



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja

INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IP Instituto
Politécnico
Portalegre

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPS Instituto
Politécnico
de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Fatores de Risco de Queda num Centro de
Reabilitação: Contributos da Enfermagem de
Reabilitação**

Ana Isabel Coutinho Fernandes

Orientação: Professora Doutora Maria Gorete Mendonça Reis

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Évora, 2017



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Fatores de Risco de Queda num Centro de
Reabilitação: Contributos da Enfermagem de
Reabilitação**

Ana Isabel Coutinho Fernandes

Orientação: Professora Doutora Maria Gorete Mendonça Reis

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Évora, 2017

À minha Mãe que sempre me inculuiu o espírito de lutar pelos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho é um momento de alegria e também um momento para agradecer a contribuição essencial de pessoas e entidades que estiveram presentes durante a sua realização. A todos eles deixo aqui o meu agradecimento sincero.

Em primeiro lugar, quero deixar uma palavra de agradecimento à Professora Doutora Maria Gorete Mendonça dos Reis pela sua orientação e experiência de aprendizagem que me proporcionou.

À Enfermeira Márcia Maria Godinho dos Reis Sanches Machado, Enfermeira Adjunta da Direção de Enfermagem do Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão (CMRA) por ter acreditado em mim, pelos seus ensinamentos e pela liberdade de ação que me permitiu, a qual foi decisiva para que este trabalho contribuísse para o meu desenvolvimento pessoal.

Ao Enfermeiro Diretor Rodrigo Ramos pelas suas recomendações e a pela cordialidade com que me auxiliou.

À Enfermeira Ana Mendes pela paciência durante o meu percurso e empenho no que respeita à temática das Quedas.

À Isabel França pela sua disponibilidade e colaboração na recolha da informação estatística.

São também dignos de uma nota de apreço os professores, colegas e amigos que me acompanharam durante o Mestrado.

Por último, mas não menos importante quero agradecer à minha família, com especial consideração pelo meu marido que sempre me apoiou em todos os momentos de estudo e reflexão e aos meus Pais pelo amor e apoio incondicional que sempre me dedicaram.

A todos, muito obrigada!

RESUMO

O presente trabalho consiste num Relatório de Estágio realizado no Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão, no âmbito da Unidade Curricular Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

Tal como a Reabilitação, a Enfermagem de Especialização é um processo dinâmico que se constrói diariamente pela experiência, aumento de conhecimento e reflexão.

Neste sentido, e tendo em consideração a minha relação laboral com a instituição na qualidade de Enfermeira Especialista, optou-se por acumular no presente relatório uma visão sobre a realidade existente no Serviço de Reabilitação com base na recolha de dados estatísticos sobre o registo de Quedas em 2015 e 2016.

Os dados foram disponibilizados pelos serviços, após a devida autorizações e alvo de análise e tratamento estatístico.

A possibilidade de cruzar um momento de aprendizagem em contexto clínico, com todas as suas obrigações inerentes, com um percurso mais incisivo de investigação permitiu uma aprendizagem mais robusta e uma maior consolidação de conhecimentos.

Palavras-Chave: Quedas, Fatores de Risco, Prevenção, Segurança, Reabilitação e Escala de Morse.

Abstract

Risk factors for falling in a Rehabilitation Center: Contributions of Nursing Rehabilitation

The current paper consists of an internship report on the work at CMRA, in the Curricular Unit "Report of the Master's Degree in Nursing, specialty in Rehabilitation Nursing".

Such as rehabilitation, specialty nursing is a dynamic process shaped by experience, increased knowledge and reflection.

Thus, and considering my professional commitment to the institution as a specialized nurse, I chose to add to the current report a view on the reality of the rehabilitation service, based on the statistical data about falls recorded in 2015 and 2016.

Having been given permission, the data were provided by the services and were then analysed and processed.

The possibility of combining an internship methodology with a more accurate path of research enabled an enhanced learning process and knowledge consolidation.

Keywords: Falls, Risk Factors, Prevention, Safety, Rehabilitation, Morse Scale

Abreviaturas e Acrónimos

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

ARN - Association of Rehabilitation Nurses

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária (AVD)

CMRA - Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

CR – Cadeira de Rodas

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EQM - Escala de Quedas de Morse

ER – Enfermeiro de Reabilitação

GACA - Gabinete de Acesso ao Computador e Comunicação Aumentativa

HCN – Horas de Cuidados Necessárias

HCP - Horas de Cuidados Prestadas (HCP)

HED – Horas de Enfermagem Disponíveis

JCI - Joint Commission Internacional

MCD - Meios Complementares de Diagnóstico

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MFR - Medicina Física e de Reabilitação

OE – Ordem dos Enfermeiros

PQCE - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PQCERR - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

RRHMFR - Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação

SCML - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

SIGSS - Sistemas de Informação para a Gestão dos Serviços de Saúde

SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

SRA - Serviço de Reabilitação de Adultos

SRPD - Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento

TCE - Traumatismo Crânio-Encefálico

WHO - World Health Organization

Índice Figuras

Figura 1 – Tanque de Água de Marcha Assistida.....	15
Figura 2 - Exosqueleto	15
Figura 3- Internamento	17
Figura 4 - Unidades Habitacionais assistidas.....	18
Figura 5 - Unidades Habitacionais assistidas.....	19
Figura 6 - Centro de Mobilidade	20
Figura 7 - O processo de reabilitação	26
Figura 8 - Abordagem sistemática e integrada da segurança do Utente.....	31
Figura 9 - Fluxograma - Avaliação do Risco de Queda.....	52
Figura 10 - Faixa de segurança em cadeira de rodas	66
Figura 11 - Cintos de segurança numa cadeira de rodas eléctrica	67
Figura 12 - Tapete anti derrapante para as transferências.....	68
Figura 13 - Exemplo de um chão deteriorado e potenciador de risco de Queda.....	68
Figura 14 - Unidade do utente com risco de Queda identificada para alertar...	71
Figura 15- Sinalizador de Risco de Queda.....	71
Figura 16 - Apoio joelhos que ajuda a posicionar e previne Quedas	72
Figura 17 - Casa de Banho adaptada	72

Índice Quadros

Quadro 1 - Factores de Risco de Queda.....	34
Quadro 2 - Actividades Básicas de Vida Diária	76

Índice Tabelas

Tabela 1 - Indicadores referentes à actividade assistencial em Internamento	22
Tabela 2 - Indicadores referentes à actividade assistencial em Ambulatório ...	23

Tabela 3 - Indicadores referentes à actividade assistencial em Meios Complementares Terapêuticos.....	23
Tabela 4 - Indicadores referentes à actividade assistencial	24
Tabela 5- Distribuição etária dos utentes com registo de Queda.....	40
Tabela 6 - Incidente de Quedas em 2015 e 2016	40
Tabela 7 - Consequências da Queda.....	41
Tabela 8 - Principais Concelhos de residência dos utentes internados	43
Tabela 9 - Número de Registos de Queda por Serviço.....	44
Tabela 10 - Número de Registos de Queda por utente.....	48
Tabela 11 - Número de Registos de Queda por Turno	48
Tabela 12 - Diagnóstico dos utentes internados com incidente de Queda	49
Tabela 13 – Periodicidade de reavaliação de risco no CMRA.....	54
Tabela 14 - Motivos de Queda alvo de monitorização CMRA.....	56
Tabela 15 - Tipo de consequências incidente de Queda	60
Tabela 16 - Indicadores de desempenho	61
Tabela 17 - Coeficiente Correlação de Spearman com a variável Registo de Quedas	81
Tabela 18 - Teste de Independência de Qui-Quadrado, entre a variável “Número de Quedas” e as restantes para 2015.....	82
Tabela 19 - Teste de Independência de Qui-Quadrado, entre a variável “Número de Quedas” e as restantes para 2016.....	83
Tabela 20 - Comparação de variáveis por sexo	83

Índice Geral

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	14
1.1 A História	14
1.2 Os Serviços	16
1.3 Análise da Produção dos Cuidados	21
CAPÍTULO 2 – ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL	25
2.1 O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	25
2.2 A Qualidade e a Enfermagem de Reabilitação	28
2.4 As Quedas em Instituições Prestadoras de Cuidados de Saúde.....	32
CAPÍTULO 3 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	36
3.1 Enquadramento	36
3.2 Dimensão do problema associado ao incidente de Queda no CMRA	39
3.3 Procedimentos de avaliação do risco de incidente de Queda no CMRA.....	50
3.4 Monitorização e identificação dos motivos de incidente de Queda no CMRA .	55
3.5 Fatores de risco e consequências do incidente de Queda no CMRA.....	58
3.6 Prestação de cuidados e prevenção de Quedas no CMRA.....	64
CAPÍTULO 4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	79
CAPÍTULO 5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	87
PROPOSTAS DE MELHORIA	92
CONCLUSÕES	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98

ANEXOS

Anexo I – Comissão de ética para a Investigação na Área de Saúde Humana e Bem-estar Universidade de Évora.....	109
.....	110
Anexo II – Autorização acesso aos dados de Monitorização de Quedas	111
Anexo III – Programa de Melhoria Contínua, Prevenção e Monitorização de Quedas	115
.....	115
Anexo IV - Formulário de Registo de Queda	129
Anexo V - Escala de Avaliação de Queda em Pediatria	132
Anexo VI – Avaliação de Risco de Quedas em Adultos.....	134
Anexo VIII - Diagrama <i>Ishikawa</i> - Motivos e razões de evento de Queda	144
Anexo VII - Enunciados Descritivos em Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação.....	146
Anexo IX - Idade dos Utentes Internados 2015 e 2016	146
Anexo X - Utentes por Concelho de Residência 2015 e 2016	149
Anexo XI - Prazo de internamento 2015.....	151
Anexo XII - Mês de internamento 2015 e 2016.....	154

Introdução

O presente trabalho consiste num Relatório de Final de Estágio e foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, promovido pela Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde, designadamente, a Escola Superior de Enfermagem São de Deus da Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação.

O Estágio realizou-se no Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão no Serviço de Reabilitação Geral de adultos, entre de 3 Outubro de 2016 e 27 de Janeiro de 2017, totalizando 344 horas, no serviço 1º direito, supervisionado pela Enfermeira Márcia Maria Godinho dos Reis Sanches Machado e teve como objetivo geral o desenvolvimento de competências científicas, éticas, relacionais e técnicas de Mestre na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Como realça Mestrinho (2011, p. 49) “cuidar de outra pessoa não é inato, pelo que se torna necessário ter conhecimentos que permitam compreender as necessidades do outro e capacidades para responder adequadamente às mesmas”. Assim e tendo presente a minha participação no Programa de Melhoria Contínua da Prevenção das Quedas do CMRA foram considerados como objetivos específicos: analisar a dimensão do problema associado ao incidente de Queda no CMRA; Identificar fatores de risco e fatores contribuintes associados aos incidentes de Queda dos utentes; Introduzir ações de melhoria ao nível das práticas e do ambiente físico; Promover e alertar, utentes/família/profissionais para as medidas de prevenção das Quedas e redução das suas consequências.

O tema selecionado está associado ao projeto ESACA: Envelhecer com Segurança no Alentejo – Prevenir as Quedas e a violência sobre idosos – (ALT 20-30-0145-FEDER-000007) que está em curso na Universidade de Évora e cujo responsável da equipa é a Professora Felismina Mendes.

O trabalho está organizado por Capítulos.

No Capítulo 1, apresenta-se a contextualização da instituição de acolhimento.

No Capítulo 2, utiliza-se o enquadramento bibliográfico para evidenciar alguns conceitos e abordagens consideradas de referência para a compreensão da Prática Profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação explorando a relação existente com o paradigma dos padrões de qualidade e o fenómeno de eventos de Queda em instituições prestadoras de cuidados de saúde.

No Capítulo 3, é altura de olhar mais pormenorizadamente para os objetivos da Intervenção Profissional dando início à Análise Reflexiva com o confronto da realidade vivenciada em 2015 e 2016 no CMRA.

No Capítulo 4, utiliza-se ainda os dados disponibilizados pelo CMRA para evidenciar alguns conceitos e abordagens consideradas de referência e de suporte à Análise Reflexiva sobre as Estratégias de Intervenção Profissional.

No Capítulo 5, apresenta-se uma síntese final das Competências Adquiridas e Desenvolvidas.

Posteriormente é feita uma exposição das sugestões para futuras melhorias no Serviço de Reabilitação e identificam-se as principais conclusões sobre o percurso de aprendizagem.

De notar que este relatório foi redigido de acordo com as orientações APA, *American Psychological Association*, 6ª edição, e de acordo com o Novo Acordo Ortográfico Português.

CAPÍTULO 1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

1.1 A História

Em 1956, o Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), Dr. António Madeira Pinto, decidiu dar início a um sonho antigo e avança com a construção de um centro de reabilitação, com características inovadoras no panorama nacional, inspirando-se no melhor que na época se fazia no estrangeiro (CMRA, 2017). O empreendimento foi metodicamente planeado, tendo sido acautelados os recursos materiais e humanos, necessários para a sua abertura e funcionamento, ainda durante a fase de construção.

Em 1966 e após cinco anos de trabalhos intensos, o CMRA foi solenemente inaugurado. A organização da instituição, os apoios particulares e oficiais definiram claramente como objetivos principais da instituição: a reabilitação de pessoas com incapacidade motora e a formação de recursos humanos especializados (Rodrigues, Pita & Pereira, 2014). Vivia-se uma época em que Portugal tinha que dar resposta, com serviços adequados, à população em geral, mas também a quem infelizmente tinha sofrido em contexto de Guerra do Ultramar.

Desde o seu início foi considerado como instituição de referência a nível mundial, realidade que ainda hoje se mantém, muito impulsionada pela estratégia de reestruturação dos serviços, modernização das instalações, acompanhamento do desenvolvimento tecnológico e do conhecimento. Colabora com diversas entidades de renome, nomeadamente, com o *World Rehabilitation*, com a Fundação para a Ciência e Tecnologia, com a Fundação Calouste Gulbenkian e com Universidades e Centros de Investigação, nacionais e internacionais.

A estratégia de requalificação das infraestruturas e de reequipamento das áreas de diagnóstico e terapêutica permitiram à instituição ter laboratórios únicos no País, como realça o texto aprovado em Conselho de Ministros n.º 15/2010 que caracteriza esta instituição pela sua elevada diferenciação, salientando que a mesma está “dotada de equipamentos e infraestruturas únicas no país e orientada para um investimento cada vez mais forte na neuro reabilitação torna-a uma instituição de referência para a

reabilitação de utentes com patologias neurológicas, osteoarticulares, medulares e amputações” (Conselho de Ministros, 2010). Entre os muitos exemplos da aposta constante na inovação destacam-se o Sistema de Marcha Robotizado (LOKOMAT), o Tanque de Água de Marcha Assistida e o Exoesqueleto. Este último é um dispositivo robótico único na Península Ibérica e permite que indivíduos com alterações neuromusculares dos membros inferiores possam realizar posição de pé e treino de marcha, complementando a terapia convencional e conferindo-lhes maior mobilidade, autoconfiança, força, flexibilidade e resistência.

Figura 1 – Tanque de Água de Marcha Assistida



Fonte: CMRA, 2017

Figura 2 - Exoesqueleto



Fonte: SCML, 2016

Na sequência do acordo celebrado em 2010 entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e a SCML, e após a devida ratificação em Conselho de Ministros o CMRA passou a integrar a Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação (RRHMFR) como centro especializado de reabilitação para a respetiva região de saúde (Conselho de Ministros, 2010).

Os Objetivos Operacionais do CMRA selecionados para o exercício de 2016 foram alinhados com os Objetivos Estratégicos da SCML, numa linha orientadora de consolidação da atividade, sobretudo em matéria de eficiência, eficácia e qualidade (SCML, 2016).

1.2 Os Serviços

O CMRA está estruturado para oferecer reabilitação e programas de bem-estar ao longo da vida, permitindo que indivíduos incapacitados possam conduzir as suas vidas do modo que desejam, minimizando as restrições impostas pela sua condição de saúde sobre as suas atividades e no seu contexto pessoal e social. As patologias mais frequentes são as doenças ou sequelas de doenças neurológicas, as sequelas de politraumatismos graves, as amputações de membros, as deficiências congénitas e as doenças ou perturbações do desenvolvimento.

O acesso a cuidados de saúde no CMRA processa-se sempre através de consulta médica, da especialidade de Medicina Física e de Reabilitação (MFR). Em termos de capacidade de internamento, o CMRA dispõe de 150 camas, sendo 16 destinadas exclusivamente à reabilitação pediátrica. Está organizado em três serviços, de acordo com o grupo etário e regime de prestação de cuidados: Serviço 1 – Serviço de Reabilitação de Adultos (SRA1) – Com 66 camas, este serviço destina-se ao internamento de utentes com Lesões vertebro-medulares e outras patologias neurológicas; Serviço 2 – Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento (SRPD) – Com 16 camas para o internamento de crianças e jovens até aos 18 anos de idade, com patologias neurológicas, osteoarticulares, medulares e outras patologias; Serviço 3 – Serviço de Reabilitação de Adultos (SRA3) – Com 68 camas, este piso destina-se ao internamento de utentes com AVC's, TCE's, amputados e outras patologias.

Figura 3- Internamento



Fonte: SCML, 2016

A vertente assistencial no internamento consiste na prestação de cuidados diferenciados e integrados de reabilitação, orientados por objetivos transversais centrados no utente e no seu contexto. A sua missão é a prestação de cuidados de reabilitação a indivíduos adultos e crianças, provenientes de todo o País e ainda dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa; formação de profissionais de reabilitação, recebendo internos de medicina física e de reabilitação, medicina geral e familiar e estagiários de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, psicologia e serviço social; investigação clínica na área da reabilitação.

Em termos de investigação clínica cumpre ainda salientar o novo Centro de Investigação e Formação dedicado ao estudo das lesões vertebro-medulares cuja principal missão é encontrar uma cura para a lesão vertebro-medular, otimizar e desenvolver o processo de reabilitação de utentes em toda a sua extensão. O centro tem ainda como objetivos contribuir para melhorar a qualidade de vida destes utentes, elevar ainda mais os cuidados assistencialistas, garantir o acesso aos melhores cuidados de saúde, promover e incentivar uma cultura de investigação e fomentar o intercâmbio clínico e científico.

A prestação de cuidados em regime de internamento constitui a principal área de atuação do CMRA, no entanto, esta realidade em nada diminui a importância do regime de ambulatório. Tendo em consideração as vantagens de colocar o utente no centro de todo o processo de reabilitação, a equipa multidisciplinar desenvolve a sua atividade em múltiplas dimensões: intervenção Diagnóstica e terapêutica

(internamento/ambulatório); avaliação; tratamento – Individual/grupo; e integração social/escolar/profissional.

De referir ainda a existência das Novas Unidades Habitacionais assistidas para pessoas com lesões vertebro medulares, as quais consistem em casas de transição adaptadas dando resposta a jovens carenciados ou outros que pela sua condição não têm possibilidade de permanecer nas respetivas habitações, ou que, por algum motivo, necessitam de um espaço residencial de transição, antes de serem acolhidos no seio familiar ou noutra equipamento.

As novas unidades habitacionais assistidas pretendem colmatar a falta de resposta da sociedade para situações muito concretas contribuindo para o reequilíbrio pessoal destas pessoas, promovendo a educação para a autonomia, a qualidade de vida e a (re)construção do seu projeto de vida, num contexto residencial (CMRA, 2017).

Figura 4 - Unidades Habitacionais assistidas



Fonte: SCML, 2016

Ainda no âmbito da assistência em ambulatório, os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) destinam-se a dar resposta à comunidade e às solicitações dos serviços do CMRA e englobam: Fisioterapia; Hidroterapia; Terapia da Fala; Terapia Ocupacional; Dietética; Atividade de Vida Diária; Ortoprotesia (próteses e ortóteses); Enfermagem.

Figura 5 - Unidades Habitacionais assistidas



Fonte: SCML, 2016

Os Meios Complementares de Diagnóstico (MCD) englobam: Imagiologia (Raio-X, Ecografia); Neurofisiologia; Eletrocardiograma; Baropodometria; Estudos Urodinâmicos; Fisiopatologia Respiratória; Centro de Mobilidade; Laboratório de Marcha; Laboratório da posição de sentado; Gabinete de acesso ao computador e comunicação aumentativa (GACA).

O Centro de Mobilidade é único no País, e está integrado no Programa Europeu *Autonomy* e foi implementado em parceria com a FIAT em 1999. Tem como objetivo a criação de formas alternativas de condução para pessoas com deficiência. Os parâmetros da avaliação incluem: teste de força muscular, capacidade de compreensão e reação a estímulos e destreza global. Os dados desta avaliação são interpretados à luz do contexto clínico-funcional global de cada indivíduo. Nos casos em que há potencial para licenciamento da condução, são equacionadas e relatadas as adaptações necessárias a realizar no veículo.

Figura 6 - Centro de Mobilidade



Fonte: SCML, 2016

O Laboratório de Marcha foi pioneiro a nível nacional na disponibilização desta tecnologia de ponta em contexto clínico. Criado em 1998, visa a monitorização de casos clínicos com situações especiais, avaliados e analisados, integrando os achados biomecânicos com o diagnóstico e aplicação clínica. Os Exames efetuados são: Registo videográfico do ortostatismo e da marcha; Análise cinemática e dinâmica do movimento (marcha); Análise da dinâmica articular (durante a marcha); Eletromiografia dinâmica telemétrica (durante a marcha); Análise do apoio em dinâmica postural; Análise baropodográfica estática e dinâmica e Posturografia (controlo postural em ortostatismo).

O Laboratório de Análise da Posição de Sentado (LAPOSE) está apetrechado com equipamentos que possibilitam uma avaliação completa e precisa do posicionamento em cadeira de rodas. Utiliza um sistema computadorizado de análise de pressões e uma vasta gama de sistemas e dispositivos de posicionamento e segurança, que permitem obter o posicionamento mais cómodo, mais funcional e mais seguro para cada pessoa na cadeira de rodas. Para cada caso, são também levados em conta a idade, a biometria, o diagnóstico, o prognóstico, o contexto social e familiar.

Os Estudos Urodinâmicos fazem parte dos Meios Complementares de Diagnóstico (MCD) e contribuem para a avaliação, orientação terapêutica e seguimento de pessoas com bexiga neurogénica de variadas etiologias, orientando os clínicos para o treino vesical adequado a cada indivíduo. A avaliação pré e pós operatória na

incontinência urinária do sexo feminino e o estudo e seguimento de indivíduos com patologia prostática são outras indicações para este tipo de exames de diagnóstico.

Presentemente, a instituição tem cerca de 500 profissionais e privilegia o trabalho em equipas multiprofissionais como meio de promoção da reabilitação de forma organizada, orientada por objetivos e centrada no utente. Os profissionais organizam-se em equipas multiprofissionais das áreas de Fisiatria, Enfermagem de Reabilitação, Fisioterapia e Hidroterapia, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala, Psicologia Clínica, Ortoprotesia, Educação, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Animação Cultural e Recreativa, assegurando o tratamento individualizado de cada utente.

A formação contínua é um dos pilares da instituição, por isso, a mesma, promove e organiza regularmente reuniões, cursos e estágios. Nesta ótica, apoia, incentiva e promove a investigação e a formação nacional e internacional dos seus profissionais.

1.3 Análise da Produção dos Cuidados

“Re habilitar indica literalmente ‘habilitar novamente’ para o desempenho de tarefas antes realizadas e para as quais as habilidades foram, independentemente do motivo, perdidas. Só necessita de reabilitação quem já possuiu algo e o perdeu” (Schoeller *et al.*, 2014, p.37). Por conseguinte, estamos perante um Ação/processo, que envolve uma multiplicidade de emoções e cujo sucesso depende do cruzamento de uma grande pluralidade de saberes, atividades, bem como, do próprio esforço do utente.

Em termos quantitativos e segundo o Relatório de Gestão e Contas, no ano de 2016 o CMRA conseguiu ultrapassar a produção realizada face a 2015, quer em termos de aumento dos dias de internamento, quer em taxa de ocupação.

O valor dos Serviços de Internamento, que em 2016 representa 88% do total das Vendas e Prestação de Serviços, aumentou 3% face a 2015, particularmente em consequência do acréscimo de 3% nos dias de internamento.

Em 2016 foram admitidos 792 utentes, o que representa um desvio negativo de cerca de 1%, face ao valor previsto de 802 utentes, mas um acréscimo face a 2015 (Tabela 1).

Tabela 1 - Indicadores referentes à atividade assistencial em Internamento (CMRA)

Internamento	Real 2015	Previsão 2016	Real 2016	Desvio 2016
Lotação (camas)	150	150	150	0%
Utentes Saídos	795	802	773	-4%
Utentes Tratados	915	915	913	0%
Utentes Admitidos	769	802	792	-1%
Dias de internamento dos Utentes saídos	49.619	50.632	49.043	-3%
Dias de internamento	48.735	50.200	49.224	-2%
Demora média dos Utentes	62,41	63,1	63,4	0%
Taxa de Ocupação	89%	90%	90%	0 p.p.

Fonte: SCML, 2016

Relativamente à taxa de ocupação, os valores obtidos coincidem com o planeado (SCML, 2016).

Como evidencia a Tabela 2 o número de primeiras consultas aumentou 11% face ao volume planeado, o que representa uma taxa de primeiras consultas de 22%, resultado superior ao alcançado na atividade de Ambulatório em 2015 (19%).

De acordo com o Relatório de Contas Anual da SCML de 2016 os rendimentos provenientes das consultas externas registaram um aumento de 2%, apesar do número de consultas realizadas em 2016 ser ligeiramente inferior ao do ano anterior. Este acréscimo resulta do aumento do número de consultas de Reabilitação de Adultos e Pediátricas, realizadas aos utentes da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), cujo valor unitário é mais elevado do que nas restantes, por incluírem os meios complementares de diagnóstico e terapêuticos prestados aos utentes (SCML, 2016).

Tabela 2 - Indicadores referentes à atividade assistencial em Ambulatório (CMRA)

Ambulatório	Real 2015	Previsão 2016	Real 2016	Desvio 2016
Consultas Externas	9.032	9.000	8.739	-3%
1 ^{as} Consultas	1.688	1.709	1.889	11%
2 ^{as} Consultas e Subsequentes	7.344	7.291	6.850	-6%
Taxa de 1 ^{as} Consultas	19%	19%	22%	3 p.p.

Fonte: SCML, 2016

Relativamente aos Meios Complementares Terapêuticos (MCT), no ano de 2016 a maioria das áreas ultrapassou o planeado, com exceção da Fisioterapia e da Ortoprotesia (Tabela 3).

Tabela 3 - Indicadores referentes à atividade assistencial em Meios Complementares Terapêuticos (CMRA)

Meios Complementares Terapêuticos	Real 2015	Previsão 2016	Real 2016	Desvio 2016
Total	661.568	650.000	643.056	-1%
Fisioterapia	300.114	300.000	285.922	-5%
Hidroterapia	7.434	6.900	8.155	18%
Teoria Ocupacional	271.446	265.000	264.373	0%
Terapia da Fala	50.076	47.900	50.397	5%
Atividades Vida Diária	31.198	28.750	32.950	15%
Nutrição	-	200	323	62%
Ortoprotesia	1.300	1.250	936	-25%

Fonte: SCML, 2016

Ainda segundo o mesmo Relatório (SCML, 2016) no que se refere aos Meios Complementares de Diagnóstico (MCD) cumpre assinalar o seguinte:

- Verificou-se um aumento do número de Raio X e Ecografias de 3% em comparação com o ano o planeado para 2016;
- Relativamente aos Exames de Análise da Marcha contra o que foi considerado expectável confirmou-se um aumento muito significativo de pedidos externos para avaliação o que culminou num aumento em 160% face aos valores inicialmente planeados;

- Também em relação aos Exames de Análise da Posição de Sentado (LAPOSE) o ano em análise foi marcado por um acréscimo do número de exames realizados passando de 56 em 2015 para 98 em 2016, o que se traduziu num desvio de 145% face ao planeado (Tabela 4).

Tabela 4 - Indicadores referentes à atividade assistencial (CMRA)

Meios Complementares de Diagnóstico	Real 2015	Previsão 2016	Real 2016	Desvio 2016
Total	4.609	4.500	4.383	-3%
Imagiologia	3.036	2.948	3.045	3%
- Raio X	1.929	1.900	1.993	5%
- Ecografias	1.107	1.048	1.052	0%
Estudos Urodinâmicos	265	265	249	-6%
Análise da Capacidade de Condução	212	212	196	-8%
Análise da Marcha	59	67	174	160%
Análise da Posição de Sentado	56	40	98	145%
Provas de Função Respiratória	282	280	67	-76%
Neurofisiologia	111	100	51	-49%
Eletrocardiograma	588	588	503	-14%

Fonte: SCML, 2016

No ano de 2016 e em conformidade com anos anteriores 76% dos utentes saídos (internamento) e 65% das consultas realizadas (Ambulatório) foram provenientes do Serviço Nacional de Saúde ao abrigo do acordo de cooperação entre a ARSLVT e SCML.

CAPÍTULO 2 – ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

2.1 O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

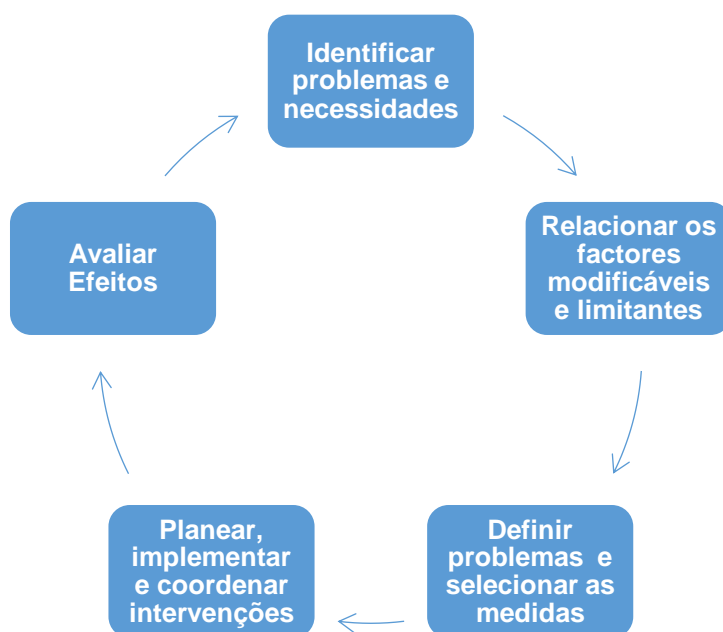
O Enfermeiro Especialista é o profissional a quem são reconhecidas as competências para prestar além dos cuidados gerais de enfermagem, cuidados específicos na área clínica da sua especialidade. No caso da reabilitação, a mesma enquanto especialidade multidisciplinar, envolve conhecimentos e procedimentos específicos que visam contribuir para ajudar as pessoas de todas as idades com handicaps físicos, permanentes ou temporários a maximizar o seu potencial funcional e de independência. Deste modo, o desenvolvimento da atividade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação visa a melhoria das funções residuais, mas também a manutenção ou recuperação da independência, minimizando o impacto das incapacidades instaladas, seja pelo motivo de doença ou de acidente (OMS, 2011). Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação conciliam a prestação de cuidados gerais de Enfermagem com a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Neste sentido, compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) implementar e avaliar planos e programas especializados, tendo em consideração a qualidade de vida de cada utente, a sua reintegração e participação na sociedade. A reabilitação é um processo dinâmico que deve ser orientado para o utente, delineado em função de objetivos e resultados, bem como, sempre que necessário modificado e adaptado em função do processo de aprendizagem do autocuidado, numa perspetiva de prevenção e proatividade (Association of Rehabilitation Nurses, 2013). De acordo com Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação aprovado pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015a) enquanto profissionais, os Enfermeiros são responsáveis pela produção e gestão da informação que influencia a qualidade dos cuidados prestados e necessitam de documentar o processo de tomada de decisão, também reconhecido como juízo clínico.

Em relação às Competências Específicas do EEER as mesmas estão definidas pelo Regulamento da Ordem dos Enfermeiros nº 125/2011, publicado em Diário da

República¹ (2011) e exigem um nível elevado de conhecimentos, além de experiência, em conformidade com a necessidade de promover o diagnóstico precoce e a tomada de decisão adequada à manutenção das capacidades funcionais dos utentes.

Como refere Hesbeen (2003) é importante salientar que a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação só será eficaz se tiver utilidade e se fizer sentido para a pessoa que é cuidada. Efetivamente, em Enfermagem em geral, e em particular no âmbito da reabilitação, o não envolvimento do profissional no desempenho eficaz das suas tarefas, restringe as mesmas a intervenções rotineiras, correndo o risco das mesmas não satisfazerem as necessidades do utente. No entanto, cumpre ainda destacar que “a Enfermagem de Reabilitação une duplamente a questão da autonomia do sujeito cuidado, no momento em que esta é essência da própria finalidade do trabalho de Enfermagem e na interface da reabilitação, na qual, nada se consegue sem que o sujeito enfermo queira, de facto, alcançar” (Schoeller *et al*, 2014, p.39).

Figura 7 - O processo de reabilitação



Fonte: Adaptado de OMS, 2011

¹ Diário da República, 2.ª série - N.º 35 - 18 de Fevereiro de 2011

Neste sentido, e como ilustra a Figura 5 a “reabilitação envolve a identificação dos problemas e necessidades da pessoa, o relacionamento dos transtornos aos fatores relevantes do indivíduo e do ambiente, a definição de metas de reabilitação, planeamento e implantação de medidas, além da avaliação de seus efeitos” (OMS, 2011, p.100). A prevenção de complicações, quedas, lesões e incapacidades futuras, também envolve uma atenção especial no âmbito da reabilitação, pelo que no presente trabalho também lhe foi conferida especial destaque. A existência de um evento de queda em instituições prestadoras de cuidados de saúde deve ser considerada como um problema de extrema gravidade, assumindo particular destaque em termos de indicador de qualidade, mas também pelas consequências individuais, pelo aumento do tempo de internamento, e inevitavelmente aumento de custos (WHO, 2007). Perante um incidente de queda, mesmo sem consequências é necessário a reavaliação do utente, e nalguns casos a realização de exames complementares de diagnóstico. No caso de existência de consequências, acresce ainda, maior tempo de internamento, menor tolerância ao esforço, menor participação nas atividades, o que se traduz numa menor eficiência do programa de reabilitação. Em verdade, a problemática de eventos de queda é cada vez mais uma preocupação dos prestadores de cuidados de saúde, bem como, alvo de valorização/penalização nos processos de acreditação e certificação.

Em síntese, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é um profissional devidamente reconhecido pela Ordem de Enfermeiros e detém um conhecimento aprofundado neste domínio específico de Enfermagem (Regulamento nº 125/2011 da Ordem dos Enfermeiros, 2011).

2.2 A Qualidade e a Enfermagem de Reabilitação

A avaliação da qualidade tem vindo a ser uma preocupação crescente da Organização Mundial de Saúde (OMS), a que a Ordem dos Enfermeiros não tem estado alheia. Partindo da premissa que o conceito de qualidade comporta variáveis, com um grau de subjetividade considerável, a Ordem dos Enfermeiros, não só definiu em 2001 o que considera serem os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), como também tem produzido nos últimos anos um vasto conjunto de documentação sobre esta temática. Em relação aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (PQCEER), os mesmos foram elaborados e aprovados em 2015 e consistem um instrumento fundamental para a promoção da melhoria contínua dos cuidados prestados, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando o utente a uma maior autonomia. O enquadramento da profissão de Enfermagem coloca os Enfermeiros numa posição privilegiada para responder aos desafios de qualidade do Sistema de Saúde, no entanto, e face à realidade existente, cumpre salientar que para alcançar este patamar de desempenho é cada vez mais necessário apelar e promover uma maior capacidade de resiliência, de experiência e de conhecimento (Amaral-Bastos, 2013).

Por conseguinte, para uma prática de excelência, as intervenções no contexto da Enfermagem de Reabilitação utilizam técnicas específicas, prescrevem produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), mas também e em sintonia com o Código de Ética segundo Winland-Brown, Lachman & Swanson (2015) referem que os ER intervêm na educação dos utentes e familiares, nomeadamente na preparação do regresso a casa, na continuidade de cuidados e na reintegração do utente no seio da comunidade.

A Enfermagem de Reabilitação também necessita de instrumentos que avaliem a qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente em unidades de internamento, razão pela qual os enunciados descritivos de qualidade visam definir e clarificar as categorias que devem ser alvo de avaliação e quais os resultados mínimos aceitáveis. Para a Enfermagem de Reabilitação a Ordem dos Enfermeiros (2015b) considera oito categorias de enunciados descritivos: satisfação dos clientes, promoção da saúde,

prevenção de complicações, bem-estar e auto cuidado dos utentes, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social e organização dos cuidados de Enfermagem (Anexo VII).

2.3 Construção de uma Cultura de Segurança

A segurança do utente esteve sempre presente na preocupação de quem desempenha cuidados de Enfermagem (Sharpen & Faden, 1998), no entanto, esta preocupação passou a desempenhar uma centralidade diferente ao ser incluída como uma das preocupações no contexto das políticas de saúde. Tendo em conta a abrangência do que envolve a cultura de segurança a sua construção é um fenómeno multidimensional que no caso da prestação de serviços de saúde, normalmente é gerido num ambiente de elevada complexidade. A cultura de segurança representa um conjunto de comportamentos e práticas que sendo individuais têm a dimensão de grupo.

Stavrianopoulos (2012) ao abordar esta temática salientou que todos os sistemas que dependem da ação humana estão sujeitos a erros, mas que a probabilidade de serem cometidos está relacionada com a forma como o erro é encarado. Este autor defende uma visão sistémica do erro que não só permita uma aprendizagem quando o mesmo é cometido, como a implementação de uma cultura justa em que o erro não seja punido, mas sim a violação de procedimentos que conduz ao erro. É crucial reconhecer que todos os sistemas humanos estão sujeitos a erros e a sua inevitabilidade e probabilidade de ocorrência é diretamente proporcional à complexidade do próprio sistema (Fragata, 2011). Nesta perspetiva a segurança do utente caracteriza-se pela redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. “Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo” (DGS, 2011,p.10).

Para o Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS)² a Cultura de Segurança consiste numa das categorias para a apreciação de Procedimentos de Segurança e face à diversidade de entidades visa aferir se existe pelo menos um colaborador com responsabilidade atribuída para a segurança do utente, bem como, se a entidade prestadora de cuidados de saúde promove o trabalho em equipa multidisciplinar na implementação de processos relativos à segurança do utente e se cumpre os protocolos definidos (Entidade Reguladora da Saúde, 2017).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2.0 (2015), aponta a segurança como um foco de enfermagem e define-se da seguinte forma: “estar seguro, livre de perigo, risco ou lesão”.

De acordo com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020³ a segurança dos utentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza competências individuais e implica a gestão sistémica de todas as atividades (Diário da República n.º 28/2015). Por conseguinte, para assegurar a qualidade dos cuidados em contexto de segurança dos utentes, devem ser identificados os riscos, e os mesmos avaliados e hierarquizados, dando origem ao reconhecimento das ações de melhoria necessárias. A gestão dos riscos de segurança requer assim, por um lado, a identificação e avaliação das ações preventivas e por outro, a tomada de medidas reativas e corretoras após a ocorrência de incidentes (Diário da República n.º 28/2015). O diploma mencionado estabelece nove objetivos estratégicos: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação; aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir a ocorrência de quedas; prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes; e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

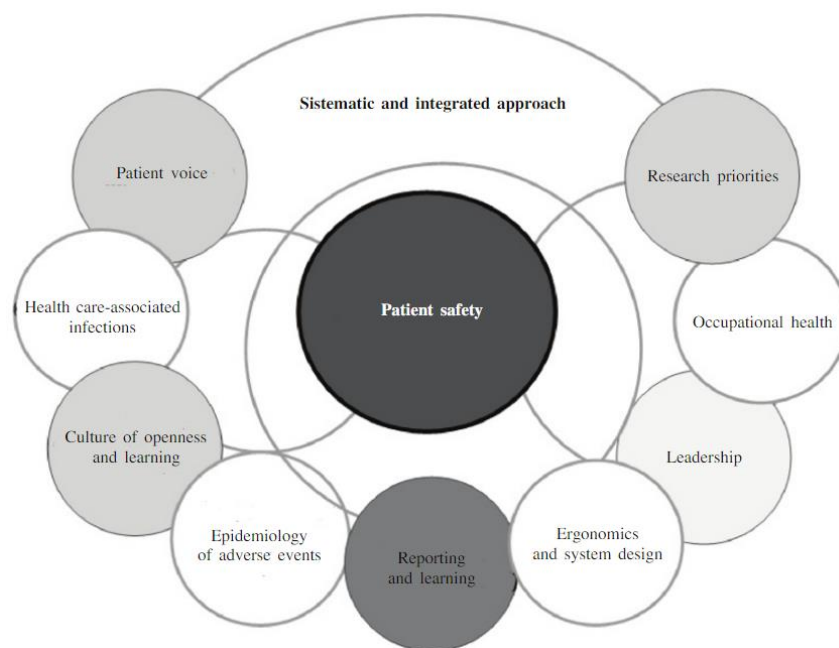
De acordo com Sousa *et al.* (2009) uma abordagem sistémica e integrada das soluções de segurança e a expansão da pesquisa para avaliar a sua implementação

² Sistema de avaliação da qualidade global dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde desenvolvido pela Entidade Reguladora da Saúde.

³ Despacho n.º 1400-A/2015 publicado no Diário da República n.º 28/2015, 1º Suplemento, Série II de 2015-02-10

e impacto devem ser pontos centrais de uma Estratégia Nacional de Saúde (Figura 6).

Figura 8 - Abordagem sistemática e integrada da segurança do Utente



Fonte: Sousa *et al.*,2009, p.95

Os princípios de enquadramento da avaliação da segurança do utente, preconizados no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, cruzam a análise *a priori*, com a análise *a posteriori*, como método para evidenciar as falhas e os fatores de perigo passíveis de contribuir para a ocorrência de eventos adversos. Assim, a gestão dos riscos e por conseguinte de acontecimentos adversos tem como objetivo garantir a maior segurança possível dos utentes, evitando os incidentes como as quedas.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2014) a causa dos acontecimentos de segurança raramente está associada à falta de competência técnica dos profissionais, mas sim ligada a falhas da organização, de coordenação ou de comunicação, que revelam baixo índice de cultura sistémica de segurança. É na evidência de divergências que reside a chave para a identificação das falhas, quer humanas, quer técnicas. Tudo o que é previsível regra geral é passível de ser evitado, no entanto, e

como salienta Bugada (2013, p.6) é essencial ter em consideração que “a própria tentativa de controlo de custos de uma forma cega tem também repercussões nos atos clínicos e na segurança”.

Efetivamente, a segurança do utente deve ser encarada como uma componente fundamental da qualidade na prestação de cuidados de saúde, sendo a boa gestão do risco clínico crucial para a promoção dessa segurança (Fragata, 2011). Ou seja, se os cuidados de saúde prestados não garantirem a segurança do utente, não são cuidados de qualidade e neste sentido, a dimensão de segurança em geral, e em particular, a problemática das quedas, deve estar sempre presente nas intervenções de Enfermagem como um imperativo ético, mas também como uma prioridade.

Igualmente, a OMS e o Conselho da União Europeia (CUE) recomendam aos Estados-Membros a avaliação da perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança da instituição onde trabalham, como condição essencial para a introdução de mudanças nos seus comportamentos e para o alcance de melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados que prestam aos utentes (Diário da República n.º 28/2015).

2.4 As Quedas em Instituições Prestadoras de Cuidados de Saúde

As quedas em instituições prestadoras de cuidados de saúde representam acontecimentos inesperados, não intencionais, e consistem num deslocamento do corpo para um nível inferior à posição inicial e que ocorre devido à perda de equilíbrio ou à incapacidade em recuperá-lo (Schub, 2016). Os fatores de risco são multifatoriais e refletem a multiplicidade de determinantes do estado de saúde do utente. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2007) a queda é um incidente que conduz inadvertidamente o utente a ficar no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos. Podem ocorrer em todas as faixas etárias, no entanto, são mais frequentes em utentes mais idosos, para os quais os danos resultantes também são maiores (Almeida, Abreu & Mendes, 2010).

Na verdade, as quedas de utentes em instituições prestadoras de cuidados de saúde podem ser consideradas como um incidente de segurança, um evento ou uma circunstância que poderia resultar, ou resultou em dano desnecessário. Alguns fármacos podem agravar ou potenciar o risco de queda. As consequências físicas podem ser fraturas, contusões e feridas, hematomas, lesões neurológicas e sequelas de imobilização, mas também psicológicas. Para Healey e Scobie (2007, cit. por Costa-Dias, 2013, p.106) “as consequências podem ir desde ansiedade, perda de confiança até lesões que podem provocar dor e sofrimento, perda de independência e ocasionalmente a morte do doente”. A síndrome pós queda varia de utente para utente, como referem Oliver *et al.* (1997) caracteriza-se pelo medo de voltar a cair o que pode condicionar o esforço desenvolvido pelo utente na sua reabilitação.

Em termos de quadro conceptual a Direção Geral de Saúde (DGS, 2011,p.15) considera como incidente uma “ocorrência comunicável”, e estabelece a distinção entre um incidente sem danos e um incidente com danos. No caso de um incidente com danos, o mesmo é considerado um evento adverso, tendo em consideração que o dano implica prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante, incluindo doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte. O dano de uma queda pode ser físico, social ou psicológico e representa o evento adverso com maior ocorrência em instituições prestadoras de cuidados de saúde (DGS, 2011).

De acordo com Cumming, Sherrington e Lord (2008) um evento de queda em instituições prestadoras de cuidados de saúde depende essencialmente da sinergia de vários fatores, os quais podem ser biológicos, como é o caso da idade ou condições de saúde, ou ser fruto do efeito de uma patologia ou de medicação.

Quadro 1 - Fatores de Risco de Queda

Autor	Definição
Hendrich <i>et al.</i> (1992)	Apontam sete fatores de risco – história de quedas anteriores, depressão, alterações ao nível da eliminação, tonturas/vertigens, diagnóstico de cancro, confusão e mobilidade alterada.
Watson e Mayhew (1994)	Identificaram quatro fatores – mobilidade diminuída; deficiência visual; ordens de restrição e o uso de medicação anti-hipertensiva.
Gluck <i>et al.</i> (1996)	Sugerem três situações de risco – história prévia de quedas, confusão ou desorientação, incontinência, diarreia ou necessidade de ajuda para se deslocar ao WC.
Mendelson (1996)	Ao examinar o efeito da medicação sedativa nas quedas de doentes verificaram que os antidepressivos, hipnóticos, benzodiazepinas tranquilizantes <i>minor</i> e tranquilizantes major estavam associados às quedas.
Morse (1997)	Considera seis fatores de risco – história de queda, presença de um diagnóstico secundário, uso de ajudas em ambulatório, terapia endovenosa ou “ <i>heparin lock</i> ”, marcha prejudicada e má orientação do doente para as suas próprias capacidades;
Oliver <i>et al.</i> (1997)	Identificaram sete fatores de risco – pontuação 3 ou 4 na transferência e mobilidade, presença de preocupação de queda, ida frequente ao WC, deficiência visual, agitação, instabilidade da marcha e o uso de medicação antiarrítmica.

Fonte: Almeida, Abreu & Mendes, 2010

Para a maioria dos autores mencionados no quadro 1 alguns fatores de risco desde que devidamente identificados podem ser alterados, mas nem todos podem ser eliminados. A estratégia de intervenção que deve ser adotada consiste na prevenção

de quedas, designadamente no cumprimento rigoroso da avaliação e monitorização do risco. Por exemplo, se um utente medicado com ansiolíticos se levantasse à noite para ir à casa de banho, escorregasse e caísse não resultando em nenhum dano visível, o incidente de segurança do utente seria considerado como um acontecimento sem dano e o tipo de incidente seria categorizado como “um evento de queda”. Se este utente tivesse sido encontrado na manhã seguinte inanimado no chão, então é provável que o incidente de segurança do utente fosse considerado como “evento adverso” e o tipo de incidente seria considerado como “gestão clínica” (DGS, 2011). Os medicamentos que potenciam o risco de queda, habitualmente no CMRA são os relaxantes musculares, ansiolíticos, diuréticos, anti hipertensores, sendo que como efeitos adversos, muitas vezes há a diminuição das funções motoras, fraqueza muscular, vertigens e hipotensão. No caso dos ansiolíticos, os mesmos são mais usados para o descanso do período noturno em que há uma menor vigilância pela diminuição de recursos humanos. Neste contexto a utilização de grades na cama é fundamental na prevenção de Quedas.

CAPÍTULO 3 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

3.1 Enquadramento

O conceito de aprendizagem pela reflexão tem subjacente a noção de que o Enfermeiro, independentemente da especialidade não deve ser considerado como um consumidor de conhecimento produzido por outrem mas, antes e essencialmente, como um produtor do conhecimento (Silva, 2011). Nesta perspetiva, o profissional de Enfermagem pela reflexão constrói um conhecimento que é só seu. Por conseguinte, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve exercer a sua prática profissional no sentido de implementar e monitorizar planos de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais dos utentes, tendo como ponderação a importância da abordagem reflexiva enquanto meio de valorização da construção pessoal do conhecimento. O conhecimento de especialização é um conhecimento competente, é uma forma de conhecimento em si mesmo, e não apenas uma aplicação do conhecimento como explica Benner (1982). Para esta autora as competências têm um carácter evolutivo de aquisição tendo definido cinco níveis de desenvolvimento de competências, correspondendo o último a uma prática de excelência: Iniciada, Iniciada Avançada, Competente, Proficiente e Perita.

De acordo com Pires (2002, p.275) “a competência é entendida como um processo dinâmico e complexo, em permanente construção e recomposição, através da interação entre o sujeito e o meio, que não podem ser compreendidos como duas entidades isoladas. A competência é de natureza combinatória, composta por saberes de diversas naturezas, que se finalizam na ação, através da realização das tarefas num determinado contexto. Ela vai-se construindo e desenvolvendo na e pela ação”.

Para Le Boterf (2006) também a competência se realiza na ação. Não considera a competência como um estado, mas sim um processo. Não a reduz ao domínio de conhecimentos, de capacidades ou de técnicas. A competência resulta não só de saber agir, mas também de querer agir e poder agir. Por conseguinte, a “reflexão, enquanto fonte de conhecimento surge como um momento privilegiado de integração

de competências, como oportunidade para representar mentalmente a qualidade do produto final e apreciar a própria capacidade de agir (Ferreira, 2004, p.128).

Neste sentido a realização do presente trabalho tem como alicerce as atividades desenvolvidas em contexto clínico em conformidade com o projeto de Estágio Final do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação o qual visa a consolidação de conhecimentos e competências, bem como, a identificação das competências a adquirir e a melhorar no âmbito de Enfermagem de Reabilitação. Como referem Schoeller *et al.*, 2014) em Enfermagem em Reabilitação é essencial trabalhar multidisciplinarmente e dialogar com outras profissões que não sejam as da saúde. Para estes autores é muito importante olhar sempre de forma positiva e otimista para o utente alvo da reabilitação, privilegiando o olhar sobre as possibilidades e potencialidades em detrimento do foco apenas na patologia ou nos seus efeitos/perdas. A Enfermagem de Reabilitação tem na sua génese “o acreditar” algo nem sempre fácil perante a dureza dos diagnósticos. Por conseguinte o Enfermeiro de Reabilitação deve ser um parceiro, um companheiro de caminhada! Esta visão enaltece e dignifica não só a forma de agir, como também a profissão de Enfermeiro Especialista em Reabilitação. Perante o exposto é fácil de compreender o elevado grau de exigência em termos de competências que recaem sobre estes profissionais, as quais implicam uma atitude e disponibilidade de aprendizagem, neste momento, mas também ao longo da vida.

De um modo geral, a qualidade em saúde é o modo como os serviços de saúde, com o atual nível de conhecimentos, desenvolvem as atividades necessárias à obtenção dos resultados desejados, ao mesmo tempo que reduzem a possibilidade de obtenção de eventos adversos (Joint Commission Internactional, 2008).

Assim, e tendo como base os Padrões de Qualidade de Prestação de Cuidados de Saúde, a problemática escolhida para análise é a Queda de Utentes em Internamento no CMRA. A queda é um dos indicadores de avaliação da qualidade das unidades prestadores de cuidados de saúde, no que se refere à segurança do utente, e implica o cumprimento de procedimentos específicos, nomeadamente, a identificação dos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos (Sousa, Vieira e Soares Branco, 2016). Os fatores intrínsecos estão relacionados com o próprio utente e os extrínsecos, estão relacionados com à falta de segurança do ambiente/instituição prestadora de

cuidados. A avaliação da qualidade deve ser realizada através do desenvolvimento de indicadores que irão quantificar e qualificar o desempenho atual de componentes de estrutura, de processo ou de resultado, e compará-los a padrões desejados para aferir o grau de qualidade (WHO, 2007).

O estágio foi desenvolvido no Serviço de Reabilitação Geral de Adultos 1º direito tendo sido considerados como objetivos específicos:

- Medir a dimensão do problema associado ao incidente de queda no CMRA.
- Identificar fatores de risco e fatores contribuintes associados aos incidentes de quedas dos utentes.
- Introduzir ações de melhoria ao nível das práticas e do ambiente físico.
- Promover e alertar, utentes/família/profissionais para as medidas de prevenção das quedas e redução das suas consequências.

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2.0 (CIE, 2015, p.42) queda ou na denominação do relatório cair consiste numa “descida de um corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical”. As quedas podem ter diferentes causas e representam uma preocupação enquanto indicador da qualidade em saúde uma vez que são a segunda causa de morte por acidente a nível mundial (WHO, 2007), tendo os Enfermeiros um papel fundamental na criação de ambientes seguros e normas que visem a sua prevenção (Barbosa *et al.*, 2015).

3.2 Dimensão do problema associado ao incidente de Queda no CMRA

De acordo com os estudos desenvolvidos por Czerwiński *et al.* (2008) evidências da literatura apontam para a existência de aproximadamente quatrocentos fatores diferentes de risco para as quedas, no entanto, em cerca de 8% dos casos nenhum fator de risco é identificado. Efetivamente, em contexto não institucional de prestação de cuidados de saúde existe um conjunto de fatores associados ao incidente de queda, muito mais vasto. Um internamento em reabilitação, por mais curto que seja, altera profundamente os hábitos de vida diários do utente o que combinado com um processo de maior debilidade física e moral aumenta consideravelmente o risco de um evento adverso (Oliver *et al.*,1997) realidade que merece pela sua pertinência e atualidade ser alvo de investigação.

Tendo em consideração que uma das motivações para a realização deste trabalho, e em sintonia com o propósito de aumento e consolidação de competências consistiu em conhecer e compreender os principais fatores de risco de queda em contexto da instituição prestadora de cuidados de reabilitação, é essencial em primeiro lugar proceder à caracterização da população/utente internada no CMRA.

Segundo os dados disponibilizados durante o ano de 2015 estiveram internados 915 utentes dos quais 92 (10,05%) tiveram registo de queda, totalizando 123 quedas. A média etária ronda os 59,28 anos, com desvio-padrão de 14,2 anos. Não existe diferença entre a média etária por sexo, sendo respetivamente para sexo masculino de 59,03 anos e para o sexo feminino 59,49 anos. Cinquenta por cento dos utentes com registo de queda têm mais de 61 anos (Tabela 5) sendo 41 (44,57%) do sexo masculino e 51 (55,43%) do sexo feminino. A média de dias de internamento em 2015 foi 71,71 dias com desvio-padrão 31,82. Em relação aos dados de 2016 estiveram internados 913 utentes dos quais 71 sofreram 84 incidente de queda. Em termos de distribuição por género, 26 (36,62%) utentes eram do sexo Feminino e 45 (63,38%) utentes eram do sexo Masculino. A média etária foi de 61,72 anos com desvio-padrão 14,03 anos. A taxa etária com maior frequência foi a de 66 – 75 (Tabela 5). A população internada com registo de incidente de queda em 2016 é maioritariamente mais envelhecida face ao ano anterior. Em termos de número de dias de internamento

em termos de valor médio verificou-se uma ligeira melhoria passando para 66,83 com desvio-padrão 28,94 dias.

De acordo com a problemática em estudo e face ao envelhecimento da população é interessante verificar que em 2015 com 80 anos ou mais apenas estiveram internados com registo de queda três utentes (Anexo IX) todos do sexo masculino, e com diagnóstico de AVC, Lesão Vertebro Medular não traumática e traumática.

Tabela 5- Distribuição etária dos utentes com registo de Queda

Classe Etária	Frequência 2015	Frequência 2016
Menos de 18	2	0
19-35	3	3
36-45	6	4
46-55	18	14
56 - 65	33	17
66 -75	22	19
Mais de 75	8	14
Total Utes	92	71

Fonte: CMRA, 2015 e 2016

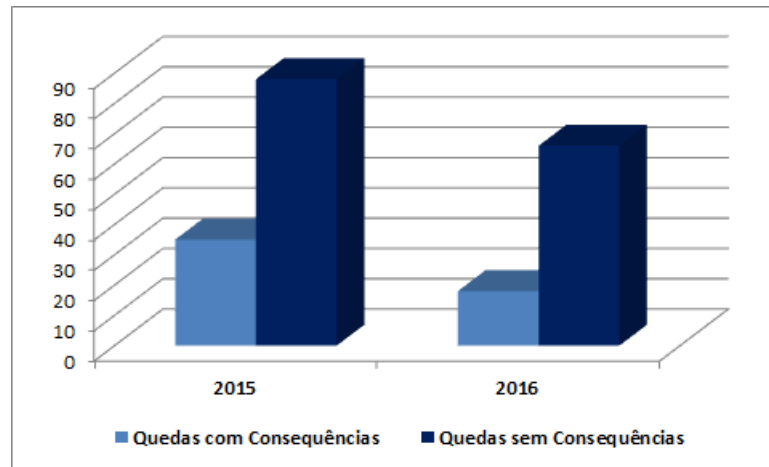
Ainda de acordo com os resultados obtidos pelo sistema de monitorização em 2016 registou-se uma melhoria considerável face a 2015 na diminuição do número de quedas (-31,7%), com especial relevo para os incidentes sem consequências que passaram de 13,4% para 9,2% (Tabela 6).

Tabela 6 - Incidente de Quedas em 2015 e 2016

Anos	Utentes Tratados	Nº Total de Registo de Quedas	Quedas com Consequências	Quedas sem Consequências	Incidentes sem consequências	Eventos Adversos
2015	915	123	35	88	13,4%	3,83%
2016	913	84	18	66	9,2%	1,97%

Fonte: SCML, 2016; CMRA, 2015 e 2016

Gráfico 1 - Distribuição das Quedas com e sem Consequências



Fonte: CMRA, 2015 e 2016

A avaliação do risco de queda e a análise das consequências é essencial para uma maior consciencialização sobre a complexidade da prevenção do incidente de queda. Como mostra a Tabela 7 a consequência mais frequente em 2015 foi Traumatismo de Membro Inferior (22,86%), enquanto que em 2016 foi o Traumatismo occipital (27,78%).

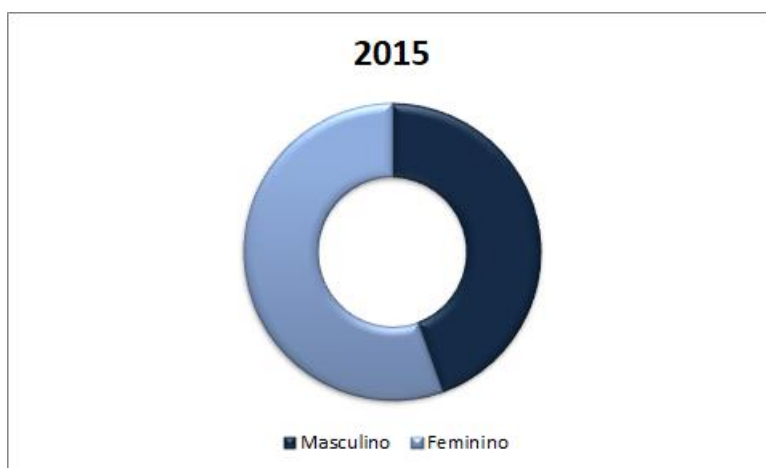
Tabela 7 - Consequências da Queda

Tipo de Consequências	2015	%	2016	%
Dor	4	11,43	0	0,00
Traumatismo da região dorsal	3	8,57	2	11,11
Traumatismo da Face	2	5,71	4	22,22
Traumatismo da Face com Hematoma	5	14,29	2	11,11
Traumatismo da Mão	2	5,71	0	0,00
Traumatismo Membro Inferior	8	22,86	3	16,67
Traumatismo Membro Superior	7	20,00	2	11,11
Traumatismo Occipital	4	11,43	5	27,78
Total	35	100	18	100

Fonte: CMRA, 2015 e 2016

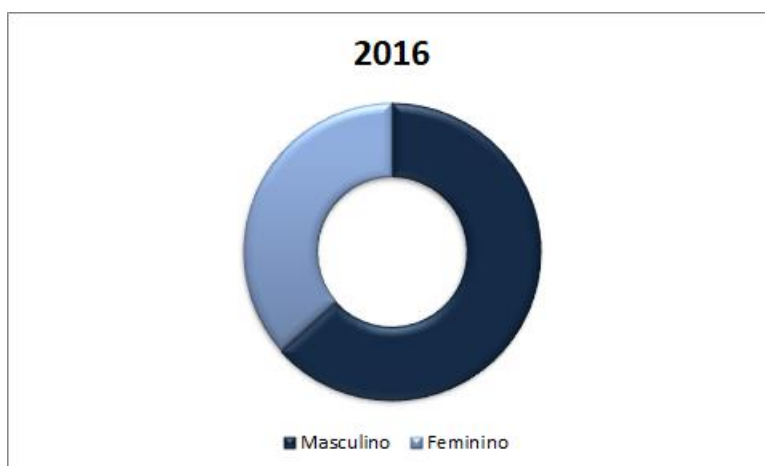
Em termos relativos verificou-se um aumento do número de quedas nos utentes do sexo masculino em relação ao sexo feminino entre 2015 e 2016 (Gráfico 2 e Gráfico 3).

Gráfico 2 - Registo de Queda por Sexo em 2015



Fonte: CMRA, 2015 e 2016

Gráfico 3 - Registo de Queda por Sexo em 2016



Fonte: CMRA, 2015 e 2016

No que concerne ao concelho de residência a origem dos utentes internados com incidente de queda em 2015 está distribuída por 25 concelhos, sendo no entanto a maioria oriunda da Grande Lisboa, com Cascais a liderar a tabela com 25% (23), dos

utentes internados com registo de queda. Sintra surge em segundo lugar com 10,8% (10) dos utentes internados com registo de queda, seguida de Lisboa com 9,8% (9) de utentes com registo de queda e da Amadora com 7,6% (7) dos utentes internados com registo de queda (Anexo X).

Tabela 8 - Principais Concelhos de residência dos utentes internados

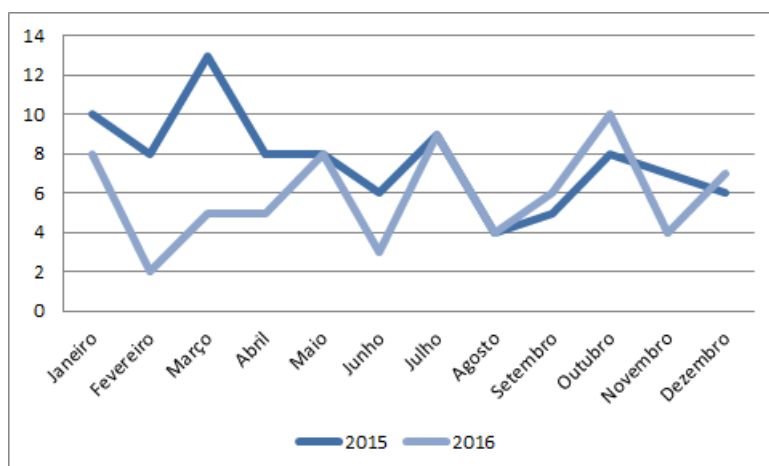
Concelhos	2015	%	Concelhos	2016	%
Cascais	23	25	Lisboa	11	15,5
Sintra	10	10,9	Cascais	10	14,1
Lisboa	9	9,8	Sintra	5	7,0
Amadora	7	7,6	Alenquer	4	5,6
Almada	6	6,5	Seixal	4	5,6
Barreiro	4	4,3	Vila Franca de Xira	4	5,6
Oeiras	4	4,3	Amadora	3	4,2
Vila Franca de Xira	4	4,3	Arruda dos Vinhos	2	2,8

Fonte: CMRA, 2015 e 2016

Em relação ao ano de 2016 existe um decréscimo do número de utentes com residência nos concelhos de Lisboa, apesar de Lisboa passar a principal concelho de residência dos utentes com incidente de queda com 15,5% (11). Sintra e Cascais também perdem peso quer em termos absolutos, quer relativos (Tabela 8). O número de concelhos de residência dos utentes internados aumentou passando de 25 para 29 (Anexo X). A Tabela 8 ilustra os oito concelhos de residência com maior número de utentes com registo de queda internados.

Em 2015 o mês de maior número de admissões de internamento de utentes com registo de queda foi Março (14,1%). Em 2016 o mês com maior número de admissões foi Outubro (14,1%) (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Número de admissões por mês dos utentes com registo de Queda



Fonte: CMRA, 2015 e 2016

O CMRA está organizado por serviços, de acordo com o grupo etário e regime de prestação de cuidados em conformidade com as patologias tendo registado a distribuição apresentada na Tabela 9 referente aos anos de 2015 e 2016.

Como anteriormente mencionado o número de quedas registado em 2015 foi de 123 no entanto o número de utentes internados com registo de queda foi de 92. Esta realidade é justificada tendo em consideração que 31 utentes internados sofreram mais de um incidente de queda em 2015. Em 2016 dos utentes admitidos para internamento, 71 tiveram pelo menos uma queda, tendo sido registados ao longo do ano, 84 incidentes (Tabela 9).

Tabela 9 - Número de Registos de Queda por Serviço

Número de Registos de Queda por Serviço	2015	%	2016	%
Serviço de Reabilitação de Adultos 1 Direito	26	21,14	13	15,48
Serviço de Reabilitação de Adultos 1 Esquerdo	33	26,83	21	25,00
Serviço de Reabilitação de Adultos 3 Direito	21	17,07	24	28,57
Serviço de Reabilitação de Adultos 3 Esquerdo	41	33,33	26	30,95
Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento	2	1,63	0	0,00
Total	123		84	

Fonte: CMRA, 2015 e 2016

No Serviço de Reabilitação de Adultos 1º Direito em 2015 caíram dezanove utentes dos quais, quatro tiveram dois registos de queda e um utente sofreu quatro quedas. A patologia dominante nos utentes com registo de queda foi o AVC com 78,95% (15) com este diagnóstico. A média etária destes utentes foi de 64 anos. Em 2016 existiram 12 utentes com registo de uma queda, tendo um sofrido dois incidentes. A média etária manteve-se próxima dos 64 anos e a patologia predominante foi a Lesão Vertebral Medular.

No Serviço de Reabilitação de Adultos 1º Esquerdo em 2015 caíram, vinte e sete utentes, dos quais, cinco tiveram mais do que um registo de queda. Quatro utentes sofreram duas quedas e um utente registou três quedas. Dos cinco utentes que sofreram mais de uma queda, quatro tiveram como diagnóstico AVC e um Esclerose múltipla. Mais uma vez o AVC foi a patologia mais comum 70% (19) em relação aos utentes internados com registo de queda. A média etária dos utentes com registo de queda foi de 61,15 anos. Em 2016, a maioria dos utentes internados no Serviço de Reabilitação de Adultos 1º Esquerdo tiveram como diagnóstico o AVC, mais precisamente 65% dos utentes sendo a idade média os 66 anos. Quatro utentes tiveram registo de duas quedas.

No Serviço de Reabilitação de Adultos 3º direito em 2015 caíram dezoito utentes dos quais, um caiu duas vezes e um caiu três vezes. A patologia predominante 83,33% (15) dos utentes com mais de um registo de queda foi o AVC. A média etária destes utentes foi de 59,05 anos. Em 2016 o perfil dos utentes manteve a tendência anterior sendo o AVC o diagnóstico dominante (71,4% os utentes).

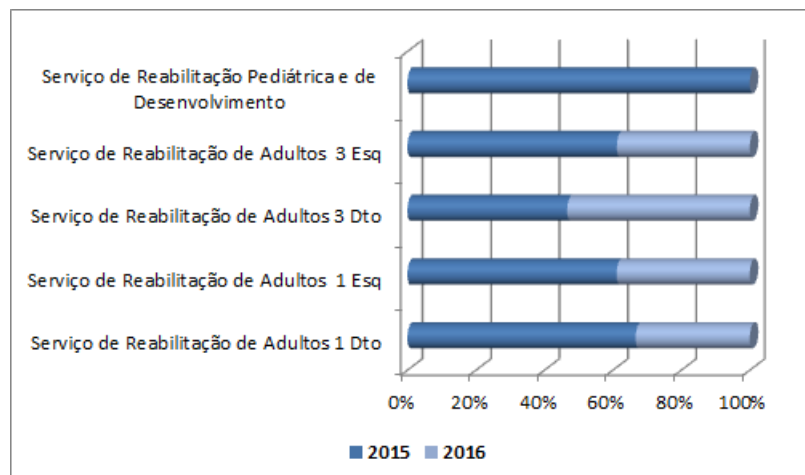
No Serviço de Reabilitação de Adultos 3º Esquerdo caíram em 2015, vinte e seis utentes, dos quais, 10 tiveram mais do que um registo de queda. Sete utentes sofreram duas quedas, dois utentes sofreram três quedas e um utente sofreu 5 quedas. Dos dez utentes que sofreram mais de uma queda, nove tiveram como diagnóstico AVC e um Espinocerebelosa. Igualmente neste serviço a patologia prevaiente nos utentes com registo de queda foi mais uma vez o AVC com 70% (19). A média etária dos utentes com registo de queda foi de 58,31 anos. Em 2016 a taxa etária dos utentes internados no Serviço de Reabilitação de Adultos 3º Esquerdo não apresentou uma diferença significativa tendo sido 57,28 anos. Em termos de patologia verificou-se em termos percentuais um aumento dos utentes com AVC.

Assim dos 21 utentes internados com registo de queda, 17 foram vítimas de AVC. O AVC é a doença neurológica mais frequente e a principal causa de morte e incapacidade, em Portugal. Apesar de existirem cada vez mais pessoas informadas sobre os sinais e a forma de prevenir um AVC, na realidade os casos continuam a encher as urgências dos hospitais pelo que é fundamental incrementar mais medidas de prevenção. Um AVC consiste numa interrupção do fornecimento de sangue para uma parte do cérebro. As células cerebrais podem ficar danificadas e, em consequência, as funções corporais e cognitivas podem ser afetadas. A percentagem de utentes em idade ativa que chegam ao CMRA para internamento na sequência de AVC é assustadora e tem na sua origem comportamentos que urge combater como o excesso de sal e de gorduras, o sedentarismo, a hipertensão e os diabetes. Quando a prevenção falhou, resta a esperança de recuperação e por isso a terapêutica foca-se na reabilitação.

No Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento apenas dois utentes sofreram registo de uma única queda. A média etária destes dois utentes era 4 anos (3 e 5 anos). No ano de 2016 o Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento não registou um único incidente de queda.

Nunca é demais referir que uma inadequada avaliação do risco de incidente de queda potencia o surgimento do mesmo, o que deve ser considerado como um défice de qualidade e segurança (ERS, 2017). A monitorização por serviço e a sua visualização em termos percentuais facilita a compreensão da realidade e fomenta a implementação de ações preventivas. Por conseguinte e tendo como base o Gráfico 5, o Serviço de Reabilitação de Adultos 3 Direito registou um aumento de incidente de queda face a 2015, e o Serviço de Reabilitação de Adultos 3º Esquerdo apesar de ter registado uma melhoria considerável em 2016 foi o serviço com maior registo de eventos de queda com cerca de 31% (Tabela 9).

Gráfico 5 - Distribuição dos Registos de Queda por Serviço do CMRA



Fonte: CMRA, 2015 e 2016

Pela pertinência da problemática em termos de prevenção é interessante assinalar que em 2016, 18,3 % da população utente com registo de queda, não sofreu um, mas sim, dois incidentes de queda, sendo cerca de 85% (11) do sexo masculino e 15% (2) do sexo feminino (Tabela 10).

A média etária do sexo masculino com registo de duas quedas em 2016 foi de 57 anos, enquanto que, a média etária do sexo feminino foi de 53 anos. Em ambos os sexos a patologia maioritária foi o AVC (69%), logo seguida de Outra Patologia Neurológica (15%).

É importante evidenciar que em 2016 não existiu nenhum utente internado com registo de mais de duas quedas contrariamente ao verificado em 2015 como mostra a Tabela 10 e na qual é possível verificar que estávamos perante um fenómeno cuja representatividade atingia os 6,5% dos utentes passando em 2016 para 0%.

Tabela 10 - Número de Registos de Queda por utente

Número de Registos de Queda por utente	2015	%	2016	%
Uma Queda	70	76,1	58	81,7
Duas Quedas	16	17,4	13	18,3
Três Quedas	4	4,3	0	0
Quatro Quedas	1	1,1	0	0
Cinco Quedas	1	1,1	0	0
Total	92	100	71	100

Fonte: CMRA, 2015 e 2016

Em termos percentuais no ano de 2015 o Turno da Manhã foi o que registou maior número de incidentes de queda (47,15%). No ano de 2016 a diferença entre o Turno da Manhã e o Turno da Tarde foi diminuta como se pode verificar pela Tabela 11.

Tabela 11 - Número de Registos de Queda por Turno (CMRA)

Número de Registos de Queda por Turno	2015	%	2016	%
Manhã 8.00h – 16.00h	58	47,15	38	45,24
Tarde 16.00h – 23.00h	10	8,13	7	8,33
Noite 23.00h – 8.00 h	55	44,72	39	46,43
Total	123		84	

Fonte: CMRA, 2015 e 2016

No que se refere ao diagnóstico dos utentes com incidentes de queda durante o internamento, o AVC corresponde à patologia com maior representatividade como evidencia a Tabela 12. Na verdade um utente que tenha sofrido um Acidente Vascular Cerebral e que necessite de ser internado apresenta frequentemente fraqueza muscular ou mesmo paralisia num lado do corpo, alterações do equilíbrio, fadiga, alterações da perceção e interpretação da realidade, alterações mentais (pensar, aprender, concentrar, relembrar e prestar atenção) que potenciam o aumento do risco de queda.

Tabela 12 - Diagnóstico dos utentes internados com incidente de Queda (CMRA)

Diagnóstico	Frequência		Frequência	
	2015	%	2016	%
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	72	78,3	47	66,2
Amputações	0	0,0	1	1,4
Aneurisma	1	1,1	0	0,0
Esclerose Múltipla	2	2,2	1	1,4
Encefalite/mielite	0	0,0	1	1,4
Espinocerebelosa	1	1,1	0	0,0
Lesão Medular (não traumática)	3	3,3	0	0,0
LVM (não traumática)	2	2,2	6	8,5
LVM (traumática)	4	4,3	8	11,3
Outra Patologia Neurológica	2	2,2	6	8,5
Outras Patologias e Fraturas	1	1,1	1	1,4
Parkinson	1	1,1	0	0,0
Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE)	3	3,3	0	0,0
Total	92	100	71	100

Fonte: CMRA, 2015 e 2016

3.3 Procedimentos de avaliação do risco de incidente de Queda no CMRA

O incidente de queda pode acontecer na sequência da sobreposição de vários fatores coadjuvantes (intrínsecos e extrínsecos) o que obriga a uma visão holística sobre o utente internado em instituição prestadora de cuidados de saúde (Almeida, Abreu, & Mendes, 2010). Segundo o Plano de Prevenção e Monitorização do Evento de Queda do CMRA (CMRA, 2013) são considerados como fatores intrínsecos: a história anterior de queda; a Agitação; a Confusão; a Epilepsia; a Hipotensão; Hipoglicémia; a Anemia; a Incontinência de esfíncteres; as Vertigens; as Alterações Cognitivas; a Redução da Força Muscular; as Alterações do Equilíbrio; a Astenia; a Diminuição da Acuidade Visual; as Alterações Sensitivas; as Perturbações do Sono; a Medicação e a Idade. Com base no plano mencionado como fatores extrínsecos para adultos são enunciados: O Calçado/Roupa Inadequada; A Fraca Iluminação; O Piso Escorregadio ou em Mau Estado de Conservação e a Existência de Obstáculos. Em utentes categorizados como população pediátrica, as quedas ocorrem normalmente em contexto não institucional (CMRA, 2013). Ainda de acordo com o Programa de Melhoria Contínua – Prevenção e Monitorização de quedas do CMRA (CMRA, 2012) sempre que existe uma admissão de um utente, o mesmo deve ser alvo de Avaliação de Risco de queda em conformidade com as escalas adotadas e os procedimentos instituídos.

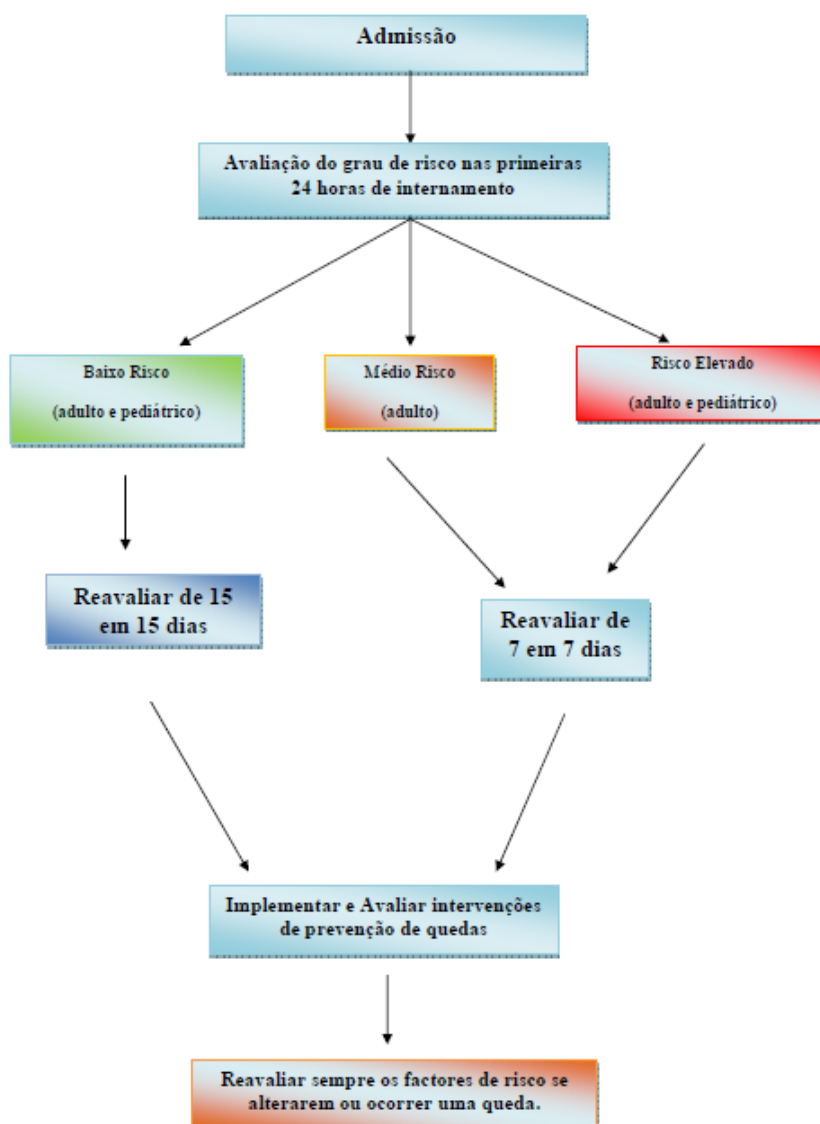
A utilização de escalas é essencial como instrumento de avaliação, no entanto, a escolha de qual deverá ser utilizada é uma problemática que tem sido alvo de alguma preocupação e controvérsia no seio dos profissionais de saúde como refere Costa-Dias e Ferreira (2014b). De facto, uma escala de avaliação, como qualquer outro instrumento de avaliação necessita de ser submetido a um processo de adaptação cultural e linguística e validado para a língua portuguesa (Almeida, Abreu, & Mendes, 2010). Este aspeto é muito importante, dado que os instrumentos de medida devem ter qualidades essenciais como a fiabilidade e a validade. Além disto, todas as escalas que existem estão concebidas em outra língua que não a portuguesa e para outra cultura e, por isso, têm de ser submetidas a um processo de tradução, adaptação cultural e linguística e validação para a língua portuguesa, para que os instrumentos de medida se mantenham fiéis ao original (Wild *et al.*, 2005). Por fim, quando se

escolhe um método de avaliação deve ser tido em consideração que estamos perante uma ferramenta de trabalho que auxilia na tomada de decisão e ajusta as intervenções de Enfermagem a cada utente, pelo que carece da melhor atenção, ponderação e reflexão.

Sobre esta matéria o Plano de Prevenção e Monitorização do evento de Queda preconiza que a avaliação inicial do risco poderá ser realizada pelo Enfermeiro nas primeiras 24 horas, no entanto, sempre que possível deverá ser realizado no momento de admissão (Figura 9). Para utentes com idade igual ou superior a 18 anos o instrumento a utilizar deverá ser o formulário aprovado para o efeito que consiste numa adaptação da Escala de Quedas de Morse⁴ (EQM) (Anexo VI). Para crianças e adolescentes aplica-se a escala adaptada de Humpty Dumpty Fall Scale (Anexo V). Esta escala é um instrumento de carácter observacional constituído por sete itens: idade; género; diagnóstico; deficiências cognitivas; fatores ambientais; consumo de medicamentos e reação à cirurgia, sedação e anestesia.

⁴ Desenvolvida por Janice Morse, num projeto-piloto em 1985, foi divulgada no artigo “Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient” (Morse et. al, 1989). Em 1997 Janice Morse publica o livro “Preventing Patient Falls” o qual sofre uma revisão com a segunda edição em 2009.

Figura 9 - Fluxograma - Avaliação do Risco de Queda



Fonte: CMRA, 2013, p.7

Em relação à Escala de Quedas de Morse (EQM) a mesma foi desenvolvida com base na premissa de que as quedas têm diferentes causas e por isso devem ser classificadas em:

Quedas acidentais: Ocorrem por fatores externos à pessoa, acontecendo a utentes sem risco de queda, não se podendo prever ou antecipar. Este tipo de quedas não podem ser previstas pela escala e as estratégias para a sua prevenção passam por minimizar os riscos ambientais. Também podem estar relacionadas com erros de avaliação de risco (Morse, 2009);

Quedas fisiológicas não antecipáveis: Ocorrem em utentes sem fatores de risco para a queda. Não são previsíveis e podem ocorrer devido a fatores fisiológicos como convulsões, perda de força, ou fraturas patológicas (Morse, 2009);

Quedas fisiológicas antecipáveis: Sucedem em utentes com alterações fisiológicas e que apresentam risco de queda. Este tipo de quedas representa cerca de 80% do total de quedas e são potencialmente preveníveis com a utilização da Escala de Quedas de Morse (Morse, 2009).

As escalas de avaliação de risco de queda conferem valores numéricos a fatores de risco que, quando somados, indicam um grau de risco (score) o qual é classificado em baixo, médio ou elevado. A reavaliação do risco depende do score obtido, e a mesma deve obedecer à calendarização de periodicidade apresentada na Tabela 12, ou sempre que se modificarem os fatores de risco, ou ocorra uma queda. Todos os utentes internados com avaliação de risco de queda médio ou elevado devem estar sinalizados.

A EQM é constituída por seis itens de avaliação, com duas ou três possibilidades de resposta para cada um e consiste num método simples e rápido de avaliar a probabilidade de queda do doente (Costa-Dias *et al.*, 2014a). Os itens de avaliação originais são: 1. Antecedentes de Queda/História de Queda; 2. Diagnóstico secundário; 3. Ajuda na mobilização; 4. Terapêutica endovenosa; 5. Tipo de Marcha; 6. Estado mental. A cada uma das respostas corresponde uma pontuação. De acordo com a avaliação efetuada a soma das pontuações obtidas em cada um dos seis itens resulta num score que indica o risco de queda. Essa pontuação varia de 0 a 125 pontos.

Como instrumento de avaliação a escala deve ser vista como um todo e preenchida na sua totalidade. Não inclui explicitamente a medicação, mas encontra-se integrada no segundo item (diagnóstico secundário). Deve ser aplicada a utentes com mais de 18 anos e quanto maior o score maior é o risco. Considera-se alto risco de queda quando o resultado obtido, através da aplicação da escala, é igual ou superior a 45 pontos, baixo risco quando a pontuação obtida se situa entre 0 e 24 pontos e médio risco quando se situa entre 24 e 45 pontos (Morse, 2009). De acordo com a sua autora a escala deve ser adaptada para cada realidade institucional ou unidade, para que as

estratégias de prevenção sejam dirigidas em conformidade com a probabilidade de risco. Ou seja, os pontos de corte podem ser diferentes dentro da mesma organização dependendo do tipo de Serviço e utentes. No CMRA os pontos de corte são Baixo Risco 0 – 24; Médio Risco 25-50; Elevado Risco pontuação igual ou superior a 51.

Acresce salientar que na revisão de literatura efetuada não se encontrou nenhum trabalho científico sobre a validação da EQM para o contexto de reabilitação em Portugal. O facto de existirem fatores não contemplados por esta escala e os quais passíveis de aumentar o risco de queda constitui um motivo relevante e que carece de maior reflexão no seio das entidades com responsabilidades nesta matéria.

Tabela 13 – Periodicidade de reavaliação de risco no CMRA

Utentes	Periodicidade
Adultos com médio e elevado risco de Queda	7 em 7 dias
Adultos com baixo risco de Queda	15 em 15 dias
Crianças e adolescentes com elevado risco de Queda	7 em 7 dias
Crianças e adolescentes com baixo risco de Queda	15 em 15 dias

Fonte: CMRA, 2013

Quando ocorre um incidente de queda é necessário proceder ao seu registo, em formulário próprio (Anexo IV) e a informação deve ser lançada no *software* de monitorização. A recolha deste tipo de informação, bem como, a análise e tratamento estatístico da mesma visam o controlo de procedimentos e a melhoria das práticas. A escolha das variáveis a serem monitorizadas é por conseguinte primordial para uma correta gestão e supervisão (Pearson & Coburn, 2011). Como argumenta Morse (2009) reduzir os riscos de queda em contexto de instituições prestadoras de cuidados de saúde, implica um esforço planeado e coordenado, o qual deve ser alicerçado em informação útil. Neste sentido deve ser recolhida informação sobre a patologia do utente e respetiva intervenção terapêutica, o motivo, o local, a hora, o tipo de lesões, e o seu grau de gravidade. Não valorizar o evento da queda consiste num erro grave,

não contribui para a resolução do problema e potencia a sua reincidência. Portanto, sempre que se registre um incidente de queda o utente deverá ser imediatamente avaliado, não só em termos clínicos, mas também em relação à necessidade de revisão das intervenções. As consequências de uma queda podem não ficar circunscritas a aspetos físicos pelo que deverão ser sempre equacionadas as potências consequências psicológicas. A adequação de estratégias preventivas e terapêuticas ao utente vítima de um incidente de queda numa instituição prestadora de cuidados de saúde tem como propósito minimizar a probabilidade de novo incidente de queda durante o internamento (Hendrich, 2007).

3.4 Monitorização e identificação dos motivos de incidente de Queda no CMRA

Segundo Pearson e Coburn (2011) a maioria dos incidentes de quedas em instituições prestadoras de cuidados de saúde ocorrem nos quartos dos utentes e nas casas de banho, estando frequentemente relacionadas com a medicação e limitações na mobilidade⁵.

Contrariamente ao vivenciado no ambiente doméstico o utente internado não conhece bem o espaço, a iluminação nem sempre é suficiente, principalmente de noite a que crescem situações mais complexas, como soros, cateteres, sondas e drenos, que impedem a movimentação livre e segura.

No Plano de Prevenção e Monitorização do Evento de Queda do CMRA (CMRA, 2013) estão definidas como variáveis de análise: a marcha, a marcha acompanhada, a marcha com auxiliar de marcha, a marcha com canadiana/andarilho, a queda da cama, a queda da sanita, a queda da cadeira de rodas, a queda da cadeira de rodas no banho, a queda reportada por terceiros, o facto de o utente retirar a faixa de segurança, a tentativa de levante da cama, a tentativa de levante da cadeira de rodas, a tentativa de posição de pé, a tentativa de transferência e a tentativa de vestir/despir (Tabela 14).

⁵ Segundo a CIPE (Classificação internacional para a prática da enfermagem) por mobilidade deve ser entendido o movimento voluntário e psicomotor do corpo, incluindo a coordenação dos movimentos musculares e articulares, bem como o desempenho do equilíbrio, o posicionamento corporal e o deslocamento.

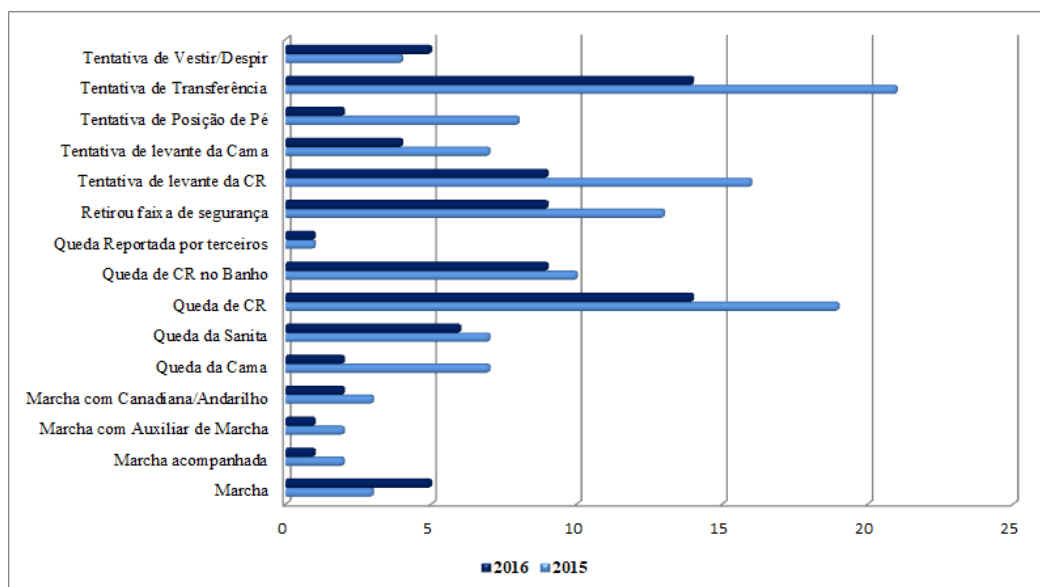
Tabela 14 - Motivos de Queda alvo de monitorização CMRA

Motivos de Queda alvo de monitorização	2015	%	2016	%
Marcha	3	2,44	5	5,95
Marcha acompanhada	2	1,63	1	1,19
Marcha com Auxiliar de Marcha	2	1,63	1	1,19
Marcha com Canadiana/Andarilho	3	2,44	2	2,38
Queda da Cama	7	5,69	2	2,38
Queda da Sanita	7	5,69	6	7,14
Queda de CR	19	15,45	14	16,67
Queda de CR no Banho	10	8,13	9	10,71
Queda Reportada por terceiros	1	0,81	1	1,19
Retirou faixa de segurança	13	10,57	9	10,71
Tentativa de levantar da CR	16	13,01	9	10,71
Tentativa de levantar da Cama	7	5,69	4	4,76
Tentativa de Posição de Pé	8	6,50	2	2,38
Tentativa de Transferência	21	17,07	14	16,67
Tentativa de Vestir/Despir	4	3,25	5	5,95
Total Quedas	123	100	84	100

Fonte: CMRA, 2015 e 2016

É interessante destacar que com exceção da Marcha e Tentativa de Vestir/Despir, todos os outros motivos foram alvo de decréscimo. A melhoria de valores é muito significativa na Tentativa de Posição de Pé e queda da Cama (Gráfico 5).

Gráfico 6 - Motivos de Queda alvo de monitorização CMRA



Fonte: CMRA, 2015 e 2016

Como anteriormente já foi referenciado as quedas acidentais estão relacionadas como o ambiente ou erros de avaliação. Regra geral, a razão da queda está relacionada com o facto de o utente escorregar, tropeçar, ou perder o equilíbrio. Estes acontecimentos podem ocorrer na tentativa de levantar, quando perde o equilíbrio durante a marcha, ou quando não avalia corretamente o espaço para se sentar ou quando não consegue dimensionar o tamanho de abertura de uma porta (Schub, 2016). As quedas fisiológicas não antecipáveis, como o nome indica não são previsíveis e acontecem na sequência de perda de conhecimento, tonturas, quebra de visão ou fraturas em osso patológico (Costa-Dias *et al.*, 2013).

3.5 Fatores de risco e consequências do incidente de Queda no CMRA

Impedir um incidente de queda num serviço de prestação de cuidados de saúde de internamento consiste num desafio complexo, principalmente porque em determinadas situações, garantir a segurança de um utente, implica ir contra o seu direito de fazer as suas próprias escolhas, tais como: levantar-se da cama, tomar banho sozinho, tentar vestir-se/despir-se ou mesmo andar sozinho. Neste sentido, as quedas de utentes internados não podem ser totalmente evitadas, mas obviamente que com medidas preventivas, equipamentos, um ambiente adequado e um trabalho de sensibilização/educação do utente podem ser minimizadas (Centers for Disease Control and Prevention, 2015).

Segundo a National Patient Safety Agency (NPSA, 2007) os principais fatores de risco de queda são as alterações da mobilidade (astenia, falta de equilíbrio, deficiências motoras); o estado mental (confusão mental, desorientação, depressão, défices cognitivos); as necessidades fisiológicas (excessiva frequência ou incontinência); a história recente de queda; a medicação e a idade.

Para Travanca *et al.* (2011) para entender as causas dos incidentes de queda em contexto de instituição prestadora de cuidados de saúde é essencial analisar os fatores ambientais, tais como, a não existência de obstáculos, o tipo de piso, o sistema de sinalização e a iluminação, mas também, o historial do utente, a medicação, o estado de agitação/confusão, a mobilidade e o equilíbrio. Para estes autores a vigilância é essencial, mas nem sempre é exequível de uma forma permanente e contínua, razão pela qual devem ser utilizados dispositivos de segurança. A segurança do utente deve ser uma prioridade máxima para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, e neste sentido, a prestação de cuidados, não se deve limitar a ajudas técnicas, com efeito é necessário atuar no âmbito da educação e adoção de comportamentos de prevenção (Hesbeen, 2003). Segundo os dados disponibilizados pelo CMRA (CMRA, 2015 e 2016) as situações mais problemáticas incidem na Tentativa de Transferência, na queda de Cadeira de Rodas, na Marcha e a na Tentativa de Vestir/Despir.

No que concerne à existência de consequências em virtude do incidente queda em 2015 e 2016 no CMRA os resultados obtidos evidenciam uma melhoria não só em termos absolutos, mas também relativos como indicam os Gráficos 7 e 8.

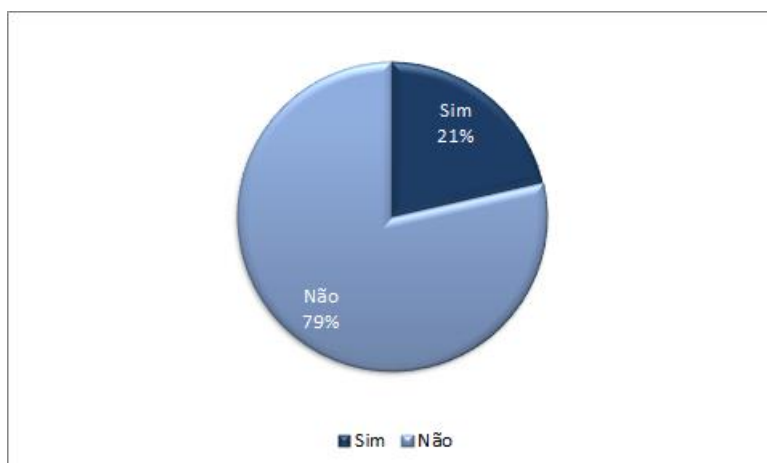
Gráfico 7 - Existência de Consequências 2015



Fonte: CMRA, 2015 e 2016

A análise das consequências é de extrema importância porque um evento adverso, implica a realização de exames complementares de diagnóstico, nomeadamente, RX e Ecografias, assim como a necessidade de um prolongamento do internamento. Neste sentido a existência de um incidente de queda com consequências não tem só impacto físico e psicológico no utente, mas também um agravamento de custos. As consequências físicas são todas as lesões diretamente causadas pelo traumatismo, como escoriação, contusão, laceração, corte, fratura, hematoma, luxação e entorse. Ao nível psicológico as consequências são fundamentalmente o sentimento de vulnerabilidade, a tristeza pela perda de capacidades, a ansiedade, o medo de voltar a cair, e a perda da autoestima. Sendo atualmente as quedas em contexto de instituições prestadores de cuidados de saúde um indicador de qualidade, obviamente que a sua existência representa menor eficiência e eficácia dos serviços, e em particular do programa de reabilitação.

Gráfico 8 - Existência de Consequências 2016



Fonte: CMRA, 2015 e 2016

Como anteriormente referido um incidente de queda em contexto de instituição prestadora de cuidados de saúde pode ser gerador de consequências físicas e psicológicas. A Tabela 15 mostra as consequências assinaladas em conformidade com a arquitetura do *software* de registo de queda e cuja avaliação envolve apenas a vertente física.

Tabela 15 - Tipo de consequências incidente de Queda

Tipo de Consequências	2015	%	2016	%
Dor	4	3,25	0	0,00
Traumatismo da região dorsal	3	2,44	2	2,38
Traumatismo da face	2	1,63	4	4,76
Traumatismo face com hematoma	5	4,07	2	2,38
Traumatismo mão	2	1,63	0	0,00
Traumatismo Membro Inferior	8	6,50	3	3,57
Traumatismo Membro Superior	7	5,69	2	2,38
Traumatismo Occipital	4	3,25	5	5,95
Sem Consequências	88	71,54	66	78,57
Total Quedas	123	100,00	84	100,00

Fonte: CMRA, 2015 e 2016

Em 2015 a consequência de evento adverso mais frequente foi o Traumatismo de Membro Inferior, e em 2016 foi o Traumatismo Occipital (Tabela 15).

A segurança do utente depende fundamentalmente da utilização de sistemas de antecipação, prevenção e notificação do erro. Paralelamente à recolha de informação sobre os incidentes de queda é interessante também ter acesso e conhecer um conjunto de indicadores que espelhem a realidade vivenciada nos serviços.

Neste contexto o CMRA estabeleceu como indicadores de estrutura a percentagem de Enfermeiros por unidade de internamento com formação na área da prevenção e monitorização de quedas e a existência no serviço do manual de procedimentos, onde se inclui a norma de Monitorização de quedas e Prevenção do Risco. Como indicadores de processo mensal o cálculo do rácio entre o número de utentes com avaliação de risco face ao universo de utentes internados e o cálculo da relação entre o número de utentes com risco de queda, mas que não caíram, e o total de utentes com risco de queda. Como indicadores epidemiológicos a taxa de risco de queda, a incidência de queda com consequência e a sua relação com os dias de internamento (Tabela 16).

Tabela 16 - Indicadores de desempenho

Indicadores	2015	2016
Indicadores de Estrutura		
• Percentagem de Enfermeiros por unidade de internamento com formação na área da prevenção e monitorização de Quedas;	97,25%	100%
• Manual de Procedimentos.	Sim	Sim
Indicadores de Processo		
• Nº utentes com avaliação do risco de Queda/Nº total de pessoas internadas *100;	28,45%	21,43%
Indicadores Epidemiológicos		
• Nº de utentes com Queda e com lesão/Nº de utentes com Queda *100;	28,46%	21,43%
• Nº de Quedas registadas/Nº total de dias de internamento *100;	1,86%	1,77%

Fonte: CMRA, 2015 e 2016

Os indicadores como variáveis objetivas e mensuráveis constituem também uma forma de monitorização e avaliação do incidente de queda.

A nível dos indicadores de estrutura e relativamente à formação dos Enfermeiros, em 2015 foram realizadas duas ações de formação por parte da equipa responsável dos Padrões de Qualidade, com a duração de três horas, numa percentagem de 97,25% dos Enfermeiros em funções, ficando agendada uma ação para 2016 para os restantes Enfermeiros ausentes: três em licença de maternidade e férias e três Enfermeiros recém-chegados ao CMRA, pelo que em 2016 todos os Enfermeiros em funções no CMRA ficaram munidos da formação relativa à problemática das quedas. Os indicadores de estrutura permitem aos serviços e instituições a aplicação de um programa e melhoria contínua de qualidade.

Os recursos disponíveis (materiais e humanos) em contexto de prestação de cuidados de saúde são frequentemente insuficientes para cobrir todas as necessidades, pelo que exigem uma gestão criteriosa e racional alicerçada em informação útil que permita avaliar continuamente a posição em termos de dotação de Enfermeiros. A dotação de recursos em Enfermagem tem como finalidade efetuar uma previsão do número de Enfermeiros necessários para prestar cuidados de Enfermagem nos diversos serviços, de acordo com a capacidade instalada, a complexidade dos cuidados e o seu modo de organização. Assim, a informação em tempo real sobre o número de utentes internados e possíveis entradas, as horas de cuidados prestadas (HCP), as horas de cuidados necessárias (HCN) e as horas de Enfermagem disponíveis (HED) permitem à Direção de Enfermagem tomar decisões no que concerne à gestão diária e possibilita perspetivar sobre políticas de dotação de Enfermeiros baseadas na evidência. A avaliação diária das necessidades de cuidados dos utentes internados possibilita calcular os seguintes indicadores: Horas de Cuidados Necessárias por Dia de Internamento (HCN/DI) e Horas de Cuidados Prestados por Dia de Internamento (HCP/DI). A relação entre estes dois valores $HCN/HCP * 100$ determina a taxa de utilização dos recursos disponíveis.

O Sistema de Classificação de Doentes baseado em Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem (SCD/E) foi desenvolvido em conformidade com o Sistema de Informação para a Gestão dos Serviços de Saúde (SIGSS) e consiste na categorização dos utentes por indicadores críticos, de acordo com as suas

necessidades em cuidados de Enfermagem. As classificações dos utentes são realizadas pelos Enfermeiros que são por eles responsáveis no final do turno da manhã. Até às 16h o Enfermeiro Chefe informa para a Direção de Enfermagem a informação sobre o número de utentes internados e possíveis entradas, as horas de cuidados prestadas (HCP), as horas de cuidados necessárias (HCN) e as horas de Enfermagem disponíveis (HED), calculando a variação entre HCN e HED. A Direção de Enfermagem pode tomar decisões no que concerne à gestão diária. Os sistemas de classificação de utentes podem ser consideradas ferramentas de gestão, uma vez que uniformizam a linguagem, permitem a definição de parâmetros e definição de orçamentos, e ainda permitem a comparação da carga de trabalho de enfermagem ao longo do tempo.

Os indicadores de processo referem-se à prestação de cuidados de saúde aos utentes e refletem o grau de concordância das práticas com as respetivas *guidelines*.

Taxa de utilização = $\text{HCN} : \text{HCP} \times 100$

HCN – Horas de cuidados necessárias

HCP – Horas de Cuidados Prestadas

A taxa de utilização média dos serviços em Alcoitão encontra-se na maioria dos dias acima dos 100%, sendo que nos dias em que ocorreram as quedas no serviço 1º direito durante o ano de 2016 a taxa de utilização foi sempre superior a 100%, o que se traduz numa constante superioridade do número de horas de cuidados necessárias relativamente ao número de horas de cuidados prestadas.

Os recursos disponíveis para o setor da saúde são, por definição, limitados e muitas vezes insuficientes para cobrir todas as necessidades. Este panorama de escassez de recursos na saúde exige aos profissionais uma nova postura face à gestão de pessoal, baseada no rigor e na fundamentação criteriosa das necessidades, o que justifica uma correta avaliação de todos os episódios, nomeadamente as quedas.

3.6 Prestação de cuidados e prevenção de Quedas no CMRA

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, tem como missão promover intervenções preventivas, não só para assegurar as capacidades funcionais dos utentes, mas também de forma a evitar mais incapacidades, prevenir complicações secundárias e defender o seu direito à qualidade de vida e à dignidade. O elevado grau de conhecimentos e experiência permite que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tome decisões em conformidade com o quadro ético, deontológico e jurídico, no sentido de maximizar o potencial de cada utente (Ordem de Enfermeiros, 2011).

Compete igualmente ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação de acordo com o Programa de Melhoria Contínua – Prevenção e Monitorização de Quedas do CMRA (Anexo III) realizar as seguintes intervenções de Enfermagem no âmbito do diagnóstico de risco de queda e sua prevenção:

- Aplicar dispositivo de segurança;
- Vigiar dispositivo de segurança;
- Informar sobre dispositivo de segurança;
- Instruir sobre o dispositivo de segurança;
- Instruir sobre uso do dispositivo de chamada;
- Vigiar orientação;
- Avaliar a capacidade de audição;
- Avaliar a capacidade de visão;
- Validade adaptação de óculos/prótese auditiva;
- Supervisionar no andar;
- Assistir/supervisionar transferir-se;
- Providenciar compensações de altura;
- Ensinar/instruir/treinar técnica de erguer-se;
- Supervisionar no erguer-se;
- Assistir no erguer-se;
- Ensinar/instruir/treinar uso cadeira de rodas;
- Supervisionar uso da cadeira de rodas;

- Assistir uso da cadeira de rodas;
- Verificar estado de conservação e funcionalidade dos produtos de apoio para a marcha, cadeira de rodas, camas e elevadores de transferência;
- Aplicar dispositivo de imobilização de acordo com circular normativa de 25/05/07 da Direcção-Geral de Saúde sobre medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de utentes – contenção física;
- Vigiar dispositivos de imobilização;
- Assistir no usar o sanitário;
- Assistir o aplicar do urinol;
- Assistir o aplicar da arrastadeira;
- Providenciar o acompanhamento às áreas de tratamento e diagnóstico;
- Organizar o espaço: manter as passagens desobstruídas e iluminadas, retirar equipamento e mobília desnecessária;
- Garantir que os pavimentos estão secos e sem irregularidades;
- Utilizar dispositivos antiderrapantes sempre que necessário;
- Avaliar medo de cair;
- Identificar efeitos secundários adversos e interações medicamentosas;
- Sinalizar unidade da pessoa com médio e elevado risco de queda.

Em primeiro lugar cumpre salientar que a problemática das quedas é abordada no CMRA logo na admissão do utente, no sentido de o informar, instruir e proceder à aplicação dos dispositivos de segurança necessários, em conformidade com as medidas preventivas resultantes da avaliação de risco de queda. Se o utente tiver 18 ou mais anos é aplicada a Escala de Morse, como instrumento de avaliação de risco de queda.

Consoante a pontuação obtida na aplicação das escalas existem procedimentos estabelecidos que devem obviamente ser sempre cumpridos. De facto, é interessante destacar que o ambiente de uma instituição prestadora de cuidados de saúde é um mundo estranho ao utente, pelo que o internamento representa um acontecimento gerador de ansiedade e insegurança. Por conseguinte, um acolhimento humanizado e competente é fundamental para o tranquilizar e minimizar os riscos de queda,

principalmente porque o tema da proteção das camas com grades e a utilização de faixas de segurança para cadeira de rodas, entre outros equipamentos de proteção, não são realidades psicologicamente fáceis de aceitar. Para ultrapassar este constrangimento, na admissão ao serviço de internamento é atribuída especial atenção à proteção/grades das camas enaltecendo as suas valência, explicando que abrem somente pelo lado de fora e que devem ser encaradas como uma medida de prevenção elementar de âmbito geral.

A utilização de cadeiras de rodas também deve ser observada como um equipamento facilitador da mobilidade. Como já mencionado, no decorrer do processo de admissão é sempre realçado ao utente e sua família a importância da segurança, e conseqüentemente a necessidade de cumprimento dos procedimentos, como por exemplo, no caso das cadeiras de rodas, a utilização de faixa de segurança caso a mesma seja considerada como indispensável face à avaliação de risco (Figura 10).

Figura 10 - Faixa de segurança em cadeira de rodas



Fonte: CMRA, 2017

Figura 11 - Cintos de segurança numa cadeira de rodas elétrica

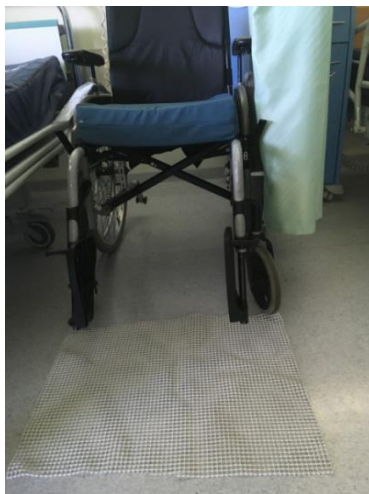


Fonte: CMRA, 2017

As diferenças entre a unidade de internamento e o domicílio, as rotinas próprias de um serviço de internamento, as alterações de espaço e organização podem representar grandes mudanças, por isso, no momento da admissão é dada a possibilidade ao utente e família de organizarem os pertences de modo a facilitar o acesso aos mesmos. Este momento é também aproveitado para avaliar o calçado e no caso de não ser adequado, é aconselhado calçado antiderrapante e fechado prevenindo deste modo incidentes de queda (Figura 10). Ainda no campo da segurança, o ambiente da prestação de cuidados deve ser facilitador e não uma barreira para o desempenho físico dos utentes pelo que o Enfermeiro Especialista em Reabilitação numa primeira abordagem tenta proporcionar um ambiente seguro, fomentar uma rápida adaptação e o máximo conforto, como forma de atenuar as limitações impostas pelas condições de saúde do utente. Aliás, organizar o espaço é uma das intervenções essenciais e da responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Reabilitação, nomeadamente, manter as passagens desobstruídas e iluminadas, retirar equipamento e mobília desnecessária. Deve também garantir que os pavimentos estão secos e sem irregularidades e utilizar dispositivos antiderrapantes sempre que necessário. O uso de faixas de segurança quando se trata de cadeiras de rodas elétricas são transformados em cintos de segurança, como apresenta a Figura 11, uma vez que, as cadeiras de rodas elétricas atingem velocidades superiores, sendo por isso o risco de queda maior. A Figura 12 apresenta um exemplo

de tapete antiderrapante para as transferências e a Figura 13, um chão deteriorado que potencia o risco de queda.

Figura 12 - Tapete anti derrapante para as transferências



Fonte: CMRA, 2017

Figura 13 - Exemplo de um chão deteriorado e potenciador de risco de queda



Fonte: CMRA, 2017

No processo de admissão compete ao Enfermeiro Especialista em Reabilitação a avaliação da capacidade de deslocação, para aferir se o utente pode fazer marcha, se necessita de auxiliares de marcha, cadeira de rodas, ou maca rodada. A deslocação em cadeiras de rodas é a opção de meio de deslocação quando a marcha não é possível, ou sendo possível, acarreta risco de queda. Um utente que no

domicílio se desloque por exemplo com uma canadiana pode durante o internamento beneficiar do uso de cadeira de rodas para prevenir quedas. No entanto, é também necessário que o utente seja ensinado, instruído, supervisionado e assistido no uso da cadeira de rodas, uma vez que também a deslocação em cadeira de rodas acarreta riscos, nomeadamente de queda. Sempre que é recomendável a utilização de cadeira de rodas, é avaliada a necessidade de uso de dispositivo de segurança, nomeadamente, faixas, coletes e cintos pélvicos.

Nesta situação o Enfermeiro Especialista em Reabilitação deve explicar ao utente e família a razão da sua necessidade, bem como, a sua correta colocação. É fundamental que o utente e família compreendam que a finalidade do equipamento é a segurança e a promoção de maior autonomia de deslocação e não um modo de “prender” o utente. Caso a colocação não seja efetuada pelo Enfermeiro Especialista em Reabilitação o mesmo deve supervisionar a sua colocação.

É da sua competência ainda verificar o estado de conservação e funcionalidade da cadeira de rodas, bem como, se a mesma é a adequada, ajustar a altura dos patins e dos apoios de braços. A segurança é um dos fatores essenciais na escolha de uma cadeira de rodas, podendo ser caracterizada por diversos fatores, nomeadamente, a resistência estática, o impacto, a inflamabilidade dos materiais de construção e a eficácia dos travões. A resistência estática de uma cadeira de rodas corresponde à capacidade de resistir ao peso do seu ocupante e/ou a determinados movimentos que este possa executar. A resistência ao impacto é a capacidade da cadeira tem face aos esforços a que é submetida tais como o embate de um rodízio num degrau, a queda da cadeira sobre a roda de tração, embates no assento e nas costas, por movimento do utente e choques do aro de tração numa soleira de porta ou desnível de pavimento.

A inflamabilidade é a facilidade com que qualquer componente da cadeira de rodas poder começar a arder na presença de uma fonte de ignição como, por exemplo, uma ponta de cigarro. Esta última deve ser motivo de preocupação para o Enfermeiro Especialista em Reabilitação tendo em consideração que existem utentes que fumam nas varandas. Também é necessário ter presente que se o aro de tração for muito pequeno pode provocar ferimentos de vária ordem nas mãos do utente, dado que exige mais força para mover a cadeira de rodas. Acresce ainda salientar que um aro pequeno permite a deslocação com maior velocidade o que potencia a existência de

ferimentos e um maior risco de queda. As rodas com menores diâmetros serão mais adequadas a utentes com braços muito longos, porque o utente não terá que dobrar tanto o cotovelo e o ombro para alcançar o topo do aro de tração. Em oposição, rodas de maiores diâmetros (26 ou mesmo 28 polegadas) aproximam a roda das mãos do utilizador, sendo preferíveis se o utente tiver braços muito curtos ou um assento muito alto (por exemplo, para garantir que os apoios de pés não batem no chão). Deve ainda ser avaliada a necessidade de rodas anti volteio que permitem uma maior segurança em subidas, pisos desnivelados e utilizadores amputados.

É significativo mencionar que nalgumas cadeiras de rodas é possível aplicar dispositivos para aumentar a segurança, ao mesmo tempo que proporcionam maior comodidade ao utente. Dos dispositivos mais utilizados e valorizados merecem especial destaque as borrachas para aumentar a tração dos aros das rodas que facilitam a deslocação, proteções de espuma para prevenção de zonas de pressão, compensações de altura, tabuleiros de apoio, entre outros, sendo que a comodidade está interligada com a segurança, e em teoria pelo menos, aumentando a comodidade aumenta-se a segurança e em princípio a ocorrência de quedas.

No exercício da competência de verificar o estado de conservação e funcionalidade dos equipamentos cumpre ainda ao Enfermeiro Especialista em Reabilitação, averiguar o estado dos restantes produtos de apoio à marcha, bem como, o tipo de cama e elevador de transferência.

Manter as camas em plenas condições de utilização, facilita a mobilização segura dos utentes. A manutenção das grades das camas elevadas nos utentes com algum fator de risco de queda é fundamental o que implica a correta identificação dos utentes com risco de queda e esta informação deve estar colocada na unidade do utente com a sinalética adequada (Figura 14 e Figura 15).

Figura 14 - Unidade do utente com risco de Queda identificada para alertar



Fonte: CMRA, 2017

Figura 15- Sinalizador de Risco de Queda



Fonte: CMRA, 2017

O próprio utente também deve estar sinalizado em conformidade com a intervenção - Sinalizar unidade da pessoa com médio e elevado risco de queda. Classificar corretamente o utente quanto ao risco de queda e orientá-lo sobre a prevenção são cuidados básicos e essenciais que reduzem e evitam o evento durante o internamento e até mesmo no domicílio após a alta hospitalar. Muitos dispositivos podem ajudar a manter o correto alinhamento do corpo e a tonicidade dos músculos em utentes acamados e aliviar o desconforto ou a pressão em varias partes do corpo no entanto, a não manutenção sempre que possível de um utente acamado é basilar num processo de reabilitação. Assim, a utilização de cadeira de rodas com recurso a equipamentos de manutenção do alinhamento corporal correto, não só facilita o

funcionamento fisiológico, como também contribuem para o bem-estar físico e psicológico do utente em contexto seguro (Figura 16).

Figura 16 - Apoio joelhos que ajuda a posicionar e previne Quedas



Fonte: CMRA, 2017

Figura 17 - Casa de Banho Adaptada



Fonte: CMRA, 2017

O Enfermeiro Especialista em Reabilitação com base nos parâmetros da Escala de Morse para avaliação do risco de queda, deve vigiar a capacidade de orientação, avaliar a capacidade de audição, avaliar a capacidade de visão, a validade de adaptação de óculos/prótese auditiva e supervisionar no andar.

O Enfermeiro Especialista em Reabilitação deve incentivar os utentes a reportar todos os problemas relacionados com a audição, visão e orientação, como mecanismo de antecipação, resolução de problemas e minimização do risco de queda. Todas as tarefas que diariamente executamos necessitam da atividade cerebral, por isso um *deficit* das principais funções cognitivas pode constituir um sinal de alerta e estar relacionado com doenças cerebrovasculares. Mesmo em casos em que a mobilidade não está afetada as alterações a nível das funções cognitivas e de comportamento podem potenciar o risco de queda. Por este facto e tendo em consideração que a reabilitação é um processo dinâmico todas as intervenções desenvolvidas no momento da admissão devem ser reavaliadas durante todo o internamento, até porque o risco de queda pode alterar-se e obrigar a intervenções diferentes das definidas na admissão.

Tendo em consideração a impossibilidade de um acompanhamento permanente a intervenção sobre - instruir sobre uso do dispositivo de chamada é fundamental, e deve ser realizado logo na admissão, uma vez que, se o utente necessitar de auxílio deve utilizar a campainha e assim diminuir a exposição ao risco da queda, seja na sua unidade, ou na casa de banho. Além de instruir o utente e a família sobre a utilização da campainha é elementar que o Enfermeiro Especialista em Reabilitação avalie a possibilidade da utilização da mesma, não só em termos de alcance, mas também relativamente à capacidade de destreza manual. Utentes com diminuição da mobilidade e/ou força nas mãos têm alguma dificuldade em pressionar botões, e nessas situações o terminal da campainha é adaptado para que não se torne uma limitação.

Consciente de que quem aprende acrescenta aos conhecimentos que possui novos conhecimentos, rentabilizando os já existentes (Ferreira, 2005), enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação tive durante o estágio a oportunidade de refletir e promover dentro do possível um ambiente confortável, seguro, com facilidade para a locomoção promovendo maior independência ao utente, tendo

sempre em consideração que a percepção dos riscos que o ambiente apresenta é fundamental para a prevenção de incidentes de quedas. Refiro “dentro do possível” porque não posso deixar de assinalar que uma das dificuldades que encontrei incide na manutenção do ambiente seguro para o utente, particularmente pelo facto das cadeiras de rodas quando não utilizadas pelos utentes ficarem nos corredores, o que representa inegavelmente um obstáculo. Por vezes e na azáfama do desempenho de funções, estamos muito concentrados na pessoa do utente e nem sempre atribuímos a verdadeira importância ao ambiente e aos obstáculos existentes. Também pela rotina e confronto com situações de grande gravidade, menosprezamos aquilo que alguns utentes dão verdadeira importância, seja uma pequena conquista, seja dor psicológica perante a limitação física, ou saudades do ambiente familiar, razão pela qual a aprendizagem reflexiva é tão pertinente na melhoria da prática profissional. Pela pertinência da questão da necessidade de organizar o espaço mantendo as passagens desobstruídas e iluminadas, retirando equipamento e mobília desnecessária, ao longo deste percurso de aprendizagem tenho refletido sobre a melhor forma de garantir a manutenção dos espaços onde se deslocam os utentes, diminuindo assim os fatores de risco de queda.

Um dos traços que caracterizam os objetivos da intervenção é sem dúvida oferecer autonomia e segurança nos ambientes destinados à circulação do utente na enfermaria evitando o risco de queda e aumentando a qualidade dos cuidados prestados. Aliás as instituições são responsáveis pela segurança dos utentes e por isso mesmo há regras e normas destinadas a definir e regulamentar a acessibilidade e segurança dos ambientes, como forma de prevenção e segurança no deslocamento entre as pessoas. Este princípio em conjunto com as determinações orientadoras da atividade dos Enfermeiros estabelecidas no Código Deontológico em particular o artigo 99º que advoga a responsabilidade do Enfermeiro perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados e a excelência do exercício na profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2015c) as intervenções desenvolvidas foram alicerçadas na necessidade do envolvimento de toda a equipa multidisciplinar, alertando e instruindo sobre a temática das quedas em contexto de instituição prestadora de cuidados de saúde. Para uma prestação adequada e de qualidade de cuidados é necessário que os profissionais envolvidos, conheçam as possibilidades de queda a que os utentes estão sujeitos, e por isso, o risco de queda

é amplamente divulgado, assim como os fatores de risco e as limitações do utente, sejam elas temporárias ou definitivas. Por conseguinte foi estabelecido como um dos objetivos do estágio, promover e alertar, utentes, família e profissionais para as medidas de prevenção das quedas e redução das suas consequências. Para alcançar a sua concretização foi necessário envolver o utente e a equipa multidisciplinar de forma a tornar o processo de prevenção mais adequado e eficaz. Uma das opções escolhida para facilitar o percurso de aprendizagem e sensibilização foi fazer de “pivô” de todo o processo de prevenção das quedas, permitindo a toda a equipa multidisciplinar atuar em concordância. Para que a prestação de cuidados seja a mais adequada em reabilitação é imprescindível que as mesmas sucedam articulados com toda a equipa multidisciplinar, no momento certo. Esta realidade exige que o Enfermeiro Especialista em Reabilitação desenvolva a capacidade de saber olhar para além das questões imediatas do utente, entenda as causas subjacentes e em equipa proponha medidas adequadas aos problemas reais e potenciais do utente. Um dos objetivos primordiais do processo de reabilitação é capacitar o utente para o autocuidado entendido como “atividade executada pelo próprio”, e corresponde ao conjunto de tarefas indispensáveis para assegurar as necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida.

O termo Atividades de Vida Diária (AVD) foi clarificado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação e refere-se ao conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia. Estas atividades ou tarefas podem ser subdivididas em dois grupos: o cuidado pessoal ou Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e as atividades domésticas e comunitárias, também denominadas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Quadro 2 - Atividades Básicas de Vida Diária

ABVD	Funcionalidade/Independência
Higiene Pessoal	Uso do chuveiro; da banheira e ato de lavar o corpo; higiene oral; arranjo pessoal (barbear-se, pentear-se, colocar maquiagem ...);
Controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários	Ato inteiramente auto controlado de mictar ou defecar; ir ao sanitário para a eliminação e higienizar-se após;
Vestuário	Ir buscar as roupas ao armário, bem como vestir: roupas íntimas, roupas externas, apertar botões, fechos e cintos, calçar meias e sapatos;
Alimentação	Uso dos talheres; fragmentar os alimentos no prato; dirigir a comida do prato à boca;
Locomoção	Deslocar-se autonomamente;
Transferência	Sair da cama e sentar-se numa cadeira e vice-versa; transferir-se de uma cadeira para outra; para a sanita; a banheira ou outra superfície.

Fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2011

No que respeita às AVD's a intervenção teve sempre em consideração o treino de capacidades remanescentes, através do uso de estratégias adaptativas, nomeadamente com recurso a dispositivos de compensação e apoio em sintonia com a necessidade de prevenção de quedas. Um dos aspetos bastante trabalhado prende-se com a importância da adequação da estrutura física dos chuveiros e sanitários, uma vez que os pisos escorregadios, os desníveis do piso, as barras de apoio nos chuveiros e os assentos sanitários têm de ser apropriados a cada situação.

A transmissão de informação e o treino são parte integrante de um plano de reabilitação e a melhor estratégia para proporcionar autonomia num quadro de prevenção, principalmente porque as casas de banho são um dos locais onde mais quedas acontecem, mas não basta a sua adaptação em relação à estrutura e equipamentos, dado que a urgência nas eliminações fisiológicas são também causadores de situações propícias para a ocorrência de quedas. Neste sentido a intervenção incidiu também a nível do treino vesical e intestinal fundamental para a

diminuição destas situações. Muitos utentes readquirem a capacidade de controlar a continência durante a reabilitação, como exercícios para fortalecer os músculos pélvicos e o cumprimento de um horário miccional. Se a incontinência se mantiver os Enfermeiros podem ensinar o cuidador a usar cateteres e a tomar medidas higiénicas especiais para prevenir outros problemas de saúde relacionados com a incontinência, como lesões ou infeções da pele ou do trato urinário. O uso do urinol ou arrastadeira são momentos em que o risco de queda está presente e também precisa ser acautelado.

De acordo com Hendrich (2006) o ato de ir à casa de banho é uma das causas de queda mais comuns e relatadas em meio hospitalar. Segundo a autora, mais de 50% das quedas acontecem quando os utentes se tentam levantar da cama para ir à casa de banho ou no conseqüente percurso de ida/volta. A falta de independência na marcha é um obstáculo à satisfação na realização dos autocuidados e à reintegração da pessoa à vida familiar e social. A pessoa com alteração da função motora, a nível dos membros inferiores, ambiciona readquirir capacidades para deambular, mesmo que com o auxílio de próteses, logo a marcha é a função mais desejada dos utentes do CMRA. A reeducação da marcha é um dos momentos em que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação é primordial dado que pressupõe uma abordagem integral do utente, para desenvolver todo o potencial remanescente, diminuir as incapacidades e prevenir um incidente de queda. O treino de marcha em diversos pavimentos minimiza o risco de queda e prepara o regresso do utente a casa. Antes da marcha, por vezes, o Enfermeiro Especialista em Reabilitação tem de ensinar, instruir, supervisionar e assistir o utente a erguer-se e a ultrapassar o medo de cair. O medo de cair é multidimensional, foi possível constatar a sua prevalência em utentes mais sedentários, com diminuição da acuidade visual, alterações do equilíbrio, situações prévias de dor crónica associada a patologias, nomeadamente, artroses e na faixa etária mais envelhecida. Pelos efeitos perversos do medo de cair o tema será abordado mais exhaustivamente no capítulo seguinte.

Compete ao Enfermeiro Especialista em Reabilitação na admissão do utente verificar a utilização de medicamentos que potencializam o risco de queda, identificar efeitos secundários adversos, evitar as interações medicamentosas, e ainda informar e

alertar o utente e a família, sobre os sintomas geradores de aumento de risco de queda.

O CMRA proporciona um vasto leque de serviços de reabilitação e programas de bem-estar, mas que implicam que o utente internado tem de se deslocar dentro do centro para os diversos departamentos. As distâncias entre o serviço de internamento e os diversos departamentos são propícios para a ocorrência de quedas, uma vez que, são distâncias longas, que para alguns utentes com alterações da marcha representam grandes desafios. Como mecanismo para ultrapassar este constrangimento e possibilitar aos utentes o aproveitamento dos serviços de reabilitação disponibilizados todos os utentes com risco de queda devem ser acompanhados nestas deslocações por Enfermeiro Especialista em Reabilitação, o qual deve aproveitar a oportunidade para promover o ensino da marcha ou o ensino sobre a condução da cadeira de rodas. De referir ainda que todos os corredores de acesso aos departamentos são largos, e livres de obstáculos diminuindo assim os riscos. Os diferentes departamentos estão sinalizados por cores em todo o chão com faixas coloridas. Com a instalação destas faixas as principais alas do CMRA foram identificadas, os utentes seguem pelos corredores e levam o utente até ao ponto indicado nas faixas coloridas.

As intervenções planeadas e executadas ao longo do estágio e acima descritas foram realizadas em conformidade com as diretrizes do CMRA, as quais vão no sentido de promover de uma forma contínua o desenvolvimento de uma cultura de segurança proactiva alicerçada na identificação preventiva e na cooperação de equipas multidisciplinares.

CAPÍTULO 4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

A integração no local de estágio (Serviço 1º Direito) decorreu de uma forma muito fácil e produtiva, sem qualquer acontecimento negativo a assinalar. Para tal, contribuiu seguramente a experiência como Enfermeira Especialista em Reabilitação na instituição. Este facto veio a revelar-se uma pedra basilar, permitiu aumentar significativamente o conhecimento sobre a instituição, quer em termos qualitativos, quer em termos quantitativos e possibilitou-se construir uma visão mais abrangente, bem como, introduzir melhorias no desempenho.

O Serviço 1º Direito é um Serviço de Reabilitação de Adultos com 32 camas, e destina-se ao internamento de utentes com lesões vertebro-medulares e outras patologias neurológicas.

Durante o ano de 2016 o Serviço 1º Direito admitiu 182 utentes o que corresponde aproximadamente a 20% do total de utentes admitidos pelo CMRA, tendo sido registados 13 (7,14%) incidentes de queda.

De referir que dos utentes internados no serviço de Reabilitação Geral de Adultos 1º direito em 2016, o sexo masculino está em vantagem, 62,9%, as patologias mais frequentes são os acidentes cérebro vasculares e as lesões vertebro-medulares, com ligeira vantagem para as lesões vertebro medulares e a faixa etária mais representativa é a compreendida entre os 60 e os 69 anos de idade.

O estágio decorreu entre 3 de Outubro de 2016 e 27 de Janeiro de 2017 totalizando 344 horas, período no qual executei sempre todas as atividades inerentes ao estatuto de Enfermeiro Especialista em Reabilitação, nomeadamente no cumprimento dos programas de reabilitação definidos para os utentes internados.

Houve também colaboração nas funções de Enfermeiro Responsável de Turno, o que significa substituir o Enfermeiro Responsável do Serviço na sua ausência e/ou impedimento de assumir as inerentes responsabilidades, e assegurar as seguintes tarefas: fazer respeitar as normas e os protocolos inerentes ao serviço/instituição; providenciar para que em situações inesperadas, o serviço fique devidamente

assegurado; alterar se necessário o plano de trabalho de acordo com as faltas inesperadas ou trocas de turno de última hora; promover um bom ambiente de trabalho e espírito de equipa; gerir conflitos, mantendo espírito de equipa, promovendo uma boa comunicação; coordenar a equipa de enfermagem e de Assistentes Operacionais em conformidade com as necessidades de cada situação específica; estabelecer prioridades e linhas de Ação que promovam a qualidade dos cuidados de Enfermagem e a eficácia do funcionamento do serviço; gerir recursos humanos e materiais; delegar funções sempre que necessário; registar avarias que ocorram durante o turno e se possível providenciar para que sejam resolvidas; supervisionar a limpeza do serviço; supervisão do trabalho dos Assistentes Operacionais; no final de cada turno fazer os registos relevantes no livro de ocorrências do serviço e transmitir ao colega responsável do turno seguinte as informações relevantes para a continuidade dos cuidados.

Quanto maior é a complexidade de uma instituição de prestação de cuidados de saúde, mais e melhores instrumentos de gestão da informação são necessários de modo a controlar a multiplicidade de ocorrências. Na perspetiva do Programa de Melhoria Contínua – Prevenção e Monitorização de quedas a lógica que deverá prevalecer é a da prevenção, sendo que deve ser sustentada por uma reflexão rigorosa e que pondere a comparação e cruzamento da informação que envolve os registos de queda verificados nos anos anteriores.

Neste contexto o estudo quantitativo teve um efeito muito positivo e evidenciou um dado que apesar de ser sobejamente conhecido, nem sempre lhe atribuímos a devida importância – a taxa média de internamento. De acordo com os valores registados em 2015 a média de dias de internamento foi de 71,71 dias com desvio-padrão 31,82. Em 2016 o valor médio registou uma ligeira melhoria diminuindo para 66,83 com desvio-padrão de 28,94 dias. Obviamente que para um plano de reabilitação estes números não são assustadores, mas se pararmos para pensar e nos colocarmos na posição do utente, evidentemente que estamos perante um percurso muito difícil em termos físicos e psicológicos.

Para o utente, por mais força de vontade que tenha, são demasiados obstáculos que é preciso vencer e por isso o papel do Enfermeiro Especialista em Reabilitação extravasa o normal cuidado de enfermagem para se posicionar numa parceria de

cuidar. Esta cumplicidade transforma a enfermagem de reabilitação em algo único e só compreensível quando vivenciado. Este aspeto é muito importante porque por inúmeros motivos, quer ao nível profissional, quer emocional, muitos Enfermeiros, não têm tempo no seu dia-a-dia para parar e construir uma visão mais periférica do que envolve a sua profissão. Neste sentido o presente estágio permitiu o despertar para a necessidade de estar mais atenta para a abrangência das competências do Enfermeiro Especialista em Reabilitação, mas também para os desafios que o exercício da atividade envolve, em particular na avaliação do risco de queda e na sua prevenção.

Assim e para uma melhor compreensão sobre a temática de queda no CMRA recorreu-se à estatística inferencial com recurso ao programa SPSS versão 20, para analisar a correlação existente entre a queda dos utentes, a idade, o número de dias de internamento e mês de internamento (Tabela 17).

Tabela 17 - Coeficiente Correlação de Spearman⁶ com a variável Registo de Quedas

****A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral)**

Registo de Quedas	Rho 2015	p-value 2015	Rho 2016	p-value 2016
Idade	0,309**	0,000	0,048	0,667
Dias de Internamento	-0,041	0,650	0,122	0,271
Mês de Internamento	0,135	0,135	0,048	0,666

Através da Tabela 17, é possível verificar a existência no anos de 2015 de correlação positiva e estatisticamente significativa entre a Idade e o Registo de Quedas ($\rho(123) = 0,309; p < 0,000$), de onde se conclui que quanto maior a Idade, maior o Número de Quedas.

Relativamente às variáveis Dias de Internamento e Mês de Internamento, não se registou correlação com a variável Idade. Já em relação ao ano de 2016 não se

⁶ O coeficiente de correlação pode variar em termos de valor de -1 a +1. Quanto maior for o valor absoluto do coeficiente, mais forte é a relação entre as variáveis.

verificaram correlações estatisticamente significativas entre as variáveis Registo de Quedas, Idade, Dias de Internamento e Mês de Internamento.

Esta alteração de comportamento das variáveis em estudo entre 2015 e 2016 é interessante e deve ser um dado a ponderar em termos de planos de prevenção. Para uma melhor compreensão optou-se por avaliar a independência do evento de queda com as restantes variáveis qualitativas, e para tal recorreu-se ao teste de independência Qui-Quadrado tendo-se verificado que em 2015 as variáveis Idade e Mês de Internamento não são independentes da variável Registo de Quedas, $\chi^2(82) = 158,545$, $p < 0,000$ e $\chi^2(22) = 41,459$, $p = 0,007$, respetivamente. A variável Registo de Quedas é igualmente dependente das variáveis Sexo, Localização do Serviço. O Tipo de Consequência é dependente da variável como se mostra na Tabela 18.

Em 2016 como mostra a Tabela 19, apenas a variável Idade se encontra dependente da variável Registo de Quedas ($\chi^2(37) = 84,000$; $p < 0,000$).

Tabela 18 - Teste de Independência de Qui-Quadrado, entre a variável “Número de Quedas” e as restantes para 2015

Variáveis	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Sexo	6,444	2	0,040
Idade	158,545	82	0,000
Concelho de Residência	32,418	48	0,959
Diagnóstico	1,199	20	1,000
Serviço	5,654	4	0,227
Localização do Serviço	18,112	8	0,020
Dias de Internamento	54,059	68	0,891
Mês de Internamento	41,459	22	0,007
Motivos de Queda	24,322	28	0,664
Tipo de Consequências	28,260	16	0,029

Tabela 19 - Teste de Independência de Qui-Quadrado, entre a variável “Número de Quedas” e as restantes para 2016

Variáveis	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Sexo	0,479	1	0,489
Idade	84,000	37	0,000
Concelho de Residência	4,655	28	1,000
Diagnóstico	0,506	7	0,999
Serviço	0,688	1	0,407
Localização do Serviço	2,388	3	0,496
Dias de Internamento	15,990	26	0,936
Mês de Internamento	15,990	11	0,141
Motivos de Queda	8,434	14	0,866
Tipo de Consequências	0,316	6	0,999

No que concerne à variável Sexo existiu uma inversão sobre o grupo de maior prevalência de queda, já que em 2015 a primazia foi para o género feminino com 55,28% (68) dos incidentes, enquanto que no ano de 2016 foi o género masculino que representou 67,86% (57) dos incidentes de queda. No entanto é inegável a melhoria de resultados de 2016 face a 2015 sobre o incidente de queda, bem como a redução das variáveis associadas ao incidente o que confere menor grau de dependência.

Tabela 20 - Comparação de variáveis por sexo

Utentes com Registo de Queda	2015		2016	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Idade média	61,22	59,47	60,53	63,3
Média de dias de Internamento	75,62	65,93	61,95	75,07
Nº Quedas	55	68	57	27
Quedas sem Consequências	72,70%	70,60%	82,50%	70,40%

Outro aspeto muito interessante e alvo de reflexão ao longo do estágio foi a questão – Medo de Cair. Perante um olhar mais atento confirmei que está muito mais presente nos utentes do que esperaria, mas também que é pertinente sensibilizar alguns

colegas para a importância de no processo de avaliação de risco, esta questão, não ser negligenciada.

O medo de cair necessita de avaliação detalhada e intervenção adequada por parte do Enfermeiro Especialista em Reabilitação, uma vez que habitualmente surge após uma queda. O receio de voltar a cair promove comportamentos de menor atividade motora, como defesa que por sua vez conduzem a uma diminuição da força muscular, abolição dos automatismos, rigidez articular e uma diminuição do tempo de reação que aumentam o risco de novo episódio de queda. Inconscientemente entrasse num ciclo vicioso, ou seja, o utente que sofre uma queda tende a ter mais medo de cair e com isso aumenta a probabilidade de cair novamente. É necessário intervenção nos casos de medo da queda, uma vez que, podem levar à diminuição da qualidade de vida e em casos extremos ao isolamento social.

A origem do medo de cair é multifatorial e em utentes em programas de reabilitação, pode ser tão incapacitante como uma queda, pelo que, deve ser igualmente prevenido, para que não dê lugar a situações de isolamento social, ansiedade, depressão, prejuízos na marcha e no equilíbrio. O Enfermeiro Especialista em Reabilitação deve utilizar ferramentas que avaliam a intensidade do medo para que seja planeada a intervenção e a mesma seja avaliada. Neste caso a intervenção deve ser pela equipa multiprofissional, para que exista uma avaliação mais integral do sintoma e os resultados sejam mais efetivos.

As famílias também necessitam de estar atentas para não reforçarem o medo da queda, pois é comum, que os familiares com o objetivo de protegerem os utentes contribuam para a fobia, restringindo o utente de atividades que ele habitualmente desenvolvia, lembrando-o assim de forma constante da possibilidade de novos episódios de queda e interferindo na sua autonomia e no próprio processo de reabilitação.

É fundamental a intervenção para que os riscos sejam diminuídos, mas deve ter-se atenção para não restringir a pessoa da sua vida social, diminuindo assim o impacto na qualidade de vida.

Outro aspeto que também observei e que é interessante é que na passagem de 2015 para 2016 os utentes com Síndrome de Guillian-Barré, considerados com o

diagnóstico de Outra Patologia Neurológica, passaram a não ser internados no CMRA. Este facto tem na sua origem um novo tratamento inovador que diminui as sequelas do Síndrome, reduzindo por isso a necessidade de reabilitação. O tratamento realizado atualmente nestas patologias é a plasmofereze, que constitui na substituição do plasma do sangue do doente tendo como objetivo a eliminação dos anticorpos criados pelo próprio organismo. A injeção de plasma artificial limpo, geralmente composto por albumina, acelera a recuperação do utente sem aumentar os efeitos adversos. Por conseguinte, há probabilidade de recuperação total e diminui a probabilidade de existir fraqueza muscular residual grave, o que alterou a necessidade de integração em programas de reabilitação.

No que concerne à medicação é amplamente reconhecido que determinados fármacos potenciam o risco de queda, no entanto, nem sempre é fácil identificar os efeitos secundários e interações medicamentosas. Na verdade as consequências do amplo uso de medicamentos têm impacto no âmbito clínico e económico repercutindo-se na segurança do utente. Apesar da dificuldade em estabelecer a relação causal, é possível prever algumas interações medicamentosas, o que torna fundamental o conhecimento dos fármacos potencialmente interativos, com o intuito de prevenir eventos adversos decorrentes da combinação terapêutica. Os medicamentos que potencializam o risco de queda causam efeitos como hipotensão ortostática, disfunção cognitiva, distúrbios de equilíbrio, tontura, sonolência, disfunção motora, alterações visuais e parkinsonismo, e por isso mesmo, também é possível que determinados medicamentos contribuam indiretamente para a ocorrência de quedas. O uso de diuréticos também estão associados frequentemente associados ao aumento de risco de quedas uma vez que causam poliúria e/ou nictúria.

Em termos de estratégias de intervenção e sem menosprezar o anteriormente exposto, cumpre destacar a necessidade dos documentos em suporte de papel como o Registo de Quedas devem estar em conformidade com o programa de gestão da informação em vigor. No entanto o desenvolvimento do estudo quantitativo evidenciou a não existência que informação pertinente para a tomada de decisão sobre planos de prevenção de risco de queda, e evidenciou também a necessidade de uniformização de procedimentos em todos os serviços de reabilitação no âmbito das quedas.

A produção de indicadores de saúde capazes de traduzir o contributo dos cuidados de Enfermagem especializados para a saúde constitui uma base estrutural para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Para a monitorização dos indicadores é necessária a existência de fatores ou variáveis quantitativas ou qualitativas, o que torna essencial, o uso de escalas. De referir que no contexto da prestação de cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação no CMRA os utentes beneficiam da utilização de escalas de avaliação funcional que permitem por sua vez avaliação do risco de queda, com recurso a escalas: escala de Lower (avaliação da força muscular), Escala de Ashword (avaliação da espasticidade), Índice de Barthel (avaliação do potencial funcional), MIF (medida de independência funcional) e escala de Berg (avaliação do equilíbrio).

O risco de queda e o medo de cair devem ser temas abordados tanto da reunião da equipa multidisciplinar que se realiza nos primeiros dias para definição do programa de reabilitação e também na reunião de família, que acontece normalmente a meio do internamento com o objetivo de preparação da alta. Em ambas as reuniões deve estar presente um Enfermeiro, sendo benéfico que seja especialista em reabilitação. É também de extrema importância que a equipa esteja sensibilizada para a necessidade de identificar a forma como ocorrem os incidentes de queda, os motivos, a frequência e o tipo de consequências. Esta informação é imprescindível no desenvolvimento de processos de melhoria.

Ainda sobre o processo de preparação da alta, sempre que possível o Enfermeiro Especialista em Reabilitação antes do momento da alta clínica do utente, referencia o mesmo, sempre que se justifique, para o Enfermeiro Especialista em Reabilitação da comunidade. Esta referenciação é preferencialmente feita pelo telefone, no entanto, é também realizada uma carta de alta de enfermagem, promovendo deste modo a continuidade dos cuidados.

CAPÍTULO 5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Refletir sobre competências requer uma visão abrangente do seu significado. De acordo com o Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) “muitos autores definem a competência como o saber mobilizar recursos cognitivos disponíveis para decidir sobre a melhor estratégia de Ação perante uma situação concreta” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p.11).

Le Boterf (2006) não considera a competência como um estado, mas sim um processo. Não a reduz ao domínio de conhecimentos, de capacidades ou de técnicas, mas sim, ao resultado não só de saber agir, mas também de querer agir e poder agir. Para este autor o conhecimento, não se transmite, adquire-se, isto é as pessoas recebem informação num dado contexto, armazenando-a no seu todo conceptual e cruzam com a sua experiência e desta forma constroem um conhecimento que é só seu. Esta linha de pensamento faz todo sentido no percurso de aprendizagem em Enfermagem. Neste sentido o presente relatório é fruto do percurso de consolidação de competências nos domínios das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista e da aquisição de novas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

No âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, pelo seu carácter basilar o respeito pelos procedimentos, normas e condutas esteve sempre presente em todas as atividades desenvolvidas. Em saúde e como não poderia deixar de ser em enfermagem, a componente ética é imprescindível. O apelo aos valores humanísticos cruza todos os cuidados e são a razão da sua existência e atividade. Neste sentido, em todas as atividades desenvolvidas esteve presente esta realidade, promovendo cuidados em conformidade com as necessidades dos utentes e salvaguardando sempre o respeito pela dignidade individual, a segurança e o conforto. Em reabilitação a promoção do autocuidado é muito importante, mas tem de assentar em programas desenhados com base em evidências e avaliações credíveis. O excesso de exigência pode contribuir para aumentar o risco de queda e ser gerador de sentimentos de mágoa e isolamento.

Assim e em termos de competências adquiridas o desenvolvimento do estágio, consistiu numa oportunidade de reflexão que contribuiu para a criação de um novo olhar sobre a prática profissional, mas também, sobre a importância de deter informação útil e pertinente sobre o fenómeno queda em entidades prestadoras de cuidados de saúde. Efetivamente, perante as dificuldades sentidas em reunir e cruzar a informação sobre os processos dos utentes internados tornou-se evidente a necessidade de valorizar o preenchimento correto de um formulário. A recolha de informação para conhecer e compreender a dimensão do problema associado ao incidente de queda no CMRA.

Cuidar de um utente que está impossibilitado de tomar conta de si próprio, ultrapassa a área de conhecimento e prática de Enfermagem, e no caso da reabilitação traduz uma parceria entre o Enfermeiro Especialista e o utente. Os cuidados de Enfermagem no âmbito da mobilização, posicionamento e treino de deambulação, obrigam muitas vezes a movimentos e sustentação de cargas que podem resultar em lesões para os profissionais que os executam (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p. 72). Neste sentido, o cumprimento dos procedimentos instituídos é fundamental para salvaguardar a integridade física dos profissionais de saúde, mas também para desempenhar cuidados de qualidade.

No âmbito das Competências Adquiridas e Desenvolvidas neste percurso de aprendizagem através das intervenções anteriormente descritas no contexto da competência - Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades, cumpro os procedimentos de admissão dos utentes, apliquei a Escala de Quedas de Morse (EQM) para avaliação de risco, analisei a sua pertinência, aplicabilidade e limitações em utentes em processo de reabilitação. Sempre que se justificou apliquei a Escala de Equilíbrio de Berg, a Medida de Independência Funcional, Escala de Barthel, Escala de Ashworth para uma completa avaliação a capacidade funcional dos utentes de forma independente, fomentando o autocuidado. Nos utentes em processo final de reabilitação foram desenvolvidas ações com o objetivo de facilitar a transição perante o regresso a casa ou encaminhamento para outra instituição. Por conseguinte foram transmitidas as informações consideradas como necessárias no contexto de ensinar/educar os cuidadores, formais ou informais, os quais sempre que necessário foram convocados

para o efeito antes do momento da alta. Esta preocupação tem na sua origem o propósito de tentar assegurar a continuidade dos cuidados após a alta, e que os mesmos sejam prestados com qualidade para o utente. A prevenção das quedas é um dos temas mais abordado no momento da alta, uma vez que é um dos maiores riscos e com consequências mais desfavoráveis para a condição de saúde e bem-estar dos utentes.

Analisando as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (2011) é fácil compreender a importância das mesmas na prevenção das quedas. Assim, a avaliação da funcionalidade e diagnóstico de alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades, reveste-se de especial importância pela sua intersecção no desempenho das AVD's, e por conseguinte na prevenção do risco de queda. Por exemplo, um utente com alteração da mobilidade que se traduza em dificuldades nas transferências entre a cama e uma cadeira de rodas deve ser alvo de uma avaliação precisa das alterações, bem como, de um plano de intervenção específico de forma a otimizar e sempre que possível reeducar a função motora, tornando o risco de queda durante a transferência menor.

Num caso concreto e para ilustrar o que anteriormente mencionei no âmbito da reeducação funcional, perante um diagnóstico de uma alteração realizei um plano de intervenção, tendo em consideração a maximização das capacidades adaptativas, com o objetivo de promover o autocuidado sempre com vista à redução do risco. Um plano desta natureza visa a promoção da autonomia e por sua vez a manutenção do bem-estar e qualidade de vida do utente. Todas as intervenções foram sempre discutidas com o utente, permitindo assim que o plano de reabilitação, enquanto processo dinâmico, consinta uma transição saúde/doença com o menor impacto possível. O respeito pela autonomia do utente e o recurso ao elogio, como forma de incentivo estiveram de uma forma geral sempre presentes. Todas as decisões foram tomadas de uma forma responsável e em sintonia com as boas práticas de enfermagem de reabilitação. Ainda no âmbito do planeamento das estratégias de reabilitação a implementar, resultados esperados e metas a atingir todos os produtos de apoio foram igualmente discutidos com o utente e família para que sejam retirados todos os benefícios e os riscos de queda minimizados. Por exemplo, um utente por

motivos de segurança pode ter de realizar o seu treino de vestuário no leito para que seja mais autónomo de forma segura, no entanto, se o utente não considerar esta hipótese, pode realizar a mesma atividade na posição ortostática, mas de maneira menos dependente, no entanto, a maioria dos utentes aceita as intervenções que o tornam autónomo em segurança.

Uma das intervenções, a qual também foi dada especial atenção durante o estágio foi o treino do uso de ajudas técnicas e dispositivos de compensação, nomeadamente durante os fins-de-semana. Este trabalho é fundamental para que o utente e família compreendam como devem proceder no domicílio de modo a assegurar o desempenho das atividades e cuidados em segurança. O ambiente seguro e as precauções que devem ser tomadas também são temas bastante explorados pela sua relevância na prevenção de complicações e incidentes, como as quedas. Aliás uma das competências - A readaptação funcional impõe a necessidade do Enfermeiro Especialista em Reabilitação envolver o utente e pessoas significativas no processo de cuidados, ensinando e treinando, tendo em conta os recursos existentes no domicílio. Neste sentido, o planeamento de intervenções de Enfermagem de Reabilitação para readaptação ao domicílio deve ser desenhado tendo como propósito a otimização dos recursos existentes, procurando maximizar as capacidades funcionais do utente.

Tendo presente que os cuidados de Enfermagem de Reabilitação visam a promoção do bem-estar e da qualidade de vida, todos os planos de reabilitação que concebi abarcaram intervenções a nível da reeducação funcional motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratório, alimentação eliminação e sexualidade. Todas estas áreas carecem da intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação, assim a nível motor, o aumento do equilíbrio, da força muscular, da capacidade de ortostatismo, das transferências e mesmo da marcha são fundamentais para a prevenção das quedas e aumento da capacidade de autocuidado. A nível cognitivo, a capacidade de orientação no espaço, tempo e pessoa, assim como a noção exata das suas capacidades e limitações são importantes para todo o processo de reabilitação, sendo a capacidade cognitiva um elemento diretamente ligado ao risco de queda.

Cumprir ainda salientar que todos os planos que desenvolvi foram diferenciados, apoiados no rigor técnico/científico e baseados na identificação das necessidades

específicas do utente e avaliação do risco de queda. Assim, posso afirmar que enquanto Enfermeira Especialista em Reabilitação durante o período de estágio procurei aproveitar todas as oportunidades para aumentar conhecimentos não só de suporte às intervenções como também enquanto veículo de transmissão de informação/educador de utentes e famílias. Uma das áreas que atribui especial atenção e que me sinto mais sensibilizada cruza a necessidade de avaliação das intervenções implementadas, como meio para a introdução de melhorias, mas também, como forma de potenciar os ganhos em saúde, tanto a nível pessoal, como familiar e social do utente.

No caso concreto do serviço de Reabilitação Geral de Adultos 1º direito deve ainda ser motivo de reflexão e ponderação o processo de avaliação dos riscos de queda tendo em consideração que dos 13 incidentes de queda registados em 2016, apenas um utente estava avaliado com alto risco de queda, ou seja, a maioria tinha baixo ou médio risco de queda, o que obriga a uma maior e mais adequada intervenção a nível destes utentes. Acresce ainda salientar que das 13 quedas 7 (54%) aconteceram no período da manhã, das quais 9 (69%) foram não presenciadas e tiveram origem nas atividades que se desenvolvem relacionadas com a higiene pessoal, ou seja, os cuidados de higiene, vestir/despir, eliminação vesical/intestinal, transferências entre a cadeira de rodas, cama e cadeira de banho, o que evidencia a necessidade de maior intervenção para que seja diminuído o risco, sendo esta intervenção fundamental a nível dos utentes com alto risco de quedas mas também dos utentes com médio e baixo risco. A taxa média de ocupação nos dias de registo de queda foi de 87%.

Propostas de Melhoria

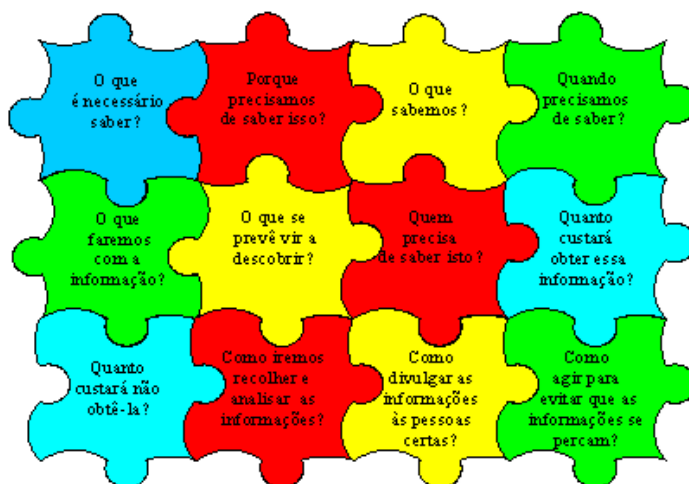
Ao longo de todo o estágio foram identificadas questões que podem ser alvo de melhoria, e por isso mesmo permitem fazer algumas propostas no sentido de uma melhor prevenção do incidente queda, uma vez que, um dos desafios que se coloca à enfermagem, enquanto ciência e profissão, prende-se com os padrões de qualidade, com reflexo na melhoria do exercício profissional dos Enfermeiros.

O fundamental é interpretar as intervenções de enfermagem como medidas de prevenção da queda, através do controlo dos fatores intrínsecos e eliminação dos fatores extrínsecos, salvaguardando o princípio que nem todos os fatores de risco são passíveis de serem modificados ou eliminados.

Na área da prevenção de quedas, podemos identificar um conjunto de medidas que podem ser implementadas pelos Enfermeiros. Identificamos vários estudos que apontam para intervenções na área da avaliação dos utentes, identificando os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos; a monitorização do risco de queda; a atuação com precaução; vigilância da ação do utente; a adoção de uma atitude preventiva eliminando e/ou minimizando o impacto dos fatores de risco, promovendo a segurança e prevenindo os acidentes.

No processo de identificação das variáveis úteis e pertinentes ao estudo do incidente de queda procurou-se dar resposta às questões apresentadas na Figura 18.

Figura 18 - Processo de identificação da informação a recolher



Fonte: Elaboração Própria

Se algumas das questões anteriormente apresentadas são de fácil resposta, existem outras que ultrapassam a esfera de atuação do Enfermeiro, apesar de fazerem sentido. Depois deste percurso de aprendizagem já não me restam dúvidas sobre o que é necessário saber, nem porque preciso de saber sobre o incidente de quedas. Também se identifica o que é pertinente saber, quando e o que deve ser feito com a informação recolhida. Com base na recolha sistemática de informação urge elaborar um perfil de alerta que permita sinalizar utentes com risco de queda, mas que a avaliação da Escalas em vigor na instituição não revele.

Sobre a questão – “Quem precisa de saber isto?” pode-se afirmar que a resposta seria consensual – os Enfermeiros, em primeiro lugar. Em relação aos custos, obviamente que existem, mas são diminutos desde que sejam considerados um procedimento que deve ser cumprido no âmbito dos requisitos da qualidade. Mais, o que está em causa é apenas o preenchimento adequado de um formulário ou a sua introdução num sistema informático. Pelo exposto resta apenas uma resposta que carece da melhor atenção “Como agir para evitar que as informações se percam?” – no entanto a resposta parece simples e depende da importância que quiser ser atribuída à gestão da informação. Cada vez mais o responsável pela gestão da informação deverá estar apto a gerir de uma forma estratégica os fluxos de informação e o *stock* da mesma.

A principal dificuldade na gestão das quedas é identificar as variáveis que estão na origem dos incidentes, que influenciam e interferem com a prática dos cuidados de saúde, motivo pelo qual é imperativo a notificação de incidentes e uma adequada recolha e tratamento dos dados.

Proposta de Dados a recolher:

Sobre o Utente

Sexo

Diagnóstico

Idade

Duração do Internamento

Concelho de Residência

Mês de Internamento

Sobre a Queda

Número de Quedas

Serviço de Internamento

Tipo de Queda

Turno

Motivos de Queda

Local de Queda

Consequência de Queda (Repetir avaliação às 24h e 48h)

Depois da análise do contexto e dos dados existentes, propõe-se a reunião de um conjunto de dados para a caracterização da população, do episódio de queda e do contexto da mesma, permitindo assim uma melhor definição das ações preventivas. Detetar antecipadamente o risco acrescido de queda permite a implementação de medidas preventivas da ocorrência da mesma, assim como, a adoção de medidas protetoras e redução de complicações.

Uma correta recolha e análise dos dados permitirá uma melhor compreensão do fenómeno e a aprendizagem dos diferentes profissionais de saúde, na medida em que conhecem as condições em que a queda ocorreu. Fica facilitada assim, a consciencialização dos profissionais sobre as suas práticas e o modo de implementar medidas estratégicas, que melhorem os cuidados hospitalares, potenciando assim, ganhos em saúde.

Conclusões

O balanço de todo o estágio é positivo, pois constituiu uma fase de reflexão e crescimento, quer pessoal, quer profissional, na medida em que foi um momento de interação entre conhecimentos teóricos e práticos.

No que diz respeito às limitações sentidas ao longo de todo o período de estágio, estas incidiram fundamentalmente na problemática da gestão da informação sobre o incidente de queda. A tipologia de informação recolhida em 2015 e 2016 em sistema é divergente, o que impede uma análise comparativa mais exaustiva. Para contornar este obstáculo, a informação considerada como indispensável foi alvo de pesquisa nos processos em suporte de papel.

Assim, urge valorizar a importância da informação em Enfermagem como alicerce à tomada de decisão e por conseguinte à elaboração de planos de melhoria contínua. O estabelecimento de objetivos que posteriormente não são analisados e avaliados geram entropia e são efémeros, pelo que consiste numa prática que deve ser evitada. O confronto com esta realidade durante o estágio obrigou a uma maior reflexão sobre esta temática e à identificação das variáveis essenciais para uma melhor compreensão do evento de queda.

O Enfermeiro visa diariamente a excelência do seu exercício profissional pelo que a prevenção de complicações, nomeadamente as referentes às quedas, são um dos seus focos de atenção. A correta avaliação do risco é fundamental para a prevenção de quedas, no entanto, a correta avaliação do episódio de queda é igualmente fundamental para que se consiga perceber os fatores que levaram ao acontecimento, e assim analisar os dados que permitam perceber mais pormenorizadamente a melhor maneira de diminuir a ocorrência desses episódios, melhorando as intervenções preventivas que se traduzem num aumento da qualidade dos cuidados prestados e por sua vez em ganhos de saúde.

Hoje em dia é exigido aos profissionais de enfermagem uma atenção especial para a área da gestão dos cuidados com o objetivo de contribuir para a eficácia e eficiência dos cuidados prestados, e por isso mesmo a gestão do risco, onde se enquadra o evento queda, é uma área fundamental para a investigação em enfermagem a nível nacional, o que torna a recolha de dados crucial.

A queda é um dos indicadores de avaliação da qualidade das unidades prestadores de cuidados de saúde e um grave problema pelo impacto físico e psicológico no utente, mas também pelo agravamento de custos. Neste sentido é interessante referir que a média de dias de internamento para utentes sem incidentes de queda foi de 62,41 dias em 2015 e 63,4 dias em 2016 (Tabela 1). Para os utentes com incidente de queda a média de dias de internamento foi superior, tendo-se situado em 71,71 dias em 2015 e 66,83 dias. Tendo em consideração que em 2015 estiveram internados com registo de queda 92 utentes e que a diferença em termos médios é de 9,3 dias estamos perante um acréscimo de cerca de 855,6 dias. Utilizando como valor de referência 408 € de custo diário, e salvaguardando as devidas precauções de um pensamento linear, face à complexidade do tema, estamos perante uma ordem de grandeza de 350 mil euros de acréscimo de custos em 2015. Em relação a 2016 e segundo o mesmo raciocínio temos uma diferença em termos médios de 3,43 dias o que representa um acréscimo de 243,53 dias e em termos financeiros cerca de 100 mil euros.

O percurso de aprendizagem descrito no presente relatório e todo o trabalho que envolveu a sua redação obrigaram à criação de um olhar mais crítico sobre todos os procedimentos e a melhor forma de os cumprir. Assim, aumentou o nível de sensibilização e atenção para a problemática do “medo de cair”, levando à incorporação desta realidade de uma forma mais incisiva na prática diária, com o objetivo de não só prevenir o incidente de queda, como também diminuir os estados de ansiedade.

Após toda esta reflexão considera-se que a prevenção das quedas em ambiente hospitalar deve constituir uma prioridade das políticas institucionais. Os Enfermeiros prestadores de cuidados de proximidade assumem um compromisso primordial na segurança dos utentes com ênfase na qualidade dos cuidados que presto. No que respeita à prevenção de é fundamental manter uma atitude proactiva ao nível da investigação, formação e implementação de medidas preventivas.

Este estágio foi um meio e não um fim, no desenvolvimento de competências de enfermeira especialista, na área de intervenção específica, contribuindo de igual

modo, para a prevenção e monitorização do evento da queda na pessoa internada no CMRA em parceria com a equipa de enfermagem. A mudança das práticas emergiu da articulação entre a evidência científica e a reflexão sobre e da ação. Esta refletiu-se na consciencialização da problemática do evento da queda, na avaliação sistemática e contínua do risco de queda e consequente planeamento, execução e avaliação das intervenções sensíveis aos cuidados de enfermagem e na qualidade dos registos efetuados.

Em termos de contribuição para a Comunidade Científica este relatório representa essencialmente um instrumento de validação da importância da intervenção do Enfermeiro especialista na prevenção das quedas no contexto de Centro de Reabilitação.

Em futuras investigações, seria interessante validar a Escala de Morse no contexto de reabilitação, ou tentar a utilização e validação de outra escala, desde que mais adequada para a realidade do CMRA, por exemplo a já discutida dentro da equipa de enfermagem, a Escala Downton que embora esteja traduzida para a língua portuguesa não está validada para a população portuguesa. O importante é o uso de instrumentos que foram testados empiricamente a nível da fiabilidade e da validade, o que nunca substitui, mas complementa, a avaliação do Enfermeiro sobre o risco de queda.

Considero ainda não existir a necessidade do desenvolvimento de uma escala própria, que pode mesmo ser contraproducente, uma vez que, não permite as comparações de pontuações entre as diversas organizações, garantindo a validação de boas práticas.

Referências Bibliográficas

- Abraham, A., Glynn, J., Murphy, M., & Wilkinson, B. (2008). *Accounting for Managers*. London: Cengage Learning EMEA.
- Almeida, R. A., Abreu, C., & Mendes, A. (Dezembro de 2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista Enfermagem Referência*, pp. 163-172.
- Amaral-Bastos, M. (2013). O Conceito de Resiliência na Perspetiva de Enfermagem. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 3, pp. 61-70.
- Anthony, R. N., & Govindarajan, V. (2007). *Management Control Systems*. Boston: McGraw-Hill/Irwin.
- Appelbaum, S. H., St-Pierre, N., & Glavas, W. (1998). Strategic organizational change: the role of leadership, learning, motivation and productivity. *Journal of Management History*, 289 - 301.
- ARN - Association of Rehabilitation Nurses. (2013). *The Essential Role of the Rehabilitation Nurse in Facilitating Care Transitions*. Chicago: Association of Rehabilitation Nurses.
- Barbosa, P., Carvalho, L., & Cruz, S. (2015). *Escala de Quedas de Morse. Manual de utilização*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Benner, P. (1982). From Novice to Expert. *The American Journal of Nursing*, 82, pp. 402-407.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2013). *Investigação Qualitativa em Educação – Um Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bogsnes, B. (2008). *Implementing Beyond Budgeting – Unlocking the Performance Potential*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Brilman, J. (2000). *As Melhores Praticas de Gestão No Centro do Desempenho*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Bugada, H. (2013). A gestão do erro em Cuidados Médicos. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, pp. 6-8.

- Bunce, P. (2004). *The beyond budgeting journey towards adaptive management*. . London: A report on the better budgeting forum from CIMA and ICAEW.
- Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA). (2012). *Programa de Melhoria Contínua - Prevenção e Monitorização de Quedas. Registo de Queda*. Alcoitão: Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA).
- Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA). (2013). *Plano de Prevenção e Monitorização do evento de Queda em Utente Internado*. Alcoitão: Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA).
- Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA). (2017). *A organização*. Obtido de <http://cmra.pt/centro/organizacao/#>
- CIE - Comité Internacional de Enfermeiros. (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE*. Lisboa: Lusodidacta.
- Conselho de Ministros. (25 de Fevereiro de 2010). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 15*. Obtido de Diário da República Electrónico: <https://dre.tretas.org/dre/270364/resolucao-do-conselho-de-ministros-15-2010-de-25-de-fevereiro#text>
- Costa-Dias, M. J., & *et al.* (2013). Quedas dos doentes internados em serviços hospitalares, associação com os grupos terapêuticos. *Revista de Enfermagem Referência*, 9, pp. 105-114.
- Costa-Dias, M. J., & Ferreira, P. (2014b). Escalas de avaliação de risco de Quedas. *Revista de Enfermagem Referência*, IV, pp. 153-161.
- Costa-Dias, M. J., Martins, T., & Araújo, F. (2014a). Estudo do ponto de corte da Escala de Quedas de Morse (MFS). *Revista de Enfermagem Referência*, IV, pp. 65-74.
- Cullen, J. B., Johnson, J. L., & Sakano, T. (2000). Success Through Commitment and Trust: The Soft Side of Strategic Alliance Management. *Journal of World Business*, 223-240.
- Cumming, R. G., Sherrington, C., & Lord, S. (2008). Cluster randomised trial of a targeted multifactorial intervention to prevent falls among older people in hospital. *British Medical Journal*, 336, pp. 758-760.

- Czerwiński, E., Białoszewski, D., Borowyl, P., Kumorek, A., & Białoszewski, A. (2008). Epidemiology, Clinical Significance, Costs and Fall. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*, 10, pp. 419-428.
- da Silva, M. G. (2103). *Gestão da Qualidade em Cuidados de Saúde*. Lisboa : Monitor - Projetos e Edições, Lda.
- Daum, J. H. (2002). *Beyond Budgeting: A Model for Performance Management and Controlling in the 21st Century?* Walldorf: Controlling & Finance.
- Daum, J. H. (Janeiro de 2009). Sustainability as Objective of Enterprise Management and Control. (A. Biel, Entrevistador)
- DeLisa, J. A. (2002). *Tratado de Medicina de Reabilitação Princípios e Prática: 2 Volumes (3ª Edição)*. São Paulo: Manole.
- DGS - Direção-Geral da Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. Lisboa: Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde. Direção-Geral da Saúde.
- Diário da República n.º 28/2015. (10 de Fevereiro de 2015). *Despacho n.º 1400-A/2015. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. 1º Suplemento, Série II*. Obtido em 02 de Julho de 2017, de Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Serviço Nacional de Saúde: file:///C:/Users/Supervisor/Downloads/i021834.pdf
- Donaldson, S. L. (2009). An international language for patient safety. Global progress in patient safety requires classification of key concepts. *International Journal for Quality in Health Care*, 21, p. 1.
- Dooley, L. M. (2002). Case Study Research and Theory Building. *Advances in Developing Human Resources*, 335-354.
- Drury, C. (2008). *Management and Cost Accounting*. Hampshire: British Library Cataloguing-in-Publication Data.
- ERS - Entidade Reguladora da Saúde. (2017). *Sistema nacional de avaliação em saúde*. Obtido em 20 de Junho de 2017, de SINAS. Melhores Cuidados, melhores resultados: <https://www.ers.pt/pages/57>

- Falsarella, G. R., Gasparotto, L., & Arlete Maria Valente, C. (2014). Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17, pp. 897-910.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes*. Lisboa: Lidel.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes. Uma Abordagem Prática*. Lisboa: Lidel.
- Fraser, R., & Hope, J. (2001). Beyond Budgeting. Em P. Horváth, & T. Reichmann, *Controlling* (pp. 437-442). Frankfurt: Browse Volumes and Issues.
- Galpin, T. J. (2000). *O Lado Humano da Mudança*. Dallas: SILABO.
- Grimshaw, J., & Russell, I. (1993). Achieving health gain through clinical guidelines. Developing scientifically valid guidelines. *Quality in health care* , pp. 243 -248.
- Hamel, G. (2007). *O Futuro da Gestão*. Boston: Harvard Business School Publishing.
- Hansen, S., Otley, D., & Van Der Stede, W. (2003). Practice Developments in Budgeting: An Overview and Research Perspective. *Journal of Management Accounting Research*, 95-116.
- Hendrich, A. (2006). Inpatient falls: lessons from the field. *Patient Safety & Quality Healthcare*, pp. 26-30.
- Hendrich, A. (2007). Predicting Patient Falls. *The American Journal of Nursing*, 107, pp. 50-58.
- Henttu-Aho, T., & Järvinen, J. (16 de November de 2012). A Field Study of the Emerging Practice of Beyond Budgeting in Industrial Companies: An Institutional Perspective. pp. 1-54.
- Hesbeen, W. (2003). *Reabilitação. Criar Novos Caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário* . Lisboa: Edições Sílabo.
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. Lusodidacta.
- Hope, J., & Fraser, R. (2003). *Beyond Budgeting: How Managers Can Break Free from the Annual Performance Trap*. Boston, Massachusetts: Harvard Business Review Press.

- Horngren, C. T., Sundem, G. L., Stratton, W. O., Burgstahler, D., & Schatzberg, J. (2008). *Introduction to Management Accounting*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Joint Commission International (JCI). (2008). *Joint Commission International Accreditation Standards For Primary Care Centers*. U.S.A: A division of Joint Commission Resources, Inc.
- Jönsson, J., & Åkerlund, S. (2012). *Budgeting and Business Intelligence - A qualitative study about budgeting and Business Intelligence in relation to the ongoing budget debate*. Gotemburgo: University of Gothenburg - School of Business, Economics and Law.
- Jordan, H., Neves, J. C., & Rodrigues, J. A. (2008). *O Controlo de Gestão*. Lisboa: Áreas Editora.
- Le Boterf, G. (2006). Avaliar a competência de um profissional. Três dimensões a explorar. *Revista Pessoal - Reflexão RH*, pp. 60-63.
- Libby, T., & Lindsay, R. M. (2009). Beyond budgeting or budgeting reconsidered? A survey of North-American budgeting practice. *Management Accounting Research*, 56-75.
- Maloney, M. (2016). *Independent review report to John Lewis plc*. London: Chartered Accountants.
- Mestrinho, M. d. (2011). *Profissionalismo e Competências dos Professores de Enfermagem (Tese de Doutoramento)*. Obtido em 20 de Junho de 2017, de Instituto de Educação da Universidade de Lisboa: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4227/2/ulsd061143_td_Maria_Mestrinho.pdf
- Mieseigha, E. G., & Adeniyi, S. I. (2013). Budget: a tool for business management and economy engineering. *Global Business and Economics Research Journal*, 1-17.
- Morse, J. M. (2009). *Preventing Patient Falls. Establishing a Fall Intervention Program*. United States of America: Springer Publishing Company, LLC.
- National Center for Injury Prevention and Control. (2015). *Preventing Falls: A Guide to Implementing Effective Community-Based Fall Prevention Programs*. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention.

- National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *Assessment and Prevention of Falls in Older People*. London: Centre for Clinical Practice at National Institute for Clinical Excellence.
- Neely, A., Bourne, M., & Adams, C. (2003). *Better Budgeting or Beyond Budgeting? Measuring Business Excellence*.
- Neely, A., Sutcliffe, M. R., & Heyns, H. R. (2001). *Driving value through strategic planning and budgeting*. United Kingdom: Accenture.
- NPSA - National Patient Safety Agency . (2007). *Slips, trips and falls in hospital. The third report from the Patient Safety Observatory*. England: NPSA - National Patient Safety Agency .
- OIV - International Organisation of Vine and Wine. (2016a). *State of the Vitiviniculture World Market*. Obtido em 06 de Dezembro de 2016, de <http://www.oiv.int/public/medias/4587/oiv-noteconjmars2016-en.pdf>
- Oliver, D. (1997). Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. *British Medical Journal*. Vol. 315, nº 7115, p. 1049-1053., 315, pp. 1049-1053.
- OMS - Organização Mundial da Saúde. (2011). *Relatório Mundial sobre a Deficiência*. São Paulo: Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência de São Paulo.
- OMS. (2003). *Promovendo Qualidade de Vida Após Acidente Vascular Cerebral - OMS*. Artmed.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional. Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (18 de Fevereiro de 2011). Regulamento n.º 125/2011 sobre Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República, 2.ª série — N.º 35*, pp. 8658-8659.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o Cálculo de dotações seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros .
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (22 de Junho de 2015b). *Regulamento n.º 350/2015. Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação*. Obtido em 08 de Junho de 2017, de Diário da República, 2.ª série - N.º 119:
http://www.ordemEnfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). *Código Deontológico dos Enfermeiros integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- P, H., & R, S. (2004). *Why budgeting fails: one management system is not enough?, Balanced Scorecard Report*. USA: Horvath P., and Sauter R.
- Parfois. (11 de Fevereiro de 2016). *Um orçamento baixo é bom para o marketing? A Parfois que o diga*. Obtido de Briefing: <http://www.briefing.pt/entrevistas/35802-um-orcamento-baixo-e-bom-para-o-marketing-a-parfois-que-o-diga.html>
- Partnership, J. L. (2013). *About us: John Lewis Partnership*. Obtido de John Lewis Partnership Web Site: <http://www.johnlewispartnership.co.uk/about.html>
- Pearson, K. B., & Coburn, A. (2011). Evidence-based Falls Prevention in Critical Access Hospitals. *Flex Monitoring Team*, pp. 1-35.
- Pietrzak, Z. (2013). Traditional versus activity-based budgeting in non-manufacturing companies. *Social Sciences*, 26-37.
- Rasção, J. (2001). *Análise Estratégica. Sistema de Informação para a tomada de decisão estratégica*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Rasção, J. (2008). *Novos Desafios da Gestão da Informação* . Lisboa: SILABO.
- Reis, G., & et al. (2015). Quedas, idade avançada e doença mental. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento (RIASE)*, 1, pp. 323 - 337.

- Réka, C. I., Ștefan, P., & Daniel, C. V. (2014). *Traditional Budgeting Versus Beyond Budgeting: A Literature Review*. ClujNapoca: Faculty of Economics and Business Administration.
- Rickards, R. C. (2006). Beyond Budgeting: Boon or Boondoggle? *Investment Management and Financial Innovations*, 62-76.
- Rodrigues, M. A., Pita, J., & Pereira, A. (2014). *A Escola de Acoitação e a afirmação científica e profissional do Fisioterapeuta em Portugal na segunda metade do século XX*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Sammer, C. E., & et al. (2010). What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42, pp. 156–165.
- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. (2017). *Código de Boas Práticas dos Trabalhadores*. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- Schoeller, S. D., & et al. (2014). Pesquisa em enfermagem de reabilitação:.. Em P. e. brasileira, *Investigação em Enfermagem de Reabilitação: um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados* (pp. 36-45). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Schub, T. (2016). *Falls, Accidental: Risk Assessment*. Obtido em 12 de Julho de 2017, de Cinahl Information Systems, a division of EBSCO Information Services: <http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=4&sid=80c02a7e-26f5-4137-8d05-3eaec29e8282%40sessionmgr103>
- SCML - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. (2016). *Relatório de Gestão e Contas 2016*. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- Sharpe, V. A., & Faden, A. (1998). Medical Harm: Historical, Conceptual, and Ethical Dimensions of Iatrogenic Illness. Excerpt. *Cambridge University Press*, pp. 1-10.
- Shim, J. K., & Siegel, J. G. (2009). *Budgeting Basics and Beyond*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Silva, M. H. (2011). Algumas Considerações de Ordem Crítica à Perspectiva da Prática Reflexiva. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, pp. 455-466.
- Sónia, F., Adriana, H., & Rui, F. (2011). Prevenção e controlo de Quedas. *Journal of Aging and Innovation*.

- Sousa, C. M.-V. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodicta .
- Sousa, L., Vieira, C. M., & Soares Branco, P. (2016). Prevenir a Queda: Um Indicador da Qualidade dos Cuidados. Em C. M. Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 559-570). Loures: Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda.
- Sousa, P., & et al. (2009). *The patient safety journey in Portugal: challenges and opportunities from a publichealth perspective*. Obtido em 26 de Junho de 2017, de Revista Portuguesa de Saúde Pública. Promoção da saúde. Número Especial 25 Anos : http://www.academia.edu/2017479/The_patient_safety_journey_in_Portugal_challenges_and_opportunities_from_a_public_health_perspective
- Sousa, P., Serranheira, F., & Sousa-Uva, A. (2013). 3º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente. *Livro de Proceedings do 3º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente*. Lisboa: Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente.
- Sousa, P., Uva, A. d., Serranheira, F., Leite, E., & Nuno, C. (2011). *Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Starovic, D., & Jackson, C. (2004). *Better Budgeting: A report on the Better Budgeting forum from CIMA and ICAEW*. London: Silverdart Ltd.
- Stavrianopoulos, T. (2012). The Development of Patient Safety Culture. *Health Science Journal*, 6, pp. 201-211.
- Tian, J., Ni, Q. L., Hao, Q., & Wu, D. (2015). *The Application of the Beyond Budgeting to Organisations - An Example of Application of Borealis Company*. Hebei: Modern Management Science & Engineering .
- Travanca, C., & et al. (2011). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Projecto Quedas*. Tomar: Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.
- Umaphthy, S. (1987). *Current Budgeting Practices in US Industry*. New York: Quorum Books.
- Umphred, D. A. (2004). *Reabilitação Neurológica 4ª Edição*. São Paulo: Manole.

Umphred, D. A. (2010). *Reabilitação Neurológica*. ELSEVIER.

Welch, J. (2005). *Winning*. New York: Harper Collins.

WHO - World Health Organization. (2007). *WHO global report on falls prevention in older age*. Geneva: Ageing and Life Course, Family and Community Health. World Health Organization.

Winland-Brown, J., Lachman, V., & Swanson, E. (2015). *The New Code of Ethics for Nurses With Interpretive Statements*. Obtido em 10 de Julho de 2017, de MedSurg Nursing: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/CodeofEthicsforNurses/Code-of-Ethics-2015-Part-1.pdf>

ANEXOS

Anexo I – Comissão de ética para a Investigação na Área de Saúde
Humana e Bem-estar Universidade de Évora



Documento

1	7	0	3	2
---	---	---	---	---

Comissão de Ética para a Investigação nas Área de Saúde Humana e Bem-Estar Universidade de Évora

A Comissão de Ética para a Investigação nas Área de Saúde Humana e Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Professor Doutor Armando Raimundo, Professor Doutor Carlos Silva e Professor Doutor Manuel Lopes, deliberaram dar, na reunião do dia 26 de Abril de 2017, o Parecer Positivo à forma como o Projeto "Fatores de risco de queda num centro de reabilitação: contributos da enfermagem de reabilitação" dos investigadores Ana Isabel Coutinho Fernandes e César João Vicente da Fonseca.

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Armando Manuel de Mendonça Raimundo)

Anexo II – Autorização acesso aos dados de Monitorização de Quedas

COMUNICAÇÃO INTERNA

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

Data: 20 de Outubro de 2016

Para: Sr.º Enf.º Diretor Rodrigo

De: Enf.º Ana Fernandes

C.c.: Sr.º Enf.º Ana Mendes

Assunto: Pedido de acesso aos dados da Monitorização de Quedas

Eu, Ana Isabel Coutinho Fernandes, número mecanográfico 731023, a exercer funções no serviço de reabilitação geral de adultos 1º direito em Alcoitão, venho por este meio solicitar autorização para uso dos dados relacionados com a monitorização das quedas existentes no Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão para desenvolver a Tese de Mestrado de Reabilitação que me encontro a realizar na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus em Évora.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, entre 28 a 35% da população com idade igual ou superior a 65 anos de idade sofre uma queda todos os anos, aumentando esta prevalência para 32 a 42% na população com idade superior a 70 anos de idade. Refere, ainda, que a prevalência de quedas na população residente em lares é superior àquela que vive na comunidade. Entre 30 a 50% da população residente em instituições de cuidados continuados de longa duração sofre uma queda por ano e cerca de 40% experiencia mais do que uma queda.

Ainda segundo a Organização Mundial da Saúde, os fatores de risco associados às quedas podem ser multifatoriais e refletem a multiplicidade de determinantes da saúde que, direta ou indiretamente, afetam o bem-estar. Estes fatores podem ser biológicos, como é o caso da idade e condições de saúde agudas ou crónicas, comportamentais, socioeconómicos, como é o caso do isolamento social, fraca rede de apoio social, baixos rendimentos e, por último, ambientais, como é o caso, nomeadamente, dos perigos existentes no ambiente envolvente, na inexistência de estruturas de apoio à mobilidade ou nas barreiras à mobilidade no espaço físico.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 a estratégia de intervenção que deve ser adotada consiste na prevenção de quedas, designadamente na avaliação e monitorização do risco da sua ocorrência, investindo-se, assim, na melhoria da qualidade de vida dos doentes e, simultaneamente, na redução dos custos para a sociedade em geral e o sistema de saúde em particular.

Dada a relevância deste tema considero importante para o Centro de Reabilitação de Alcoitão o desenvolvimento de conhecimento a este nível, sendo que o objetivo final é a identificação de ações necessárias para que se consiga realizar uma prevenção de quedas na instituição mais adequada e eficaz contribuindo deste modo para atingir os objetivos traçados pelo Plano Nacional de Saúde 2012-2016.

Agradeço desde já a atenção, aguardo autorização para o uso dos dados em questão.

Obrigado pela atenção

Ana Fernandes

Ana Fernandes

TC
Márcia Machado
20.10.2016
Enf.º Márcia Machado
Assento de Enfermagem 2008

Resposta no vubio.
v. s. f. f.

Sra. Enfermeira Ana Fernandes

C.c Sra. Enfermeira Chefe Ana Mendes

Em resposta ao prezado pedido de acesso aos dados recolhidos no âmbito do Programa de Melhoria Contínua da Qualidade – Quedas, no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão e tendo presentes os fins académicos a que se destina, nada tenho a opor à sua utilização desde que seja escrupulosamente guardada e respeitada a identidade e a confidencialidade das informações clínicas dos utentes envolvidos.


Os dados em referência estão disponíveis no subsite Enfermagem – Dashboard e são de consulta livre para todos os enfermeiros.

A Direção de Enfermagem saúda-a pela sua iniciativa e investimento na sua formação e colocará à disposição os meios de que possa necessitar para levar a bom termo o seu trabalho.

Sem outro assunto, subscrevo-me atenciosamente,

24-10-2016


Rodrigo Ramos
Enfermeiro Diretor

	<p>Centro de Medicina de Reabilitação Alcoitão</p> <p><i>Procedimento Geral</i></p>	<p>PREVENÇÃO E MONITORIZAÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA INTERNADA</p> <p>Elaborado por: <i>Grupo de trabalho para o processo de melhoria contínua da qualidade: Prevenção e Monitorização de Quedas</i></p> <p>Data: <i>Março de 2012</i> Revisão: <i>Março 2013</i></p>	<p>Aprovado em: 07/03/2012</p> <p>Enf. Directora <i>Ana Paula Eusébio</i></p> <p>Pág. 1/14</p>
---	--	---	--

1 - OBJECTIVOS

- Avaliar e registar o risco de Quedas na Pessoa internada no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA);
- Definir normas de actuação na prevenção de Quedas;
- Uniformizar os critérios de actuação para a prevenção das quedas.

2 – POPULAÇÃO

- O presente procedimento aplica-se à Pessoa admitida nos serviços de internamento do CMRA.

3 – RESPONSABILIDADE (implementação / revisão)

- Direcção de Enfermagem do CMRA.

4 - DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

As quedas ocorrem em todas as instituições de saúde e acontecem a todo o tipo de pessoas internadas. Segundo Janice Morse, as quedas são em menor número nos hospitais com internamentos de curta duração, comparativamente às instituições de longa duração, sendo que, segundo a autora, os centros de reabilitação situam-se numa situação intermédia.

- **Definição de queda segundo CIPE 1.0**

Cair: actividade executada pelo próprio com as seguintes características específicas: deslocação rápida do corpo de um nível superior para um nível inferior, devido a perda de equilíbrio ou falta de capacidade de sustentar o peso corporal em diferentes posições.

Podemos considerar que queda é uma deslocação não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correcção em tempo útil, determinado por circunstâncias multifactoriais, comprometendo a estabilidade. Esta perda de equilíbrio postural está relacionada com uma insuficiência súbita dos mecanismos neurológicos e osteo-articulares envolvidos na manutenção da postura.

Todas as quedas devem ser consideradas, incluindo as quedas provocadas por motivos de doença (exemplo: lipotimia) ou causas ambientais (exemplo: piso escorregadio). Devemos ter em conta que as quedas podem ocorrer sem haver contacto com o chão, quando a pessoa cai para a cama ou para outra estrutura é também uma deslocação não intencional em que há perda de equilíbrio.

Há ainda que incluir as quedas assistidas, que ocorrem quando, por exemplo, um profissional de saúde ajuda a pessoa a cair de forma segura.

- **Impacto na qualidade dos cuidados**

As quedas durante o internamento em instituições de saúde são incidentes muito frequentes, sendo uma importante causa de morbilidade ou mesmo mortalidade institucional. Podem contribuir para o aumento do número e gravidade de complicações, agravando os custos e prolongando internamentos. A pessoa que cai pode vir a vivenciar situações de dor, *stress* e incapacidade temporária ou permanente, prejudicando efectivamente a sua qualidade de vida.

- **População adulta**

A segurança nos serviços de internamento é uma preocupação constante para os prestadores de cuidados. Um programa de prevenção de quedas em pessoas hospitalizadas deve ser inovador e incluir estratégias de redução do risco de queda, especificamente baseado na educação/formação do utente, família e profissionais de saúde.

A população internada está exposta a um ambiente pouco familiar, à realização de exames, tratamentos e nova medicação. De seguida são identificados os factores de risco mais comuns na ocorrência de quedas.

a) FACTORES INTRÍNECOS DE RISCO PARA OCORRÊNCIA DE QUEDAS NA POPULAÇÃO ADULTA:

- História anterior de queda;
- Agitação;
- Confusão;
- Epilepsia;
- Hipotensão;
- Hipoglicémia;
- Anemia;
- Incontinência de esfíncteres;
- Vertigens;
- Alterações cognitivas;
- Redução da força muscular;

- Alterações do equilíbrio;
- Astenia;
- Diminuição da acuidade visual;
- Alterações sensitivas;
- Perturbações do sono;
- Medicação;
- Idade.

b) FACTORES EXTRÍNECOS DE RISCO PARA OCORRÊNCIA DE QUEDAS NA POPULAÇÃO ADULTA:

- Calçado/roupa inadequada;
- Fraca iluminação;
- Piso escorregadio ou em mau estado de conservação;
- Obstáculos.

- **População Pediátrica**

Na população Pediátrica, as quedas são a principal causa de acidente.

As quedas acidentais ocorrem na população pediátrica numa proporção de 2:1, comparativamente com os adultos. Ou seja, por cada adulto que cai, ocorrem duas quedas em crianças, mesmo que em 57% do tempo os pais estejam presentes.

Por outro lado, crianças menores de dez anos têm mais quedas acidentais do que os adolescentes, e por sua vez os adolescentes têm mais quedas em comparação com os jovens adultos.

As crianças menores de dez anos têm um maior risco de queda, relacionado com a curiosidade e desenvolvimento motor característicos desta idade. Está documentado que na população com menos de dez anos, a maioria das quedas deve-se a factores ambientais.

5 – CRITÉRIOS E ORIENTAÇÕES

A inexistência de ocorrência de Quedas é um importante indicador da qualidade de cuidados prestados. Assim, torna-se primordial a uniformização dos procedimentos de forma a garantir a monitorização da eficácia das medidas preventivas implementadas, o que possibilita a avaliação do projecto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados nesta área.

Sempre que ocorrer uma queda, em contexto da unidade de internamento, o registo da mesma deve ser efectuada através do preenchimento do formulário “**Registo de Queda**” (Anexo I).

Este registo tem como objectivos:

- Monitorizar as quedas das pessoas internadas no CMRA;
- Identificar pontos críticos e padrões nas quedas (características das pessoas que caem, medidas preventivas utilizadas, horas e actividades desenvolvidas no momento da ocorrência e locais onde ocorrem com mais frequência);
- Implementar medidas preventivas de queda;
- Avaliar a eficácia das estratégias que foram implementadas.

5.1 - Avaliação do Risco de Queda

- A avaliação inicial do risco da pessoa cair deverá ser realizada pelo enfermeiro nas primeiras 24 horas, de preferência no momento da admissão;
- A aplicabilidade da escala de Avaliação de Risco de Queda para adultos (**adaptada da Escala de Morse - Anexo II**), destina-se **à pessoa com idade superior a 18 anos**;
- Para crianças e adolescentes aplica-se escala de Avaliação do Risco de Queda em Crianças e Adolescentes (**Adaptada da escala *Humpty Dumpty Fall Scale* - Anexo III**);
- A reavaliação do risco depende do *score* obtido na avaliação anterior e de acordo com a seguinte periodicidade:

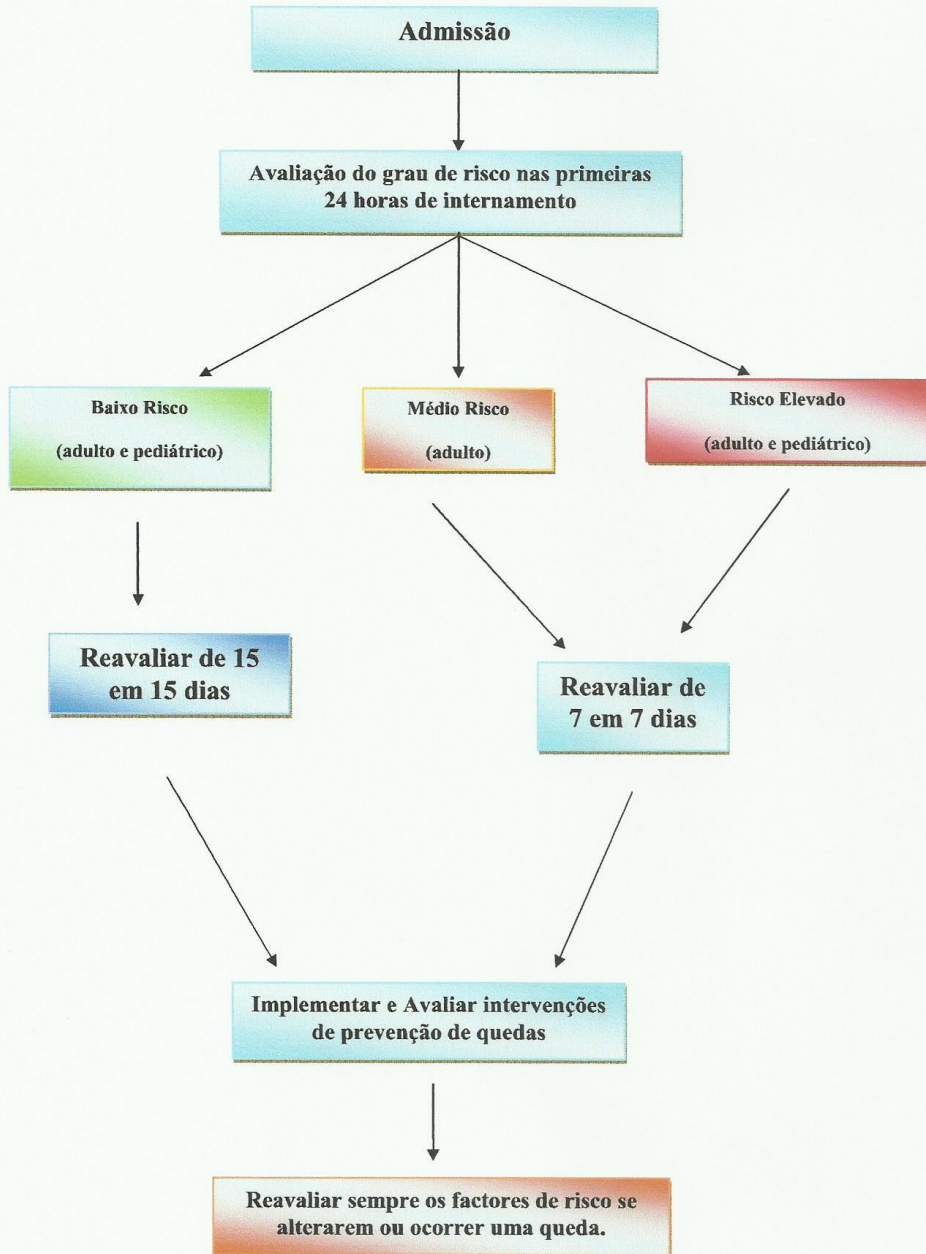
✓ **7 em 7 dias** para adultos com médio e elevado risco de queda;

- ✓ 7 em 7 dias para crianças e adolescentes com elevado risco de queda;
- ✓ 15 em 15 dias para adultos com baixo risco de queda;
- ✓ 15 em 15 dias para crianças e adolescentes com baixo risco de queda;
- ✓ Sempre que se modificarem os factores de risco envolvidos;
- ✓ Sempre que ocorrer uma queda.

As pessoas com risco de queda médio ou elevado devem estar **sinalizadas** - Anexo

IV.

FLUXOGRAMA - Avaliação do risco de Queda



6 – PLANO DE PREVENÇÃO

O plano de prevenção (Anexo V) de quedas visa três vertentes:

- ✓ A criação de um ambiente seguro para a pessoa internada,
- ✓ A educação da pessoa/sua família e,
- ✓ A formação dos profissionais de saúde.

Segundo a CIPE 1.0, eis os principais diagnósticos, objectivos e resultados, associados a esta problemática.

Foco Principal: Cair			
Eixo: Foco	Diagnóstico	Objectivos	Resultados
Cair	Juízo: - Actual - Risco	Juízo: - Nenhum Risco: - Em nível decrescente	Juízo: - Nenhum - Actual Risco: Mesmo nível Risco: Em nível decrescente Risco: Em nível crescente

Intervenções de Enfermagem

As seguintes intervenções incluem medidas de segurança e aplicam-se às Pessoas com risco de queda.

Da lista sugerida, o enfermeiro selecciona as intervenções que identifica como pertinentes na prevenção de quedas, insere-as no plano de cuidados e assegura-se da continuidade dos cuidados.

Estas intervenções visam modificar as circunstâncias e actividades que colocam as pessoas internadas em risco de queda e suportam-se também numa base educativa sobre a sensibilização para as medidas de segurança.

Diagnóstico	Risco de Cair
Intervenções de Enfermagem	Monitorizar cair.
	Monitorizar risco de cair (escala de risco de queda).
	Descrever instituição de saúde na admissão.
	Avaliar conhecimento da pessoa/ prestador de cuidados sobre medidas de segurança.
	Gerir medidas de segurança.
	Educar/Instruir sobre medidas de segurança na prevenção de quedas (pessoa/prestador de cuidados): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Esclarecer sobre a localização das áreas de acesso permitido (p. ex: casa de banho). ▪ Ensinar a pessoa/família sobre a importância de manter as grades das camas/berços subidas. ▪ Informar o prestador de cuidados que as crianças devem dormir nas camas/berços e não no colo. ▪ Manter colocada a superfície de trabalho, quando na cadeira de rodas. ▪ Colocar os objectos pessoais acessíveis. ▪ Regular a altura da cama de forma a posicionar a um nível baixo. ▪ Garantir camas e cadeiras com as rodas travadas. ▪ Adequar o calçado. ▪ Informar pessoa/família sobre necessidade de solicitar assistência do enfermeiro para mobilização/locomoção.

Diagnóstico	Risco de Cair
Intervenções de Enfermagem	Aplicar dispositivo de segurança (especificar).
	Vigiar dispositivo de segurança (especificar).
	Informar sobre dispositivo de segurança (especificar).
	Instruir sobre dispositivo de segurança (especificar).
	Instruir sobre uso do dispositivo de chamada.
	Vigiar orientação.
	Avaliar capacidade de audição.
	Avaliar capacidade de visão.
	Validar adaptação de óculos/prótese auditiva.
	Supervisionar no andar.
	Assistir/supervisionar transferir-se.
	Providenciar compensações de altura.
	Ensinar/instruir/treinar técnica de erguer-se.
	Supervisionar no erguer-se.
	Assistir no erguer-se.
	Ensinar/instruir/treinar uso de cadeira de rodas.
	Supervisionar uso da cadeira de rodas.
	Assistir uso da cadeira de rodas.
	Verificar estado de conservação e funcionalidade dos produtos de apoio para a marcha, cadeiras de rodas, camas e elevadores de transferência.
	Aplicar dispositivo de imobilização - ver no Anexo V a circular normativa de 25/05/07 da Direcção-Geral de Saúde sobre medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes – contenção física.
	Vigiar dispositivos de imobilização.
Assistir no usar o sanitário.	
Assistir o aplicar do urinol.	
Assistir o aplicar da arrastadeira.	

Diagnóstico	Risco de Cair
Intervenções de Enfermagem	Providenciar o acompanhamento às áreas de tratamento e diagnóstico.
	Organizar o espaço: manter as passagens desobstruídas e iluminadas; retirar equipamento e mobília desnecessária.
	Garantir que os pavimentos estão secos e sem irregularidades.
	Utilizar dispositivos anti-derrapantes sempre que necessário.
	Avaliar medo de cair.
	Identificar efeitos secundários adversos e interações medicamentosas.
	Sinalizar unidade da pessoa com médio e elevado risco de queda.

7 - INDICADORES DE QUALIDADE

Em cada unidade de internamento proceder-se-á à monitorização de indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem e que evidenciem a intervenção desenvolvida no âmbito da prevenção de quedas.

De entre os indicadores a monitorizar, destacam-se:

7.1 - Indicadores de estrutura:

- % de enfermeiros por unidade de internamento com formação na área da prevenção e monitorização de quedas.
- Existência no serviço do manual de procedimentos, onde se inclui a norma de Monitorização de Quedas e Prevenção do Risco

7.2 - Indicadores de processo – mensal:

$$\frac{\text{Nº de pessoas com avaliação do risco de queda}}{\text{Nº total de pessoas internadas}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº de pessoas com risco de queda mas sem cair}}{\text{Nº total de pessoas com risco de queda}} \times 100$$

7.3 - Indicadores epidemiológicos

Taxas de incidência de quedas com lesão:

$$\frac{\text{Nº pessoas com queda e com lesão}}{\text{Nº total de pessoas com quedas}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº quedas registadas}}{\text{Nº total de dias de internamento}} \times 100$$



PROGRAMA DE MELHORIA CONTÍNUA – PREVENÇÃO E MONITORIZAÇÃO DE QUEDAS

REGISTO DE QUEDA

(1) SRA Esq Dto
(2) SRPD
(3) SRA

(colocar vinheta de identificação)

Diagnóstico: _____ Incapacidade: _____

Data e Hora da ocorrência: __/__/__ às __: __ h Quem presenciou a queda: _____

FACTORES DE RISCO

Factores Intrínsecos

História de queda	Vertigens	Medicação:
Agitação	Alterações cognitivas	Sedativos
Confusão	Redução da força	Ansiolíticos/hipnóticos
Epilepsia	Alterações de equilíbrio	Antidepressivos
Hipotensão	Astenia	Hipotensores
Hipoglicémia	Diminuição acuidade visual	Diuréticos
Anemia	Alterações sensitivas	Hipoglicemiantes
Incontinência de esfíncteres	Perturbações do sono	Polimedicação

O QUE MOTIVOU A QUEDA

Caminhava sozinho	Tentava entrar/sair da cama
Caminhava com ajuda de outra pessoa	Tentava entrar/sair da cama com grades
Caminhava com auxiliar de marcha	Mobilizava-se na cama
Estava sentado na CR	Pretendia ir ao WC
Transferência CR↔cama	Tomava banho
Deitado na cama	Subia/descia escadas
Outros: _____	

CONSEQUÊNCIAS

Nenhuma	Feridas traumáticas	Local
Alterações da consciência: _____	Escoriação	
Alterações da memória: _____	Contusão	
	Laceração	
	Corte	
	Fractura	
	Hematoma	
	Luxação	
	Entorse	

BREVE DESCRIÇÃO DA QUEDA

MEDIDAS PREVENTIVAS USADAS ANTES DA QUEDA

Grades	Coletes	Faixas de segurança
Calção de abdução	Peças de apoio na CR	Rodas anti-volteio

INFORMAÇÃO PERTINENTE NÃO DESCRITA ANTERIORMENTE

Assinatura do Enfermeiro _____ Nº Mecanográfico _____ Data do registo __/__/__

A preencher pela Chefia da Unidade:

Nº dias de internamento: _____

% Ocupação neste dia: _____

% Utilização SCD/E neste dia: _____

Anexo V - Escala de Avaliação de Queda em Pediatria

Avaliação de Risco de Queda em Pediatria

(1) SRA Esq Dto
 (2) SRPD
 (3) SRA
 Nº Folha

(colocar vinheta de identificação)

Parâmetros	Critérios	Pontuação (assinalar)			
Idade	< 3 anos	4	4	4	4
	≥3 e <7 anos	3	3	3	3
	≥7 e <13 anos	2	2	2	2
	≥13anos	1	1	1	1
Gênero	Masculino	2	2	2	2
	Feminino	1	1	1	1
Diagnóstico	Alterações neurológicas	4	4	4	4
	Alterações na oxigenação (diagnóstico respiratório, desidratação, anemia, anorexia, tonturas/ síncope, etc.)	3	3	3	3
	Psiquiátrico/ Alterações do comportamento	2	2	2	2
	Outros diagnósticos	1	1	1	1
Cognição	Não está consciente das suas limitações	3	3	3	3
	Esquece as suas limitações	2	2	2	2
	Está consciente das suas limitações	1	1	1	1
Factores ambientais	História de quedas nos últimos 3 meses <u>ou</u> criança < 3 anos em cama (i.e. não em berço)	4	4	4	4
	Utiliza produtos de apoio para locomoção (cadeira de rodas, apoio de marcha, etc.)	3	3	3	3
	Criança com menos de 3 anos em berço	2	2	2	2
	Criança/adolescente acamado	1	1	1	1
Cirurgia/ Sedação/ Anestesia	Criança/adolescente que deambula	1	1	1	1
	Há menos de 24h	3	3	3	3
	Há mais de 24 horas e menos de 48 horas	2	2	2	2
Medicação	Há mais de 48 horas sem sedação/anestesia/cirurgia	1	1	1	1
	Utilização de 2 ou mais dos seguintes medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> • Sedativos • Hipnóticos • Barbitúricos • Fenotiazinas • Anticonvulsivos • Antidepressivos • Narcóticos • Laxantes • Diuréticos 	3	3	3	3
	Um dos medicamentos acima listados	2	2	2	2
	Outros medicamentos/ nenhum	1	1	1	1
Total					
Nível de Risco					
Data					
Assinatura					

Escala Adaptada de *Humpty Dumpty Fall Scale*

Para crianças/ jovens até aos 18 anos de idade

Pontuação mínima: 7

Pontuação máxima: 23

Baixo risco de queda:
pontuação ≤ 12

Elevado risco de queda:
pontuação > 12

**PROGRAMA DE MELHORIA CONTÍNUA – PREVENÇÃO E MONITORIZAÇÃO DE QUEDAS
AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM ADULTOS**

(1) SRA Esq Dto
(3) SRA
Nº Folha

(Colocar vinheta de identificação)

PARÂMETROS	Pontos	Data da Avaliação				
História de queda	Não 0 Sim 25					
Diagnóstico secundário	Não 0 Sim 15					
Ajuda na mobilização	0					
<ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma/acamado/assistido pelo enfermeiro • Auxiliar de marcha • Prótese 	15 30					
Dificuldade em usar o sanitário	Não 0 Sim 20					
Marcha	0					
<ul style="list-style-type: none"> • Normal/acamado/cadeira de rodas • Lenta • Comprometida 	10 20					
Estado mental	0					
<ul style="list-style-type: none"> • Orientado de acordo com as suas limitações • Desorientado/Confuso/Sobrevaloriza as suas capacidades ou esquece-se das limitações 	15					
Pontuação Total						
Nível de risco						
Assinatura						

Fonte: Adaptação da *Morse Fall Scale*

O somatório dos pontos dos vários parâmetros define o nível de risco de queda:

Baixo Risco Pontuação 0-24	Médio Risco Pontuação 25-50	Elevado Risco Pontuação ≥51
-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Descrição dos Parâmetros e Dicas de Pontuação

1. História de queda

- 0 Pontos: Não caiu nos últimos 3 meses.
- 25 Pontos: Existe registo de queda durante o actual episódio de internamento ou se tem história prévia de queda imediatamente antes da admissão.

2. Diagnóstico Secundário

- 0 Pontos: A pessoa tem um só diagnóstico médico.
- 15 Pontos: A pessoa tem mais do que um diagnóstico médico evidenciado no processo clínico.

3. Ajuda na Mobilização

- 0 Pontos: Anda sem ajuda de auxiliar de marcha, mesmo que assistida por enfermeiro, ou desloca-se de cadeira de rodas ou está acamado.
- 15 Pontos: Anda com auxiliar de marcha (bengala, bastão, andarilho e outros).
- 30 Pontos: Utiliza próteses para andar.

4. Dificuldade em usar sanitário

- 0 Pontos: Não tem dificuldade em usar o sanitário, urinol ou arrastadeira.
- 20 Pontos: Tem dificuldade em usar o sanitário, urinol ou arrastadeira.

5. Marcha

- 0 Pontos: A marcha normal é caracterizada pela pessoa andar com a cabeça erguida, braços baloiçando livremente ao longo do corpo, passada larga sem hesitações.
- 10 Pontos: A marcha é caracterizada por ser lenta, com paragens, mas a pessoa mantém a cabeça erguida, usa passos curtos e pode arrastar os pés.
- 20 Pontos: A marcha está comprometida, pode existir dificuldade em assumir posição de pé. Quando anda mantém a cabeça em baixo, concentrando-se no chão. Agarra-se a pessoas, auxiliares de marcha ou mobiliário, não conseguindo andar sozinho. Os passos são curtos e o desequilíbrio está presente. Se a pessoa está em cadeira de rodas, pode ser pontuado de acordo com a marcha que se observa na transferência da cadeira de rodas para a cama.

6. Estado Mental

- 0 Pontos: A pessoa tem consciência das suas limitações físicas.
- 15 Pontos: A pessoa está desorientada ou confusa, não tem consciência das suas limitações ou sobrevaloriza as suas capacidades,

Anexo VII - Enunciados Descritivos em Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação

3.1 A satisfação do cliente	
Cuidados gerais	Cuidados especializados de enfermagem de reabilitação
O respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos do cliente; O respeito pela autonomia da pessoa no processo de reabilitação; O reforço positivo e elogio face ao esforço para atingir os objetivos do programa de reabilitação; A procura constante da empatia; O estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados; O envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados.	Todos os definidos para os cuidados gerais; O respeito pela autonomia da pessoa no processo de reabilitação; O reforço positivo e elogio relativamente aos objetivos do programa de reabilitação que são atingidos e ao esforço desenvolvido pelo cliente para os atingir; A discussão e análise do processo de cuidados de Enfermagem de Reabilitação com o cliente e pessoas significativas.
3.2 A promoção da saúde	
Cuidados gerais	Cuidados especializados de enfermagem de reabilitação
A identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade; A identificação das barreiras arquitetónicas que limitam a acessibilidade e o exercício pleno da cidadania; A cooperação com estruturas da comunidade, visando a promoção de um ambiente seguro para a população em geral, e para a população com necessidades	A identificação das barreiras arquitetónicas que limitam a acessibilidade e o exercício da cidadania; A cooperação com estruturas da comunidade, visando a promoção de um ambiente seguro para a população em geral, e para a população com necessidades especiais; A criação e promoção de estilos de vida saudáveis; A promoção do potencial de saúde através da otimização

especiais; A criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis; A promoção do potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; O fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades.

do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; O fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades. A conceção e desenvolvimento de planos e programas que permitam maximizar capacidades funcionais e desenvolvimento pessoal; A promoção de medidas de prevenção de deficiência ou minimização do seu impacto.

3.3 A prevenção de complicações

Cuidados especializados de enfermagem de reabilitação

A identificação, tão rápida quanto possível, dos riscos de alteração da funcionalidade e de alterações que determinem limitações da atividade e incapacidades; A prescrição de intervenções de Enfermagem de Reabilitação mediante um plano que deve ter em vista a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação e da sexualidade; O rigor técnico/científico na implementação das intervenções de Enfermagem de Reabilitação. A referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais envolvidos no processo de cuidados de Reabilitação, de acordo com os respetivos mandatos sociais. A supervisão das atividades que concretizam as intervenções de Enfermagem de Reabilitação e que, em virtude da necessidade de continuidade de cuidados, sejam suscetíveis de serem delegadas no Enfermeiro de cuidados gerais ou outros; A responsabilização do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega.

3.4 O bem-estar e o autocuidado

Cuidados gerais	Cuidados especializados de enfermagem de reabilitação
<p>A referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo dos cuidados de saúde; A responsabilização do Enfermeiro pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e pelos que delega.</p>	<p>Prescrever, implementar e avaliar intervenções; aumentar o bem-estar e suplementar/complementar AVD's; análise com o cliente e pessoas significativas das alterações da funcionalidade, definindo as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir; prescrição das intervenções para otimizar e/ou reeducar a função: motora, sensorial, cognitiva, cardio-respiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; a seleção, prescrição, ensino e supervisão da utilização de produtos de apoio tendo em vista a máxima capacidade funcional; conceção de planos e programas, seleção e prescrição de intervenções de Enfermagem de Reabilitação para redução do risco de alteração da funcionalidade; ensino, instrução e treino do cliente e pessoas significativas sobre técnicas que promovam o autocuidado e continuidade de cuidados; rigor técnico/científico na implementação das intervenções de Enfermagem de Reabilitação; supervisão das atividades que concretizam as intervenções de ER e que sejam suscetíveis de serem delegadas no Enfermeiro de cuidados gerais; referenciação para outros Enfermeiros especialistas.</p>

3.5 — A readaptação funcional

Cuidados gerais	Cuidados especializados de enfermagem de reabilitação
O planeamento de alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as suas necessidades e os recursos da comunidade; O máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade; A otimização das capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito; O ensino, a instrução e o treino de adaptação individual requerida face à readaptação funcional.	Planeamento de intervenções de Enfermagem de Reabilitação para readaptação do domicílio otimizando os recursos existentes, procurando maximizar as capacidades funcionais do cliente; Envolver o cliente e pessoas significativas no processo de cuidados, ensinando e treinando, tendo em conta os recursos existentes no domicílio; A conceção e desenvolvimento de planos e programas que permitam maximizar as capacidades funcionais da pessoa.

3.6 — A reeducação funcional

Cuidados especializados de enfermagem de reabilitação
A identificação de necessidades específicas da pessoa no âmbito da funcionalidade e dos fatores facilitadores/inibidores para a realização de AVD's de forma independente; Avaliação dos aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença sempre que ocorram alterações da funcionalidade e da capacidade para o autocuidado; A conceção de planos que promovam a maximização das capacidades funcionais e adaptativas a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; O planeamento conjunto com o cliente, das estratégias, resultados esperados e metas a atingir de forma a promover a sua autonomia, qualidade, e de vida, reintegração e participação na sociedade maximizando os diferentes recursos da comunidade; A articulação e cooperação com a equipa interdisciplinar na concretização de objetivos específicos do cliente; O desenvolvimento de programas de Reabilitação incluindo técnicas específicas, para os clientes com necessidades especiais, deficiência e doenças crónicas; A promoção da continuidade do processo de prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

3.7 — A promoção da inclusão social

Cuidados especializados de enfermagem de reabilitação

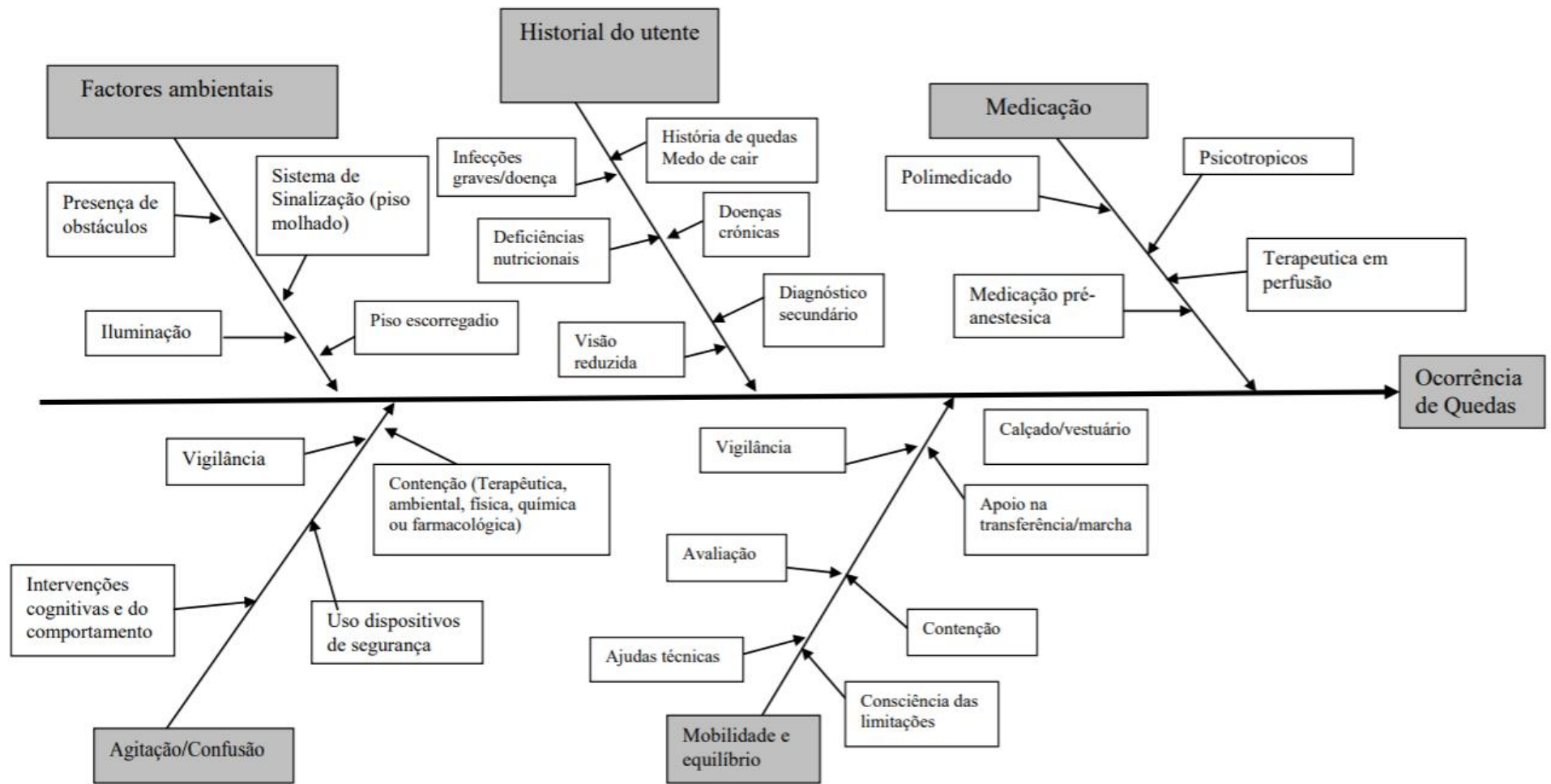
A capacidade da comunidade para o respeito e integração da pessoa com deficiência; Identificação de situações que contribuam para a estigmatização da pessoa com deficiência; Otimização dos recursos do cliente, família e comunidade para manter e/ou promover a inclusão da pessoa com deficiência, promovendo a sua participação na vida da comunidade; Adoção de estratégias de discriminação positiva para os clientes mais fragilizados; O envolvimento do cliente, família e comunidade nas estratégias promotoras da inclusão; Desenvolvimento de estratégias promotoras da inclusão ativa de pessoas com deficiência, incluindo as condições de habitação, a melhoria de acesso ao emprego, formação e educação; Desenvolvimento de campanhas anti estigma e atividades nos meios de comunicação social, escolas, empregos, ou outros contextos.

3.8 — A organização dos cuidados de Enfermagem

Cuidados especializados de enfermagem de reabilitação

A existência de um quadro de referências para o exercício profissional de ER; A existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros especialistas em ER; A existência de um sistema de registos de Enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, os diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação, as intervenções de ER e os resultados sensíveis às intervenções de ER, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida); A satisfação dos Enfermeiros especialistas em ER relativamente à qualidade do exercício profissional especializado; A dotação de Enfermeiros especialistas em ER face à necessidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação; A existência de uma política de formação contínua dos Enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade; A utilização de metodologias de organização dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação promotoras da qualidade.

Anexo VIII - Diagrama *Ishikawa* - Motivos e razões de evento de
Queda



Fonte: Travanca *et al.*, 2011

Ano 2015	Frequência	%	Ano 2016	Frequência	%
3	1	1,1	21	2	2,8
5	1	1,1	29	1	1,4
21	1	1,1	38	1	1,4
32	1	1,1	39	1	1,4
34	1	1,1	40	1	1,4
38	1	1,1	42	1	1,4
41	1	1,1	46	2	2,8
42	1	1,1	47	1	1,4
44	3	3,3	48	1	1,4
47	2	2,2	49	2	2,8
49	1	1,1	51	2	2,8
50	5	5,4	52	1	1,4
52	2	2,2	53	1	1,4
53	1	1,1	54	1	1,4
54	5	5,4	55	3	4,2
55	2	2,2	56	4	5,6
56	1	1,1	58	4	5,6
57	7	7,6	60	1	1,4
58	5	5,4	61	2	2,8
59	1	1,1	62	3	4,2
60	2	2,2	64	2	2,8
61	4	4,3	65	1	1,4
62	2	2,2	66	4	5,6
63	5	5,4	67	1	1,4
64	3	3,3	68	5	7,0
65	3	3,3	69	1	1,4
66	3	3,3	70	1	1,4
67	2	2,2	72	3	4,2

68	2	2,2	73	1	1,4
69	2	2,2	74	1	1,4
70	2	2,2	75	2	2,8
71	2	2,2	76	2	2,8
72	4	4,3	77	2	2,8
73	1	1,1	78	3	4,2
74	1	1,1	79	4	5,6
75	3	3,3	80	1	1,4
77	2	2,2	82	1	1,4
78	1	1,1	83	1	1,4
79	2	2,2			
80	1	1,1			
81	1	1,1			
83	1	1,1			
Total	92	100	Total	71	100

Fonte: CMRA, 2017

Anexo X - Utentes por Concelho de Residência 2015 e 2016

2015			2016		
Concelhos	Frequência	%	Concelhos	Frequência	%
Abrantes	1	1,1	Alcácer do Sal	1	1,4
Açores	1	1,1	Açores	1	1,4
Alenquer	1	1,1	Alenquer	4	5,6
Almada	6	6,5	Almada	1	1,4
Amadora	7	7,6	Amadora	3	4,2
Arruda dos	1	1,1	Amora	1	1,4
Barreiro	4	4,3	Arruda dos Vinhos	2	2,8
Benavente	1	1,1	Barreiro	2	2,8
Cadaval	1	1,1	Carnaxide	1	1,4
Cascais	23	25,0	Cascais	10	14,1
Golegã	1	1,1	Corroios	2	2,8
Lisboa	9	9,8	Lisboa	11	15,5
Loures	3	3,3	Loures	1	1,4
Mafra	1	1,1	Mafra	2	2,8
Moita	1	1,1	Nazaré	1	1,4
Moura	1	1,1	Odivelas	1	1,4
Odivelas	2	2,2	Oeiras	2	2,8
Oeiras	4	4,3	Ourém	1	1,4
Ponta	1	1,1	Peniche	2	2,8
Seixal	3	3,3	Queluz	1	1,4
Sesimbra	2	2,2	São Domingos de	1	1,4
Setúbal	3	3,3	Seixal	4	5,6
Sintra	10	10,9	Sesimbra	1	1,4
Torres	1	1,1	Setúbal	2	2,8
Vila Franca	4	4,3	Sintra	5	7,0
			Sobreda/Idanha à	2	2,8
			Tomar	1	1,4
			Torres Vedras	1	1,4
			Vila Franca de	4	5,6

Fonte: CMRA, 2017

Dias de Internamento 2015	Frequência	%	Dias de Internamento 2016	Frequência	%
5	1	1,1	6	1	1,4
23	1	1,1	37	1	1,4
38	1	1,1	40	1	1,4
40	1	1,1	42	1	1,4
48	3	3,3	47	1	1,4
51	1	1,1	48	1	1,4
54	2	2,2	49	1	1,4
55	4	4,3	50	1	1,4
56	2	2,2	54	1	1,4
57	3	3,3	55	3	4,2
58	1	1,1	57	1	1,4
61	4	4,3	58	2	2,8
62	13	14,1	61	3	4,2
63	4	4,3	62	19	26,8
64	2	2,2	63	3	4,2
65	1	1,1	64	3	4,2
68	3	3,3	67	1	1,4
69	9	9,8	69	13	18,3
70	1	1,1	70	3	4,2
71	3	3,3	76	2	2,8
72	5	5,4	78	2	2,8
74	1	1,1	82	1	1,4
75	5	5,4	83	2	2,8
76	3	3,3	85	1	1,4
77	2	2,2	90	1	1,4
82	1	1,1	105	1	1,4
83	3	3,3	282	1	1,4

85	1	1,1			
89	1	1,1			
90	4	4,3			
97	1	1,1			
132	1	1,1			
134	2	2,2			
174	1	1,1			
297	1	1,1			
Total	92	100	Total	71	100

Mês de Internamento	Frequência 2015	%	Frequência 2016	%
Janeiro	10	10,9	8	11,3
Fevereiro	8	8,7	2	2,8
Março	13	14,1	5	7,0
Abril	8	8,7	5	7,0
Maio	8	8,7	8	11,3
Junho	6	6,5	3	4,2
Julho	9	9,8	9	12,7
Agosto	4	4,3	4	5,6
Setembro	5	5,4	6	8,5
Outubro	8	8,7	10	14,1
Novembro	7	7,6	4	5,6
Dezembro	6	6,5	7	9,9
Total	92	100	71	100