,1%). Os resultados são apresentados na tabela 3.

Tabela 3

Idosos distribuídos pelas variáveis sociodemográficas.

Variáveis	N	%
<i>Sexo</i>		
Masculino	15	33,3
Feminino	30	66,7
<i>Estado civil</i>		
Solteiro	3	6,7
Casado ou união de facto	13	28,9
Divorciado ou separado	1	2,2
Viúvo	28	62,2

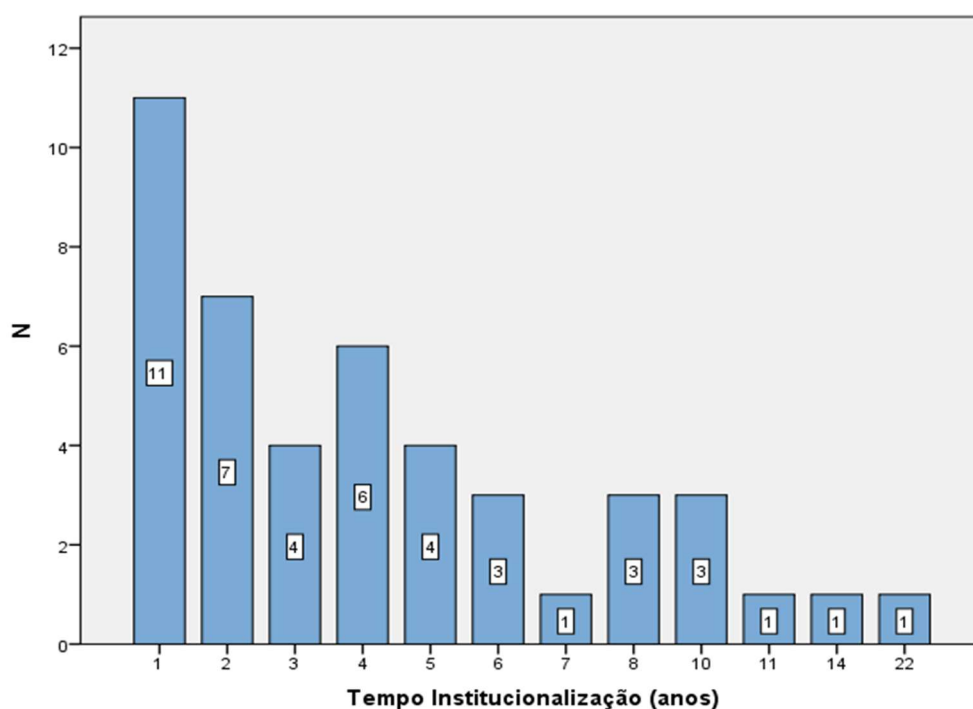
Habilitações

Não sabe ler, nem escrever	17	37,8
1º Ciclo (4ª classe)	23	51,1
2º Ciclo	4	8,9
3º Ciclo	1	2,2

No gráfico seguinte apresentamos o tempo de institucionalização dos idosos. Esse tempo variou de 1 a 22 anos. Com 1 ano, encontramos onze idosos e com dois anos sete. No outro extremo da distribuição observamos que 1 idoso está institucionalizado há onze anos, um outro catorze, e um outro ainda vinte e dois anos.

Gráfico 1

Idosos distribuídos pelo tempo de institucionalização, em anos.



Caracterização clínica dos idosos

Relativamente às variáveis clínicas por nós investigadas, e como se observa pela tabela 4, a grande maioria dos idosos apresentava problemas de visão (73,3%), todos eles faziam medicação oral diária, e 55,6% referiram dificuldades em caminhar.

Tabela 4

Caraterização clínica dos idosos: Visão diminuída, toma de medicação e dificuldade ao caminhar.

Variáveis	N	%
<i>Diminuição da visão</i>		
Sim	33	73,3
Não	12	26,7
<i>Toma medicação?</i>		
Sim	45	100,0
Não	0	0,0
<i>Consegue caminhar sem dificuldade?</i>		
Sim	20	44,4
Não	25	55,6

Em média os idosos tomam 7 medicamentos diferentes diariamente. Se tomarmos como ponto de corte 5 ou mais medicamentos diferentes por dia (que a maioria da literatura considera polimedicação) podemos concluir que 75,6% dos idosos se encontram polimedicados (Tabela 5).

Tabela 5

Número de fármacos tomados diariamente.

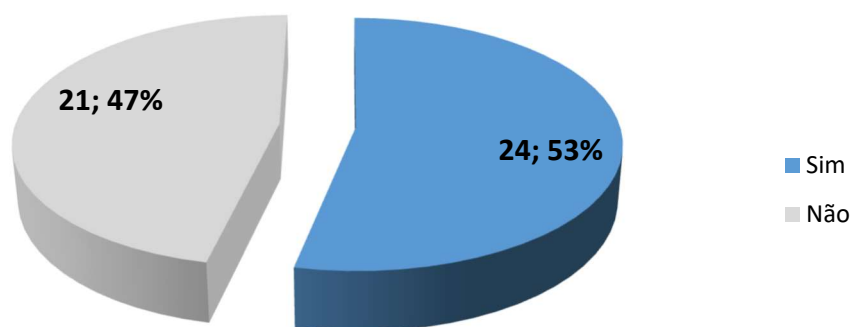
	n	%	% Acumulada
Número de 1	1	2,2	2,2
fármacos 2	2	4,4	6,7
(6,7±3,5) 3	4	8,9	15,6
4	4	8,9	24,4
5	9	20,0	44,4
6	4	8,9	53,3
7	7	15,6	68,9
8	1	2,2	71,1
9	4	8,9	80,0
10	3	6,7	86,7
11	4	8,9	95,6

12	1	2,2	97,8
20	1	2,2	100,0
Total	45	100,0	

Dos idosos inquiridos, 24 (53,0%) usam auxiliares de marcha, conforme o gráfico seguinte.

Gráfico 2

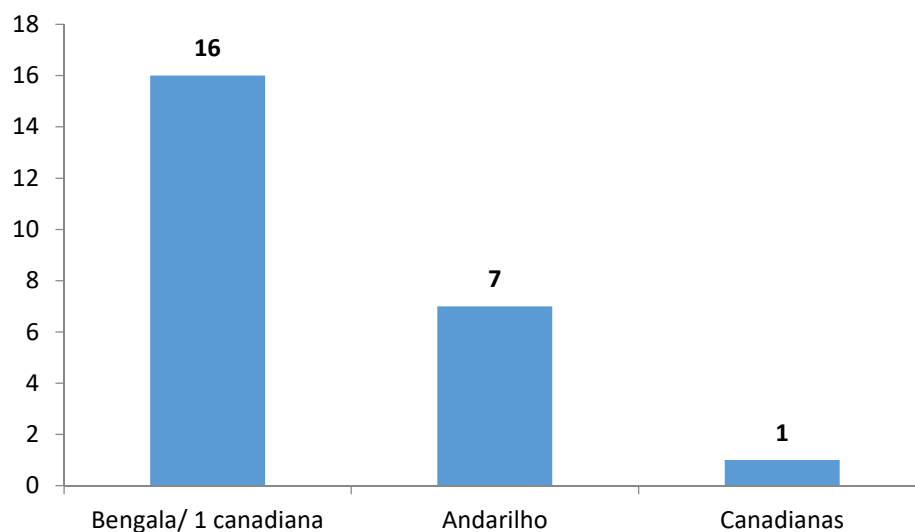
Necessidade de uso de auxiliares de marcha.



Dos 24 idosos que referiram usar auxiliares de marcha, 16 deles usa bengala ou uma canadiana, 7 usam andarilho e 1 usa canadianas (Gráfico 3).

Gráfico 3

Tipo de auxiliares usados pelos idosos.



Antecedentes de quedas

Quanto aos resultados relacionados com o histórico de quedas, observou-se que 6 idosos relataram quedas no ano anterior, representando uma taxa de prevalência de 13,3%.

Dos 6 idosos que mencionaram quedas no ano anterior, 5 deles caíram apenas uma vez, enquanto 1 idoso relatou ter sofrido quedas em duas ocasiões. Uma das quedas resultou em hospitalização. Os resultados estão resumidos na Tabela 6.

Tabela 6

História de quedas nos últimos 12 meses.

Variáveis	n	%
<i>Sofreu alguma queda nos últimos 12 meses?</i>		
Sim	6	13,3
Não	39	86,7
<i>Quantas vezes caiu no último ano?</i>		
1 Queda	5	-
2 Quedas	1	-
<i>Houve necessidade de ser assistido?</i>		
Sim	5	11,1
Não	1	2,2

<i>Houve necessidade de ser hospitalizado?</i>		
Sim	1	2,2
Não	5	11,1

Estatísticas descritivas obtidas para o teste Up and Go

O tempo mínimo registrado no teste *Up and Go* foi de 8,3 segundos, enquanto um idoso levou o tempo máximo de 32,5 segundos. A média dos resultados obtidos no teste foi de 15,3 segundos, com um desvio padrão de 5,5 segundos.

Tabela 7

Estatísticas descritivas para a variável Up and Go.

Variáveis	Valor mínimo	Valor máximo	M±DP
<i>Teste Up and Go (segundos)</i>	8,3	32,5	15,3±5,5

M- Média

DP- Desvio Padrão

Escala de Quedas de Morse

Os resultados obtidos na escala de Morse variaram de 0 a 90 pontos, com uma média de 32,1 (18,7) pontos.

Tabela 8

Descritivas obtidas para a Escala de Morse.

Variáveis	Valor mínimo	Valor máximo	M±DP
<i>Escala de Quedas de Morse (pontos)</i>	0,0	90,0	32,1±18,7

M- Média

DP- Desvio Padrão

A tabela subsequente fornece uma descrição do risco de quedas entre os idosos, avaliado através da utilização da Escala de Morse, e segundo os pontos de corte sugeridos pela Direção Geral de Saúde (DGS).

Observou-se que 20% dos idosos apresentou alto risco de cair, seguidos de 42,2% com baixo risco e 37,8% sem risco, respetivamente.

Tabela 9

Distribuição dos idosos, segundo a classificação do risco de quedas pela Escala de Morse.

	n	%
Sem risco (0 e \leq 24 pontos)	17	37,8
Baixo risco (\geq 25 e \leq 50 pontos)	19	42,2
Alto risco (\geq 51 pontos)	9	20,0
Total	45	100,0

Na tabela seguinte distribuem-se os idosos pelos vários critérios avaliados pela Escala de Morse.

No histórico de quedas para os últimos três meses, 8,9% dos idosos relataram ter caído durante esse período. Relativamente aos diagnósticos secundários, 91,1% foram diagnosticados com uma ou mais doenças. Sobre o auxílio na deambulação, a maioria 51,1% foi agrupada em “Nenhuma/ ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas”. No item “Terapia intravenosa”, nenhum idoso a realiza. Em relação à marcha, destacou-se que 48,9% dos participantes se enquadravam na categoria “Debilidado”. A maioria mostrou-se “consciente das suas capacidades (86,7%)”.

Tabela 10

Distribuição dos idosos pelos critérios da Escala de Morse.

	N	%
<i>Histórico de quedas neste internamento/ ou nos últimos 3 meses</i>		
Não	41	91,1
Sim	4	8,9
<i>Diagnóstico(s) secundário(s)</i>		
Não	4	8,9
Sim	41	91,1
<i>Ajuda para caminhar</i>		
Nenhuma/ ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	23	51,1
Muletas/ canadianas/ bengala/ andarilho	22	48,9

Apoia-se no mobiliário para andar

Terapia intravenosa

Não	45	100,0
Sim	-	-

Postura no andar e na transferência

Normal/acamado/imóvel	18	40,0
Debilidado	22	48,9
Dependente de ajuda	5	11,1

Estado mental

Consciente das suas capacidades	39	86,7
Esquece-se das suas limitações	6	13,3

Hipóteses de investigação

H1- Existe associação entre o risco de quedas dos idosos e as características sociodemográficas e clínicas.

Ao analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e o risco de queda (utilizando o teste do Qui-quadrado), não foi observada uma associação significativa entre o risco de queda e as variáveis sexo e visão diminuída.

Por outro lado, conforme apresentado na tabela 11, observou-se uma correlação entre o uso de dispositivos de auxílio à marcha e a ocorrência de quedas, bem como ocorrência de quedas e risco de cair.

Tabela 11

Associação de variáveis sociodemográficas e clínicas e risco de quedas.

Variáveis	Categorias	Risco de quedas			p
		Sem risco	Baixo risco	Alto risco	
Sexo	Masculino <i>n (%)</i>	8 (17,8)	4 (8,9)	3 (6,7)	0,255
	Feminino <i>n (%)</i>	9 (20,0)	15 (33,3)	6 (13,3)	
Diminuição da visão	Sim <i>n (%)</i>	11 (24,4)	15 (33,3)	7 (15,6)	0,593
	Não <i>n (%)</i>	6 (13,3)	4 (8,9)	2 (4,4)	
Uso de auxiliares de marcha	Sim <i>n (%)</i>	0 (0,0)	17 (37,8)	7 (15,6)	0,000
	Não <i>n (%)</i>	17 (37,8)	2 (4,4)	2 (4,4)	

Quedas nos últimos 12 meses	Sim <i>n</i> (%)	0 (0,0)	1 (2,2)	5 (11,1)	0,000
	Não <i>n</i> (%)	17 (37,8)	18 (40,0)	4 (8,9)	

H2- As pontuações obtidas na escala do risco de quedas estão correlacionadas com os tempos Up and Go e a idade dos idosos.

Para examinar possíveis correlações entre a Escala de Morse e outras variáveis quantitativas, empregamos o teste de correlação de Pearson (Tabela 12).

Uma correlação significativa ($r = 0,704$) foi observada entre as pontuações na Escala de Morse e os tempos registrados no teste *Up and Go*. Isso significa que pontuações mais altas na escala de risco de quedas estão associadas a tempos mais longos na realização do *Up and Go*.

De igual modo, os participantes que apresentam pontuações superiores na escala Morse são pessoas com maior idade ($r = 0,425$).

Tabela 12

Correlações entre as pontuações da escala de Morse, os tempos Up and Go e a idade dos idosos.

	Pontuações Morse	Teste Up and Go	Idade
Pontuações Morse	1		
Teste <i>Up and Go</i>	0,704**	1	
Idade	0,425**	0,462**	1

**A correlação é significativa ao nível 0,01 (bi-caudal)

3. Discussão dos Resultados

Apresentados os dados obtidos, passamos para a interpretação dos mesmos, tendo como foco dar resposta aos objetivos de investigação e às hipóteses definidas. Os resultados obtidos irão ser confrontados com os resultados de outras investigações ou literatura.

A idade dos idosos variou entre os 67 e 95 anos, sendo que a média rondou os 83 anos. A proporção de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, segundo a OMS, está a aumentar, sendo que Portugal é classificado como o segundo país da Europa com maior índice de envelhecimento (Rocha et al., 2022). De acordo com o recenseamento da população realizado em 2021, 23,4% da população total residente em Portugal, tem idade igual ou superior a 65 anos.

Relativamente ao sexo, a maioria eram mulheres. Resultados similares foram obtidos por Santos et al. (2020) e Rodrigues e Alvarenga (2020), nos quais verificaram um predomínio do sexo feminino.

Quanto ao estado civil a maioria são viúvos, sendo que nos estudos desenvolvidos por Santos et al. (2020) e Rodrigues e Alvarenga (2020) o estado civil mais prevalente foi o de casado.

Em relação às habilitações predomina a 4.^a classe, resultados estes também encontrados nos estudos de Santos et al. (2020), em que 34,1% tinham o ensino fundamental (1-4), de Rodrigues e Alvarenga (2020) no qual se verifica que 41,9% dos idosos tinham o ensino fundamental (1-4) e de Rocha et al. (2022) em que 49,1% completaram o 1.^o ciclo.

No que concerne à visão, 73,3% dos idosos apresentam diminuição da visão. A este respeito, Rocha et al. (2022) salientam que a visão, com a idade, vai-se torna-se menos precisa, o que interfere com a capacidade de calcular distâncias e de perceber obstáculos, podendo potenciar a queda.

Quanto à medicação, todos os idosos faziam medicação oral diária, sendo que em média tomavam 7 medicamentos diariamente. Quanto a este facto, García et al. (2018) referem que o consumo de 4 ou mais medicamentos é considerado como um factor de risco de queda nas populações idosas. Torrão (2016), no estudo desenvolvido concluiu que 87% dos idosos se encontravam polimedicados. Almeida et al. (2019) desenvolveram um estudo junto de 37 indivíduos tendo observado correlações

moderadas entre o número de medicamentos tomados e o score da *Medication Fall Risk Score*. Verificaram, ainda, que a ocorrência de quedas nos últimos 6 meses estava moderadamente relacionada com o número de fármacos diferentes consumidos diariamente. Também Santos et al. (2021) no estudo desenvolvido junto de 60 idosos, verificaram, que 85% realizavam algum tipo de tratamento medicamentoso, sendo 50% polimedicados.

A maioria (55,6%) dos idosos referiu ter dificuldades em caminhar e destes, 53% usam auxiliares de marcha (como por exemplo, bengala/1 canadiana – n=16). O uso de auxiliares de marcha, segundo Porto et al. (2019), por um lado ajudam o idoso a manterem-se funcionais e independentes, por outro, pode aumentar o risco de queda, sendo importante verificar se o dispositivo é adequado e se a utilização do mesmo é correta.

No que diz respeito ao histórico de quedas, apenas 13,3% dos participantes relataram ter sofrido quedas no último ano. Comparando com a literatura, observamos que entre 30% a 50% dos idosos institucionalizados de longa duração sofrem quedas anualmente, sendo que 40% deles caem duas ou mais vezes por ano (Pereira et al., 2010), valores longe dos encontrados no nosso trabalho. No estudo desenvolvido por Torrão (2016) junto de 158 idosos institucionalizados verificou uma prevalência de quedas de 14%, resultado similar ao obtido neste estudo. De referir, que no estudo desenvolvido por Basic e Hartweel (2015) junto de idosos que sofreram quedas em contexto hospitalar, a prevalência foi de 8,7%.

Neste estudo, o tempo médio de realização do teste *Up and Go* foi igual a $15,3 \pm 5,5$ segundos, o qual é inferior ao encontrado na literatura consultada (Millán-Calenti, 2017; Pinheira et al., 2018).

Em função dos pontos de corte recomendados pela DGS, verificou-se, neste estudo, que 42,2% dos idosos apresentava baixo risco de queda. Resultados contrários foram obtidos por Rocha et al. (2022) em que verificaram que 50,94% dos idosos não apresentava risco de queda; 24,53% apresentavam baixo risco de queda e 24,53% apresentavam alto risco de queda.

De uma forma geral as mulheres apresentam baixo risco de queda (33,3%) e os homens não apresentam risco (17,8%), sem diferenças estatisticamente significativas.

Resultados similares foram obtidos por Magalhães (2016) em que também não encontraram diferenças estatisticamente significativas.

H1- Existe associação entre o risco de quedas dos idosos e as características sociodemográficas e clínicas.

Neste estudo verificou-se que o risco de queda não foi significativo para a visão diminuída. Contrariamente, Magalhães (2016), no seu estudo, constatou a existência de relação entre a diminuição da acuidade visual e a ocorrência de quedas. A diminuição da visão constitui um risco acrescido, devido ao decréscimo da percepção da distância, de visão periférica e de adaptação ao escuro. Neste sentido, a visão diminuída é considerada um fator de risco para estes eventos (Ferreira & Yoshitome, 2010).

Verificou-se associação entre as variáveis uso de meios auxiliares de marcha e quedas nos últimos 12 meses com a variável risco de quedas. Albuquerque et al. (2018) desenvolveram um estudo junto de 280 idosos que utilizavam meios auxiliares de marcha, tendo concluído que o uso destes auxiliares não aumenta a autoeficácia para o risco de quedas em idosos. Rubenstein e Josephson (2006) referem que o uso de auxiliares de marcha está associado a um risco 2,6 vezes maior de ocorrência de quedas. Quanto às quedas nos últimos 12 meses, Magalhães (2016) constatou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o risco de quedas, indo ao encontro dos nossos resultados.

Face aos resultados obtidos, podemos referir que a hipótese definida é parcialmente aceite.

H2- As pontuações obtidas na escala do risco de quedas estão correlacionadas com os tempos Up and Go e a idade dos idosos.

Maior pontuação na escala de risco de quedas está associada a tempos mais longos no teste *Up and Go*, e os idosos com pontuações mais elevadas na escala de Morse tendem a ter maior idade.

Não existindo estudos de validação do TUG, existem alguns que apresentam diferentes pontos de corte. Assim, no estudo desenvolvido por Martins (2019), considerou que os idosos se encontram em risco de queda caso o tempo para o desempenho do TUG seja igual ou superior a 12 segundos. Para Shumway-Cook et al. (2000, citados por Branco, 2013) o ponto de corte para um elevado risco de queda é de 13,5 segundos. No estudo

desenvolvido por Bretan et al. (2013) junto de 102 idosos concluíram que idosos com valores mais elevados no teste estão mais propensos a quedas.

É a partir dos 65 anos, segundo Costa-Dias et al. (2014), que se verificam cerca de 75% das quedas, tendo assim, estas maior risco de virem a sofrer uma queda. A este respeito, Terroso et al. (2014) referem que aproximadamente um terço dos indivíduos com mais de 65 anos experimenta pelo menos uma queda por ano, e cerca de metade dos idosos que residem em instituições, na mesma faixa etária, sofrem quedas anualmente.

CONCLUSÃO

Tem-se verificado, ao longo das décadas um envelhecimento populacional em ascensão e conseqüentemente o aumento da longevidade, levando a que seja necessário analisar as necessidades associadas ao envelhecimento, e assim, possibilitar a promoção da saúde e da qualidade de vida dos idosos. As modificações demográficas que se têm verificado a nível mundial acarretam desafios aos profissionais de saúde, cabendo a estes encontrarem estratégias e respostas que possibilitem que os idosos se mantenham elementos ativos da sociedade (Rocha et al., 2022).

Pretendeu-se com este estudo identificar o risco de quedas em idosos residentes em instituições, e pesquisar possíveis associações entre o risco de cair e condições sociodemográficas e clínicas.

Ao nível do risco de quedas, e após a análise dos resultados da Escala de Morse, obteve-se uma pontuação média de 32,1 (18,7) pontos. Assim os inquiridos revelam baixo risco de queda.

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre o risco de queda, o sexo e a diminuição da visão. Todavia constatou-se associação entre as variáveis uso de meios auxiliares de marcha e quedas nos últimos 12 meses com a variável risco de quedas.

Para além do mencionado, constatou-se também quanto maior o risco de quedas, maiores serão os tempos na realização do teste *Up and Go* e maior será a idade dos idosos.

Este estudo foi um contributo para o conhecimento desta população que esperamos poder contribuir para a melhoria das estratégias de prevenção de quedas. No entanto, devido ao tamanho limitado da amostra, é difícil generalizar os resultados para a população em geral, sendo mais apropriado circunscrever os resultados ao grupo de idosos estudado. No entanto, a sugestão de expandir a pesquisa para incluir outras populações é relevante para o desenvolvimento futuro desta temática.

Referências Bibliográficas

- Afiune, A. (2013). Envelhecimento Cardiovascular. In E. Freitas, & L. Py, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 557-565). Guanabara Koogan.
- Albuquerque, V., Fernandes, L., Delgado, F., & Mármora, C. (2018). O uso de dispositivos auxiliares para marcha em idosos e sua relação com autoeficácia para quedas. *Revista HUPE*, 17(2), pp. 51-56. [https://doi: 10.12957/rhupe.2018.40858](https://doi.org/10.12957/rhupe.2018.40858).
- Almeida, A., Pinheira, V., & Cordeiro, N. (2019). Relação entre a mobilidade funcional e a polimedicação para o risco de quedas em idosos. *International Journal of Development and Educational Psychology*, 2(2), pp. 265-276. <http://hdl.handle.net/10400.11/7327>.
- Ambrose, A., Paul, G., & Hausdorff, J. (2013). Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. *Maturitas*, 75(1), pp. 51-61. [https://doi: 10.1016/j.maturitas.2013.02.009](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.02.009).
- Basic, D., & Hartwell, T. (2015). Falls in hospital and new placement in a nursing home among older people hospitalized with acute illness. *Clinical Interventions in Aging*, 10, pp. 1637-1643. [https://doi: 10.2147/CIA.S90296](https://doi.org/10.2147/CIA.S90296).
- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades*. Lusodidacta.
- Born, T. (2002). Cuidado ao idoso em instituição. In M. Netto, *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 403-414). Martins Fontes.
- Born, T., & Boechat, N. (2013). A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In E. Freitas, & L. Py, *Tratado de geriatria e gerontologia* (3.^a ed., pp. 1820-1835). Guanabara Koogan.
- Branco, P. (2013). *Avaliação e modificação do risco de queda em idosos com recurso à posturografia dinâmica computadorizada [Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas]*. Repositório Universidade Nova. <http://hdl.handle.net/10362/10526>.

- Bretan, O., Júnior, J., Ribeiro, O., & Corrente, J. (2013). Risk of falling among elderly persons living in the community: assessment by the timed up and go test. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 79(1), pp. 18-21. <https://doi.org/10.5935/1808-8694.20130004>.
- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Coisas de ler.
- Carmo, I. (2014). *Risco de queda em idosos na comunidade: contributo para a construção de um instrumento de avaliação [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]*. Repositório Comum: <http://hdl.handle.net/10400.26/9499>.
- Carvalho, F. (2013). Envelhecimento do aparelho urinário. In E. Freitas, & L. Py, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1036-1042). Guanabara Koogan.
- Carvalho, M., & Dias, M. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, 40, pp. 161-184. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8226>.
- Chang, C., Chen, M., Tsai, C., Ho, L., Chau, Y., & Liu, C. (2010). Medical conditions and medications as risk factors of falls in the inpatient older people: a case-control study. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 26(6), pp. 602-607. <https://doi.org/10.1002/gps.2569>.
- Choi, W., Hoffer, J., & Robinovitch, S. (2010a). Effect of hip protectors, falling angle and body mass index on pressure distribution over the hip during simulated falls. *Clin Biomech*, 25, pp. 63-69. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiomech.2009.08.009>.
- Choi, W., Hoffer, J., & Robinovitch, S. (2010b). The effect of positioning on the biomechanical of soft shell hip protectors. *Journal Biomech*, 43, pp. 818-825. <https://doi.org/10.1016/j.jbiomech.2009.11.023>.
- Coimbra, A., Ricci, N., Coimbra, I., & Costallat, L. (2010). Falls in the elderly of the family health program. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51(3), pp. 317-322. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.01.010>.
- Costa-Dias, M., Ferreira, P., & Oliveira, A. (mai/jun de 2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, 2, pp. 7-17. <https://doi.org/10.12707/RIII1382>.

- Costa-Dias, M., Martins, T., & Araújo, F. (fev./mar de 2014). Estudo do ponto de corte da Escala de Quedas de Morse (MFS). *Revista de Enfermagem Referência*, 1, pp. 65-74. <https://doi:10.12707/RIII13101>.
- Costa-Dias, M., Oliveira, A., Moreira, C., Santos, A., Martins, T., & Araújo, F. (mar de 2013). Quedas dos doentes internados em serviços hospitalares, associação com os grupos terapêuticos. *Revista de Enfermagem Referência*, 9, pp. 105-114. <https://doi:10.12707/RIII12142>.
- Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: 2.ª série, n.º 102. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso: estudo da relação entre fatores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Quarteto Editora.
- Ferreira, D., & Yoshitome, A. (2010). Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), pp. 991-997. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600019>.
- Ferriolli, E. (2013). Envelhecimento do sistema digestório. In E. Freitas, & L. Py, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 952-958). Guanabara Koogan.
- Fortin, M. (2003). Métodos de amostragem. In M. Fortin, *O processo de investigação: da concepção à realização* (pp. 200-214). Lusociência.
- Fortin, M., Côté, J., & Vissandjée, B. (2003). As etapas do processo de investigação. In M. Fortin, *O processo de investigação: da concepção à realização* (3ª ed., pp. 34-43). Lusociência.
- Fortin, M., Prud'homme-Brisson, D., & Coutu-Wakulczyk, G. (2003). Noções de ética em investigação. In M. Fortin, *O processo de investigação: da concepção à realização* (3ª ed., pp. 113-130). Lusociência.
- García, B., González, S., Muñoz, A., Antón-Solanas, I., Caballero, V., & Vela, R. (2018). Uso de medicamentos asociados al riesgo de caídas en ancianos no institucionalizados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, pp. e03319. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017012603319>.
- Gorzoni, M. (2013). Envelhecimento pulmonar. In E. Freitas, & L. Py, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 889-892). Guanabara Koogan.

- Herdman, T., & Kamitsuru, S. (2014). *NANDA International Nursing Diagnoses: definitions and classification 2015-2017*. Wiley-Blackwell.
- INE. (2022). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento segundo os Censos*. Obtido em 23 de maio de 2023, de <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+censos-525>
- Júnior, C., & Heckman, M. (2013). Distúrbios da postura, marcha e quedas. In E. Freitas, & L. Py, *Tratado de geriatria e gerontologia* (3.^a ed., pp. 1499-1514). Guanabara Koogan.
- Magalhães, J. (2016). *Ocorrência de quedas em idosos: para um cuidado humanizado [Dissertação de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro]*. Repositório da UTAD. <http://hdl.handle.net/10348/7575>.
- Martins, A. (2019). *Era uma vez no lar: um idoso, uma cadeira, um tempo. O TUG aplicado a idosos institucionalizados [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]*. Repositório Digital da UBI. <http://hdl.handle.net/10400.6/8760>.
- Martins, R., Campos, D., Moreira, H., Albuquerque, C., Andrade, A., & Martins, C. (2016). Prevalência e determinantes do risco de queda em idosos institucionalizados. *Millenium*, 2, pp. 185-192. <http://hdl.handle.net/10400.19/6645>.
- Masud, T., & Morris, R. (2001). Epidemiology for falls. *Age ageing*, 30(4), pp. 3-7. [https://doi: 10.1093/ageing/30.suppl_4.3](https://doi:10.1093/ageing/30.suppl_4.3).
- Mata, M., Fernandes, A., Anes, E., Brás, M., & Pimentel, M. (2014). Risco de queda em idosos não institucionalizados no distrito de Bragança. *Novos Olhares na Saúde*, pp. 149-156. <http://hdl.handle.net/10198/9701>.
- Michael, Y., Lin, J., Whitlock, E., Gold, R., Fu, R., O'Connor, E., et al. (2010). Interventions to prevent falls in older adults. *Evidence Syntheses*, 80.
- Millán-Calenti, J., Núñez-Naveira, L., Lorenzo-López, L., Rodríguez-Villamil, J., Munõz-Mendonza, C., Cabañero-Martínez, M., et al. (2017). Timed up and go test performance as an indicator of fall history in institutionalized elderly. *Topics*

in *Geriatric Rehabilitation*, 00(00), pp. 1-7. [https://doi: 10.1097/TGR.000000000000164](https://doi.org/10.1097/TGR.000000000000164).

- Nieuwenhuizen, R., Dijk, N., Breda, F., Scheffer, A., Korevaar, J., Cammen, T., et al. (2010). Assessing the prevalence of modifiable risk factors in older patients visiting an ED due to a fall using the CAREFALL triage instrument. *Am J Emerg Med*, 28(9), pp. 994-1001. [https://doi: doi:10.1016/j.ajem.2009.06.003](https://doi.org/10.1016/j.ajem.2009.06.003).
- 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), pp. 637-645. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13087>.
- Oliver, D., Healey, F., & Haines, T. (2010). Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. *Clinical Geriatric Med*, 26(4), pp. 645-692. [https://doi: 10.1016/j.cger.2010.06.005](https://doi.org/10.1016/j.cger.2010.06.005).
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 122/2011. Diário da República, 2.ª série, n.º35, de 18 de fevereiro de 2011, 8648-8653. Acedido a 23/25/2023. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril, alterado e republicado pelo anexo II à Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: 2ª série, n.º26 (06/02/2019), pp. 4744-4750. <https://www.dre.pt>
- Pereira, F., Fernandes, A., & Miguel, T. (2010). *Factores, riscos e consequência de quedas em idosos institucionalizados*. VI Congresso Internacional de Saúde, Cultura e Sociedade.
- Perlini, N., Leite, M., & Furini, A. (2007). Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(2), pp. 229-236. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000200008>.

- Pinheira, V., Alves, D., & Pires, M. (2018). The relationship between mobility, physical activity and strength with depression, cognitive state and health in the elderly in Portugal. *The European Journal of Social & Behavioural Sciences*, 23(3), pp. 2753-2768. <http://dx.doi.org/10.15405/ejsbs.242>.
- Pinheiro, M., Ciconelli, R., Martini, L., & Ferraz, M. (2010). Risk factors for recurrent falls among Brazilian women and men: the Brazilian Osteoporosis Study (BRAZOS). *Cadernos de Saúde Pública*, 26(1), pp. 89-96. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2010000100010>.
- Porto, J., Iosimuta, N., Coelho, A., & Abreu, D. (2019). Recomendações para prescrição de dispositivos auxiliares da marcha em idosos. *Acta fisiátrica*, 26(3), pp. 171-175. <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v26i3a166646>.
- Pynoos, J., Steinman, B., & Nguyen, A. (2010). Environmental assessment and modification as fall prevention strategies for older adults. *Clin Geriatr Med*, 26(4), pp. 633-644. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2010.07.001>.
- Regulamento 429/2018, Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16-Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: 2.ª série, n.º 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10788/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: 2.ª Série, n.º 85. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>
- Rocha, F., Gemito, M., Caldeira, E., Coelho, A., & Moita, E. (2022). Risco de queda nos idosos: mais vale prevenir que remediar! *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 8(3), pp. 329-344. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(3\).569.329-344](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(3).569.329-344).
- Rodrigues, I., & Alvarenga, M. (2020). Vulnerabilidade funcional e queda de idosos: quais fatores estão associados? *Enfermagem foco*, 11(6), pp. 72-77. <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2020.v11.n6.3357>.

- Rosa, V., Cappellari, F., & Urbanetto, J. (2019). Análise dos fatores de risco para queda em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(1), pp. e180138. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180138>.
- Rubenstein, L., & Josephson, K. (2006). Falls and their prevention in elderly people: what does the evidence show? *The Medical Clinics of North America*, 90(5), pp. 807-824. <https://doi:10.1016/j.mcna.2006.05.013>.
- Santos, L., Santos, K., Lima, L., Morais, K., Reis, L., & Dutra, A. (2020). Queda e medo de morrer em idosos residentes na comunidade. *Fisioterapia Brasil*, 21(3), pp. 238-243. <https://doi.org/10.33233/fb.v21i3.1337>.
- Santos, R., Jatobá, D., de Souza, D., Medeiros, P., Mendes, A., de Lucena, A., et al. (2021). Avaliação do risco de quedas em idosos polimedicados. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(6), pp. 27784-27793. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n6-333>.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (2.^a ed.). LIDEL.
- Sophonratanapokin, B., Sawangdee, Y., & Soonthorndhada, K. (november de 2012). Effect of the living environment on falls among the elderly in thailand. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 43(6), pp. 1537-1547. <https://doi:10.3889/oamjms.2018.434>.
- Spar, J., & La Rue, A. (2005). *Guia prático de psiquiatria geriátrica*. Climepsi Editores.
- Terroso, M., Rosa, N., Marques, A., & Simões, R. (2014). Physical consequences of falls in the elderly: a literature review from 1995 to 2010. *European Review of Aging and Physical Activity*, 11, pp. 51-59. <https://doi10.1007/s11556-013-0134-8>.
- Tirado, P. (2010). Fear of falling. *Revista Espanhola Geriatria y Gerontologia*, 45(1), pp. 38-44. <https://doi:10.1016/j.regg.2009.10.006>.
- Torrão, C. (2016). *Quedas em idosos numa unidade de longa duração e manutenção: prevalência, riscos e prevenção [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]*. Biblioteca Digital do IPB. <http://hdl.handle.net/10198/13074>.

- Venegas, K., Padial, P., Hernández, M., Ortega, C., Montes, J., Molina, B., et al. (2010). Factors of risk in an elderly population: evaluation scales for the prevention of hip fractures. *Revista Espanhola Cir Ortopédica y Traumatologia*, 54(3), pp. 167-173. [https://doi.org/10.1016/S1988-8856\(10\)70227-3](https://doi.org/10.1016/S1988-8856(10)70227-3).
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: o processo de construção do conhecimento* (3.^a ed.). Edições Sílabo.

ANEXOS

ANEXO I

Questionário

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, será realizado um estudo de investigação, no qual se pretende avaliar o risco de queda em idosos institucionalizados da Santa Casa da Misericórdia de Carrazeda de Ansiães. As suas respostas são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente para fins de investigação. É importante que responda a todas as questões, caso contrário o questionário não poderá ser considerado válido para tratamento estatístico. Não há respostas corretas ou incorretas. Apenas se pretende conhecer a sua realidade. Agradecemos desde já o tempo que vai despende no preenchimento do questionário (será aproximadamente de 10 minutos).

PARTE I

Caracterização sociodemográfica e clínica

1. **Idade:** _____ anos

2. **Sexo**

Masculino

Feminino

3. **Estado Civil**

Solteiro(a) Casado(a)/União de facto Divorciado(a)/Separado(a) Viúvo(a)

4. **Habilitações literárias**

Não sabe ler nem escrever

1.º ciclo (4.ª classe)

2.º Ciclo (9.º ano ou antigo 5.º ano)

3.º ciclo escolar (11.º ano ou antigo 7.º ano)

12.º ano ou equivalente

Curso médio

Curso superior

5. Tempo de institucionalização _____ anos

6. Tem diminuição da visão?

Sim Não

7. Toma medicação?

Sim Não

Se sim, quantos? _____

8. Consegue caminhar sem dificuldades?

Sim Não

9. Utiliza algum auxiliar de marcha?

Sim Não Qual? Bengala Andarilho Canadianas

10. Sente necessidade de ser acompanhado/a por outra pessoa?

Sim Não

11. Teste *time up and go*

Tempo: _____ segundos

12. Nos últimos doze meses sofreu alguma queda?

Sim Não

12.1. Quantas vezes caiu?

1 2 3 4 ou +

13. Teve necessidade de ser assistido/a

Sim Não

14. Foi hospitalizado

Sim Não

PARTE II

Escala de Quedas de Morse

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhum/ajuda de profissional/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilitado	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

ANEXO

II

Ex.mo Sr. Provedor
da Santa Casa de Carrazeda de Ansiões

Eu, Nélia Nozes, aluna do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, venho por este meio evidenciar interesse, a V. excelência, o interesse em desenvolver um estudo junto dos utentes institucionalizados na V. Instituição.

O tema do trabalho é o Risco de quedas de utentes institucionalizados, tendo como objetivo identificar o risco de quedas em idosos institucionalizados.

Importa referir que todas as informações dos utentes serão utilizadas exclusivamente para finalidade científica.

Agradeço a disponibilidade.

Peço deferimento,
Carrazeda de Ansiões, 23 de janeiro de 2023

(Nélia Nozes)

ANEXO

III



Ex.mo Sr. Provedor

da Santa Casa de Carrazeda de Ansiães

Eu, Nélia Nozes, aluna do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, venho por este meio evidenciar interesse, a V. excelência, o interesse em desenvolver um estudo junto dos utentes institucionalizados na V. Instituição.

O tema do trabalho é o Risco de quedas de utentes institucionalizados, tendo como objetivo identificar o risco de quedas em idosos institucionalizados.

Importa referir que todas as informações dos utentes serão utilizadas exclusivamente para finalidade científica.

Agradeço a disponibilidade.

Peço deferimento,

Carrazeda de Ansiães, 25 de janeiro de 2023

Nélia Alexandra Mesquita Nozes

(Nélia Nozes)

q.e.

Ter em atenção a
confirmação de todos os dados
relativos aos utentes.
Não ~~de~~ ser autorizados.
A proteção de dados terá de
ser respeitada.
Quanto ao estudo, poderá
ser feito de acordo com as
condições apontadas.
2023-01-26