



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. POLYDORO ERNANI DE
SÃO THIAGO
MESTRADO PROFISSIONAL ASSOCIADO À RESIDÊNCIA
MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE

DAIANI MORAES OLIVEIRA

**PROPOSTA COLETIVA DE INSTRUMENTO PARA
AVALIAÇÃO DAS QUEDAS EM IDOSOS NA CLÍNICA
MÉDICA**

Florianópolis
2015

DAIANI MORAES OLIVEIRA

**PROPOSTA COLETIVA DE INSTRUMENTO PARA
AVALIAÇÃO DAS QUEDAS EM IDOSOS NA CLÍNICA
MÉDICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional associado à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina HU/UFSC.

Linha de Pesquisa: Tecnologias e Inovação no Cuidado.

Área de Conhecimento: Cuidados Intensivos.

Orientadora: Dra. Karina S. A. Hammerschmidt

Co-orientadora: Dra. Soraia D. Schoeller

Florianópolis
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Oliveira, Daiani Moraes

Proposta coletiva de instrumento para avaliação das quedas em idosos na clínica médica / Daiani Moraes Oliveira ; orientadora, Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt ; coorientadora, Soraia Dornelles Schoeller. - Florianópolis, SC, 2015.
167 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde.

Inclui referências

1. Saúde. 2. Idoso. 3. Acidentes por Quedas. 4. Serviço Hospitalar de Enfermagem. I. Hammerschmidt, Karina Silveira de Almeida. II. Schoeller, Soraia Dornelles. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde. IV. Título.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

Aos meus pais e irmãos, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

À minha orientadora Dra. Karina S. Almeida Hammerschmidt, por todo aprendizado, pela paciência, pelo incentivo e por sempre clarear meu caminho.

À banca examinadora, que aceitou o convite e trouxe melhorias para o estudo.

Aos enfermeiros das Clínicas Médicas do HU/UFSC, por compartilharem suas vivências, conhecimentos e opiniões, possibilitando proposta de melhorias na assistência de enfermagem aos pacientes idosos.

À Universidade Federal de Santa Catarina, aos professores e colegas da 3ª turma do Mestrado Profissional Multidisciplinar em Saúde, por todo o conhecimento e crescimento compartilhados.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, muito obrigada!

OLIVEIRA, D. M. **Proposta coletiva de instrumento para avaliação das quedas em idosos na clínica médica.** 2015. 167p. Dissertação (Mestrado Profissional Multidisciplinar) – Programa de Mestrado Profissional associado à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

RESUMO

O estudo teve como objetivo elaborar proposta coletiva com enfermeiros de clínica médica de instrumento para avaliação da vulnerabilidade às quedas em idosos na área hospitalar. Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo descritivo-exploratória com referencial metodológico na Pesquisa Convergente Assistencial. A coleta de dados ocorreu de março a outubro de 2014. Na primeira etapa, foi adequado para a área hospitalar o Instrumento de Avaliação de Quedas em Idosos (IAQI) utilizado em Estratégia de Saúde da Família, culminando na proposta do IAQI Hospitalar com foco na mobilidade individual e ambiental. Na segunda etapa, este modelo proposto foi apresentado aos participantes do estudo para viabilizar seu uso. Neste momento, a coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas com 12 enfermeiros atuantes nas unidades de clínica médica de um Hospital Universitário. Utilizou-se como método de análise o Discurso do Sujeito Coletivo. Como produto desta dissertação foram elaborados três manuscritos, intitulados: proposta de instrumento de avaliação de quedas em idosos para área hospitalar (IAQI Hospitalar); avaliação das quedas em idosos hospitalizados na clínica médica; proposta para histórico de enfermagem com avaliação da vulnerabilidade às quedas para idosos hospitalizados. Conclui-se que a prevenção das quedas em idosos na área hospitalar deve iniciar na admissão do paciente, sendo o histórico de enfermagem o melhor instrumento para inserir avaliação da vulnerabilidade às quedas. Acredita-se que a proposta de reestruturação do histórico de enfermagem poderá contribuir para qualificar assistência de enfermagem e ampliar a segurança dos pacientes idosos.

Palavras chave: Idoso. Acidentes por Quedas. Serviço Hospitalar de Enfermagem.

ABSTRACT

The study had as objective and labor collective proposal with nurses of medical clinic of instrument for assessing the vulnerability to falls in the elderly in the hospital area. This is qualitative research descriptive-exploratory type with methodological referential in Convergent Healthcare Research. Data collection occurred from March to October 2014. In the first step, it was suitable for the hospital area the assessment tool of falls in the elderly (IAQI) used in the family health strategy, culminating in the proposal the IAQI Hospital focusing on individual mobility and the environment. In the second step, this proposed model presented to the participants of the study to facilitate its use. At this point, the data collection occurred through semi-structured interviews with 12 nurses operating in the medical clinic of a University Hospital. It used as a method of analyzing the collective subject discourse. As a product of this dissertation were drafted three manuscripts, entitled: proposed instrument for evaluation of falls in the elderly to area hospital (IAQI Hospital), evaluation of falls in the elderly hospitalized on medical clinic; proposal for nursing history with assessment of vulnerability to falls for elderly hospitalized. It concluded that the prevention of falls in the elderly in hospital area should start at the inlet of the patient, nursing history being the best tool for entering assessment of vulnerability to falls. It believed that the proposed restructuring of nursing history could contribute to qualify nursing care and enhance the safety of elderly patients.

Keywords: Aged. Accidental Falls. Nursing Service, Hospital.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo y propuesta colectiva laboral con enfermeras de la clínica médica del instrumento para la evaluación de la vulnerabilidad a las caídas en los ancianos en el área del hospital de. Esto es investigación cualitativa descriptivo-exploratorio tipo metodológico referencial en convergente Healthcare Research. Recolección de datos se produjo desde marzo a octubre del de 2014. En el primer paso, era conveniente para el área del hospital la herramienta de evaluación de las caídas en los ancianos (IAQI) utilizados en la estrategia de salud de la familia, que culminó con la propuesta del Hospital IAQI centrándose en movilidad individual y el medio ambiente. En el segundo paso, se presentó este modelo propuesto a los participantes del estudio para facilitar su uso. En este punto, la recolección de datos se produjo a través de entrevistas semiestructuradas con 12 enfermeras operan en la clínica médica de un Hospital Universitario. Fue utilizado como un método de análisis del discurso del sujeto colectivo. Como producto de esta tesis doctoral fueron reclutados tres manuscritos, titulados: propuesta de instrumento para la evaluación de caídas en el anciano a hospital (Hospital IAQI); evaluación de las caídas en los ancianos hospitalizados en clínica médica; propuesta para la historia con la evaluación de la vulnerabilidad a las cataratas para personas de edad avanzada hospitalizados de enfermería. Se concluye que la prevención de caídas en los ancianos en el área del hospital debe empezar en la entrada del paciente, siendo la mejor herramienta para entrar en la evaluación de la vulnerabilidad a las cataratas de la historia de enfermería. Se cree que la reestructuración propuesta de enfermería historia puede contribuir para calificar la atención de enfermería y mejorar la seguridad de los pacientes ancianos.

Palabras Clave: Anciano. Accidentes por Caídas. Servicio de Enfermería

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|-----|
| FIGURA 1 – Identificação | 40 |
| FIGURA 2 - Queixa principal..... | 40 |
| FIGURA 3 - Revisão dos sistemas fisiológicos principais – Pele e anexos..... | 41 |
| FIGURA 4 - Revisão dos sistemas fisiológicos principais – Aparelho cardiovascular | 42 |
| FIGURA 5 - Revisão dos sistemas fisiológicos principais – Órgãos dos sentidos..... | 43 |
| FIGURA 6 - Revisão dos sistemas fisiológicos principais – Aparelho geniturinário..... | 44 |
| FIGURA 7 - Revisão dos sistemas fisiológicos principais – Sistema músculo esquelético | 45 |
| FIGURA 8 - Revisão dos sistemas fisiológicos principais – Aparelho digestivo..... | 46 |
| FIGURA 9 - Revisão dos sistemas fisiológicos principais – Sistema nervoso..... | 48 |
| FIGURA 10 - Avaliação da funcionalidade global – Atividades de vida diária básicas..... | 50 |
| FIGURA 11 - Avaliação da funcionalidade global – Mobilidade..... | 52 |
| FIGURA 12 - Avaliação da funcionalidade global - Avaliação quantitativa e qualitativa da marcha e equilíbrio..... | 53 |
| FIGURA 13 – Avaliação da funcionalidade global - Cognição - Minimalist | 55 |
| FIGURA 14 - Avaliação da funcionalidade global – Cognição - <i>Clinical Dementia Rating</i> | 58 |
| FIGURA 15 - História pessoal atual e pregressa..... | 60 |
| FIGURA 16 - Avaliação ambiental..... | 63 |
| FIGURA 17 – Diagnósticos principais - Diagnóstico funcional..... | 66 |
| FIGURA 18 – Diagnósticos principais – Diagnósticos/ problemas..... | 68 |
| FIGURA 19 - Plano de cuidados..... | 68 |
| FIGURA 20 – Identificação | 147 |
| FIGURA 21 – Sistema músculo esquelético – Membros inferiores.... | 147 |
| FIGURA 22 – Atividades de Vida Diária Básicas – Índice de Katz... | 147 |
| FIGURA 23 – Mobilidade – Marcha | 148 |
| FIGURA 24 - Escala de Avaliação do Equilíbrio – Índice de Tinetti. | 148 |
| FIGURA 25 – Escala de Avaliação da Marcha – Índice de Tinetti.... | 149 |
| FIGURA 26 – Histórico de Quedas e Fraturas..... | 150 |
| FIGURA 27 – Escala ambiental de risco de quedas..... | 150 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|-------|---|
| AC | Ancoragem |
| AIDS | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| AIVD | Atividades Instrumentais da Vida Diária |
| AVD | Atividades da Vida Diária |
| AVE | Acidente Vascular Encefálico |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CEPSH | Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos |
| CDR | <i>Clinical Dementia Rating</i> |
| CM | Clínica Médica |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| COFEN | Conselho Federal de Enfermagem |
| DCNT | Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| DSC | Discurso do Sujeito Coletivo |
| ECH | Expressões Chaves |
| HU | Hospital Universitário |
| IAQI | Instrumento de Avaliação de Quedas em Idosos |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IC | Ideias Centrais |
| IPEA | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada |
| MEEM | Mini Exame do Estado Mental |
| MEC | Ministério da Educação |
| MIF | Medida de Independência Funcional |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PNSP | Programa Nacional de Segurança do Paciente |
| PCA | Pesquisa Convergente Assistencial |
| SBGG | Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Informado |
| UFSC | Universidade Federal de Santa Catarina |

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| 1. INTRODUÇÃO | 21 |
| 2. OBJETIVO GERAL | 25 |
| 2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 25 |
| 3. REVISÃO DE LITERATURA | 27 |
| 3.1 VULNERABILIDADES E FRAGILIDADES NO IDOSO | 27 |
| 3.2 QUEDAS NA ÁREA HOSPITALAR | 32 |
| 4. SUSTENTAÇÃO TEÓRICA | 39 |
| 5. MÉTODO | 71 |
| 5.1 TIPO DE PESQUISA | 71 |
| 5.2 TRAJETÓRIA DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL | 72 |
| 5.2.1 Fase de Concepção | 72 |
| 5.2.2 Fase de Instrumentação | 72 |
| 5.2.2.1 Local do estudo | 73 |
| 5.2.2.2 Participantes do estudo | 75 |
| 5.2.2.3 Métodos e técnicas para coleta de dados | 76 |
| 5.2.3 Fase de perscrutação | 77 |
| 5.2.3.1 Coleta de dados | 78 |
| 5.2.4 Fase de análise e interpretação dos dados | 79 |
| 5.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 80 |
| 6. RESULTADOS | 81 |
| 6.1 MANUSCRITO I | 82 |
| 6.2 MANUSCRITO II | 101 |
| 6.3 MANUSCRITO III | 115 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 133 |
| REFERÊNCIAS | 135 |
| APÊNDICES | 147 |
| APÊNDICE A – Proposta inicial de instrumento para avaliação da vulnerabilidade às quedas em idosos (Mobilidade) | 147 |
| APÊNDICE B – Instrumento para entrevista semiestruturada com enfermeiros | 152 |

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ... 153
APÊNDICE D – Proposta coletiva para histórico de enfermagem
incluindo avaliação da vulnerabilidade às quedas para idosos
hospitalizados 155
APÊNDICE E – Complemento do histórico de enfermagem
(avaliação da mobilidade ambiental por quarto/enfermaria) 162

ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa..... 165

1. INTRODUÇÃO

O Brasil vem apresentando importantes alterações na composição etária de sua população. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com redução nas taxas de natalidade e de mortalidade, acompanhadas de aumento na expectativa de vida promovendo acelerado processo de envelhecimento populacional (IBGE, 2009).

De acordo com o Censo Demográfico Brasileiro do IBGE (2010), estima-se que a população com idade igual ou superior a 60 anos é de aproximadamente 10,9% dos atuais 190.732.694 habitantes. IBGE (2009) traz ainda estimativa de que tal população duplique em termos absolutos no período de 2000 a 2020, passando de 13,9 para 28,3 milhões e elevando-se para 64 milhões em 2050. De acordo com as projeções estatísticas, em 2030, o número de idosos no Brasil irá superar o de crianças e adolescentes (menores de 15 anos de idade), em quatro milhões. Em 2050 os idosos devem representar 28,8% contra 13,1% de crianças e adolescentes no total da população.

No estado de Santa Catarina, conforme dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a população idosa ou com idades a partir de 60 anos é aproximadamente de 10,5% da população total. Mantendo desta forma, a mesma proporção nacional de idosos em relação à população total (IPEA, 2013).

Com o incremento do contingente de idosos na população, fica evidente que este grupo apresenta, com frequência, agravamento de doenças crônicas e degenerativas, sendo mais vulnerável aos múltiplos redutores da saúde, entre eles a queda (HAMMERSCHMIDT; SANTOS, 2012).

Segundo Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG (2008), a queda pode ser definida como o deslocamento não intencional do corpo para um nível mais baixo à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil. Possui etiologia multifatorial, resultante da interação de fatores intrínsecos (problemas individuais), extrínsecos (problemas ambientais) e comportamentais (grau de exposição ao risco). Importante salientar que estes acidentes não são eventos normais associados ao envelhecimento, desta forma todos os episódios devem ser investigados (HAMMERSCHMIDT; SANTOS, 2012).

As quedas apresentam consequências importantes nos idosos, sendo responsáveis pelo aumento da incidência de fraturas do quadril, hematomas subdurais, fraturas do fêmur e do punho, que

frequentemente levam a internações e graves incapacidades funcionais (MATA; BARROS; LIMA, 2008).

Durante o processo de hospitalização do idoso, deve-se atentar para o aumento da vulnerabilidade às quedas, pois nestas situações, os idosos geralmente apresentam condições agudas como: delírio, infecções sistêmicas, doenças cardiovasculares, neurológicas e musculoesqueléticas e ainda causas relacionadas com os efeitos colaterais de medicamentos. O ambiente hospitalar desconhecido pode acentuar comorbidades como a demência, a incontinência urinária e problemas de equilíbrio, força, mobilidade e visão. Estudos indicam que as quedas na área hospitalar ocorrem três vezes mais do que na comunidade. Assim, a prevenção é artifício crucial da segurança do paciente, havendo diversos recursos para identificar e reduzir a vulnerabilidade às quedas (CAMERON et al., 2010; HEALEY et al., 2011).

A atividade do cuidar, além de complexa, exige confiabilidade à assistência prestada por meio de procedimentos seguros. Na área hospitalar, as quedas tendem a aumentar o tempo de internação e o custo do tratamento, além de causar desconforto e lesões aos idosos, acarretando descrença em relação à qualidade do cuidado de enfermagem e à responsabilidade do profissional que presta o atendimento. Além disso, a queda é considerada indicador da qualidade do cuidado de enfermagem (DICCINI; PINHO; SILVA, 2008; PAIVA et al., 2010).

Diante disso, o Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria nº 529 de 1º de abr. de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com objetivo de qualificar o cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde, públicos e privados, do território nacional. Tem como objetivo principal, prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos (incidentes com danos ao paciente) nos serviços de saúde. Para orientar os profissionais na ampliação da segurança do paciente foram desenvolvidos protocolos e instituídos Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços de saúde, prevendo a notificação de eventos adversos associados à assistência do paciente (BRASIL, 2013a).

A Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013 e a Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, aprovam os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, dentre eles, destaca-se o Protocolo de Prevenção de Quedas. Este Protocolo tem como finalidade reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano decorrente destes eventos, por meio da implantação e implementação de medidas que englobem a avaliação de risco do paciente, garantam cuidado

multiprofissional em um ambiente seguro e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c).

Para que o cuidado prestado pelo enfermeiro seja seguro, deve ser embasado em conhecimento técnico e científico. Além disso, deve ser sistematizado para definir as necessidades de cuidados de enfermagem de uma pessoa, família ou comunidade, fornecer estes cuidados e avaliar os resultados com vistas à melhora da saúde (KOWALSKI; YODER-WISE, 2008).

Concernente ao cuidado de enfermagem destaca-se a relevância da individualidade do idoso, pois cada indivíduo possui particularidades e especificidades biopsicológicas e, por isso, deve ser realizada avaliação individual multidimensional do estado de saúde do mesmo para identificar a vulnerabilidade para quedas. Após identificação dos idosos hospitalizados com maior vulnerabilidade às quedas, pode-se implementar medidas preventivas específicas e de segurança para preservar a saúde da população idosa e a qualidade do atendimento (HAMMERSCHMIDT; SANTOS, 2012).

Assim, os serviços de atenção à saúde devem ter disponíveis recursos que permitam fazer diagnósticos corretos da situação de cada idoso para, posteriormente, planejar as intervenções mais adequadas. Com isso, objetiva-se promover o envelhecimento saudável e manter os idosos com independência pelo maior tempo possível (FONSECA; RIZZOTTO, 2008).

Al-Aama (2011) afirma que as quedas podem ser evitadas por meio de várias intervenções baseadas em evidências, desde simples às complexas. Também aponta para a necessidade de os profissionais de saúde identificarem pacientes com maior vulnerabilidade para quedas, pois assim há meios de aplicação de medidas preventivas.

Com base nisso, durante atuação como enfermeira residente no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), foi possível perceber que não há instrumento que avalie vulnerabilidade às quedas entre os idosos internados, apesar de ser visível a grande proporção de pessoas nesta faixa etária hospitalizadas nas Clínicas Médicas (CM).

Neste contexto, foi percebida necessidade de trabalhar a prevenção às quedas em idosos hospitalizados, por meio da proposta de um instrumento que avalia vulnerabilidade a esta ocorrência. Considerando todos os prejuízos que as quedas na área hospitalar podem trazer, tanto para os idosos, quanto para a instituição e equipe de saúde, acredita-se que tal instrumento poderá mostrar a realidade local e nortear intervenções de prevenção destes eventos, aprimorar a qualidade

do cuidado de enfermagem e segurança do idoso que vivencia processo de internação hospitalar.

Partindo dessa constatação, buscou-se resposta para a seguinte questão: “Como deve ser constituído o instrumento para avaliação da vulnerabilidade às quedas em idosos internados na clínica médica?”.

2. OBJETIVO GERAL

Elaborar proposta coletiva com enfermeiros de clínica médica de instrumento para avaliação da vulnerabilidade às quedas em idosos na área hospitalar, visando à prevenção desta ocorrência.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Propor instrumento para avaliação da vulnerabilidade às quedas em idosos hospitalizados segundo literatura científica.
- Conhecer a percepção e avaliação dos enfermeiros sobre a vulnerabilidade às quedas em idosos nas clínicas médicas de um HU, bem como propor ações para prevenção desta ocorrência.
- Propor instrumento para avaliação de quedas para idosos hospitalizados em clínicas médicas de um HU.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo realizou-se revisão narrativa, buscando literaturas publicadas preferencialmente entre 2009 a 2014, nas bases de dados LILACS (*Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*), BDNF (*Base de Dados de Enfermagem*), e SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), e no Portal de Periódicos CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). Utilizaram-se os seguintes descritores em Saúde (DECS): Idoso, Acidentes por Quedas, Serviço Hospitalar de Enfermagem, Hospitalização e Enfermagem. Também foram consultados livros, banco de teses e dissertações, procurado estudos por nome de autores e referências indicadas em artigos. Foram abordados temas referentes à vulnerabilidade, fragilidade, idoso e quedas na área hospitalar.

3.1 VULNERABILIDADES E FRAGILIDADES NO IDOSO

O critério mais comum para definição de idoso baseia-se no limite etário, sendo considerados idosos todos os que possuem 60 anos ou mais. Tal critério é definido como marco legal pela Política Nacional do Idoso (Lei 8.842, de 04 de janeiro de 1994) e pelo Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003). A Organização Mundial da Saúde (OMS), por sua vez, considera como idosas as pessoas com 60 anos ou mais, se residentes em países em desenvolvimento, e com 65 anos ou mais se residentes em países desenvolvidos (CAMARANO, 2004).

Camarano (2004) enfatiza que o grupo social idoso, mesmo quando definido apenas em razão da faixa etária, não se refere apenas a um conjunto de pessoas com muita idade, mas a pessoas com certas características sociais e biológicas. Então o termo idoso identifica não somente um ponto do ciclo de vida orgânico, mas também um determinado ponto do curso da vida social, como trabalho e família.

Neste contexto, o envelhecimento pode ser definido como processo de desgaste cumulativo, irreversível, universal e não patológico que provoca danos no organismo, incapacitando-o progressivamente para atender às exigências fisiológicas básicas, levando o indivíduo à morte. A forma como esse processo ocorre varia conforme especificidades individuais e do contexto em que esta pessoa está inserida (FONSECA; RIZZOTTO, 2008).

Assim, o processo de envelhecimento provoca seqüência de alterações biológicas, psicológicas e sociais que levam à maior

suscetibilidade a doenças e incapacidades. A funcionalidade dos sistemas é reduzida, no sistema perceptivo ocorre déficit na acuidade visual e, sobretudo, o desgaste do aparelho locomotor que desencadeia dificuldade em perceber o corpo em relação aos objetos e às demais pessoas. Em função deste declínio sensorial e motor, o idoso apresenta dificuldade progressiva no desempenho das atividades diárias. Além disso, os idosos podem apresentar várias doenças e sintomas que podem provocar limitações e dependência e os tornam grandes consumidores de medicamentos (FONSECA; RIZZOTTO, 2008; RIBEIRO; MARIN, 2009).

Segundo Brasil (2006), o processo incapacitante no idoso se refere à progressão de condição crônica que envolve fatores de vulnerabilidade demográficos, sociais, psicológicos, ambientais, estilo de vida, comportamentais e características biológicas do indivíduo. Este processo evolui progressivamente da doença para déficit, limitação funcional e, por fim, a incapacidade. Dentre as consequências do processo incapacitante evidenciam-se a hospitalização e a institucionalização, ambas com grande influência na qualidade de vida das pessoas idosas.

Neste contexto, a incapacidade consiste em fenômeno complexo e multifatorial associado à patologia, deficiência, limitação funcional e desvantagem. Ela pode ser mensurada por meio de escalas de dificuldade e dependência. Em geral, essas escalas possuem três modos de padrão: grau de dificuldade para realizar certas atividades; grau de assistência ou de dependência para realizar uma atividade e o grau de efetividade da realização da atividade (GIRONDI et al., 2010).

É importante destacar três conceitos que estão interligados e interdependentes quando se discute o processo incapacitante: autonomia, independência e dependência. Autonomia é descrita como auto-governo e se expressa na liberdade para agir e tomar decisões por seus próprios meios; a independência é definida como capacidade de realizar as atividades sem ajuda de outra pessoa e, por fim a dependência seria a incapacidade de realizar atividades cotidianas sem ajuda de outra pessoa. Desta forma, tanto a independência como a dependência são situações que só existem em relação a alguém ou a alguma situação (BRASIL, 2006; HAMMERSCHMIDT; SANTOS, 2012).

Hogstel e Gaul (1991) trazem um conceito de autonomia mais amplo, caracterizando-a como um princípio ético e uma forma de liberdade pessoal embasada no respeito pelas pessoas, no qual os indivíduos possuem o direito de escolher seu curso de vida desde que

este direito não infrinja a autonomia alheia. Desta forma, para ser autônomo, o indivíduo deve ser capaz de pensar racionalmente e se auto gerenciar; caso contrário, considera-se que sua capacidade para a tomada de decisões está comprometida e outra pessoa terá que fazê-la. Santos et al. (2010) afirma que para o idoso, a autonomia é mais vantajosa que a independência como um objetivo global, por poder ser resgatada mesmo quando há certo grau de dependência.

O termo vulnerabilidade também está relacionado à avaliação do processo incapacitante em idosos. Segundo Girondi et al. (2010), vulnerabilidade diz respeito a diferentes graus e naturezas de suscetibilidades que expõem indivíduos ou grupos ao adoecimento, levando-se em consideração as particularidades de cada situação, questões individuais, sociais, políticas, econômicas e culturais, bem como a oferta de serviços de saúde. A vulnerabilidade envolve a exposição ao problema e os recursos disponíveis para enfrentamento deste problema, assim, ela deve considerar a dimensão relativa ao indivíduo e o local social por ele ocupado.

Em princípio, o termo vulnerabilidade foi empregado na área dos Direitos Humanos para designar indivíduos ou grupos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania. Aos poucos foi sendo incorporado à área da saúde com estudos sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no ano de 1993 (AYRES et al., 2003).

Desta forma, Ayres et al. (2003) definem três planos interdependentes para análise de vulnerabilidade dos indivíduos e coletividades aos agravos de saúde: comportamento pessoal ou vulnerabilidade individual/biológica; contexto social ou vulnerabilidade social; ações governamentais para enfrentar o agravo ou vulnerabilidade programática/institucional.

O plano individual diz respeito ao grau e qualidade da informação que os indivíduos dispõem acerca do problema, à capacidade da pessoa de incorporar estes conhecimentos ao cotidiano e transformá-los em comportamentos que oportunizam a ocorrência do agravo. Assim, a vulnerabilidade individual é determinada por condições cognitivas (acesso à informação, reconhecimento da suscetibilidade e da eficácia das formas de prevenção), comportamentais (desejo e capacidade de modificar comportamentos que definem a suscetibilidade) e sociais (acesso a recursos e capacidade de adotar comportamentos de proteção) (AYRES et al., 2003).

O plano social considera o modo de obtenção das informações como acesso aos meios de comunicação, grau de escolaridade,

disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas e possibilidade de enfrentar barreiras culturais (AYRES et al., 2003).

O plano programático contempla o acesso aos serviços de saúde, a forma de organização destes serviços, o vínculo entre usuários dos serviços e profissionais de saúde, as ações preconizadas para prevenção e controle do agravo e os recursos sociais existentes na área de abrangência do serviço de saúde (AYRES et al., 2003).

Alguns idosos apresentam ainda a síndrome da fragilidade, considerada como uma síndrome multidimensional envolvendo fatores biológicos, psicológicos e sociais. É evidenciada por queda da reserva energética com fraqueza muscular, fadiga e baixa tolerância aos estressores físicos e psicológicos, demonstrando uma condição de saúde vulnerável às situações adversas, em que o risco para quedas, institucionalização, incapacidades e morte antecipada é acentuado (BRASIL, 2006; FRIED et al., 2001).

Fried et al. (2001) propõem critérios objetivos mensuráveis para definir a fragilidade em idosos, partindo da hipótese de que a síndrome pode ser identificada a partir de um fenótipo. Desta forma, descrevem os seguintes marcadores de fragilidade: perda de peso não intencional (5% do peso corpóreo no último ano); fadiga auto referida; diminuição da força de preensão medida com dinamômetro; baixo nível de atividade física medido pelo dispêndio semanal de energia e diminuição da velocidade de marcha. Afirmam ainda que a presença de três ou mais marcadores estão presentes em idosos frágeis, assim como a presença de um ou dois marcadores indicam alto risco de desenvolver a síndrome.

Algumas vezes, a fragilidade é percebida pelos profissionais de saúde como uma condição intrínseca do envelhecimento, atitude essa que pode retardar intervenções que poderiam reverter condições adversas da síndrome e evitar danos ao idoso, como por exemplo, as quedas. Por isso, é fundamental estabelecer critérios que identifiquem as pessoas idosas que se encontram em condição subclínica da síndrome, ou seja, as mais vulneráveis para então adotar medidas que evitem a instalação da síndrome (BRASIL, 2006).

Assim, a fragilidade ocorre por meio de deficiências, independente de doenças clínicas ou subclínicas. A síndrome da fragilidade pode ser então, um precursor fisiológico ou fator etiológico de deficiência devido suas características centrais de fraqueza, diminuição da resistência e do desempenho, sendo então um fator preditor de quedas (FRIED et al., 2001).

A vulnerabilidade às quedas no indivíduo idoso é também decorrente da menor velocidade de contração muscular, reduzindo a capacidade de reflexo protetor e resposta ao estiramento da musculatura, prejudicando a percepção de desequilíbrio. A lentidão dos reflexos posteriores em combinação com outras alterações biológicas como atraso na identificação do equilíbrio e desorganização dos processos centrais aumenta ainda mais essa vulnerabilidade (FERREIRA; CAETANO; DAMÁZIO, 2011).

O declínio fisiológico da função motora em idosos é fator relevante da dependência funcional, tendo relação com o conceito de fragilidade e vulnerabilidade a que o indivíduo está sujeito diante dos desafios ambientais. A dependência funcional é percebida em pessoas que possuem conjunto de doenças ou limitações funcionais, acarretando redução na sua capacidade de adaptação ao estresse causado por doenças agudas, hospitalização ou outras situações de risco (FONSECA; RIZZOTTO, 2008).

Diante disso, a capacidade funcional, que se relaciona com a aptidão do idoso na realização das Atividades de Vida Diária (AVD), especialmente a dimensão motora, é importante sinalizador de envelhecimento bem sucedido e da qualidade de vida dos idosos. O envelhecimento saudável não está necessariamente relacionado à idade cronológica, mas com o potencial do indivíduo em responder às necessidades impostas pela vida cotidiana, sua motivação e capacidade para seguir a busca e concretização de objetivos, conquistas pessoais, sociais e familiares (HAMMERSCHMIDT; SANTOS, 2012; LEANDRO, 2011).

Uma maneira de estimar a saúde do idoso é pela avaliação multidimensional, na qual se investiga condições individuais, familiares, sociais, funcionais, cognitivas, afetivas e utilização de redes de suporte. A avaliação individual se dá por meio da anamnese e exame físico; a sociofamiliar por questionamentos sobre a relação do idoso com sua família, interação na comunidade e uso de rede de suportes; avaliação cognitiva ocorre por meio da aplicação de instrumentos pré-estabelecidos; a afetiva usa escala direcionada a transtornos mentais como depressão. Além dessas dimensões, a avaliação multidimensional pode incluir informações relacionadas à saúde bucal, nutricional entre outras (SANTOS et al., 2010).

A avaliação multidimensional do idoso é importante ferramenta do enfermeiro que atua no cuidado a esses indivíduos. Com o uso dela, podem-se identificar precocemente transtornos na saúde física e mental de cada indivíduo idoso, bem como a maior vulnerabilidade a estas

alterações e, desta forma, intervir para promover ou preservar a qualidade de vida no processo de envelhecimento (SANTOS et al., 2010).

Conforme Santos et al. (2010), a manutenção da máxima capacidade multidimensional do indivíduo idoso direciona à velhice saudável, sendo caracterizada pela valorização da autonomia e autodeterminação, preservação da independência física e mental, bem como o acompanhamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Devido à prevalência de DCNT na população idosa, a assistência à saúde do idoso deve ter seu enfoque transferido da cura e sobrevivência para a melhora do estado funcional e do bem estar, de modo a promover adaptações para o indivíduo idoso lidar melhor com as limitações próprias do processo de envelhecimento (FONSECA; RIZZOTTO, 2008; PAIXAO; REICHENHEIM, 2005).

3.2 QUEDAS NA ÁREA HOSPITALAR

O equilíbrio é constituído por processo complexo decorrente da integração da visão, sensação vestibular e periférica, comandos centrais e respostas neuromusculares, especialmente força muscular e tempo de reação. Esse processo sofre progressivo declínio em suas funções no indivíduo idoso, aumentando a vulnerabilidade às quedas (DZIEDZINSKI, 2009).

A queda pode ser definida como deslocamento não intencional do corpo para nível inferior à posição inicial, com incapacidade para corrigir o movimento em tempo hábil. Ela pode ser determinada por qualquer contato não intencional com superfícies próximas, como uma cadeira ou balcão. O efeito cumulativo das alterações relacionadas à idade, doenças e meio ambiente inadequado podem predispor e precipitar quedas. Desta maneira, entre as pessoas idosas, as quedas representam um dos principais problemas clínicos e de saúde pública (ALMEIDA et al., 2012; FERREIRA; CAETANO; DAMÁZIO, 2011; SBGG, 2008).

Segundo Ferreira e Yoshitome (2010), no Brasil, cerca de 30% dos idosos vivenciam queda pelo menos uma vez ao ano e, em 13% dos idosos, as quedas ocorrem de maneira recorrente. Estas ocorrências causam impacto na mortalidade e qualidade de vida da população idosa, provocam redução da capacidade funcional e mobilidade, receio de cair novamente, isolamento social, perda da autonomia e independência para realizar as AVD (SIQUEIRA et al., 2011).

Estudo de Fabricio, Rodrigues e Costa Junior (2004) revela que as AVD mais prejudicadas após queda, segundo relato de idosos que vivenciaram esta ocorrência, foram: deitar e levantar-se da cama; caminhar em superfície plana; tomar banho; caminhar fora de casa; cuidar de finanças; cortar unhas dos pés; realizar compras; usar transporte coletivo e subir escadas.

Assim, a queda pode resultar em consequências físicas, funcionais e psicossociais. Podem ocorrer lesões teciduais graves e fraturas que aumentam os custos e tempo de internação e reabilitação, gerando limitações de mobilidade com prejuízos no estilo de vida do idoso. Paralelamente a isso, o medo de cair novamente, a depressão, baixa autoestima e vergonha da situação de dependência reduzem a qualidade de vida e predisõem a novos episódios de queda (ALMEIDA et al., 2012).

Almeida, Abreu e Mendes (2010) e Carvalho et al. (2010) enfatizam que a ocorrência da queda geralmente desencadeia declínio funcional progressivo. Também representa importante preocupação para o idoso, pois o medo de cair novamente o leva ao isolamento e perda da confiança em suas capacidades de executar atividades cotidianas, o que, progressivamente, o torna mais sedentário e dependente.

O medo de cair causa sentimento de grande inquietação ao idoso, seja diante do perigo de quedas real, aparente ou imaginário. Também acarreta baixa autoconfiança em evitar quedas, entendendo-se autoconfiança como capacidade de programar estratégias para superar situações desafiadoras desenvolvendo novas habilidades. O medo de cair está intimamente relacionado a alguns fatores adversos como: qualidade de vida reduzida, diminuição da mobilidade, declínio funcional, aumento da fragilidade, depressão, fatores ambientais, institucionalização. Além disso, indivíduos com histórico de quedas e presença de alterações de equilíbrio estão mais predispostos a manifestar medo. Salienta-se ainda que esse medo possa ser protetor quando o idoso toma mais cuidado para não se expor ao risco, mas pode também ser um risco quando causa limitação e insegurança (LOPES et al., 2009).

Desta forma, as quedas são eventos traumáticos, multifatoriais e heterogêneos, os fatores de risco podem ser divididos em três categorias: intrínsecos, extrínsecos e comportamentais (SBGG, 2008).

Os fatores intrínsecos ao indivíduo compreendem as alterações fisiológicas do envelhecimento, diversas patologias (cardiovasculares, neurológicas, endócrino-metabólicas, osteomusculares, psiquiátricas, geniturinárias, pulmonares e sensoriais), reações adversas de

medicamentos, sedentarismo, autopercepção de saúde como ruim, estado psicológico, deficiência nutricional, déficit visual e história prévia de quedas (FERREIRA; YOSHITOME, 2010; SBGG, 2008).

Devido à diversidade de patologias e sintomas apresentados pelos idosos, é crescente o número de pacientes nesta faixa etária que fazem uso de múltiplos medicamentos de maneira crônica. Em alguns casos, este uso é continuado sem o devido acompanhamento médico, que atente para os efeitos adversos e colaterais da polifarmácia (GASPAROTTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014; HAMRA; RIBEIRO; MIGUEL, 2007).

Correa et al. (2012) enfatizam também que as quedas em meio hospitalar são mais frequentes entre os idosos de unidades de maior complexidade, assim como entre os que fazem uso de medicamentos com ação no sistema nervoso central ou com dificuldade de marcha.

Desta forma, a polifarmácia (uso de cinco ou mais drogas associadas) é importante fator de risco para quedas nesta população, pois os efeitos da interação medicamentosa são mais acentuados nos idosos devido às alterações na absorção, metabolismo e eliminação das drogas encontradas no envelhecimento. As drogas mais relacionadas são as de uso cardiológico que causam hipotensão, bradicardia, sonolência e as psicoativas pela sedação, alteração psicomotora e relaxamento muscular produzidos. São citados ainda os hipoglicemiantes e anti-inflamatórios não esteroidais (DZIEDZINSKI, 2009; FERREIRA; YOSHITOME, 2010).

A presença de demência predispõe às quedas devido alteração da percepção espacial e incapacidade de se orientar geograficamente. Além disso, o uso de anticolinesterásicos em idosos com demências é associado com aumento das taxas de síncope, bradicardia e quedas com fraturas de quadril (AL-AAMA, 2011; FERREIRA; YOSHITOME, 2010).

Entre os idosos que já sofreram uma queda, a vulnerabilidade para cair novamente no ano subsequente aumenta entre 60% e 70%. Além disso, entre 20% e 30% dos idosos com mais de duas quedas por ano (chamados de caidores) com ocorrência de alguma lesão, apresentarão redução da mobilidade, independência e aumento do risco de morte prematura (SBGG, 2008).

Estudo de Gomes et al. (2009), afirma que entre os idosos que já sofreram quedas, os piores níveis de desempenho físico estão relacionados com maior faixa etária, maior quantidade de patologias e menor independência funcional.

Ferreira e Yoshitome (2010), assim como Abreu et al. (2012), verificaram que a maioria dos idosos que vivenciaram quedas são parcialmente dependentes, ou seja, apresentam redução na capacidade de realizar as AVD. Entende-se que os idosos parcialmente dependentes apresentam maior resistência à nova situação de dependência e insistem em realizar suas atividades de forma autônoma, expondo-se assim a uma maior vulnerabilidade às quedas. Neste contexto, as quedas entre os idosos totalmente dependentes hospitalizados podem representar uma iatrogenia dos cuidadores ou profissionais da equipe de enfermagem. Já as quedas em idosos independentes geralmente são provocadas por fatores extrínsecos.

Os fatores de risco extrínsecos são compostos pelas condições ambientais e vestimentas, estes contribuem muito para as quedas durante a hospitalização dos indivíduos idosos (FERREIRA; YOSHITOME, 2010). Mais de 70% das quedas em pessoas hospitalizadas ocorrem dentro dos quartos, durante a transferência do leito, cadeira ou cadeira de rodas; aproximadamente 20% ocorrem no deslocamento ao banheiro (DICCINI; PINHO; SILVA, 2008).

Segundo Fabricio, Rodrigues e Costa Junior (2004), problemas ambientais como fatores causais de quedas, geralmente são decorrentes de eventos ocasionais que trazem maior vulnerabilidade aos idosos, principalmente aos que já apresentam alguma alteração de equilíbrio e marcha.

As quedas são eventos adversos mais comumente verificados na área hospitalar e podem acarretar em danos físicos, psicológicos e sociais. Entre as quedas em indivíduos hospitalizados, cerca de 23% resultam em lesões, destas, 83% são abrasões, contusões e lacerações e 9% são fraturas (DICCINI; PINHO; SILVA, 2008). Além destas lesões, pode acarretar em retirada não programada e/ou desconexão de diversos artefatos terapêuticos, bem como alterações emocionais. Desta forma, a queda ocasiona aumento no tempo de internação e no custo do tratamento, além de reduzir a confiabilidade em relação aos serviços de enfermagem (ALMEIDA; ABREU; MENDES, 2010).

Considerando o impacto das quedas na vida da população idosa, o MS, por meio da Portaria nº 325, de 21 de fev. de 2008, determinou a atenção à saúde do idoso como uma das prioridades do Pacto pela Vida para 2008. Estabeleceu como objetivo a identificação de pessoas idosas em situação de fragilidade ou em risco de fragilização para ações de prevenção da fratura de fêmur, tendo como meta reduzir em 2% a taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por este tipo de fratura (BRASIL, 2008).

Salienta-se ainda que para os sistemas de controle de qualidade, a segurança dos indivíduos internados em serviços de saúde é uma das questões prioritárias. Durante o internamento, a ocorrência de quedas entre os pacientes, são uma das ocorrências mais importantes na quebra da sua segurança (ABREU et al., 2012).

Brasil (2013b) destaca no Protocolo de Prevenção de Quedas as intervenções para redução do número de quedas na área hospitalar: avaliação do risco de quedas; identificação do paciente que apresente risco, com sinalização à beira do leito ou pulseira; agendamento dos cuidados de higiene pessoal; revisão periódica da medicação; atenção aos calçados usados pelos pacientes; educação dos pacientes e profissionais; revisão da ocorrência de queda para identificar possíveis causas.

Abreu et al. (2012) verificaram que a maioria das quedas em meio hospitalar ocorrem no quarto, seguidas dos corredores e banheiros. Conhecer os locais de maior prevalência de quedas em uma instituição é fundamental para se priorizar cuidados preventivos específicos para cada ambiente. Cerca de 50% das quedas podem ser evitadas com a melhoria da estrutura hospitalar como: camas com grades e regulagem de altura, travas nas rodas das camas, campainhas acessíveis, adequada proporção entre o número de funcionários de enfermagem e pacientes, uso de pisos antiderrapantes, presença de barras de apoio em quantidade e altura ideais, tomadas e interruptores em locais acessíveis, adequada iluminação dos locais de trânsito do idoso, presença de bancos nos boxes de chuveiros (DICCINI; PINHO; SILVA, 2008; PAIVA et al., 2010).

Paula Júnior (2014) ressalta também que as quedas em idosos hospitalizados podem ter relação com infraestrutura inadequada; assistência de enfermagem pouco qualificada para o cuidado gerontológico; ausência de atenção multidisciplinar com objetivo de evitar quedas e outros agravos; falta de acompanhante junto a esse idoso; entre outros. Todos esses fatores são passíveis de prevenção desde que os gestores e profissionais da saúde estejam atentos às demandas da população assistida.

Diante disso, as quedas na área hospitalar decorrem de vários fatores. A diferença entre o ambiente hospitalar e doméstico pode representar grande mudança, principalmente para os pacientes mais idosos ou com maior dificuldade de adaptação às alterações no seu ambiente. Além disso, as alterações fisiológicas no organismo das pessoas internadas, associadas ou não à patologia que desencadeou este internamento, põem-nas numa situação de maior fragilidade com

déficits em seu funcionamento físico e psicológico (ABREU et al., 2012).

O fator comportamental é relacionado ao grau de exposição ao risco de quedas. As pessoas mais inativas e as mais ativas são as que possuem maior predisposição às quedas, pela fragilidade existente nas primeiras e pelo grau de exposição ao risco nas últimas. Ainda podem-se incluir nesta categoria fatores culturais, religiosos, etários e étnicos (ALMEIDA et al., 2012; SBGG, 2008).

A prevenção da queda deve ter foco no cuidado ao idoso hospitalizado, pois pode reduzir a morbimortalidade, os custos hospitalares e promover maior independência ao indivíduo. As intervenções mais eficazes incluem a identificação precoce dos idosos com maior vulnerabilidade para caírem e para sofrerem lesões graves decorrentes das quedas (DZIEDZINSKI, 2009; SBGG, 2008).

Diante disso, o enfermeiro deve promover ambiente seguro e confortável ao idoso hospitalizado, amenizando o desenraizamento do seu meio natural e consequente perda da sua individualidade (ALMEIDA; ABREU; MENDES, 2010).

Um fator limitante nas ações de prevenção às quedas em idosos é a subnotificação das ocorrências deste agravo, provavelmente pela naturalização do evento queda como algo próprio do envelhecimento ou da velhice avançada por parte dos profissionais de saúde, o que atrasa as ações de prevenção e reabilitação do idoso que vivencia queda (PAULA JÚNIOR, 2014).

Almeida, Abreu e Mendes (2010) dizem que para eficaz intervenção na prevenção das quedas na área hospitalar, é necessário o uso de instrumentos sistematizados e objetivos de avaliação de vulnerabilidades para cada indivíduo internado. Estes instrumentos devem ser específicos e sensíveis para a população em foco e fazer parte da prática profissional do enfermeiro, integrando o plano de cuidados individual.

Dentre os instrumentos para avaliação do idoso, os mais utilizados são: Índice de Katz (AVD); Índice de Kenny; Índice de Barthel; Medida de Independência Funcional (MIF); Mini Exame do Estado Mental (MEEM); Escala de Lawton ou Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). As dimensões abordadas nestes instrumentos de avaliação funcional referem-se a fatores físicos, psicológicos, sociais e cognitivos que afetam a saúde dos indivíduos idosos. A escolha do instrumento a ser utilizado deve ser baseada nos objetivos da pesquisa, finalidade clínica e disponibilidade de informações (GIRONDI et al., 2010; PAIXAO; REICHENHEIM, 2005).

As AVD são relacionadas ao autocuidado e, quando têm seu desempenho comprometido, geralmente necessitam de auxílio de um cuidador para desempenhá-las (banhar-se, vestir-se, realizar cuidados de higiene pessoal, transferir-se de um local para outro, possuir continência intestinal e vesical, alimentar-se). As AIVD referem-se à participação do idoso em seu entorno social e sinalizam a capacidade dele em levar uma vida independente na comunidade (uso de meios de transporte, realizar compras, cuidar de suas finanças). A MIF, por sua vez, identifica se o indivíduo necessita de ajuda ou não e procura quantificar a ajuda necessária, sendo muito útil no planejamento assistencial (BRASIL, 2006).

Há ainda instrumentos mais específicos que podem indicar vulnerabilidade às quedas por meio da avaliação de equilíbrio e marcha. O mais conhecido é a Escala de Avaliação do Equilíbrio e da Marcha de Tinetti que é capaz de avaliar as condições vestibulares e da marcha da pessoa idosa, este teste foi adaptado para a população brasileira com o nome de POMA-Brasil (BRASIL, 2006).

Os métodos mais usuais para realizar uma avaliação funcional estruturada consistem em observação direta com aplicação de testes de desempenho e por questionários auto aplicados ou entrevistas, ambos sistematizados por meio de uma série de escalas que mensuram os principais componentes da dimensão estudada (GIRONDI et al., 2010; PAIXAO; REICHENHEIM, 2005).

Os enfermeiros são os profissionais centrais na promoção da segurança do paciente, pois atuam no desenvolvimento e aplicação de instrumentos de avaliação do risco e implementam medidas de prevenção, com base em evidências científicas. A prevenção de quedas no meio hospitalar deve incluir rigorosa avaliação individual do risco logo na admissão, bem como contínua monitorização ao longo do internamento. A ocorrência de quedas deve ser notificada e caracterizada, estando sempre atento ao surgimento de novos fatores de risco para poder adaptar e/ou reformular as intervenções planejadas (AMEIDA; ABREU; MENDES, 2010).

4. SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Para que o objetivo proposto neste trabalho fosse alcançado, houve sustentação teórica com o Instrumento de Avaliação de Quedas em Idosos (IAQI) elaborado por Mallmann (2010) e adaptado do Protocolo de Avaliação Multidimensional do Idoso de Moraes (2008). O instrumento de Mallmann (2010) foi escolhido por ter sua construção com pesquisa em base de dados, sendo fundamentado e avaliado por especialistas na área de gerontologia.

O IAQI foi planejado para ser utilizado como apoio ao processo de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família, considerando vulnerabilidade e fragilidade dos idosos para quedas. Sua estrutura foi embasada no Protocolo de Avaliação Multidimensional do Idoso de Moraes (2008), selecionando itens que se adequavam ao propósito do IAQI e excluindo os que não possuíam relação direta com as quedas em idosos. O Protocolo de Moraes (2008) é validado e composto por vários instrumentos que proporcionam diversas avaliações da pessoa idosa, tanto no âmbito da funcionalidade global como dos sistemas fisiológicos, além de apresentar avaliação do ambiente em que o idoso vive. As avaliações que compõem o protocolo são: revisão dos sistemas fisiológicos principais; avaliação da funcionalidade global como atividades da vida diária, atividades instrumentais da vida diária, mobilidade, marcha e equilíbrio; avaliação da cognição; avaliação ambiental e diagnósticos principais. Com sua utilização, pode-se elaborar plano de cuidados visando recuperar ou manter a independência e autonomia do idoso (MALLMANN, 2010).

Neste capítulo, está apresentado o IAQI de Mallmann (2010) em sua completude, com a explanação dos itens e sua relação com as quedas em idosos.

O instrumento é composto primeiramente pelo item identificação, o qual é apresentado, na sequência, através da figura 1.

FIGURA 1 – Identificação

Identificação

| | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Nome: | | | | | |
| Número de registro: | | | | | |
| Profissão: | | | Aposentado: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Sexo: | | Data de Nascimento: | | Idade: | |
| Naturalidade: | | | Estado: | | País: |
| Estado civil: | <input type="checkbox"/> Casado | <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Viúvo | <input type="checkbox"/> Separado | <input type="checkbox"/> Outros |
| Cor: | <input type="checkbox"/> Leucoderma | <input type="checkbox"/> Feoderma | <input type="checkbox"/> Melanoderma | | |
| Escolaridade: | | | | | |
| Endereço: | | | | | |
| Telefone: | | | | | |
| Informante (se for o caso): | | | Parentesco: | | |
| Cuidador: | | | Idade: | | Sexo: |

Fonte: Moraes, 2008a, p. 157

O item identificação (FIGURA 1) é importante, pois, segundo Moraes et al. (2008), este é o ponto de partida para conhecimento do paciente e de sua família. Com este item pode-se ter pistas sobre a vulnerabilidade e fragilidade do idoso por questionar a idade, o sexo e o estado civil do paciente, os quais interferem diretamente na avaliação do idoso, pois a idade superior a 80 anos significa maior grau de vulnerabilidade, já se for mulher, a paciente pode apresentar maior risco de fragilização e dependência funcional e o estado civil pode indicar o risco de fragilização do idoso caso este apresente viuvez (MORAES et al., 2008).

Este item é aplicado por meio de entrevista com o idoso ou, caso este não tenha condições para fornecer as informações, podem ser entrevistados o cuidador ou familiares que estiverem presentes no momento da aplicação do instrumento.

O próximo item a compor este instrumento é a queixa principal, demonstrada pela figura 2, que se apresenta na sequência.

FIGURA 2 - Queixa principal

Queixa principal detalhada

Fonte: Moraes, 2008a, p. 157

A queixa principal (FIGURA 2) é pertinente ao IAQI, pois nas avaliações do idoso deve-se saber a queixa do paciente no momento da consulta, embora as condições associadas ao envelhecimento, como as quedas, não sejam a queixa principal, elas estão frequentemente associadas a ela (MORAES et al., 2008). Para obter esta informação, o idoso é questionado sobre sua queixa principal no momento da aplicação do instrumento e, caso necessário, o questionamento é dirigido ao cuidador ou familiar que estiver presente.

Outros itens pertinentes ao estudo compõem a revisão dos sistemas fisiológicos principais, sendo a pele e anexos o primeiro, o qual é apresentado na sequência, por meio da figura 3.

FIGURA 3 - Revisão dos sistemas fisiológicos principais – Pele e anexos

Pele e Anexos

| | | | | |
|--|--|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Ceratoseactínica | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | | |
| Ceratoseseborréica | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | | |
| Purido: <input type="checkbox"/> localizado <input type="checkbox"/> generalizado | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | | |
| Xerodermia | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | | |
| Uso regular de creme hidratante | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | | |
| Uso regular de protetor solar | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | | |
| Neoplasia cutânea | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | | |
| Úlcera de membros inferiores | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | | |
| Úlcera de pressão | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | | |
| Localização | <input type="checkbox"/> sacral | <input type="checkbox"/> trocantérica | <input type="checkbox"/> calcâneo | <input type="checkbox"/> outros |
| Gravidade: | <input type="checkbox"/> Estágio 1: presença de vermelhidão e irritação local | | | |
| | <input type="checkbox"/> Estágio 2: ulceração comprometendo epiderme/derme | | | |
| | <input type="checkbox"/> Estágio 3: ulceração até subcutâneo e fáscia muscular | | | |
| | <input type="checkbox"/> Estágio 4: ulceração comprometendo músculo e/ou osso | | | |

Outras lesões:

Fonte: Moraes, 2008a, p. 158

Este item, apresentado na figura 3, avalia a presença de lesões na pele (MORAES et al., 2008), as quais podem prejudicar o caminhar do idoso, podendo levar o mesmo a episódios de quedas. Este item é

aplicado por meio do exame físico detalhado e de entrevista com idoso, cuidador ou familiar, conforme a situação.

A figura 4, que se encontra a seguir, expõe o próximo item que compõe o IAQI, o aparelho cardiovascular.

FIGURA 4 - Revisão dos sistemas fisiológicos principais – Aparelho cardiovascular

Aparelho cardiovascular

| | | |
|--|--|------------------------------|
| Dispnéia de esforço | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Habitual maior <input type="checkbox"/> Habitual <input type="checkbox"/> Habitual menor <input type="checkbox"/> Independente do esforço | | |
| Dor torácica | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> duração de 2 a 5min <input type="checkbox"/> desencadeada pelo esforço <input type="checkbox"/> melhora com repouso ou nitrato Especificar: _____ | | |
| Palpitação | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> início ou término súbito <input type="checkbox"/> ritmo irregular <input type="checkbox"/> Sensação de pausa <input type="checkbox"/> repercussão clínica <input type="checkbox"/> frequentemente <input type="checkbox"/> ocasionalmente <input type="checkbox"/> raramente Fatores desencadeantes: _____ | | |
| Perda da consciência | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Síncope <input type="checkbox"/> Lipotímia <input type="checkbox"/> Sugestivo de hipoglicemia <input type="checkbox"/> Hipotensão ortostática <input type="checkbox"/> indeterminada | | |
| Claudicação mmii | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Pressão arterial | mmHg | Fc (bpm) |
| Deitado 5 minutos Ortostatismo 0 min Ortostatismo 1 min | Ortostatismo 3 min Ortostatismo 5 min | |
| Ectasia de aorta | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Sopro carotídeo | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Ingurgitamento jugular | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Ictus cordis palpável | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Especificar: _____ | | |
| Bulhas cardíacas | | |
| Sopro cardíaco | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Especificar: _____ | | |
| Estalido | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Especificar: _____ | | |
| Pulso arterial periférico: | | |
| Veias de MMII | | |

Fonte: Moraes, 2008a, p. 158

A avaliação do aparelho cardiovascular (FIGURA 4) investiga aspectos como hipotensão ortostática e síncope (MORAES et al., 2008), os quais Megale e Moraes (2008) afirmam serem fatores de risco para quedas. De acordo com Lopes, L. et al. (2007), hipotensão ortostática significa a queda da pressão arterial sistólica superior ou igual a 20 mmHg e/ou queda da pressão arterial diastólica maior ou igual a 10 mmHg, no momento em que a posição de decúbito é modificada para a posição ortostática, ou ainda após 3 min. dessa movimentação.

A hipotensão ortostática pode ocasionar tonturas, tremores, dor de cabeça, quedas, síncope, entre outras consequências (LOPES, L. et al., 2007). Fischer et al. (2013) definem síncope perda transitória da consciência, de origem não traumática, devido hipoperfusão cerebral global transitória caracterizada pelo aparecimento rápido, curta duração e recuperação espontânea completa.

O item sobre aparelho cardiovascular é aplicado pela entrevista com idoso, cuidador ou familiar e também por exame físico, observação e investigação de diagnósticos médicos prévios em prontuário ou exames portados pelo paciente.

Outro item do instrumento é órgãos dos sentidos, que está exposto pela figura 5, apresentada na sequência.

FIGURA 5 - Revisão dos sistemas fisiológicos principais – Órgãos dos sentidos

Órgãos dos sentidos

| | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Deficiência visual: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Uso de lentes corretivas | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Teste Snellen ¹ (5 metros) | <input type="checkbox"/> < 0,3 | <input type="checkbox"/> > 0,3 |
| Dificuldade para ler jornais ou revistas | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Data da última visita ao oftalmologista: ___/___/___ | | |
| Deficiência auditiva: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Uso de prótese auditiva | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Teste do sussurro (60 cm de cada ouvido) | <input type="checkbox"/> Positivo | <input type="checkbox"/> Negativo |
| Dificuldade para conversação com três ou mais pessoas | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Data da última visita ao otorrinolaringologista: ___/___/___ | | |
| Otoscopia | | |

Fonte: Moraes, 2008a, p. 159

¹ Teste de Snellen é um teste de acuidade visual constituído por uma tabela com uma série de linhas com letras ou figuras de tamanhos diferentes dispostas em sequência decrescente (LAIGNIER; CASTRO; SA, 2010).

A avaliação dos órgãos dos sentidos (FIGURA 5) investiga se o paciente apresenta deficiência visual, vertigem, entre outros aspectos (MORAES et al., 2008) que podem ocasionar quedas, pois a deficiência visual prejudica a locomoção do idoso nos ambientes por não visualizar os objetos que estão no seu caminho e a vertigem é a sensação de movimento rotatório, normalmente ocasionada por desordens no sistema vestibular (MEGALE; MORAES, 2008).

A aplicação deste item se dá por meio de entrevista com idoso, cuidador ou familiar, exame físico e avaliação de prontuário e exames do paciente. Para aplicação do Snellen é necessário uso da tabela e espaço específicos.

Da mesma maneira, a avaliação do aparelho geniturinário, apresentado na sequência pela figura 6, faz parte do IAQI.

FIGURA 6 - Revisão dos sistemas fisiológicos principais – Aparelho geniturinário

Aparelho geniturinário

| | | |
|--|---|---|
| Prostatismo | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Ceratose seborréica | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Incontinência urinária | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> recente <input type="checkbox"/> antiga <input type="checkbox"/> urgência <input type="checkbox"/> esforço <input type="checkbox"/> sobrefluxo <input type="checkbox"/> funcional <input type="checkbox"/> mista <input type="checkbox"/> limitante <input type="checkbox"/> Não limitante | | |
| Urgência | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Noctúria | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Data da Menopausa _____ | | |
| Sangramento pós-menopáusico | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Reposição estrogênica | <input type="checkbox"/> Sim Especificar: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Nunca fez | <input type="checkbox"/> Suspendeu | <input type="checkbox"/> Faz regularmente |
| História obstétrica: G: ____ P: ____ A: ____ | | |
| Data da última visita ao ginecologista: ____/____/____ | | |
| Toque retal: | | |
| Palpação das mamas: | | |

Fonte: Moraes, 2008a, p. 159

FIGURA 7 - Revisão dos sistemas fisiológicos principais – Sistema músculo esquelético

Sistema músculo-esquelético

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Artralgia | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> poliartralgia <input type="checkbox"/> monoartralgia <input type="checkbox"/> artrite <input type="checkbox"/> indeterminado <input type="checkbox"/> pequenas articulações <input type="checkbox"/> grandes articulações Localização | | |
| Rigidez matinal | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Lombalgia | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 1. Ocasional 2. Contínua mas não limitante 3. Contínua e limitante Especificar: <input type="checkbox"/> comum/postural <input type="checkbox"/> radiculopatia <input type="checkbox"/> espondilite anquilosante <input type="checkbox"/> aguda | | |
| Ombro doloroso | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Rigidez generalizada | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Fraqueza membros inferiores | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

| |
|--|
| Pés <input type="checkbox"/> Joanete <input type="checkbox"/> Ceratose plantar <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> Unha encravada <input type="checkbox"/> Calcanealgia <input type="checkbox"/> Onicomicose <input type="checkbox"/> Calçados inadequados Deformidade <input type="checkbox"/> Cifose <input type="checkbox"/> Torácica <input type="checkbox"/> Lombar <input type="checkbox"/> Mãos <input type="checkbox"/> Pés <input type="checkbox"/> Articular |
|--|

Fonte: Moraes, 2008a, p. 159

O item avaliação do sistema músculo esquelético (FIGURA 7) avalia fraqueza muscular, artrite, rigidez, afecções dos pés, entre outros aspectos que podem ocasionar quedas (MORAES et al., 2008).

Este item é aplicado por meio de observação, entrevista com idoso, cuidador ou familiar e pelo exame físico.

A figura 8, exposta na sequência, apresenta o item aparelho digestivo.

FIGURA 8 - Revisão dos sistemas fisiológicos principais – Aparelho digestivo

| Aparelho digestivo | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|
| Disfagia | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> orofaríngea <input type="checkbox"/> esofageana intermitente <input type="checkbox"/> progressiva <input type="checkbox"/> não progressiva <input type="checkbox"/> indeterminada | | |
| Engasgo | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 1. Ocasionalmente 2. Dependendo da dieta 3. Frequentemente | | |
| Dispepsia | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 1. Queimação epigástrica que piora com a fome 2. Empachamento pós-prandial 3. Regurgitação 4. Indeterminada | | |
| Náuseas/vômitos | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Constipação intestinal | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> < 6 meses <input type="checkbox"/> > 6 meses <input type="checkbox"/> Necessita do uso regular de laxativo <input type="checkbox"/> Necessita de extração manual das fezes Frequência das evacuações _____ Consistência das fezes _____ | | |
| Diarréia | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> > 30 dias <input type="checkbox"/> disenteriforme <input type="checkbox"/> esteatorréia <input type="checkbox"/> indeterminada | | |
| Hemorragia digestiva | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| | <input type="checkbox"/> alta | <input type="checkbox"/> baixa |
| Incontinência fecal | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Recente <input type="checkbox"/> Antiga <input type="checkbox"/> Sobrefluxo <input type="checkbox"/> Anorretal <input type="checkbox"/> Neurogênica <input type="checkbox"/> Secundária | | |
| Dor abdominal | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Doença hemorroidária | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Flatulência | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

Fonte: Moraes, 2008a, p. 160

A avaliação do aparelho digestivo (FIGURA 8) investiga a presença de incontinência fecal (MORAES et al., 2008), segundo Moraes e Meira (2008), os idosos que apresentam maior risco de incontinência fecal são aqueles com demência, depressão grave e instabilidade postural/imobilidade. Portanto, entende-se que a presença

de incontinência fecal pode ser indicativo de instabilidade postural, fator determinante na ocorrência de quedas em idosos.

Este item é avaliado por meio de entrevista com idoso, cuidador ou familiar, exame físico e observação da deglutição e de exames e prontuário do paciente.

Ainda dentro da revisão dos sistemas fisiológicos principais está a avaliação do sistema nervoso, item apresentado na sequência pela figura 9.

FIGURA 9 - Revisão dos sistemas fisiológicos principais – Sistema nervoso

Sistema nervoso

| Anamnese | | | | |
|--------------------------|--|---|---------|--|
| Comentários | | | | |
| DOR | Cefaléia Radicular Neuropatia periférica Neuralgia do trigêmeo Pós-herpética | | | |
| Convulsão | | | | |
| Tonturas | | <input type="checkbox"/> Rotatória <input type="checkbox"/> Desequilíbrio <input type="checkbox"/> Visão turva <input type="checkbox"/> "Cabeça vazia" <input type="checkbox"/> Associada a mudanças súbitas da posição do pescoço <input type="checkbox"/> Associada ao ortostatismo <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Ocasionalmente | | |
| Exame Neurológico | | | | |
| | | Normal | Anormal | Comentários |
| Motricidade | | | | |
| Força | Mmss | | | |
| | Mmii | | | |
| | Pescoço/tronco | | | |
| Tônus | | | | |
| Reflexos | Superficiais | | | |
| | Profundos | | | |
| | Primitivos | | | |
| Movimentos Anormais | Hipercinesia | | | Discinesia <input type="checkbox"/> Tardia <input type="checkbox"/> Edentados Tremor <input type="checkbox"/> Cinético <input type="checkbox"/> Repouso <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|--|-------------------|--|--|--|
| | Bradicinesia | | | |
| Sensibilidade | | | | |
| Superficial | | | | |
| Profunda | Cinético-Postural | | | |
| | Vibratória | | | |
| Sinais de irritação meníngea/radicular | | | | |
| Pares cranianos | | | | |
| I (n. olfatório) | | | | |
| II (n. óptico) | | | | |
| III (n. oculomotor) IV (n. troclear) | | | | |
| V (n. trigêmeo) | | | | |
| VII (n. facial) | | | | |
| VIII (n. vestibulococlear) | | | | |
| IX (n. glossofaríngeo) e X (n. vago) | | | | |
| XI (n. acessório) | | | | |
| XII (n. hipoglosso) | | | | |

Fonte: Moraes, 2008a, p. 161

A avaliação do sistema nervoso (FIGURA 9) investiga presença de redução da força muscular e tonturas (MORAES et al., 2008), aspectos diretamente relacionados às quedas, pois a fraqueza muscular, segundo Ferreira, Caetano e Damázio (2011) causa prejuízo locomotor, retardando as reações de equilíbrio, sendo importante determinante do índice de quedas.

Outra possível causa de quedas em idosos, segundo Megale e Moraes (2008), são as tonturas, sendo considerada uma das principais causas de quedas em idosos. Macedo (2010) define tontura como sensação de mudança do equilíbrio corporal, podendo ser consequência de alterações funcionais primárias ou secundárias do sistema vestibular, perturbações psiquiátricas e uso de certos grupos de fármacos como sedativos, antidepressivos e tranquilizantes.

A avaliação do item sistema nervoso ocorre por meio de entrevista com idoso, cuidador ou familiar, pelo exame físico e neurológico, pela observação do idoso e de exames e prontuário do paciente.

Além dos itens descritos anteriormente, a avaliação da funcionalidade global é pertinente ao instrumento deste estudo, pois avalia a autonomia e independência do idoso para realizar as atividades diárias, as quais mantêm o bem-estar e a qualidade de vida (MORAES et al., 2008).

Um item que compõe a avaliação da funcionalidade global é a avaliação das atividades

de vida diária básicas, apresentada na sequência pela figura 10.

FIGURA 10 - Avaliação da funcionalidade global – Atividades de vida diária básicas

Atividades de vida diária básicas

| Índice de Katz | Independência | Dependência |
|---|--|--|
| Tomar banho (Leito, chuveiro ou banheira) | Requer ajuda somente para lavar uma única parte do corpo (como as costas ou membro deficiente) ou toma banho sozinho | Requer ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para entrar ou sair da banheira, ou não toma banho sozinho |
| Vestir-se | Pega as roupas nos armários e gavetas, veste-as, coloca órteses ou próteses, manuseia fechos. Exclui-se o ato de amarrar sapatos | Veste-se apenas parcialmente ou não se veste sozinho |

| | | |
|------------------------|---|---|
| Uso do banheiro | Vai ao vaso sanitário, senta-se e levanta-se do vaso; ajeita as roupas, faz a higiene íntima (pode usar comadre ou similar somente à noite e pode ou não estar usando suportes mecânicos) | Usa comadre ou similar, controlado por terceiros, ou recebe ajuda para ir até o vaso sanitário e usá-lo. |
| Transferir-se | Deita-se e sai da cama sozinho, senta e se levanta da cadeira sozinho (pode estar usando objeto e apoio) | Requer ajuda para deitar-se na cama ou sentar-se na cadeira, ou para levantar-se; não faz uma ou mais transferências |
| Continência | Micção E evacuação inteiramente autocontroladas | Incontinência parcial ou total para micção ou evacuação; controle parcial ou total por enemas e/ou cateteres; de urinóis ou comadre pot terceiros. Acidentes “ocasionais” |
| Alimentar-se | Leva a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca. O corte prévio da carne e o preparo do alimento, como passar manteiga no pão, são excluídos da Avaliação | Requer ajuda para levar a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca; não come nada ou recebe alimentação parenteral |

Nota: independência significa a realização dos atos citados sem supervisão, orientação ou assistência pessoal ativa, exceto nos casos especificamente descritos a seguir. Esta avaliação é baseada no real desempenho e não na habilidade. Um paciente que se recusa a executar uma função é considerado como não a tendo executado, mesmo que se julgue ser ele capaz.

Fonte: Moraes, 2008a, p. 162

A avaliação das AVD básicas (FIGURA 10) estima o comprometimento funcional, bem como o grau de dependência do idoso (MORAES et al., 2008), sendo composta pela escala de Katz, a qual avalia o desempenho da pessoa nas atividades de autocuidado (LINO et al., 2008). A escala de Katz examina desde atividades simples consideradas como vegetativas, sendo transferência, continência e alimentação até as atividades mais complexas como banhar-se, vestir-se e usar o banheiro (MORAES et al., 2008).

Com esta análise, o idoso pode ser categorizado como independente, sendo aquele que realiza todas as atividades básicas da vida diária independentemente, semi-dependente, que apresenta

comprometimento de uma das funções que são influenciadas pelo aprendizado e cultura, dependente incompleto, apresentando comprometimento de alguma função vegetativa simples e dependência para atividades como tomar banho, vestir-se e usar banheiro e dependente completo, apresentando dependência para a realização de todas as atividades básicas da vida diária (MORAES et al., 2008).

Conforme Moraes et al. (2008), o comprometimento funcional das atividades da vida diária pode indicar alguma doença não tratada que não apresentou sintomas típicos, não devendo ser atribuída ao envelhecimento a perda de alguma função previamente independente.

O índice de Katz é avaliado por meio de entrevista com idoso, cuidador ou familiar. As atividades da vida diária são ainda influenciadas pela mobilidade, a qual é avaliada pelo item exposto na figura 11, apresentada na sequência.

FIGURA 11 - Avaliação da funcionalidade global – Mobilidade

Mobilidade

Marcha

| | | | |
|--|--------------------|----------------------------------|---------------------|
| 1 Sozinho | 2 Ajuda ocasional | 3 Ajuda frequente | 4 Muleta ou bengala |
| 5 Andador | 6 Cadeira de rodas | 7 Imobilidade completa (acamado) | |
| Subir escada (cinco degraus) | | () Sim | () Não () NA |
| “Get Up and Go” (Teste Qualitativo) e “ Timed Up & Go” (Teste Quantitativo): O paciente deve ser orientado a levantar-se de uma cadeira sem apoio de braços, caminhar 3 metros com passos seguros e confortáveis, girar 180 graus e retornar, assentando-se na cadeira. | | | |
| Duração: () <10seg. () 10 a 20 seg. () ≥30 seg. | | | |

Fonte: Moraes, 2008a, p. 163

A mobilidade é essencial para a execução plena das atividades da vida diária e está diretamente ligada a fatores intrínsecos e extrínsecos (MORAES; MEGALE, 2008), podendo, em casos de comprometimento, ocasionar quedas e, portanto, a avaliação da mobilidade (FIGURA 11) é item relevante do IAQI.

Entre os fatores ligados a mobilidade está a postura/marcha, a qual depende do equilíbrio da pessoa (MORAES; MEGALE, 2008), sendo este um fator importante para a ocorrência de quedas em idosos. A figura 12, apresentada na sequência, expõe a avaliação quantitativa e qualitativa da marcha e equilíbrio, item indispensável ao IAQI.

FIGURA 12 - Avaliação da funcionalidade global - Avaliação quantitativa e qualitativa da marcha e equilíbrio

Avaliação quantitativa e qualitativa da marcha e equilíbrio

Get up and go + timed up and go

| | | |
|--------------------------------------|--|---|
| Equilíbrio | Equilíbrio assentado | Firme, constante e estável |
| | Levantamento da cadeira | Capaz de levantar-se em um único movimento sem usar Braços |
| | Equilíbrio imediato ao levantar-se (3 a 5 seg.) | Estável sem segurar em algum auxílio para a marcha ou outro objeto de suporte |
| | Rotação | Não segura ou cambaleia; não necessita segurar em qualquer objeto; os passos são contínuos |
| | Assentando-se | Movimento suave, seguro |
| Locomoção | Início da marcha | Inicia a caminhada imediatamente, sem hesitação; o início da marcha é único e suave |
| | Altura do passo | Oscila o pé completamente, numa altura de 2,5 e 5 cm |
| | Comprimento do passo | O pé em oscilação ultrapassa o pé em apoio |
| | Desvio de curso ou trajeto | Os pés seguem próximo à linha reta, enquanto o paciente Avança |
| | Estabilidade do tronco | O tronco não oscila, joelhos e tronco não estão fletidos; braços não são abduzidos num esforço para manter a Estabilidade |
| | Distância dos tornozelos | Tornozelos quase se tocam enquanto anda |
| | | |
| Avaliação complementar do equilíbrio | Equilíbrio de pé: estável, capaz de ficar de pé com os pés bem juntos (base estreita), sem segurar em objetos de Suporte | |
| | Equilíbrio de pé: estável, capaz de ficar de pé com os pés bem juntos (base estreita), sem segurar em objetos de Suporte | |
| | Equilíbrio com os olhos fechados (com os pés o mais próximo possível): estável, sem segurar algum objeto, com os pés unidos. | |
| | Nudge test: paciente de pé com os pés o mais próximo possível, o examinador empurra com pressão uniforme 3x sobre o esterno (impulsão) | |
| | Equilíbrio unipodálico: capaz de manter-se estável sobre uma perna por 5 segundos sem se apoiar | |

| | |
|---|---|
| Padrão da marcha | Marcha Parética |
| | Marcha Parkinsoniana |
| | Marcha Ebriosa |
| | Apraxia de Marcha (marcha magnética, lobo frontal) |
| | Marcha da mielopatia cervical |
| | Marcha vestibular |
| | Marcha cautelosa |
| | Marcha antálgica |
| Outras: | |
| Quedas | |
| História de quedas no último ano: () Sim () Não | |
| Número de quedas: () 1 () 2 a 4 () ≥ 5 | Fraturas |
| Repercussão funcional: () Sim () Não | () Sim () Não |
| Especificar: | |
| Causas/circunstâncias: () Tropeção/escorregão () Ausência de motivo aparente () Perda de consciência () Doença aguda | () Vértebra () Fêmur () Antebraço () Outro Data: // |
| Tempo de permanência no chão: | () Espontânea () Acidental |
| Necessidade de ajuda para levantar-se: () Sim () Não | |

Fonte: Moraes, 2008a, p. 164

A avaliação quantitativa e qualitativa da marcha e equilíbrio (FIGURA 12) compõe este instrumento por permitir o reconhecimento da presença de instabilidade postural ou alteração da marcha (MORAES; MEGALE, 2008), que são, segundo Megale e Moraes (2008), fatores de risco de quedas, podendo indicar anormalidades músculo esqueléticas e/ou neurológicas.

Além dos achados sobre marcha e equilíbrio, a importância de tal item para o IAQI também é vista no questionamento sobre a história de quedas no último ano, pois, segundo Lopes et al. (2009), este é um dos fatores mais relevantes para prever futuras quedas, visto que é necessário a prevenção da primeira queda.

Os itens mobilidade e avaliação quantitativa e qualitativa da marcha e equilíbrio são aplicados por meio de observação e entrevista com idoso, cuidador ou familiar. A aplicação dos testes necessita de espaço físico com presença de cadeira e degraus. Também é útil para esta avaliação, a consulta do prontuário do paciente que pode constar histórico de quedas e fraturas.

Já o item cognição apresenta dois testes selecionados para compor o IAQI. Na sequência, apresenta-se figura 13, com o item Minimental.

FIGURA 13 – Avaliação da funcionalidade global - Cognição - Minimental

Minimental

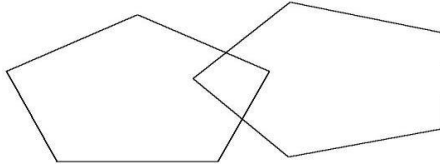
Escolaridade (anos/escola): _____

Data (score)

| Minimental | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| Orientação Temporal (05 pontos) Dê um ponto para cada Item | Ano | | | | |
| | Mês | | | | |
| | Dia do Mês | | | | |
| | Dia da semana | | | | |
| | Semestre/Hora aproximada | | | | |
| Orientação Espacial | Estado | | | | |
| | Cidade | | | | |
| (05 pontos) Dê um ponto para cada Item | Bairro ou nome de rua próxima | | | | |
| | Local geral: que local é este aqui (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa) | | | | |
| | Andar ou local específico: em que local nós estamos (consultório, dormitório, sala, apontando para o chão) | | | | |
| Registro (3 pontos) | Repetir: GELO, LEÃO e PLANTA ou CARRO, VASO e TIJOLO | | | | |
| Atenção e cálculo (5 pontos) Dê 1 ponto para cada rto. Considere a tarefa com o melhor aproveitamento. | Subtrair $100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 = 79 - 7 = 72 - 7 = 65$ Soletrar inversamente a palavra: MUNDO = ODNUM | | | | |
| Memória de Evocação (3 pontos) | Quais os três objetos perguntados anteriormente? | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nomear dois objetos (2 pontos) | Relógio e caneta | | | | | | |
| Repetir (1 ponto) | “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ” | | | | | | |
| Comando de estágios (3 pontos) Dê 1 ponto para cada ação correta | “Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão” | | | | | | |
| Escrever uma frase completa (1 ponto) | “Escreva alguma frase que tenha começo, meio e fim.” | | | | | | |
| Ler e executar (1 ponto) | Feche seus olhos | | | | | | |
| Copiar o Diagrama (1 ponto) | Copiar dois pentágonos com a interseção | | | | | | |

PONTUAÇÃO FINAL (escore = 0 a 30 pontos)



FECHE SEUS OLHOS

Presença de esquecimento () Sim () Não () NA

Duração da sintomatologia:

O esquecimento vem piorando progressivamente? () Sim () Não () NA

Caracterização do esquecimento:

Fonte: Moraes, 2008a, p. 165-166

O MiniMental (FIGURA 13) é utilizado, segundo Moraes e Lanna (2008), para a triagem de idosos com déficit cognitivo, avaliar a evolução de pacientes demenciados, bem como para o monitoramento de resposta terapêutica. Este teste avalia a memória de curto prazo, bem como a memória episódica e semântica. A memória de curto prazo é dividida em memória de trabalho e memória imediata, sendo entendida como a capacidade de guardar informações limitadas, por alguns segundos (MORAES; LANNA, 2008).

Este item avalia a linguagem e gnosia. A gnosia, avaliada por este teste, é a capacidade de decodificação e reconhecimento de estímulos do mundo exterior, podendo ser visual, auditiva, tátil ou associativa, sendo,

portanto, a capacidade de perceber e reconhecer os objetos por meio de um dos sentidos. Assim, após o reconhecimento pode-se agir conforme os estímulos recebidos do meio exterior e, caso haja comprometimento dessa função, pode haver prejuízo nas realizações de atividades da vida diária, o que pode ocasionar quedas (MORAES; LANNA, 2008).

Segundo Moraes e Lanna (2008), o Mini-Mental também avalia a praxia, função executiva e função visuoespacial. Devido aos aspectos avaliados por este teste, o mesmo se adequa ao propósito do IAQI. O teste Minimental é aplicado por meio de observação e entrevista com o idoso e observação das falas e desenhos conforme esquema apresentado. Necessita de espaço e objetos para escrita e desenho.

Outro item que integra a cognição é a escala *Clinical Dementia Rating* (CDR), apresentada, na sequência, pela figura 14.

FIGURA 14 - Avaliação da funcionalidade global – Cognição - *Clinical Dementia Rating***CDR: Clinical Dementia Rating**

| Comprometimento Funcional | | | | | |
|-------------------------------------|--|---|---|--|---|
| Função | Nenhum 0 | Questionável 0,5 | Leve 1 | Moderado 2 | Grave 3 |
| Memória | Não há perda de memória ou esquecimento leve e Inconstante | Esquecimento leve mas consistente. Esquecimento “benigno”. Recordação parcial dos eventos. | Perda moderada da memória para eventos recentes, interferindo com as atividades do cotidiano | Perda grave da memória. Apenas material altamente conhecido continua preservado. Informações novas são rapidamente perdidas. | Perda grave da memória. Apenas resquícios ou fragmentos de memória estão presentes. |
| Orientação | Completamente orientado | Completamente orientado, exceto pela presença de discretas dificuldades nas relações temporais. | Dificuldade moderada nas relações temporais. Orientado no espaço. Pode apresentar desorientação geográfica. | Dificuldade grave nas relações temporais. Usualmente desorientado no espaço. | Orientado somente quanto à pessoa. |
| Julgamento e resolução de problemas | Resolve problemas do dia-a-dia e lida bem com negócios e finanças. | Comprometimento discreto na capacidade de resolução de | Dificuldade moderada na resolução de problemas, | Comprometimento grave na resolução de problemas, similaridades e | Completamente incapaz de emitir julgamento e resolver |

| | Julgamento é bom em relação ao seu performance anterior | problemas, similaridades e diferenças. | similaridades e diferenças. Juízo social usualmente mantido. | diferenças. Julgamento social usualmente comprometido. | problemas. |
|---|---|--|--|---|--|
| AVDIs ou assuntos comunitários | Independente para os níveis usuais de trabalho, compras, negócios e assuntos financeiros, trabalho voluntário e participação em grupos sociais. | Comprometimento leve se houver. | Incapaz de funcionar independentemente, embora ainda consiga realizar algumas. Apresenta-se normal no contato casual ou superficial. | Completamente incapaz de funcionar adequadamente fora do domicílio, apesar de não aparentar. | Completamente incapaz de funcionar adequadamente fora do domicílio. Aparenta estar muito comprometido para tais funções. |
| AVDIs domiciliares (tarefas domésticas) e passatempos | Vida doméstica, passatempos e interesses intelectuais preservados. | Comprometimento leve se houver. | Comprometimento leve mas já estabelecido. Incapaz de realizar tarefas, hobbies ou atividades mais difíceis. | Apenas tarefas simples estão preservadas. Interesses bastante restritos. Completamente incapaz. | Completamente incapaz. |
| AVDs básicas | Independente no autocuidado. | | Necessita de ajuda ocasional ou incentivo. | Requer assistência para vestir-se, higiene pessoal e cuidado pessoal. | Requer assistência completa no cuidado pessoal. Presença de incontinência. |

Fonte: Moraes, 2008a, p. 171

A escala *Clinical Dementia Rating* (CDR) (FIGURA 14) é direcionada a domínios cognitivos e tem a capacidade de integrar aspectos de ordem cognitiva e comportamental, predizendo o quanto interferem nas AVD, as quais devem ser entendidas como aspectos importantes na identificação da vulnerabilidade e fragilidade que a pessoa idosa possui para quedas (MORAES; LANNA, 2008).

Esta escala é aplicada por meio de observação e entrevista com idoso, cuidador ou familiar.

Para que a avaliação da fragilidade e vulnerabilidade para quedas nos idosos seja adequada, deve-se saber a história pessoal atual e pregressa do paciente, item apresentado na figura 15, exposta na sequência.

FIGURA 15 - História pessoal atual e pregressa

História pessoal atual e pregressa

| |
|--|
| <p>Tabagismo: () Sim () Não Número de cigarros/dia: Duração/anos: Outros:</p> |
| <p>Etilismo: () Sim () Não Tipo de bebida: Dose diária: CAGE (triagem: teste positivo com uma resposta afirmativa)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Você já sentiu a necessidade de reduzir ou suspender o álcool? • Alguém já o criticou pelo ato de beber? • Sente-se culpado por beber? • Costuma beber logo pela manhã? <p>Drogas ilícitas: () Sim () Não</p> |
| <p>Sexualidade: Redução da libido: () Sim () Não Atividade sexual: () Sim () Não Dispaurenia: () Sim () Não Disfunção erétil: () Sim () Não</p> |
| <p>Sono: Você está insatisfeito com seu sono? () Sim () Não Apresenta sono ou fadiga durante as atividades diárias? () Sim () Não O parceiro(a) ou outros observadores queixam-se de comportamento não usual durante o sono, tais como ronco, pausa na respiração, movimento de pernas, sonolência, fadiga diurna? () Sim () Não</p> |
| <p>Atividade Física: () Sim () Não Frequência: () Regular () Ocasional () Raro Tipo: Orientada por profissional: () Sim () Não</p> |
| <p>Direção Veicular: () Sim () Não</p> |

| Uso de Medicamentos: | | | |
|-----------------------------|------|--------------|------------------|
| Droga | Dose | Tempo de uso | Indicação Médica |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Presença de hipersensibilidade a drogas ou intolerância de qualquer natureza:
 Sim Não
Especificar:

Imunização:
Vacina antitetânica: Completa Incompleta Ausente Ignorado
Data da última dose: ___/___/___
Se negativo, especificar por que:

Vacina antinfluenza no último ano: Sim Não
Se negativo, especificar por que:
Vacina antipneumocócica: Sim Não
Ano:
Se negativo, especificar por que:

Órteses/próteses: Sim Não
Especificar:

Hospitalizações Clínicas (diagnóstico/ano):

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____

Cirurgias Prévias:

1 _____
2 _____
3 _____

| Doenças Cardiovasculares: | Diagnóstico | Órgãos dos Sentidos: | Diagnóstico |
|--|--------------------|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Insuficiência Coronariana | | <input type="checkbox"/> Catarata <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Degeneração macular Outras: | |

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arritmia Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença vascular periférica Outras: | | |
| Doenças Respiratórias: <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Neoplasia Outras: | Sistema Músculo Esquelético: <input type="checkbox"/> Osteoartrite <input type="checkbox"/> Osteoporose Outras: | |
| Doenças Endócrino Metabólicas: <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Hipotireoidismo <input type="checkbox"/> Hipertireoidismo Outras: | Doenças Hematológicas: <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Linfoma /Leucemia /Mieloma <input type="checkbox"/> Discrasias sanguíneas Outras: | |
| Doenças Neuropsiquiátricas: <input type="checkbox"/> Demência <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Parkinsonismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Confusão mental aguda Outras: | Doenças do Aparelho Digestivo: <input type="checkbox"/> DRGE <input type="checkbox"/> Úlcera péptica <input type="checkbox"/> Colelitíase <input type="checkbox"/> Neoplasia Outras: | |
| | Doenças Geniturinárias: <input type="checkbox"/> ITU <input type="checkbox"/> Neoplasia Outras: | |

História Familiar Positiva de:

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Doença cardiovascular prematura (IAM ou morte súbita antes dos 55 anos de pai ou parente de 1º grau do sexo masculino ou antes dos 65 anos na mãe ou parentes de 1º grau do sexo feminino) | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Hipertensão arterial sistêmica | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| DM tipo II | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Doença tireoidiana | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

| | | |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Câncer de cólon | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Câncer de mama | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Câncer de próstata | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Osteoporose/ Fratura de fragilidade | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Depressão | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Demência | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

Fonte: Moraes, 2008a, p. 173-175

Através da história pessoal atual e pregressa do paciente é possível descobrir o uso de medicamentos, prática de atividade física, uso de próteses/órteses, doenças diagnosticadas anteriormente como parkinsonismo, acidente vascular encefálico (AVE), osteoporose, catarata, entre outros aspectos que podem indicar risco para quedas.

Segundo Gomes et al. (2009), a diminuição da prática de atividade física torna o idoso propenso a quedas, pois diminui a independência e autonomia que este possui para realizar as atividades de vida diária. Ferreira, Caetano e Damázio (2011) ainda afirmam que doenças como Parkinson podem contribuir para a ocorrência de quedas.

Além destes fatores, Almeida, Abreu e Mendes (2010), afirmam que doenças degenerativas das articulações, Diabetes Mellitus, problemas nos pés e distúrbios da visão e audição também podem ocasionar quedas.

Para avaliação da história pessoal atual e pregressa, é realizada observação, entrevista com idoso, cuidador ou familiar e também consulta a exames, carteira de vacinação, receitas médicas e prontuário do paciente.

Já a figura 16, apresentada na sequência, corresponde ao próximo item, de extrema importância para a avaliação de quedas, selecionado para o IAQI, avaliação ambiental.

FIGURA 16 - Avaliação ambiental

| AVALIAÇÃO AMBIENTAL | | | |
|----------------------------|---|-----|-----|
| Local | Avaliação | Sim | Não |
| Áreas de locomoção | Áreas de locomoção desimpedidas | | |
| | Barras de apoio | | |
| | Revestimentos: uniformes ou tapetes bem fixos | | |
| | Suficiente para clarear toda a superfície de marcha no interior de cada cômodo, incluindo degraus | | |

Existe algum local em sua residência que o senhor(a) não frequenta? Por qual motivo?

Fonte: Moraes, 2008a, p. 179

As quedas em idosos podem ser ocasionadas por causas multifatoriais, entre as quais se destaca a inadequação ambiental, pois o ambiente pode ser uma barreira para a independência do idoso nas atividades cotidianas (VIDIGAL; CASSIANO, 2008). Assim, a avaliação ambiental (FIGURA 16) é pertinente a este estudo por apresentar um questionário domiciliar sobre os riscos para quedas que o ambiente pode possuir.

Percebe-se que tal item é essencial ao IAQI pelo fato que, segundo Diccini, Pinho e Silva (2008), os fatores relacionados ao ambiente são responsáveis pela maior incidência de quedas na área hospitalar, uma vez que o ambiente desconhecido e a ausência de adaptações como iluminação, piso adequado, barras de apoio, camas com regulagem de altura são responsáveis por grande parte das quedas em idosos hospitalizados.

Para avaliação ambiental, é realizada observação do espaço físico em foco quando possível, bem como entrevista com idoso, cuidador ou familiar.

Ao finalizar a avaliação do idoso é indispensável que se faça um diagnóstico funcional deste. Na sequência apresenta-se este item, na figura 17.

FIGURA 17 – Diagnósticos principais - Diagnóstico funcional

Diagnóstico funcional**Diagnóstico funcional global**

| Funções | | Comprometimento funcional | | | | |
|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|---|------------------------|--|--------------------|
| | | Não | Sim | | | |
| Atividades de vida diária | Autocuidado | | Semidependência | Dependência incompleta | Dependência Completa | |
| | AVDs instrumentais | | Dependência parcial | | Dependência completa | |
| Mobilidade | Postura /marcha /equilíbrio | | Instabilidade postural | | Imobilidade Parcial Completa | |
| Cognição /humor | Cognição escolaridade: | | Transtorno cognitivo leve | | Incapacidade cognitiva | |
| | | | <input type="checkbox"/> Delirium <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Demência <input type="checkbox"/> Doença mental <input type="checkbox"/> Outras _____ <input type="checkbox"/> Reversível _____ <input type="checkbox"/> Irreversível <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Mista <input type="checkbox"/> Corpúsculos Lewy <input type="checkbox"/> Frontotemporal <input type="checkbox"/> Outras _____ Distúrbio comportamental: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim NPI: _____ CDR: _____ | | | |
| | Humor | | Depressão maior | Transtorno distímico | Depressão sub-sindrômica | Mania Hipomania |
| Comunicação | Visão | | | | | |
| | Audição | | | | | |
| | Fala/voz | | | | | |

| | | | | |
|--------------------------|------------------------|--|---|-------------|
| Outras funções orgânicas | Saúde bucal | | | |
| | Continência Urinária | | Transitória permanente Urgência Esforço Transbordamento Mista Funcional | |
| | Continência Fecal | | | |
| | Estado nutricional IMC | | Sobrepeso / obesidade | Subnutrição |
| | Sono | | Insônia | Hipersonia |
| Interação social | Lazer | | | |
| | Suporte familiar | | | |
| | Suporte social | | | |
| | Segurança ambiental | | | |

Fonte: Moraes, 2008a, p. 183

O item diagnóstico funcional (FIGURA 17) avalia o comprometimento funcional do idoso, incluindo as atividades da vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação, interação social e outras funções orgânicas (MORAES et al., 2008), sendo, então, um resumo dos testes aplicados na avaliação do idoso. Este item é aplicado por meio dos testes já aplicados, pela observação e entrevista com idoso, cuidador ou familiares.

A figura 18, apresentada na sequência, mostra o item diagnósticos/problemas específicos, que compõe o IAQI.

FIGURA 18 – Diagnósticos principais – Diagnósticos/ problemas

Diagnósticos / problemas

Sistemas fisiológicos principais

| |
|--|
| |
|--|

Fonte: Moraes, 2008a, p. 183

O item exposto na figura 18 serve como complementação do diagnóstico funcional, trazendo espaço para descrição dos problemas observados nos sistemas fisiológicos principais, que têm relevância para a saúde do idoso. Este item é descrito por meio do relato do idoso, cuidador ou familiar sobre problemas de saúde principais, da observação de toda avaliação prévia realizada neste instrumento e de consulta a exames e prontuário do paciente.

Finalizando o IAQI, tem-se a figura 19, apresentada na sequência, a qual traz o item plano de cuidados.

FIGURA 19 - Plano de cuidados

| | | | | | |
|------------------------|---|--|-------------------|--|--|
| Aterosclerose | Categoria de risco: ()Alto () Moderado () Baixo | | | Risco de Framingham: _____/ 10 anos | |
| | Dislipidemia: () Sim () Não | | | | |
| | Antiagregação plaquetária: () Sim () Não | | | | |
| Imunização | Antiinfluenza | Antipneumocócica | Dupla Tipo Adulto | Antiamebílica | |
| Rastreamento de câncer | Cólon-retal | Mama | Colo de útero | Próstata | |
| Prevenção de fratura | Cálcio / Vitamina D | Densitometria óssea () Sim () Não Tratamento de osteoporose () Sim () Não | | | |

| | |
|---------------------|--|
| Atividade física | Indicação () Sim () Não Especificar: Tipo de exercício: () Aeróbico () Resistido () Flexibilidade Frequência: |
| Outras intervenções | |
| Tratamento | |
| | |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Reabilitação Física | |
| Reabilitação Ambiental | |
| Reabilitação Nutricional | |
| Reabilitação Psico- sociofamiliar | |
| Dispositivo de ajuda (órtese/prótese) | |
| Outra | |

Observações finais

| |
|--|
| |
|--|

Fonte: Moraes, 2008a, p. 184-185

Diante do resultado obtido com o IAQI, é fundamental delinear plano de cuidados para o idoso (FIGURA 19), onde apresente ações de promoção e prevenção de doenças, tratamento dos problemas observados durante a avaliação, reabilitação para incapacidades observadas, podendo ser atribuídas ações que previnam ou estabilizem o comprometimento funcional do idoso.

Consideração importante deve ser dada ao profissional enfermeiro que pode utilizar o plano de cuidados, realizando além de observações e orientações, dados não inclusos em outras etapas do processo de avaliação (MORAES et al., 2008). Sendo assim, o IAQI contempla, principalmente, além de todos os itens descritos anteriormente, o plano de cuidados. Assim, este item é embasado em toda avaliação realizada previamente do idoso, por meio de observação,

entrevista, exame físico, consulta de prontuário do paciente e exames de imagem e laboratoriais deste idoso.

5. MÉTODO

Nesta etapa descrevem-se os procedimentos metodológicos utilizados em função do tema, da questão levantada e dos objetivos do estudo.

5.1 TIPO DE PESQUISA

Para realização deste estudo qualitativo, optou-se pelo uso da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) proposta por Trentini e Paim (2004). A opção por este referencial metodológico se fez pela necessidade sentida de articular conhecimento teórico e prática assistencial. Esta modalidade de pesquisa possui comprometimento em beneficiar o contexto assistencial durante o processo investigativo e, para isto, mantém estreita relação com a prática assistencial, envolve ativamente os sujeitos da pesquisa e busca alternativas para solucionar ou amenizar problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na prática, não se propondo a generalizações (TRENTINI; PAIM, 2004).

Para que as mudanças no contexto da prática ocorram, devem ser precedidas por mudança de mentalidade dos envolvidos nas práticas, e para que isso ocorra é fundamental a participação destes em todo o processo de pesquisa. Desta forma, na PCA, os participantes não assumem apenas a condição de informante, mas são parte integrante do estudo. De modo geral, a PCA une o “saber fazer” e o “saber pensar” de forma que o pesquisador e os participantes sejam direcionados a um processo de reflexão de suas práticas cotidianas, guiando uma reconstrução contínua e indispensável na prática assistencial da enfermagem (TRENTINI; PAIM, 2004).

Diante disso, em consonância com os pressupostos da PCA a presente pesquisa busca a resolução/minimização dos problemas identificados na prática, pois se trata de um projeto de mestrado profissional associado à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde.

O referido programa de mestrado visa fortalecer os conhecimentos na área de saúde, elevando a qualificação profissional e motivando os profissionais de saúde para pesquisar temas de sua prática que possam contribuir para transformações no cotidiano do cuidado e para solucionar de modo inovador e criativo problemas na atenção à saúde em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Acredita-se que a produção do conhecimento na prática é uma

forma de penetrar nas visões da realidade dos profissionais de saúde, por meio de suas vivências e experiências com vistas a transformá-

la, entendendo que quanto maior for a agregação de experiências práticas e conhecimento teórico, maior será sua possibilidade de transformação (HU/UFSC, 2009).

Além disso, a pesquisadora desenvolveu atividades regulares de assistência no local de pesquisa e, desta maneira, conheceu o ambiente de estudo e o trabalho dos sujeitos por um período de dois anos. Deste modo, é pertinente o uso da PCA nesta pesquisa que objetiva a prevenção de quedas em idosos na área hospitalar por meio da proposta de um instrumento para avaliar vulnerabilidade às quedas nesta população, em conjunto com enfermeiros atuantes nas Clínicas Médicas do HU/UFSC.

5.2 TRAJETÓRIA DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

A PCA apresenta cinco fases (etapas metodológicas) compostas de vários passos consecutivos e inter-relacionados não necessariamente de forma linear, são elas: fase de concepção, de instrumentação, de perscrutação, de análise e de interpretação (TRENTINI; PAIM, 2004).

5.2.1 Fase de Concepção

Caracteriza-se pela concepção de uma ideia e o tratamento dela, avaliando e construindo seu potencial pesquisável, delimitando seus objetivos e formulando um método para que os questionamentos do estudo sejam respondidos, bem como, angariando instrumentos dentro da sustentação teórica (TRENTINI; PAIM, 2004).

A concepção compreende a fase inicial da pesquisa e inclui a introdução e justificativa do tema, definição da questão de pesquisa, objetivo, sustentação teórica e revisão da literatura (TRENTINI; PAIM, 2004). Essa fase está descrita nos capítulos 1, 2, 3 e 4.

5.2.2 Fase de Instrumentação

A instrumentação corresponde às seguintes decisões metodológicas: escolha do local da pesquisa, dos participantes, dos métodos e técnicas para obtenção e análise dos dados (TRENTINI; PAIM, 2004).

5.2.2.1 Local do estudo

Para Trentini e Paim (2004) o cenário escolhido para a pesquisa é compreendido como aquele onde se estabelecem as relações sociais inerentes aos objetivos e finalidade da pesquisa, ou seja, onde foi identificado o problema a ser solucionado ou as mudanças a serem feitas.

Assim, os cenários eleitos para o desenvolvimento desta pesquisa foram as unidades de CM 1 e 2 do HU/UFSC, no município de Florianópolis SC. O hospital foi inaugurado em maio de 1980 e, desde então, presta atendimento totalmente público para comunidade local do estado de Santa Catarina, turistas e visitantes de Florianópolis, sem distinção. Atua nos três níveis de assistência à saúde: básico; secundário e terciário. Destaca-se pelo seu atendimento de emergência 24 horas (400 pacientes/dia), atenção humanizada ao parto e ao recém-nascido (Hospital Amigo da Criança) e é referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas, com grande demanda na área de câncer e cirurgias de grande porte nas diversas especialidades, incluindo transplante hepático (HU/UFSC, 2014).

Há grande demanda da população, que vê o HU como centro de atendimento público e gratuito de elevado nível de competência técnica, atendimento humanizado e resolutivo. Em outubro de 2004, o HU/UFSC foi reconhecido como Hospital de Ensino por meio de credenciamento junto aos Ministérios da Educação e da Saúde, de acordo com o que preconizou a Portaria Interministerial nº 1000, de 15 de abril de 2004, sendo então concebido na perspectiva do trinômio ensino, pesquisa e extensão (HU/UFSC, 2014).

A instituição é mantida com recursos provenientes do Ministério da Educação (MEC) e presta assistência nas áreas de: terapia intensiva, clínica médica, clínica cirúrgica, tratamento dialítico ambulatorial e em regime de internação, ginecologia e obstetrícia, pediatria e neonatologia. No atendimento externo possui o serviço de emergência adulto, emergência ginecológica e obstétrica, emergência pediátrica, e, o ambulatório de especialidades multiprofissional. Além destas unidades, o hospital mantém a Farmácia Hospitalar, o Laboratório de Análises Clínicas, Banco de Sangue, Radiologia (Radiografia, Ultrassonografia e Tomografia Computadorizada), Serviço de Hemodinâmica, Ambulatório de Quimioterapia (com consultas multiprofissionais e administração de quimioterápicos), Cardiologia (exames diagnósticos), Cirurgia Ambulatorial, Centro Cirúrgico e Centro de Material e Esterilização (HU/UFSC, 2014).

As dificuldades de gerências e de financiamento impostas pela conjuntura atual, e tabelas de pagamentos de serviços defasadas em relação aos custos operacionais, a crise dos Hospitais Universitários pela dificuldade de modernização de equipamentos e obras, racionalização de procedimentos e investimentos no treinamento de recursos humanos, em todos os níveis tem se constituído em grande desafio, especialmente na área de recursos humanos. Sendo inclusive fechada a Clínica Médica 3 em abril de 2013, que constava com 30 leitos das mais diversas especialidades, devido quantidade insuficiente de funcionários, represando grande quantidade de pacientes no setor de emergência adulto, uma vez que as internações hospitalares se dão por meio dos ambulatórios do HU ou de seu Serviço de Emergência (HU/UFSC, 2014).

Para realização deste estudo, foram selecionadas as duas unidades de CM em funcionamento no período da coleta de dados. Esta escolha se deu porque durante atuação como residente nesta instituição, percebeu-se número elevado de pacientes idosos internados, bem como maior tempo de internação destes. Além disso, sabe-se que apenas o serviço de emergência possui protocolo para notificação de quedas na instituição, mas percebe-se empiricamente a elevada ocorrência deste evento nas CM. Corroborando com estas observações, Brasil (2013d) afirma que os índices de quedas são mais elevados em unidades de internação clínicas, unidades de neurologia e oncologia, nas quais os pacientes apresentam maior média de idade, longo tempo de permanência e grande complexidade assistencial.

As unidades de CM 1 e CM 2 ficam situadas no terceiro andar do hospital. Os espaços contam com corredor central, posto de enfermagem, sala de medicação, sala de procedimentos, banheiro e sala de descanso para funcionários, sala de passagem de plantão, sala de equipamentos, sala da chefia de enfermagem, rouparia, copa e expurgo. Na CM 1 há ainda uma pequena área para lazer dos pacientes, com uma mesa que geralmente é utilizada para jogos.

CM 1 possui 11 quartos com 21 leitos ao todo, sendo um de isolamento com antessala e banheiro exclusivos. Atende as especialidades dos Serviços de Gastroenterologia, Pneumologia, Reumatologia e Clínica Médica. A equipe de enfermagem é composta por nove enfermeiros, sendo que um destes exerce o cargo de chefia da unidade, e por 25 auxiliares e técnicos de enfermagem. No período matutino a unidade conta, em média, com dois enfermeiros e cinco auxiliares e técnicos de enfermagem. No período vespertino são, em média, um enfermeiro e quatro auxiliares e técnicos de enfermagem.

Durante o período noturno, em média, há um enfermeiro e três auxiliares e técnicos de enfermagem.

Já a CM 2 tem 12 quartos com 25 leitos ao todo, havendo apenas um quarto com estrutura adequada para isolamento. Atende as especialidades dos Serviços de Clínica Médica, Cardiologia, Neurologia, Endocrinologia e Hematologia. A equipe de enfermagem é constituída por oito enfermeiros (um exerce o cargo de chefia da unidade) e 24 técnicos de enfermagem. No período matutino, a unidade conta, em média, com dois enfermeiros e cinco auxiliares e técnicos de enfermagem. No período vespertino, com um enfermeiro e quatro auxiliares e técnicos e no noturno com um enfermeiro e três auxiliares e técnicos de enfermagem.

Em ambas as unidades, as jornadas de trabalho dos funcionários de enfermagem, nos períodos matutino e vespertino, são de seis horas e, no noturno, de 12 horas. Tendo como horário matutino das 7h às 13h, vespertino das 13h às 19h e no período noturno das 19h às 7h. A cobertura dos finais de semana é realizada em esquema de plantão de 12 horas.

5.2.2.2 Participantes do estudo

De acordo com Trentini e Paim (2004), a PCA não estabelece critérios rígidos para a seleção da amostra, pois não valoriza o princípio da generalização. Como valoriza a representatividade referente à profundidade e diversidade das informações, deve ser constituída por sujeitos envolvidos no problema de pesquisa, e entre esses, os que têm mais condições para contribuir com informações que possibilitem abranger todas as dimensões do problema em estudo.

Como já citado anteriormente, na PCA os participantes são parte integrante do estudo, não assumindo apenas a condição de informantes. Assim, a amostra do estudo geralmente é pequena para adequar-se às condições do espaço assistencial (TRENTINI; PAIM, 2004).

Desta forma, foram convidados a participarem do estudo enfermeiros que trabalham nas CM do HU/UFSC, por serem os responsáveis pelo planejamento das ações de enfermagem a serem desempenhadas durante o cuidado aos idosos internados nas referidas clínicas.

Como critérios de inclusão para os participantes do estudo, foram definidos: ser funcionário do HU/UFSC, enfermeiro atuante nas CM 1 e 2 há no mínimo seis meses, considerando a data da coleta de dados.

Como critérios de exclusão tiveram-se: enfermeiros que estavam afastados do serviço no período de coleta de dados ou que estavam atuando há menos de seis meses.

Participaram do estudo 12 enfermeiros. Para determinar a quantidade de participantes, seguiu-se o princípio da saturação dos dados, contemplando funcionários de todos os turnos de trabalho: matutino, vespertino e noturno, abrangendo as duas clínicas médicas da instituição. Os sujeitos do estudo foram identificados pela letra “E” seguida do número por ordem de entrevista.

5.2.2.3 Métodos e técnicas para coleta de dados

A PCA não estabelece técnicas específicas de coleta e análise das informações. Nessa modalidade de pesquisa, podem-se utilizar as mais variadas técnicas, desde que essas tenham consonância com os critérios da PCA os quais incluem: ter como propósito a resolução ou minimização de problemas, introduzir inovações no campo da prática e ser desenvolvida concomitantemente com o trabalho do pesquisador, envolver de maneira participativa as pessoas investigadas e reconhecer dados obtidos no processo da prática assistencial como dados de pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004).

Deste modo, optou-se pelo uso da entrevista, que tem por objetivo a obtenção de informação sobre um determinado assunto através da fala, constituindo-se num método comumente utilizado em pesquisa qualitativa. É um artifício em que a receptividade e a espontaneidade do entrevistador resultam em aprofundamento da informação (TRENTINI; PAIM, 2004).

As vantagens para a utilização da entrevista como método de coleta de dados referem-se a: flexibilidade na obtenção das informações, a observação do entrevistado e seu comportamento não verbal, diferentes formulações da pergunta a fim de alcançar a compreensão do entrevistado e a obtenção de informações mais precisas (CHAVES; DOMINGUES, 2006).

O conteúdo que se deseja obter em uma entrevista pode ser denominado de dados concretos, quando se refere a fatos que o pesquisador poderia conseguir através de outra fonte (documentos, estatísticas, etc.), ou ainda, de dados subjetivos, que se referem às atitudes, valores, opiniões e sentimentos dos entrevistados (CHAVES; DOMINGUES, 2006).

A entrevista pode ser conduzida de várias maneiras, como: a entrevista estruturada, semiestruturada e aberta. A entrevista com roteiro

semiestruturado, foco desta pesquisa, parte de um tema e seus tópicos, aprofundando o assunto à medida que o entrevistador e o entrevistado alcançam um considerável nível de interação e espontaneidade. Entretanto, o entrevistador deve estar atento à direção da conversa a fim de que possa obter informações úteis ao seu objeto de estudo (TRENTINI; PAIM, 2004).

O entrevistador não necessita seguir criteriosamente seu roteiro de entrevista, tampouco abordar os entrevistados religiosamente de uma mesma maneira. Chaves e Domingues (2006) relatam ainda que a entrevista semiestruturada permite a formulação de perguntas complementares, não contidas no roteiro da entrevista, a fim de aprofundar a discussão.

Para entrevistas formais é recomendado que entrevistador e entrevistado estabeleçam local, data, horário e duração da entrevista, a fim de que seja respeitada a liberdade do participante, a privacidade de entrevista e a não interrupção da mesma. Além disso, podem ser traçados previamente os objetivos a serem alcançados com o encontro (CHAVES; DOMINGUES, 2006). Porém, a entrevista também pode ser realizada informalmente, em um único espaço de tempo ou em etapas. A entrevista realizada em um único encontro, conforme cita Trentini e Paim (2004), é indicada para discussões que requeiram um curto período de tempo para abordagem (no máximo 20 minutos) ou quando o acesso ao participante seja difícil, sendo esta técnica de entrevista utilizada no estudo uma vez que os participantes foram abordados no local e horário de trabalho.

O maior número de entrevistados, segundo Lefevre e Lefevre (2003), aumenta, em princípio, a probabilidade de que dos dados sejam obtidos com maior profundidade e fidedignidade com a realidade estudada. Entretanto, a análise em pesquisa qualitativa, quando originária de uma grande amostra, implica em dificuldade técnica e operacional de reflexão/análise, visto que, os depoimentos se configuram, comumente, como densos e complexos. Portanto, estes autores defendem a qualidade do resultado da coleta de dados, com ênfase nos desdobramentos e na construção do processo de pesquisa, e não na quantidade de dados obtidos.

5.2.3 Fase de perscrutação

Nesta fase são eleitas as estratégias utilizadas para a obtenção dos dados, descrevendo suas particularidades. As estratégias nascem da criatividade do pesquisador e devem ter aderência ao método. O que

garante as estratégias utilizadas é o caráter de convivência e intimidade, ou seja, de familiaridade com os dados e os registros. Ela deve dar precisão, confiabilidade, fidelidade e outras qualidades exigidas de informações de pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004).

5.2.3.1 Coleta de dados

A primeira etapa da coleta de dados foi realizada apenas pelo autor, com fundamentação em literatura consultada, nos meses de março a setembro de 2014 e sem participação dos sujeitos da pesquisa. Foi realizada avaliação crítica dos itens que compõem o IAQI, selecionando fragmentos relacionados à mobilidade e à área hospitalar. Com os itens selecionados, a avaliação da mobilidade foi subdividida em individual e ambiental, a primeira foi composta pelos itens: identificação; órgãos dos sentidos - visão; sistema músculo esquelético - membros inferiores; AVD – Índice de Katz; mobilidade - marcha; escala de avaliação do equilíbrio e da marcha – Índice de Tinetti; histórico de quedas e fraturas. Na mobilidade ambiental foi incluído: escala ambiental de risco de quedas.

Na avaliação do equilíbrio e marcha, foi substituído o instrumento utilizado no IAQI, pelo Índice de Tinetti, por tratar-se de escala já validada e com aplicação mais objetiva do que o encontrado no IAQI; Escala de Katz também sofreu alteração na sua apresentação, com opção por modelo com itens objetivos que facilitam preenchimento; Escala Ambiental de Risco de Quedas, teve termos alterados pelo autor, buscando adequar avaliação ao ambiente e estrutura física hospitalar, procurando enfatizar avaliação de locais onde ocorre maior número de quedas conforme relatos da literatura consultada. Na avaliação do sistema músculo-esquelético focou-se somente os membros inferiores. No histórico de quedas e fraturas foi acrescentado relato do número de quedas sofridas nos últimos três anos e no último ano, pois são preditores de quedas futuras. Os demais itens selecionados não sofreram acréscimos, apenas sendo ocultados itens que não foram considerados relativos ao tema (mobilidade e área hospitalar).

Com enfoque na mobilidade, foi proposto então um instrumento inicial para avaliação das quedas em idosos hospitalizados (Apêndice A). Na segunda etapa da coleta de dados, este instrumento foi apresentado aos enfermeiros atuantes nas CM, sendo discutida adequação para viabilizar seu uso nos setores onde foi desenvolvido o estudo. Assim, esta etapa se constituiu em momento de construção

coletiva, para definição da proposta do instrumento para avaliar quedas em idosos.

Os dados das entrevistas foram coletados nos meses de setembro e outubro de 2014. Para a realização das entrevistas individuais, os participantes foram abordados no horário de trabalho, retornando em outra data ou horário quando necessário. Antes do início de cada entrevista foi apresentado o objetivo da pesquisa e questionado sobre a permissão para gravação de áudio, que serviu para posterior transcrição e análise. Após consentimento, foi iniciada a entrevista seguindo o roteiro semiestruturado proposto (Apêndice B).

5.2.4 Fase de análise e interpretação dos dados

A PCA propõe-se a investigar fenômenos do contexto da prática assistencial, que geralmente são complexos e multifacetados por incluírem dimensões de natureza humana e tecnológica. Devido a esta complexidade, este tipo de pesquisa pode utilizar variados tipos de informações, que requerem o uso de uma variedade de métodos e técnicas de análise. Os processos de assistência, de coleta e de análise de informações devem ocorrer simultaneamente (TRENTINI; PAIM, 2004).

Para ordenação e organização dos dados, foi utilizado o processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que através da construção de um discurso coletivo na primeira pessoa do singular, expressa a referência de um conjunto de falas individuais semelhantes ou complementares. Segundo Lefèvre e Lefèvre (2003, p.16), “é um eu sintático que, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva na medida em que esse eu fala pela ou em nome de uma coletividade”.

A técnica do Discurso do Sujeito Coletivo busca justamente dar conta da discursividade, característica própria e indissociável do pensamento coletivo, buscando preservá-la em todos os momentos da pesquisa, desde a elaboração das perguntas, passando pela coleta e pelo processamento dos dados até culminar com a apresentação dos resultados (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

Lefèvre e Lefèvre (2003) propõem quatro figuras metodológicas para a confecção dos DSCs, quais sejam: as expressões chaves (ECHs), as idéias centrais (IC), a ancoragem (AC) e o DSC. As ECHs são pedaços, trechos ou transcrições contínuos ou descontínuos da fala que revelam a essência do conteúdo de um dado fragmento que compõe o discurso ou a teoria subjacente. Devem ser destacadas pelo pesquisador,

e revelam a essência do depoimento ou, mais precisamente, do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento.

As IC são expressões lingüísticas que revelam ou descrevem de maneira mais sintética e precisa possível o sentido, ou o sentido e o tema, de cada conjunto homogêneo de ECHs e que vão dar origem ao DSC. A AC é a expressão de uma teoria, ideologia ou crença religiosa adotada pelo autor do discurso e que, inconscientemente, estão subjacentes às práticas cotidianas da população ou dos profissionais.

O DSC é uma agregação, ou soma, não matemática de pedaços isolados de depoimentos, de modo a formar um todo discursivo coerente, em que cada uma das partes se reconheça como constituinte desse todo, é um discurso síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pela “colagem” das ECHs que têm a mesma IC ou ancoragem.

Na construção do DSC, devem-se considerar os seguintes princípios: coerência entre os discursos; posicionamento próprio de cada discurso sobre o tema; tipos de distinção entre os DSCs quando uma resposta apresenta mais de um DSC (estes podem ser distintos por critérios de diferença/antagonismo ou complementaridade); produzir uma artificialidade natural como se uma só pessoa falasse pelo grupo (limpar particularidades das partes selecionadas).

5.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi realizado seguindo os preceitos éticos conforme as Diretrizes e Normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Desta forma, foram garantidos os referenciais básicos da bioética: sigilo, anonimato, autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. De modo a assegurar a confidencialidade dos dados e nomes dos profissionais envolvidos no estudo (BRASIL, 2012).

Este projeto consiste num fragmento do macroprojeto intitulado “Estratégias teórico-operacionais direcionadas aos idosos com Doença de Parkinson que vivenciaram quedas em Santa Catarina” que foi registrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEPSH) sob o parecer nº 759.086 de 25/08/14 (Anexo A). A utilização do Termo de Consentimento Livre e Informado – TCLE (Apêndice C) visou garantir principalmente a autorização consciente para o uso das informações obtidas. A recusa de participação não implicou em prejuízos pessoais ou em alguma forma de constrangimento para os sujeitos.

6. RESULTADOS

Conforme deliberado no art. 50º, parágrafo único do regimento do Curso de Mestrado Profissional Multidisciplinar em Saúde, os resultados e discussão deste estudo são apresentados por meio de três manuscritos. O primeiro intitulado: “Proposta de instrumento de avaliação de quedas em idosos para área hospitalar (IAQI Hospitalar)” refere-se à proposta de instrumento específico para área hospitalar, baseado em instrumento para avaliação da vulnerabilidade às quedas em idosos utilizadas na Estratégia de Saúde da Família, com enfoque para avaliação da mobilidade.

O segundo manuscrito intitulado: “Avaliação das quedas em idosos hospitalizados na clínica médica” trata de conhecer a percepção e avaliação dos enfermeiros sobre a vulnerabilidade às quedas em idosos nas Clínicas Médicas de um HU, bem como propor ações para prevenção desta ocorrência.

O terceiro manuscrito intitulado: “Proposta para histórico de enfermagem com avaliação da vulnerabilidade às quedas para idosos hospitalizados” traz proposta de instrumento para avaliação de quedas para os idosos hospitalizados em Clínicas Médicas de um HU. Este estudo culminou com proposta de reestruturação do histórico de enfermagem em uso nos setores estudados, inserindo avaliação de quedas para idosos hospitalizados (Apêndice D). Ainda como resultado da pesquisa, entende-se que a avaliação da mobilidade ambiental deve ser complementar ao histórico de enfermagem, uma vez que sua aplicação não é viável nem necessária para cada paciente idoso, podendo ser aplicada por quartos/enfermarias por tratar-se de avaliação estrutural do ambiente (Apêndice E).

6.1 MANUSCRITO I

PROPOSTA DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS PARA ÁREA HOSPITALAR (IAQI HOSPITALAR)

RESUMO

Pesquisa qualitativa com objetivo de propor instrumento para avaliação da vulnerabilidade às quedas em idosos hospitalizados segundo literatura científica. O estudo foi desenvolvido no período de março a setembro de 2014. O autor realizou avaliação dos itens que compõem o Instrumento de Avaliação de Quedas em Idosos (IAQI) utilizado na Estratégia de Saúde da Família e, com fundamentação em literatura consultada, selecionou os itens relacionados à vulnerabilidade a quedas em idosos hospitalizados, com enfoque para dimensão mobilidade. Foram adaptados e/ou acrescentados alguns componentes e instrumentos de avaliação funcional, que delinearão o IAQI Hospitalar, apresentado por meio de figura esquemática e fluxograma visual. Nele, a mobilidade foi subdividida em individual (identificação; órgãos dos sentidos; sistema músculo esquelético; avaliação atividades vida diária; avaliação do equilíbrio e da marcha; histórico de quedas e fraturas) e ambiental (escala ambiental de risco de quedas). O IAQI Hospitalar auxilia na determinação do perfil individual e vulnerabilidade do idoso hospitalizado, para que sejam programadas ações de prevenção das quedas.

Palavras chave: Idoso. Acidentes por Quedas. Hospitalização. Enfermagem.

ABSTRACT

Qualitative research with the aim of proposing an instrument for assessing the vulnerability to falls in the elderly hospitalized according to scientific literature. The study carried out in the period March to September 2014. The author conducted evaluation of the items that make up the assessment tool of falls in the elderly (IAQI) used in the family health strategy and, with justification in the literature consulted, have chosen the items related to vulnerability to falls in the elderly hospitalized, focusing for mobility dimension. Were adapted and/or added some components and functional assessment instruments, which outlined the IAQI hospital, presented through schematic figure and

visual flowchart. In it, the mobility was subdivided into individual (ID; sense organs; skeletal muscle system; daily life activities; assessment of balance and gait assessment; history of falls and fractures) and environmental (environmental scale of risk of falls). The Hospital IAQI assists in determining the individual profile and vulnerability of the elderly hospitalized, to be programmed actions of prevention of falls.

Keywords: Aged. Accidental Falls. Hospitalization. Nursing.

RESUMEN

Cualitativo de investigación con el objetivo de proponer un instrumento para la evaluación de la vulnerabilidad a las caídas en los ancianos hospitalizados según la literatura científica. El estudio se llevó a cabo en el período de marzo a septiembre de 2014. El autor realizó la evaluación de los elementos que conforman el instrumento de evaluación de las caídas en los ancianos (IAQI) utilizado en la estrategia de salud de la familia y, con la justificación en la literatura consultada, eligieron a los artículos relacionados con la vulnerabilidad a las caídas en los ancianos hospitalizados, centrándose para la dimensión de la movilidad. Fueron adaptados o añadido algunos componentes e instrumentos de evaluación funcional, que contorneó el hospital IAQI, presentado a través de Figura esquemática y diagrama de flujo visual. En él, el movilidad se subdividió en individual (ID de órganos de los sentidos sistema músculo-esquelético; actividades cotidianas; evaluación del equilibrio y marcha evaluación; historia de caídas y fracturas) y ambiental (escala ambiental de riesgo de caídas). Asiste al Hospital IAQI en para determinar el perfil individual y la vulnerabilidad de los ancianos hospitalizados, a ser programado acciones de prevención de caídas.

Palabras clave: Anciano. Accidentes por Caídas. Hospitalización. Enfermería.

INTRODUÇÃO

O mundo apresenta alterações relevantes em relação à composição etária de sua população, com acelerado processo de envelhecimento decorrente da redução nas taxas de natalidade e mortalidade, associadas ao aumento na expectativa de vida. Estima-se que em 2030, o quantitativo de idosos no Brasil irá superar o de crianças e adolescentes, em quatro milhões (IBGE, 2009).

Paralelamente ao incremento do contingente de idosos na população, evidencia-se maior ocorrência das doenças e incapacidades,

dentre estas se destaca o risco para quedas, institucionalização, incapacidades e morte antecipada (BRASIL, 2006). O próprio processo de envelhecimento é vivenciado com alterações biológicas, psicológicas e sociais, como diminuição da acuidade visual e alteração na marcha que podem tornar o indivíduo mais vulnerável às situações adversas.

Compreende-se vulnerabilidade como a interação de diferentes graus e naturezas de suscetibilidades que expõem a pessoa ao adoecimento ou a eventos como as quedas, principalmente nos idosos. A definição de vulnerabilidade considera particularidades de cada situação, questões individuais, sociais, políticas, econômicas e culturais, bem como a oferta de serviços de saúde (GIRONDI et al., 2010). A vulnerabilidade está associada à fragilidade do idoso, relatada como síndrome multidimensional, evidenciada por diminuição da reserva energética com alterações nos sistemas muscular, neuroendócrino e imunológico, que podem tornar o idoso mais vulnerável aos estressores físicos e psicológicos, aumentando a suscetibilidade a eventos adversos (FRIED et al., 2001).

Concernente à fragilidade e vulnerabilidade, destaca-se a ocorrência de quedas nos idosos. Estes acidentes não devem ser considerados com eventos normais associados ao envelhecimento e, por isso, todos os episódios devem ser investigados (HAMMERSCHMIDT; SANTOS, 2012). Segundo Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG (2008), a queda pode ser definida como o deslocamento não intencional do corpo para um nível mais baixo à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil. Possui etiologia multifatorial, resultante da interação de fatores intrínsecos (problemas individuais), extrínsecos (problemas ambientais) e comportamentais (grau de exposição ao risco) (HAMMERSCHMIDT; SANTOS, 2012).

Dados epidemiológicos brasileiros apontam que vivenciam quedas anualmente 32% dos idosos com idade entre 65 e 74 anos, 35% entre 75 e 84 anos e 51% acima desta idade (GASPAROTTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014).

As quedas são eventos adversos comumente encontrados na área hospitalar, sendo responsáveis por dois em cada cinco eventos indesejáveis relacionados à segurança do paciente. As lesões decorrentes de quedas ocorrem entre 15% a 50% dos eventos, resultando em ampla variedade de danos como físicos (fraturas, lesões cerebrais traumáticas, escoriações, hematomas), psicológicos (medo de cair com insegurança na locomoção), sociais (isolamento decorrente do medo de cair novamente e redução da capacidade funcional), além da retirada não

programada e/ou desconexão de diversos artefatos terapêuticos. Desta forma, a queda ocasiona aumento no tempo de internação e no custo do tratamento, além de reduzir a confiabilidade em relação aos serviços de enfermagem (CORREA et al., 2012).

Assim, durante o processo de hospitalização do idoso, deve-se atentar para o aumento da vulnerabilidade às quedas, pois nestas situações, os idosos geralmente apresentam condições agudas, tais como: delírio, infecções sistêmicas, doenças cardiovasculares, neurológicas e musculoesqueléticas e ainda causas relacionadas com os efeitos colaterais de medicamentos (HEALEY et al., 2011). O ambiente hospitalar desconhecido pode acentuar o risco aliado as comorbidades como: demência, incontinência urinária e problemas de equilíbrio, força, mobilidade e visão. Estudos indicam que as quedas na área hospitalar ocorrem três vezes mais do que na comunidade. Mesmo quando não associado à comorbidade, o ambiente hospitalar muitas vezes é totalmente desconhecido para o idoso, o que pode levar à perda de sua privacidade e independência, podendo ocasionar situações de confusão e/ou desorientação. Assim, a prevenção é artifício crucial da segurança do paciente, havendo diversos recursos para identificar e reduzir a vulnerabilidade às quedas (CAMERON et al., 2010).

Considerando o impacto das quedas na vida da população idosa, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) objetivou prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos (incidentes com danos ao paciente) nos serviços de saúde, qualificando o cuidado em todos os estabelecimentos de saúde, públicos e privados, do território nacional (BRASIL, 2013a).

Para orientar os profissionais na ampliação da segurança do paciente foram desenvolvidos os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, dentre eles, destaca-se o Protocolo de Prevenção de Quedas, com finalidade de reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano decorrente destes eventos, por meio da implantação e implementação de medidas que englobem a avaliação de risco do paciente, garantam cuidado multiprofissional em um ambiente seguro e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c).

As intervenções para redução do número de quedas na área hospitalar incluem: avaliação do risco de quedas; identificação do paciente que apresenta risco, com sinalização à beira do leito ou pulseira; agendamento dos cuidados de higiene pessoal; revisão periódica da medicação; atenção aos calçados usados pelos pacientes;

educação dos pacientes e profissionais; revisão da ocorrência de queda para identificar possíveis causas (BRASIL, 2013b).

Outra medida que pode auxiliar na prevenção de quedas na área hospitalar é a formulação de instrumento para avaliar vulnerabilidade às quedas em idosos hospitalizados. Tal instrumento pode ser utilizado pelo enfermeiro, na admissão e no seguimento do cuidado ao idoso hospitalizado, visando identificar os que apresentam maior vulnerabilidade às quedas, na tentativa de implementar medidas para prevenção desta ocorrência. Por conseguinte, os serviços de atenção à saúde devem ter disponíveis recursos que permitam fazer diagnósticos corretos da situação de cada idoso para, posteriormente, planejar as intervenções mais adequadas (FONSECA; RIZZOTTO, 2008).

Deste modo, o presente estudo tem como questão de pesquisa: como deve ser constituído instrumento para avaliação da vulnerabilidade às quedas em idosos na área hospitalar? Tem-se como objetivo propor instrumento para avaliação da vulnerabilidade às quedas em idosos hospitalizados segundo literatura científica.

MÉTODOS

Trata-se de pesquisa qualitativa, que possibilita conhecer processos sociais referentes a certos grupos e propicia construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2010).

O estudo foi desenvolvido no período de março a setembro de 2014, foi composto por três etapas: 1) avaliação dos itens que compõem o Instrumento de Avaliação de Quedas em Idosos (IAQI) utilizado na Estratégia de Saúde da Família, construído por Mallmann (2010); 2) análise crítica dos itens relacionados à vulnerabilidade às quedas em idosos hospitalizados; 3) proposta de instrumento para ser utilizado na área hospitalar (IAQI Hospitalar), visando avaliar vulnerabilidade dos idosos às quedas a fim de evitá-las e proporcionar segurança ao paciente.

Na primeira etapa, foram avaliados pelo autor os itens do IAQI de Mallmann (2010), explorando, refletindo e buscando embasamento teórico para cada item, bem como orientações e diretrizes para execução/aplicação dos mesmos na prática. O instrumento de Mallmann (2010) foi escolhido por ter sua construção com pesquisa em base de dados, sendo fundamentado e avaliado por especialistas na área de gerontologia.

O IAQI elaborado por Mallmann (2010) foi planejado para ser utilizado como apoio ao processo de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família, considerando vulnerabilidade e fragilidade dos idosos para quedas. Sua estrutura foi embasada no Protocolo de Avaliação Multidimensional do Idoso de Moraes (2008), selecionando itens que se adequavam ao propósito do IAQI e excluindo os que não possuíam relação direta com as quedas em idosos. O Protocolo de Moraes (2008) é validado e composto por vários instrumentos que proporcionam diversas avaliações da pessoa idosa, tanto no âmbito da funcionalidade global como dos sistemas fisiológicos, além de apresentar avaliação do ambiente em que o idoso vive. As avaliações que compõem o protocolo são: revisão dos sistemas fisiológicos principais; avaliação da funcionalidade global como atividades da vida diária, atividades instrumentais da vida diária, mobilidade, marcha e equilíbrio; avaliação da cognição; avaliação ambiental e diagnósticos principais. Com sua utilização, pode-se elaborar plano de cuidados visando recuperar ou manter a independência e autonomia do idoso (MALLMANN, 2010).

Na segunda etapa, o autor realizou avaliação crítica dos itens que compõem o IAQI, com ênfase aos que se relacionam com a vulnerabilidade às quedas em idosos na área hospitalar e os que abordam mobilidade. Selecionou-se a mobilidade devido à sua relação como fator de risco para as quedas (CORREA et al., 2012).

Na terceira etapa do estudo, o autor selecionou fragmentos do IAQI relacionados às quedas na área hospitalar, visando à proposta do Instrumento de Avaliação de Quedas em Idosos Hospitalizados (IAQI Hospitalar). Para tanto foram selecionados os itens que poderiam ser aplicados pelos enfermeiros, adequando-se e/ou acrescentando-se alguns itens e instrumentos de avaliação funcional para facilitar a utilização na área hospitalar, os demais itens foram excluídos por não se adequarem à intenção.

Em respeito aos preceitos éticos para realização do estudo, foram utilizadas fontes de dados secundárias e consideradas as normas nacionais e internacionais sobre direitos autorais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

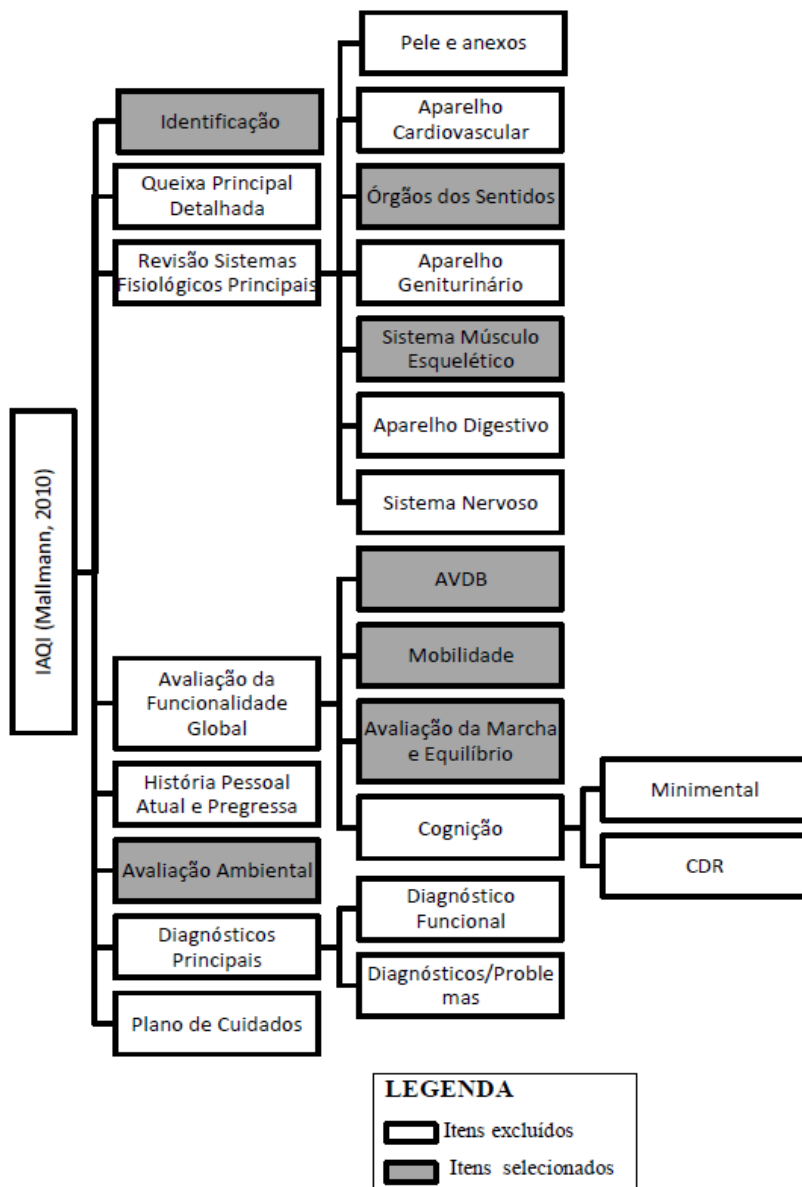
Dentre os fatores que influenciam nas quedas na área hospitalar, estão: uso de medicações alterando sistema nervoso central, idade acima de 60 anos e dificuldades na marcha (CORREA et al., 2012). Concernente à relevância desta dimensão para ocorrência de quedas em

idosos hospitalizados, foi enfocada a mobilidade como estrutura básica para constituição do instrumento proposto.

Com itens selecionados pelo autor, a avaliação da mobilidade foi subdividida em individual e ambiental, a primeira foi composta por: identificação; órgãos dos sentidos - visão; sistema músculo esquelético - membros inferiores; AVD – Índice de Katz; mobilidade - marcha; escala de avaliação do equilíbrio e da marcha – Índice de Tinetti; histórico de quedas e fraturas. Na mobilidade ambiental foi incluído: escala ambiental de risco de quedas.

Na figura 1 é apresentada a estrutura visual do IAQI de Mallmann (2010) com destaque para os itens selecionados para o IAQI Hospitalar.

Figura 1 – Instrumento de Avaliação de Quedas em Idosos Hospitalizados (IAQI Hospitalar): composição; fluxograma visual da construção do IAQI Hospitalar adaptado de Mallmann (2010).



O instrumento de Mallmann (2010) inicia com a identificação do idoso. Este item é fundamental para avaliação da vulnerabilidade individual e social às quedas, pois contempla aspectos relacionados ao gênero, profissão, idade, estado civil, raça (auto referenciada), escolaridade, endereço e telefone, bem como informações sobre cuidador ou informante.

Na identificação do idoso, a faixa etária e o gênero merecem destaque, pois a ocorrência de quedas aumenta gradualmente acima dos 65 anos, sendo mais frequente nas mulheres do que nos homens (na mesma faixa etária) (ALMEIDA; ABREU; MENDES, 2010). A maior ocorrência de quedas em mulheres do que em homens pode ser explicada pelo pior estado funcional, maior morbidade e maior exposição às atividades domésticas (LOJUDICE et al., 2010). Concernente à faixa etária, 28% a 35% de pessoas acima de 65 anos de idade caem ao menos uma vez no ano no mundo, esta proporção aumenta para até 42% quando a idade ultrapassa os 70 anos (GASPAROTTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014).

Em relação ao estado civil, é importante enfatizar que o idoso que vive sozinho apresenta maior vulnerabilidade às quedas (GASPAROTTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014; SIQUEIRA et al., 2011). Isto pode ser explicado pelo fato de precisarem desempenhar muitas tarefas por não ter mais o companheirismo e cooperação mútua, comum entre os casais nos cuidados a saúde. Ainda a baixa escolaridade pode trazer implicações na vulnerabilidade às quedas, pois gera limitações que podem interferir de forma significativa na compreensão e seguimento de orientações direcionadas ao idoso (RAMOS et al., 2011).

Na existência de cuidador familiar, foi inserido grau de parentesco, pois é relevante para compreensão da dinâmica dos cuidados ao paciente em foco, envolvimento da rede familiar, além do fato que a presença de familiares durante a internação pode auxiliar na prevenção de quedas (PAIVA et al., 2010).

O segundo item, órgão dos sentidos, foi mantido enfoque para visão, pois há relação entre auto percepção da visão ruim e a ocorrência de quedas, uma vez que a visão deficiente aumenta dificuldade de permanecer estável diante de ambientes e tarefas complexas (LOJUDICE et al., 2010). Apesar de importante, foi retirado o teste de visão de Snellen devido à necessidade de espaço físico e materiais específicos para sua realização, além de maior tempo para aplicação do instrumento.

A avaliação do sistema músculo esquelético foi direcionada para os membros inferiores por acreditar-se que alterações nestes aumentam a vulnerabilidade às quedas. Foram incluídas questões sobre: dor, rigidez e fraqueza ou peso nos membros inferiores, além da avaliação de alterações nos pés que são modificações funcionais do processo de envelhecimento no idoso e influenciam diretamente a transferência e locomoção, propiciando maior chance de queda (FONSECA; RIZZOTTO, 2008). A fraqueza muscular diminui a eficiência do músculo em responder a distúrbios da postura, levando ao desequilíbrio que é fator desencadeante de quedas (FERREIRA; CAETANO; DAMÁZIO, 2011). Há também relação entre dor em membros inferiores, imobilidade e maior predisposição às quedas (LOJUDICE et al., 2010).

Em relação à avaliação funcional, considerou-se fundamental manter item para verificar o desempenho das atividades cotidianas dos idosos, devido existência de relação com a vulnerabilidade às quedas. A capacidade funcional é um dos grandes componentes da saúde do idoso que vem emergindo como foco importante para avaliação da saúde desta população. Os fatores fortemente associados com as capacidades funcionais são demográficos, socioeconômicos, relacionados à saúde, relações sociais e a auto percepção da saúde (FONSECA; RIZZOTTO, 2008).

No instrumento proposto neste estudo, foi utilizada a escala de Katz adaptada para avaliar as Atividades de Vida Diária Básicas (AVDB), com itens objetivos para facilitar a aplicação do instrumento na área hospitalar. Em idosos que necessitam de ajuda nas AVD, a chance de cair aumenta em 14 vezes. Além disso, o grau de dependência e funcionalidade do idoso é fator primordial que afeta sua relação com o meio, condicionando sua forma de ultrapassar os obstáculos e barreiras do ambiente (ALMEIDA; ABREU; MENDES, 2010).

O Índice de Katz ou Índice de Atividades de Vida Diária foi desenvolvido para avaliar o funcionamento físico em relação ao auto cuidado nos portadores de doenças crônicas. Katz e sua equipe demonstraram que a recuperação do desempenho funcional de seis atividades consideradas básicas da vida cotidiana de idosos incapacitados (banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, ser continente e alimentar-se) era semelhante à sequência observada no processo de desenvolvimento da criança. Segundo a versão original desta escala, os idosos eram classificados como independentes, parcialmente dependentes ou totalmente dependentes, conforme sua capacidade de desenvolverem cada uma das seis atividades propostas

sem supervisão, orientação ou qualquer tipo de auxílio direto (KATZ et al., 1963).

Os métodos habituais de se realizar avaliação funcional estruturada consistem em observação direta e mensuração da capacidade de realização das atividades cotidianas, esta pode se dar por meio de testes de desempenho e por questionários auto aplicados ou entrevistas face a face, sistematizadas por uma série de escalas que verificam os principais componentes de cada dimensão (FONSECA; RIZZOTTO, 2008). Optou-se pela escala adaptada por Freitas, Miranda e Nery (2002), a qual apresenta itens objetivos que tornam mais ágil seu preenchimento e um ponto de corte para independência e dependência, inexistentes na escala original. Para cada confirmação da realização da atividade, soma-se um ponto e cada negação da realização da atividade tem pontuação zero. A pontuação de zero a dois indica dependência importante, de três a cinco indica dependência parcial e pontuação igual a seis indica que o idoso é independente (FREITAS; MIRANDA; NERY, 2002).

Manteve-se também referência à mobilidade do indivíduo idoso antes do processo que levou à internação hospitalar. Esta informação amplia a compreensão do estado prévio deste paciente para, a partir de então, avaliar as alterações decorrentes do processo patológico e a vulnerabilidade às quedas no momento da hospitalização. Foi mantido somente o tópico marcha que diz respeito à necessidade de ajuda ou objeto de apoio para deambulação. Foi excluída a avaliação de subir escadas, devido dificuldade em aplicá-la na área hospitalar. Reforça-se importância da avaliação da mobilidade, uma vez que o idoso que necessita de ajuda para deambular apresenta grande comprometimento do equilíbrio e força muscular, o que colabora para maior instabilidade postural que predispõe às quedas (FERREIRA; CAETANO; DAMÁZIO, 2011). Além disso, o idoso com marcha livre ou que utiliza bengala possui maior liberdade de locomoção e sensação de segurança, em comparação ao idoso que faz uso de andador ou cadeira de rodas, fazendo com que se exponha cada vez mais e caia mais vezes (FERREIRA; YOSHITOME, 2010).

Para avaliação da marcha e equilíbrio, foi substituído o instrumento de avaliação quantitativa e qualitativa da marcha e equilíbrio (*Get up and go + timed up and go*) utilizado por Mallmann (2010). Optou-se pelo Índice de Tinetti (TINETTI; WILLIAMS; MAYEWSKI, 1986), pois seu modelo com questões objetivas facilita compreensão e aplicação do instrumento. Este detecta alterações na locomoção, diagnóstica e quantifica a gravidade do comprometimento,

predizendo assim o risco de queda; ele é composto por duas escalas: de equilíbrio e de marcha, onde a primeira possui nove itens (equilíbrio sentado, levantado, tentativas de levantar, assim que levanta, equilíbrio em pé, teste dos três tempos, olhos fechados, girando 360° e sentado). A segunda escala, por sua vez, possui sete itens (início da marcha, comprimento e altura dos passos, simetria dos passos, continuidade dos passos, direção, tronco e distância dos tornozelos). A pontuação total do Índice é de 28 pontos, pontuação menor que 19 indica risco cinco vezes maior de quedas (CARVALHO; PEIXOTO; CAPELLA, 2007).

Outro item subsequente no instrumento proposto para uso hospitalar foi o histórico de quedas e fraturas, pois a história de queda no ano anterior é uma das variáveis mais importantes para a previsão de quedas futuras. Mais de dois terços dos idosos que vivenciam uma queda cairão novamente nos seis meses subsequentes. Assim, a prevalência de quedas recorrentes entre idosos é fator de risco importante para novas quedas, além de poder desencadear o medo de cair novamente que compromete a confiança e funcionalidade do idoso. O número de quedas foi dividido nos períodos: últimos três anos e último ano. Em relação à causa/circunstância e tempo de permanência no chão, foi especificada a última queda, pois o indivíduo pode ter vivenciado várias quedas e a resposta possivelmente não será exata. A informação sobre a circunstância da queda pode direcionar a avaliação para a causa do evento, por exemplo: cair após se levantar de uma posição mais baixa pode estar relacionado à hipotensão postural; quedas após tropeço ou escorregão indicam presença de fator ambiental ou problemas de marcha, equilíbrio e visão (FERREIRA; YOSHITOME, 2010).

No item sobre histórico de fraturas, além daquelas de fêmur, vértebra e antebraço, também foi acrescentada opção para fratura de pelve que é comum nas quedas em idosos e também foi questionado o motivo da fratura sofrida, quando acidental. Entre as fraturas decorrentes de quedas em idosos, as mais comuns são as de quadril (25%), sendo mais prevalentes em indivíduos acima de 75 anos. Cerca de 25% dos idosos com este tipo de fratura morrem após seis meses do evento e 60% apresentam incapacidade de realizar suas funções habituais (FERREIRA; YOSHITOME, 2010).

Na segunda parte, referente à mobilidade ambiental, foi adequada a escala ambiental de risco de quedas do IAQI. A descrição dos locais de circulação do indivíduo foi resumida em quarto, corredor e banheiro, pois são as áreas de maior circulação do idoso hospitalizado e, por isso, locais mais comuns para ocorrência de quedas. Assim, 30% das quedas

ocorrem quando o paciente sai do leito e vai para o banheiro, a presença de chão molhado e pressa de chegar ao vaso sanitário agravam ainda mais esta situação (PAIVA et al., 2010).

O termo guarda-roupa foi substituído por armário por ser mais genérico e adaptado ao ambiente hospitalar. Foi acrescentado item referente à presença de grades laterais nas camas, travas nas rodas das camas e campainha acessíveis, pois metade das quedas em pacientes hospitalizados ocorre à beira do leito, quando o paciente está se deitando ou levantando da cama (PAIVA et al., 2010).

A avaliação das escadas foi mantida apesar de não fazer parte da estrutura interna da unidade de internação, mas por poder ser utilizada para acesso a outras áreas do hospital como setores de exames. Foi acrescentada ainda a avaliação do elevador por ser meio de locomoção presente geralmente em diferentes andares dos hospitais. Além das opções sim e não, foi adicionada a opção não se aplica para casos em que o local descrito não estiver disponível para avaliação.

Ainda referente à avaliação ambiental, foram mantidos itens sobre estrutura física da unidade. Há maior vulnerabilidade às quedas quando o piso é escorregadio, altura e número de barras de apoio são inadequadas, altura de tomadas e interruptores com difícil acesso, iluminação precária das áreas de circulação, entre outros fatores que desfavorecem o equilíbrio dos pacientes, principalmente em idosos (PAIVA et al., 2010).

CONCLUSÃO

O processo de envelhecimento, com alterações estruturais e funcionais, influencia o grau de independência e capacidade funcional do ser humano, acarretando maior vulnerabilidade às quedas. Na hospitalização, esta ocorrência é potencializada em consequência da própria condição clínica e do ambiente hospitalar.

As quedas na área hospitalar podem ser subnotificadas e acarretam relevantes consequências para o idoso e instituição, por isso, a prevenção deve ser estratégia prioritária da equipe multiprofissional de saúde, especialmente da enfermagem que acompanha continuamente o indivíduo hospitalizado. Além disso, podem ser consideradas iatrogenia e possuem forte relação com a qualidade dos serviços de saúde.

A identificação dos fatores de risco para quedas, por meio de instrumentos específicos para população idosa hospitalizada, facilita a determinação do perfil individual deste paciente. Partindo do perfil encontrado com base nas vulnerabilidades, podem ser programadas ações de prevenção que fortaleçam as medidas de segurança para o ambiente hospitalar.

Neste estudo optou-se focar a dimensão mobilidade individual e ambiental para o instrumento proposto, por acreditar-se que estas áreas compreendem parcela importante das vulnerabilidades às quedas na área hospitalar. Para viabilidade em sua aplicação é necessário instrumento breve, principalmente devido a grande demanda de cuidados assistenciais e administrativos que o enfermeiro realiza no hospital. Destaca-se a relevância de outras dimensões para avaliação global da pessoa idosa, tais como: avaliação cognitiva, história pessoal, diagnósticos médicos, estado nutricional, uso de medicamentos.

As adequações realizadas no instrumento proposto incluíram questões objetivas, com preenchimento com múltiplas alternativas, facilitando o direcionamento das ações do enfermeiro visando à prevenção das quedas. Quanto ao momento de aplicação do IAQI Hospitalar, deve ser durante a admissão do idoso na unidade de internação hospitalar, contudo, é importante ressaltar que este instrumento é um componente adicional no processo de trabalho em saúde e não dispensa outras avaliações clínicas. Desta maneira, o instrumento deve ser utilizado para ampliar e não limitar o trabalho do enfermeiro.

Apesar da relevância dos resultados deste estudo, os mesmos devem ser considerados levando-se em conta suas limitações devido à complexidade do fenômeno estudado e à ausência de tempo hábil para

aplicar o instrumento proposto. Não obstante essas limitações, os achados apresentados fornecem contribuições inovadoras para maior compreensão da prevenção às quedas na assistência de enfermagem aos idosos hospitalizados, podem contribuir no levantamento de indicativos das ações preventivas de riscos para a segurança dos idosos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. A. R; ABREU, C. C. F; MENDES, A. M. O. C. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. 3, n. 2, dez. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 mai. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria n. 2095 de 24 de set. de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente (PNSP). **Lex:** Diário Oficial da União em 25 de set. de 2013. (a)

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria n. 1.377 de 9 de jul. de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Lex:** Diário Oficial da União em 10 de jul. de 2013, Brasília. (b)

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria n. 2095 de 24 de set. de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente (PNSP). **Lex:** Diário Oficial da União em 25 de set. de 2013. (c)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006.

CAMERON, I.D. et al. Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. **Cochrane Database Systematic Reviews**, Chichester, v. 20, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://ebm.cgh.org.tw/gongzuofang/revman-material/Fall%20Prevention%20->

Cochrane%20J%20Club%20CD005465-full.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2014.

CARVALHO, G. A; PEIXOTO, N. M; CAPELLA, P. D. Análise comparativa da avaliação funcional do paciente geriátrico institucionalizado por meio dos protocolos de Katz e Tinetti. **EFDeportes.com Rev Digital** [periódico na internet], Buenos Aires, v.12, n. 114, nov. 2007. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd114/avaliacao-funcional-do-paciente-geriatrico-institucionalizado.htm>>. Acesso em 02 set. 2014.

CORREA, A. D. et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mai. 2014.

FERREIRA, N. C; CAETANO, F. M; DAMÁZIO, L. C. M. Correlação entre mobilidade funcional, equilíbrio e risco de quedas em idosos com doença de Parkinson. **Geriatria e Gerontologia**, v. 5, n. 2, p. 74-79, abr. mai. jun. 2011. Disponível em: <<http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/revista/volume5-numero2/artigo05.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2014.

FERREIRA, D. C. O; YOSHITOME, A. Y. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mai. 2014.

FONSECA, F. B; RIZZOTTO, M. L. F. Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mai. 2014.

FREITAS, E. V; MIRANDA, R. D; NERY, M. R. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In: FREITAS, E. V; PY, L; ROCHA, S. M; NERI, A. L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 609-17.

FRIED, L.P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **Journal of Gerontology Medical Sciences**, v. 56, p.146-156, 2001.

Disponível em:

<<http://www.iumsp.ch/archives/web/Enseignement/postgraduate/medecin e/doc/MedSci2001vol56no3.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2014.

GASPAROTTO, L. P. R; FALSARELLA, G. R; COIMBRA, A. M. V. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, mar. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100201&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2014.

GIRONDI, J.B. R. et al. Risco, vulnerabilidade e incapacidade: reflexões com um grupo de enfermeiras. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 1, p. 20-7, 2010. Disponível em:

<<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a03.htm>>. Acesso em 27 jul. 2014.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A; SANTOS, S. S. C. Cuidados de enfermagem na prevenção de quedas em idosos hospitalizados. In: GONÇALVES, L. H. T; TOURINHO, F. S. V. **Enfermagem no Cuidado ao Idoso Hospitalizado**. 1ª ed. São Paulo: Manole, 2012, p. 338-380.

HEALEY, F. et al. Essencial care after na inpatient fall: summary of a safety report from the National Patient Safety Agency. **BMJ**, Londres, v. 342, n.329, jan. 2011. Disponível em:

<<http://www.bmj.com/content/342/bmj.d329.full?eaf>>. Acesso em: 05 mai. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v. 185, n. 12, p. 914-19, 1963.

Disponível em:

<http://home.uchicago.edu/~tmurray1/research/articles/printed%20and%20read/studies%20of%20illness%20in%20the%20aged_the%20index%20of%20ADL_%20a%20standardized%20measure%20of%20biological%20and%20psychosocial%20function.pdf>. Acesso em 02 set. 2014.

LOJUDICE, D. C. et al. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 13, n. 3, p. 403-412, 2010. Disponível em:

<http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2014.

MALLMANN, D. G. **Avaliação da vulnerabilidade e fragilidade do idoso para quedas**: instrumento de apoio para o enfermeiro da estratégia de saúde da família. 2010. 92f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem), Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana, 2010.

MINAYO M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

MORAES, E. N. Protocolo de avaliação multidimensional do idoso. In: MORAES, E. N. **Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia**. Minas Gerais: COOPMED, p. 157-188, 2008.

PAIVA, M. C. M. S. et al. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, mar. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 mai. 2014.

RAMOS, C. V. et al. Quedas em idosos de dois serviços de pronto atendimento do Rio Grande do Sul. **Ver. Eletr. Enf. [on line]**, v. 13, n. 4, p. 703-13, out./dez. 2011. Disponível em:

<<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a15.htm>>. Acesso em: 28 set. 2014.

SIQUEIRA, F. V. et al. Prevalência de quedas em idosos no Brasil: uma análise nacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, set. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000900015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mai. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA – SBGG. **Quedas em Idosos: Prevenção**. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2008, 10 p. (Projeto Diretrizes). Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2014.

TINETTI, M. E; WILLIAMS, T. F; MAYEWSKI, R. Fall Risk Index for elderly patients based on number of chronic disabilities. **Am. J. Med.**, v. 80, n. 3, p. 429-434, 1986. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3953620>>. Acesso em 01 out. 2014.

6.2 MANUSCRITO II

AValiação DAS QUEDAS EM IDOSOS HOSPITALIZADOS NA CLÍNICA MÉDICA

RESUMO

O estudo teve como objetivo conhecer a percepção e avaliação dos enfermeiros sobre a vulnerabilidade às quedas em idosos nas Clínicas Médicas de um HU do sul do Brasil, bem como propor ações para prevenção desta ocorrência. Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo descritivo-exploratória cuja coleta de dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2014, por meio de entrevistas semiestruturadas, com 12 enfermeiros atuantes nas unidades de clínica médica. Utilizou-se como método de análise o Discurso do Sujeito Coletivo. Dos dados emergiram cinco discursos, cujas ideias centrais foram: avaliação indireta da vulnerabilidade às quedas por meio do histórico de enfermagem; importância do instrumento para avaliação da vulnerabilidade às quedas; composição do instrumento para avaliar vulnerabilidade às quedas; adaptação do histórico de enfermagem com inserção da avaliação de vulnerabilidade às quedas; ações para prevenir quedas dos idosos na área hospitalar. Conclui-se que apesar de não existir instrumento específico para avaliação da vulnerabilidade às quedas na instituição estudada, muitos fatores de risco e ações para prevenção de sua ocorrência são conhecidos e praticados pelos enfermeiros entrevistados, visando à segurança do paciente. A vulnerabilidade às quedas é avaliada, de forma indireta, por meio do processo de enfermagem desenvolvido no setor, o que evidencia a valorização do tema pelos profissionais e a atenção dispensada na prática do cuidado aos idosos hospitalizados.

Palavras chave: Serviço Hospitalar de Enfermagem. Idoso. Acidentes por Quedas.

ABSTRACT

The study aimed to know the perception and assessment of nurses about the vulnerability to falls in the elderly in medical clinics of a HU from southern Brazil, as well as propose actions for prevention of this occurrence. This is qualitative research descriptive-exploratory type whose data collection occurred in the

months of September and October 2014, by means of semi-structured interviews with 12 nurses operating in the medical clinic. It used as a method of analyzing the collective subject discourse. The data emerged five speeches, whose central ideas were: indirect assessment vulnerability to falls through the nursing history; importance of instrument for assessing the vulnerability to falls; composition of the instrument to assess vulnerability to falls; adaptation of nursing history with insertion of evaluation of vulnerability to falls; actions to prevent falls of the elderly in the hospital area. It is concluded that although there is no specific instrument for assessing the vulnerability to falls on institution studied, many risk factors and actions for prevention of its occurrence are known and practiced by the nurses interviewed, aiming at patient safety. The vulnerability to the falls evaluated, indirectly, through the nursing process developed in the sector, which highlights the appreciation of the theme by the professionals and the attention on hospitalized elderly care practice.

Keywords: Nursing Service, Hospital. Aged. Accidental Falls.

RESUMEN

El estudio pretende conocer la percepción y evaluación de enfermeras acerca de la vulnerabilidad a los ancianos en clínicas médicas de un HU se enamora del sur de Brasil, así como proponer acciones para la prevención de esta ocurrencia. Es investigación cualitativa de tipo descriptivo-exploratorio cuya recolección de datos se produjeron en los meses de septiembre y octubre del de 2014, por medio de entrevistas semiestructuradas con 12 enfermeras operan en la clínica médica. Fue utilizado como un método de análisis del discurso del sujeto colectivo. Los datos surgieron cinco discursos, cuyas ideas centrales fueron: vulnerabilidad de evaluación indirecta a las cataratas a través de la historia de la enfermería; importancia del instrumento para la evaluación de la vulnerabilidad a las cataratas; composición del instrumento para evaluar la vulnerabilidad a las cataratas; adaptación de enfermería historia con inserción de evaluación de la vulnerabilidad a las cataratas; acciones para prevenir caídas de ancianos en el área del hospital. Se concluye que aunque no hay ningún instrumento específico para evaluar la vulnerabilidad a las cataratas en institución estudiada, muchos

factores de riesgo y acciones para prevenir su ocurrencia conocidas y practicadas por las enfermeras entrevistadas, con el objetivo de la seguridad del paciente. Se evalúa la vulnerabilidad a las cataratas, indirectamente, a través del proceso de enfermería se convirtió en el sector, que pone de relieve la apreciación del tema por los profesionales y la atención en hospitalizados práctica del cuidado de los ancianos.

Palabras claves: Servicio de Enfermería en Hospital. Anciano. Accidentes por Caídas.

INTRODUÇÃO

As quedas constituem um dos eventos adversos mais prevalentes no ambiente hospitalar, representando dois em cada cinco eventos indesejáveis relativos à segurança do paciente. Os índices variam conforme características do hospital e dos pacientes, podendo chegar a 13 quedas para cada 1.000 pacientes/dia (CORREA et al., 2012).

A queda é um evento de caráter multifatorial com comprometimento da estabilidade, definida como deslocamento não intencional do corpo para nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil (SBGG, 2008). Geralmente ocorrem por causas intrínsecas como alterações fisiológicas do envelhecimento, alterações patológicas, fatores psicológicos e efeitos colaterais de medicamentos; também podem decorrer de causas extrínsecas como as relativas ao comportamento e atividade das pessoas e ao meio ambiente (PAIVA et al., 2010).

As lesões decorrentes de quedas ocorrem entre 15% a 50% dos eventos, acarretando em diversa gama de danos, como síndrome pós-queda, aumento da comorbidade e comprometimento da recuperação, aumento do tempo de internação e dos custos assistenciais e perda da confiança na instituição e equipe de enfermagem (CORREA et al., 2012).

Em pacientes hospitalizados, o risco de quedas é ampliado devido ao ambiente desconhecido e à situação clínica desfavorável em que se encontram. Comumente estão presentes diversos fatores preditores do evento, devido a doenças neurológicas, doenças cardiovasculares, incontinência urinária e/ou intestinal, problemas de equilíbrio, força e visão, alteração na marcha e reações adversas a medicamentos (LUZIA; VICTOR; LUCENA, 2014).

A idade avançada potencializa a vulnerabilidade às quedas e lesões decorrentes dela, devido às alterações causadas pelo processo fisiológico do envelhecimento. Nessa fase de vida, os problemas na

mobilidade física, instabilidade postural, alteração da marcha, diminuição da capacidade funcional, cognitiva e visual são fatores que aumentam a vulnerabilidade às quedas (LUZIA; VICTOR; LUCENA, 2014). No Brasil, cerca de 30% dos idosos vivenciam queda pelo menos uma vez ao ano e, em 13% dos idosos, as quedas ocorrem de maneira recorrente (FERREIRA; YOSHITOME, 2010).

Garantir assistência segura e de qualidade para os pacientes hospitalizados é uma das principais preocupações da enfermagem, que vem se apropriando de estratégias e práticas para a melhoria das suas ações de cuidado (LUZIA; VICTOR; LUCENA, 2014). Com base nisso, a prevenção deve ser foco no cuidado ao idoso hospitalizado, pois pode reduzir a morbimortalidade, os custos hospitalares e promover maior independência ao indivíduo (SBGG, 2008).

Diante da relevância da temática, este estudo teve como objetivo conhecer a percepção e avaliação dos enfermeiros sobre a vulnerabilidade às quedas em idosos nas Clínicas Médicas de um Hospital Universitário (HU) do sul do Brasil, bem como propor ações para prevenção desta ocorrência.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo descritivo-exploratória, realizada com enfermeiros atuantes nas unidades de clínica médica de um HU do sul do Brasil. Estabeleceram-se como critérios de inclusão para os participantes do estudo: ser funcionário do HU, enfermeiro atuante nas clínicas médicas há no mínimo seis meses, considerando a data da coleta de dados. Participaram do estudo 12 enfermeiros. Para determinar a quantidade de participantes, seguiu-se o princípio da saturação dos dados, contemplando funcionários de todos os turnos de trabalho: matutino, vespertino e noturno, abrangendo as duas clínicas médicas da instituição.

Os dados foram coletados nos meses de setembro e outubro de 2014, por meio de entrevistas individuais. Os participantes foram abordados no horário de trabalho, retornando em outra data ou horário quando necessário. Antes do início de cada entrevista foi apresentado o objetivo da pesquisa e questionado sobre a permissão para gravação de áudio, que serviu para posterior transcrição e análise. Após consentimento, foi iniciada a entrevista seguindo o roteiro semiestruturado proposto que abordou questões referentes à: importância da utilização de instrumento formal para avaliar vulnerabilidade às quedas nas clínicas médicas; composição e inserção

na rotina dos cuidados de enfermagem de instrumentos de avaliação; ações de enfermagem para prevenção das quedas na área hospitalar e as especificidades do indivíduo idoso.

Para ordenação e organização dos dados, foi utilizado o processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que através da construção de um discurso coletivo na primeira pessoa do singular, expressa a referência de um conjunto de falas individuais semelhantes ou complementares.

Para confeccionar os DSC fez-se uso de três figuras metodológicas: as Expressões-chave (ECH), as Ideias Centrais (IC) e o DSC. As ECHs são trechos literais do depoimento que revelam a essência deste, a IC é a expressão utilizada para descrever o sentido do DSC (LEFEVRE; LEFEVRE, 2003). Os participantes foram identificados ao final de cada discurso com a letra “E” (entrevistado) seguido do número correspondente à ordem da entrevista, visando, desta forma, preservar seu anonimato.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme parecer nº 759.086/2014, seguindo as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas realizadas com os enfermeiros das clínicas médicas originaram seis discursos, cada um com uma IC.

IC₁: Avaliação indireta da vulnerabilidade às quedas por meio do histórico de enfermagem.

DSC₁: Instrumento formal não existe, há uma avaliação subjetiva da enfermeira. No histórico de enfermagem, a gente colhe a história de saúde do paciente e abordam a parte de locomoção e percepção, a partir daí se prevê cuidados em relação ao risco de quedas. Com as informações do histórico, avaliamos se há risco (E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8, E9).

Na instituição do estudo não há instrumento formal para avaliar vulnerabilidade às quedas, existe apenas uma proposta para implantar notificação das quedas no setor de emergência adulto, o que dificulta implementação de ações sistematizadas para prevenção deste evento. Estudos apontam que o número de quedas durante internação hospitalar

diminui significativamente após implantação de programa de gerenciamento de quedas, pois com o conhecimento dos fatores preditores e desenvolvimento de protocolos de prevenção é possível atuar nas causas do evento e reduzir as taxas de quedas (PAIVA et al., 2010).

No hospital pesquisado é realizada sistematização da assistência de enfermagem por meio do processo de enfermagem. Apesar de não haver instrumento específico para avaliação da vulnerabilidade às quedas, esta é avaliada indiretamente por meio do histórico de enfermagem. No roteiro para histórico de enfermagem utilizado nas clínicas médicas, encontram-se informações relativas às quedas e mobilidades, tais como prática de exercícios físicos, astenia, atividade motora, deambulação, problemas de locomoção, amputação, deformidades, próteses, lesões em membros inferiores, alterações neurológicas (nível de consciência e força motora), acuidade visual e um item para ser assinalado se há necessidade de prevenção de quedas.

A prevenção de quedas deve iniciar pela avaliação do risco para este evento na admissão do paciente na internação, ao se identificar os pacientes com maior chance para queda podem ser implementadas medidas preventivas específicas e de segurança (PAIVA et al., 2010).

IC₂: Importância do instrumento para avaliação da vulnerabilidade às quedas.

DSC₂: *As quedas fazem parte da segurança do paciente, é um evento adverso da nossa prática e podem ocasionar muitas complicações nesse paciente, então é importante. A gente é muito carente de vários tipos de instrumentos, fazemos só a avaliação subjetiva, falta documentar o cuidado de enfermagem porque muitas vezes fica no achismo e falta a parte objetiva do cuidado. Seria interessante estender para os pacientes da neurologia (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12).*

Neste DSC destaca-se a importância do instrumento para avaliar vulnerabilidade às quedas, relacionando o evento à segurança do paciente. O índice de quedas faz parte dos indicadores sensíveis à enfermagem e de segurança do paciente, com impactos sobre a qualidade e segurança para o paciente e ambiente de trabalho (CORREA et al., 2012). A prevenção das quedas é tida como ação prioritária para segurança do paciente, por isso o Ministério da Saúde (Brasil) desenvolveu Protocolo de Prevenção de Quedas, com recomendações para redução do número de quedas na área hospitalar (BRASIL, 2013).

IC₃: Composição do instrumento para avaliar vulnerabilidade às quedas.

DSC₃: *Avaliação da marcha, claudicação. Qual atividade fazia em casa, para saber o que posso estimular para fazer aqui. Limitação para atividades básica, se consegue vestir-se, comer, se está muito astênico. Os objetos dentro do quarto, escadinha ou mesa que não veem e tropeça, estrutura física, ambiental, iluminação, interruptores acessíveis, se existe barras de apoio, se o piso e banheiro são adequados. Questão neurológica, confusão, agitação ou desorientação. Medicamentos utilizados que podem interferir no risco de quedas. Presença de dispositivos como sonda, oxigênio ou fluido que tem que carregar na hora de se locomover e podem se enrolar. Se já tem fraturas prévias, se possui alguma lesão nos pés, calcâneos [...] às vezes tem problema de visão e audição, não consegue ouvir a orientação dada. Presença de acompanhante com o paciente, sem o acompanhante é mais fácil cair [...] dimensionamento de pessoal para conseguir ter supervisão mais constante desse paciente [...] a idade também influencia muito (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12).*

Todos os itens eleitos pelos participantes estão presentes na literatura consultada: condições ambientais, alterações neurológicas, grau de dependência, presença de dispositivo e acompanhante, alterações nos membros inferiores, presença de astenia, alteração nos órgãos dos sentidos, mobilidade prejudicada, efeitos adversos de medicação, extremos de idade e dimensionamento de pessoal na instituição (LUZIA; VICTOR; LUCENA, 2014; PAIVA et al., 2010).

O desenvolvimento do estudo em unidades de clínica médica pode apontar grande compreensão dos participantes quanto às principais causas das quedas na área hospitalar. Pesquisas apontam que maioria dos pacientes com diagnóstico de enfermagem “risco de quedas” se encontra internada em unidades clínicas, pois os pacientes destas unidades, quando comparados aos das unidades cirúrgicas, apresentam maior tempo de internação, maior número de comorbidades e idade avançada (COSTA et al., 2011; LUZIA; VICTOR; LUCENA, 2014).

Dentre as comorbidades que podem predispor às quedas, as alterações neurológicas ou de nível de consciência destacam-se e incluem demências que podem alterar percepção espacial e orientação geográfica ou desordens que prejudicam a marcha e reduzem acuidade visual (FERREIRA; YOSHITOME, 2010; GASPAROTTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014).

Além disso, os idosos que vivenciam quedas comumente apresentam alteração na marcha com redução da velocidade e comprimento dos passos, somados ao déficit de equilíbrio com maior oscilação anteroposterior em posição ereta associado à perda da força muscular (GASPAROTTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014).

Por isso, acredita-se que os acompanhantes podem auxiliar na mobilização do paciente ou acionando a equipe de enfermagem quando necessário. Há relato na literatura sobre importância de estratégias de educação dos pacientes e acompanhantes a respeito do risco de quedas e dos danos causados por ela, além de orientações sobre como prevenir sua ocorrência (BRASIL, 2013). Maioria dos idosos que vivenciam quedas é parcialmente dependente, a redução na capacidade de desenvolver as atividades de vida diária compromete a capacidade funcional e é importante fator de risco para quedas (ABREU et al., 2012; FERREIRA; YOSHITOME, 2010).

Importante ressaltar que a maioria das quedas de adultos em meio hospitalar está relacionada com causas intrínsecas, os fatores extrínsecos representam menos de 15% (ALMEIDA; ABREU; MENDES, 2010). Mas são relevantes os fatores ambientais relatados como quarto não familiar, campanha não acessível, má iluminação, ausência de piso antiderrapante, ambiente com móveis em excesso (COSTA et al., 2011). As quedas na área hospitalar ocorrem geralmente da própria altura, no quarto do paciente, seguidas no corredor e banheiro (ABREU et al., 2012; CORREA et al., 2012).

Também predispõe às quedas o uso de equipamentos ou dispositivos, muito comum entre os indivíduos hospitalizados. Desta maneira, recomenda-se que os pacientes e familiares sejam orientados sobre a necessidade de uso, dispor tais equipamentos ou dispositivos de modo que prejudique o mínimo na movimentação do paciente, planejar esta movimentação conforme grau de dependência do paciente e orientar para solicitar apoio dos profissionais de saúde quando necessitar se locomover. A avaliação dos membros inferiores também é recomendada para mensurar alterações como amputações, deformidades, feridas e outras que podem interferir nas quedas (BRASIL, 2013).

Reforçando a influência do nível de fragilidade e progressão da idade na frequência de quedas em idosos, literatura traz que caem pelo menos uma vez ao ano em todo o mundo 28 a 35% de pessoas acima de 65 anos. Esta proporção aumenta para até 42% para os idosos com mais de 70 anos (COSTA et al., 2011; GASPAROTTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014).

Outro fator de risco para quedas é o uso de medicação, pois pode diminuir o alerta e a função psicomotora, causar fraqueza muscular, tontura, arritmia e hipotensão postural. Além disso, a polifarmácia acarreta em interações medicamentosas que são mais acentuadas nos idosos devido às alterações na absorção, metabolismo e eliminação das drogas (FERREIRA; YOSHITOME, 2010; LOJUDICE et al., 2010). O número de pacientes por profissional de saúde tem relação direta com a vulnerabilidade para quedas, interfere na disponibilidade que o cuidador tem para atentar ao risco de quedas para cada indivíduo hospitalizado (ALMEIDA; ABREU; MENDES, 2010).

IC₄: Adaptação do histórico de enfermagem com inserção da avaliação de vulnerabilidade às quedas.

DSC₄: *Pode incluir no histórico de enfermagem já usado e adaptar uma parte para o risco de quedas, mas tem que ser o mais simplificado para ser utilizado no dia a dia. O ideal seria fazer no momento da chegada do paciente, quando se faz o histórico e se avalia as necessidades, depois na prescrição de enfermagem trazer as intervenções (E1, E3, E4, E6, E7, E8, E10, E11).*

Este DSC sugere adaptação do histórico de enfermagem usado na instituição com inserção da avaliação de vulnerabilidade às quedas. Corroborando com esta sugestão, literatura afirma que a prevenção às quedas no meio hospitalar deve passar por rigorosa avaliação individual do risco, logo no momento da admissão (ALMEIDA; ABREU; MENDES, 2010; BRASIL, 2013).

O histórico de enfermagem constitui primeira etapa do Processo de Enfermagem, sendo este um instrumento para guiar as decisões clínicas do enfermeiro, possibilitando assistência pautada na avaliação do paciente (KIM et al., 2011). Ao elencar dados para formulação de diagnósticos direcionadores das metas a serem alcançadas com o cuidado de enfermagem, o histórico de enfermagem possibilita que o enfermeiro desenvolva o planejamento do cuidado com destaque para as necessidades e segurança do paciente (VILLAREJO; PANCORBO-HIDALGO, 2011).

Deste modo, a enfermagem tem função determinante na prevenção das quedas ao incluir no processo de enfermagem a avaliação do risco para quedas e conseqüentemente a elaboração de plano de cuidados personalizado segundo as necessidades de cada um. Assim, ao fazer a avaliação de quedas durante o histórico, o enfermeiro do HU terá

oportunidade de ampliar sua avaliação clínica, com identificação de riscos potenciais. Esta identificação pode auxiliar no planejamento de cuidado personalizado, promovendo a cientificidade ao seu fazer, documentando raciocínio e, principalmente, atuando para prevenir tal agravado.

IC₅: Ações para prevenir quedas dos idosos na área hospitalar.

DSC₅: *O idoso é mais frágil, tem que ter mais atenção. Tem que instalar mais barras de segurança nos banheiros, os quartos são muito apertados e tem vários móveis. Eu acho que com o idoso de modo geral, deveria ser feita não só uma avaliação para o risco de quedas, mas uma avaliação mais geral. A existência de instrumento para avaliar risco de cada idoso permite ações e intervenções para evitar o risco de quedas. Dependendo do risco para quedas, a gente poderia através de etiquetas nos prontuários ou na cabeceira do leito identificar esses pacientes. Auxiliar a transferência da maca para cadeira de forma adequada. Avaliar qual o tipo de cuidado de higiene e conforto, se pode ir até o banheiro, se pode ir caminhando ou precisa ir em cadeira [...] estrutura física do hospital, distribuição dos quartos, a questão dos banheiros que alagam, iluminação do quarto. Manter grades dos leitos elevadas. Orientar os acompanhantes para permanecer junto quando o idoso se levanta chamarem a gente. Para o paciente desorientado a gente faz restrição no leito [...] fazemos um ato meio brutal, grosseiro, é muito desumano. Mas também tem que ter o quantitativo adequado de funcionários com vigilância constante da equipe (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12).*

Avaliação da população idosa hospitalizada deve ser priorizada por apresentarem maior risco para quedas, sendo importantes as modificações no ambiente. Pacientes idosos precisam receber atenção especial durante a avaliação do enfermeiro, que deve buscar informações a respeito das alterações decorrentes do envelhecimento e outros fatores que possam aumentar o risco de quedas (LUZIA; VICTOR; LUCENA, 2014). Idade superior a 65 anos e pluralidade de patologias são fatores de risco para quedas, pois o processo natural e gradual do envelhecimento acarreta mudanças físicas e cognitivas que, aliadas ao uso de vários medicamentos aumentam vulnerabilidade às quedas (COSTA et al., 2011).

Sobre as ações para prevenir quedas na área hospitalar, as mais enfatizadas foram manter grades laterais dos leitos elevadas e auxiliar deambulação e transferência do paciente, indo ao encontro de estudo

que identificou estes cuidados de enfermagem como primeiro e segundo respectivamente, mais prescritos para prevenção de quedas na área hospitalar (LUZIA; VICTOR; LUCENA, 2014). Estudo apontou que 55% das quedas ocorridas num hospital foram quedas do leito, que poderiam ser evitadas, em sua maioria, mantendo as grades laterais do leito elevadas. Elas ocorrem à beira do leito, quando o paciente está se deitando ou levantando e também quando os pacientes entram ou saem do banheiro sem auxílio ou ainda escorregam no chão molhado (PAIVA et al., 2010).

A identificação dos riscos ambientais como pisos escorregadios, irregulares, locais mal iluminados, condições das camas, travas, cadeiras de rodas e barras de apoio permite o levantamento das necessidades prioritárias e desenvolvimento de estratégias de prevenção das quedas. O estímulo à presença de acompanhante é ação preventiva, pois a orientação de pacientes e familiares sobre presença do risco e medidas de prevenção de queda deve ser compromisso da equipe de saúde (LUZIA; VICTOR; LUCENA, 2014).

A contenção física foi relatada como muitas vezes necessária para evitar quedas na área hospitalar, participantes manifestaram não aprovar muito esta estratégia, mas considerar útil em situações específicas. Principalmente em doenças neurológicas, ocorrerem quadros de agitação psicomotora e agressividade que podem levar o paciente a causar danos a si mesmo e à equipe, neste contexto, a contenção física pode ser utilizada após avaliação rigorosa da situação do paciente baseada no julgamento clínico, com envolvimento da equipe multiprofissional e, quando possível, da família. Não há evidências científicas sobre seus reais benefícios e riscos, por isso, sua prática é muito discutida entre os profissionais de saúde e familiares, pois envolve questões como dignidade do paciente e seu impacto psicológico (LUZIA; VICTOR; LUCENA, 2014).

A existência de instrumento formal para avaliação da vulnerabilidade às quedas é ação recomendada por vários estudos sobre prevenção de quedas (ABREU et al., 2012; ALMEIDA; ABREU; MENDES, 2010; LUZIA; VICTOR; LUCENA, 2014; PAIVA et al., 2010; PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010). A identificação do paciente com risco para quedas foi mencionada por um entrevistado e é recomendada mediante sinalização visual na beira do leito ou por meio de pulseiras, a fim de alertar toda equipe de cuidado. Além disso, Ministério da Saúde recomenda revisão periódica e ajuste da prescrição de medicamentos que aumentam o risco de quedas e orientar pacientes e familiares sobre

efeitos colaterais e interações medicamentosas que podem causar sintomas que aumentem este risco (BRASIL, 2013).

CONCLUSÃO

Os profissionais da enfermagem são responsáveis por zelar pela manutenção da segurança do paciente hospitalizado. Por isso, devem ser capazes de identificar os indivíduos que apresentam maior risco para quedas durante a hospitalização para, a partir desta informação, planejarem medidas preventivas necessárias.

Com este estudo, percebemos que não há instrumento específico para avaliação da vulnerabilidade às quedas no setor pesquisado. Porém, os enfermeiros entrevistados reconheceram fatores de risco para quedas, bem como sugerem ações para prevenção desta ocorrência, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, visando à segurança do paciente.

Também avaliam a vulnerabilidade as quedas, de forma indireta, por meio do processo de enfermagem desenvolvido no setor. Com as informações coletadas no histórico de enfermagem, esses profissionais propõem medidas para prevenção das quedas na prescrição de enfermagem. Isto evidencia a valorização do tema pelos profissionais e a atenção dispensada na prática do cuidado aos idosos hospitalizados, no que se refere à prevenção.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. et al. Quedas em meio hospitalar: um estudo longitudinal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, jun. 2012.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mai. 2014.

ALMEIDA, R. A. R; ABREU, C. C. F; MENDES, A. M. O. C. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. 3, n. 2, dez. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 mai. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria n. 2095 de 24 de set. de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente (PNSP). **Lex:** Diário Oficial da União em 25 de set. de 2013.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS. Resolução n. 466 de 12 de dez. de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Lex:** Diário Oficial da União em 13 de jun. de 2013, Brasília.

CORREA, A. D. et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mai. 2014.

COSTA S. G. R. F. et al. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 4, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400006&lng=en>. Acesso em: 25 out. 2014.

FERREIRA, D. C. O; YOSHITOME, A. Y. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mai. 2014.

GASPAROTTO, L. P. R; FALSARELLA, G. R; COIMBRA, A. M. V. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100201&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2014.

KIM, T. Y. et al. Representation of Nursing Terminologies in UMLS. **AMIA ANNu Symp Proc.**, p. 709-14, 2011.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa.** Caxias do Sul: Educs, 2003.

LOJUDICE, D. C. et al. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 13, n. 3, p. 403-412, 2010. Disponível em:

<http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2014.

LUZIA, M. F.; VICTOR, M. A. G.; LUCENA, A. F. Nursing Diagnosis Risk for falls: prevalence and clinical profile of hospitalized patients.

Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 22, n. 2, p. 262-68, 2014.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000200262&lng=en>. Acesso em: 25 out. 2014.

PAIVA, M. C. M. S. et al. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, mar. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 mai. 2014.

PAIVA, M. C. M. S.; PAIVA, S. A. R.; BERTI, H. W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 287-94, 2010.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA – SBGG. **Quedas em Idosos: Prevenção**. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2008, 10 p. (Projeto

Diretrizes). Disponível em:

<http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf>.

Acesso em: 15 mai. 2014.

VILLAREJO, A. L.; PANCORBO-HIDALGO, P. Diagnostico de enfermería, resultados e intervenciones identificadas en pacientes ancianos pluripatológicos tras el alta hospitalaria. **Gerokomos**, Madrid, v. 22, n. 4, 2011. Disponível em:

<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400002>. Acesso em: 25 out. 2014.

6.3 MANUSCRITO III

PROPOSTA PARA HISTÓRICO DE ENFERMAGEM COM AVALIAÇÃO DA VULNERABILIDADE ÀS QUEDAS PARA IDOSOS HOSPITALIZADOS

RESUMO

O estudo teve como objetivo propor instrumento para avaliação de quedas para os idosos hospitalizados em Clínicas Médicas de um Hospital Universitário (HU) no sul do Brasil. Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo descritivo-exploratória cuja coleta de dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2014, por meio de entrevistas semiestruturadas com 12 enfermeiros atuantes nas unidades de clínica médica. Utilizou-se como método de análise o Discurso do Sujeito Coletivo. Foi apresentada aos participantes a proposta de Instrumento de Avaliação de Quedas em Idosos Hospitalizados (IAQIH), com foco na mobilidade individual e ambiental, proposto pela pesquisadora em outro estudo, para ser adequado e viabilizar seu uso nas clínicas médicas. Como resultados emergiram cinco discursos cujas ideias centrais foram: reestruturação do histórico de enfermagem; relação direta da avaliação das atividades básicas de vida diária com as quedas; IAQI Hospitalar é instrumento completo, porém longo para cotidiano; dificuldade do enfermeiro na avaliação de equilíbrio e marcha do idoso; avaliação ambiental é para todos e deve ser complementar ao histórico de enfermagem. Conclui-se que a prevenção das quedas em idosos na área hospitalar deve iniciar na admissão do paciente, sendo o histórico de enfermagem o melhor meio de inserir avaliação da vulnerabilidade às quedas. É fundamental que os enfermeiros sejam capacitados para aperfeiçoar suas habilidades de avaliação clínica, assim como para a aplicação de escalas de avaliação. Acredita-se que os resultados desta pesquisa possam qualificar assistência de enfermagem prestada e ampliar a segurança dos idosos hospitalizados.

Palavras chave: Idoso. Acidentes por Quedas. Serviço Hospitalar de Enfermagem.

ABSTRACT

The study aimed to propose an instrument for evaluation of falls for the elderly hospitalized in Medical Clinics a University Hospital (HU) in southern Brazil. This is qualitative research descriptive-exploratory type

whose data collection occurred in the months of September and October 2014, by means of semi-structured interviews with 12 nurses operating in the medical clinic. It used as a method of analyzing the collective subject discourse. Presented to the participants the proposed instrument rating of falls in the elderly hospitalized (IAQIH), with a focus on individual and environmental mobility, proposed by the researcher in another study, to be suitable and to enable their use in medical clinics. As results emerged five speeches whose central ideas: reorganization of nursing history, direct relation of the assessment basic activities of daily life with the falls; IAQI's complete instrument, hospital but long for daily life difficulty of nurses in the assessment of balance and gait of the elderly; environmental assessment is for all and should be complementary to the nursing history. It concluded that the prevention of falls in the elderly in hospital area should start at the inlet of the patient, nursing history being the best way to insert assessment of vulnerability to falls. It is essential that nurses trained to improve their clinical assessment skills, as well as for the implementation of rating scales. It believed that the results of this research could qualify provided nursing care and enhance the safety of elderly hospitalized.

Keywords: Aged. Accidental Falls. Nursing Service, Hospital.

RESUMEN

El estudio pretende proponer un instrumento para la evaluación de caídas de ancianos hospitalizados en clínicas médicas un Hospital Universitario (HU) en el Brasil meridional. Es investigación cualitativa de tipo descriptivo-exploratorio cuya recolección de datos se produjeron en los meses de septiembre y octubre del de 2014, por medio de entrevistas semiestructuradas con 12 enfermeras operan en la clínica médica. Fue utilizado como un método de análisis del discurso del sujeto colectivo. Se presentó a los participantes la calificación del instrumento propuesto de caídas en los ancianos hospitalizados (IAQIH), con un enfoque sobre la movilidad individual y del medio ambiente, propuesto por el investigador en otro estudio, adecuada y para permitir su uso en clínicas médicas. Como resultados emergieron cinco discursos cuyas ideas centrales fueron: reorganización de enfermería historia; relación directa de la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria con las cataratas; Instrumento completo de IAQI, Hospital, pero mucho tiempo para la vida cotidiana; dificultad de enfermeras en la evaluación del equilibrio y marcha de los ancianos; evaluación ambiental es para todos y debe ser complementaria de la historia de la

enfermería. Se concluye que la prevención de caídas en los ancianos en el área del hospital debe empezar en la entrada del paciente, siendo la mejor manera de introducir la evaluación de la vulnerabilidad a las cataratas de la historia de enfermería. Eso es esencial que las enfermeras están capacitadas para mejorar sus habilidades de evaluación clínica, así como para la aplicación de calificación de las escalas. Se cree que los resultados de esta investigación pueden calificar proporcionado cuidados y mejorar la seguridad de los ancianos hospitalizados.

Palabras clave: Anciano. Accidentes por Caídas. Servicio de Enfermería en Hospital.

INTRODUÇÃO

O histórico ou a coleta dos dados de enfermagem é uma das etapas do processo de enfermagem, ele objetiva captar informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e suas respostas em certo momento do processo saúde e doença. Constitui procedimento sistemático e contínuo, realizado com auxílio de múltiplos métodos e técnicas (COFEN, 2009).

Os dados coletados no histórico são agrupados e interpretados, culminando com a definição dos diagnósticos de enfermagem, que embasarão o planejamento das ações ou intervenções para se atingir os resultados esperados. Todas as etapas do processo de enfermagem devem ser registradas formalmente no prontuário do paciente (COFEN, 2009).

Conforme Resolução nº 358 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o processo de enfermagem deve ser desenvolvido em todos ambientes em que ocorre o cuidado, seja público ou privado. Deve estar embasado num suporte teórico que oriente a coleta dos dados, a definição dos diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem (COFEN, 2009).

Compete ao enfermeiro a liderança na execução e avaliação do processo de enfermagem, cabendo-lhe privativamente a elaboração do diagnóstico e a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem desenvolvidas, segundo Lei 7.498 e Decreto 94.406 do COFEN (COFEN, 2009).

Desta forma, ao desenvolver ações de cuidado, os enfermeiros tornam-se centrais na promoção da segurança do paciente, pois atuam no desenvolvimento e aplicação de instrumentos para avaliação de risco e implementam medidas de prevenção, com base em evidências científicas. Os cuidados de enfermagem para a prevenção de quedas no

meio hospitalar devem incluir rigorosa avaliação individual desde a admissão, bem como contínua monitorização ao longo do internamento. Também é necessário notificar e caracterizar a ocorrência de quedas, estando sempre atento ao surgimento de novos fatores de risco para adaptar e/ou reformular as intervenções de enfermagem planejadas (AMEIDA; ABREU; MENDES, 2010).

Destaca-se a relevância da individualidade do idoso no cuidado de enfermagem, pois cada um possui particularidades e especificidades biopsicológicas e, por isso, deve ser realizada avaliação individual multidimensional para identificar a vulnerabilidade para quedas. Conhecendo os pacientes que apresentam maior vulnerabilidade para queda, podem ser implementadas medidas preventivas específicas e de segurança, de modo a preservar a saúde dos pacientes e a qualidade do atendimento prestado (PAIVA et al., 2010).

A população idosa constitui grupo vulnerável às quedas devido às modificações estruturais e funcionais provenientes do processo de envelhecimento, doenças e meio ambiente inadequado (ALMEIDA et al., 2012). Durante o processo de hospitalização, esta vulnerabilidade é acentuada, pois o ambiente e rotinas desconhecidos representam grande mudança, dificultando o ajuste às alterações. Além disso, a própria condição física e psicológica do idoso hospitalizado o torna mais frágil, aumentando as chances de ocorrer quedas. Desta forma, as quedas na área hospitalar constituem importante ocorrência para segurança do paciente e são responsáveis pelo aumento do tempo de internação e piores condições de recuperação. O evento queda pode ainda resultar em danos físicos, funcionais e psicossociais (ABREU et al., 2012).

As quedas são um evento traumático e multifatorial que, frequentemente, acarretam em consequências para o indivíduo que a vivencia, para seu cuidador e para a sociedade. Os fatores de risco para sua ocorrência são divididos em intrínsecos (relacionados com o indivíduo) e extrínsecos (relacionados com características ambientais e sociais). Na área hospitalar, a maioria das quedas está relacionada com causas intrínsecas, sendo os fatores extrínsecos responsáveis por menos de 15% das quedas (ALMEIDA; ABREU; MENDES, 2010).

Diante da relevância de prevenir quedas em idosos na área hospitalar, o presente estudo teve como objetivo de propor instrumento para avaliação de quedas para os idosos hospitalizados em clínicas médicas de um Hospital Universitário (HU).

MÉTODOS

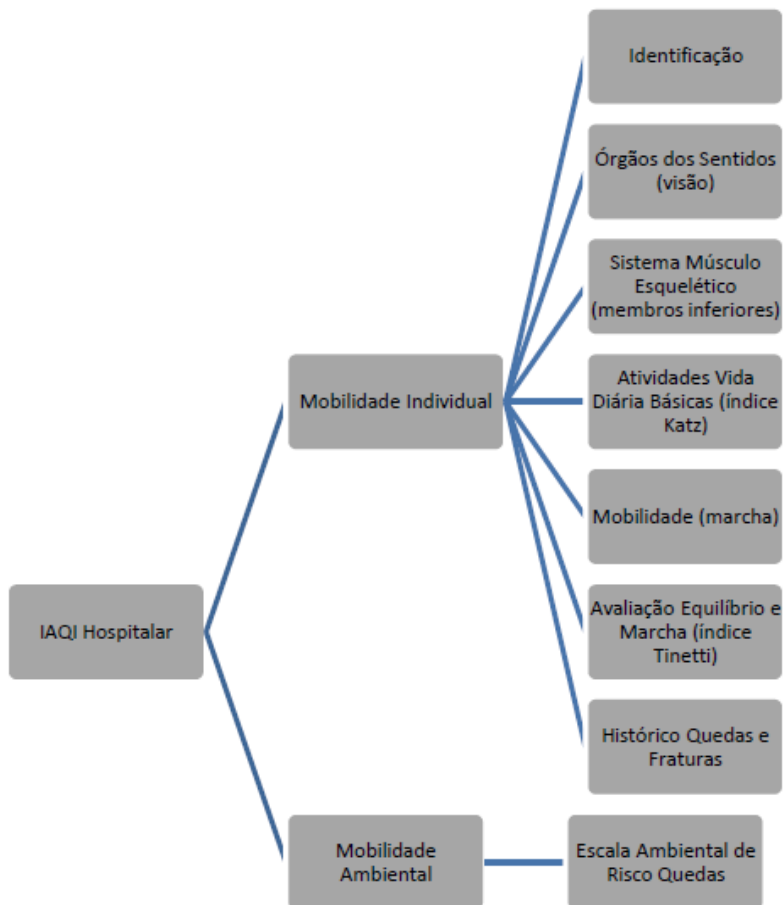
Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo descritivo-exploratória, realizada com enfermeiros atuantes nas unidades de clínica médica de um HU do sul do Brasil. Estabeleceram-se como critérios de inclusão para os participantes do estudo: enfermeiro atuante nas clínicas médicas há no mínimo seis meses, considerando a data da coleta de dados. Participaram do estudo 12 enfermeiros. Para determinar a quantidade de participantes, seguiu-se o princípio da saturação dos dados, contemplando funcionários de todos os turnos de trabalho: matutino, vespertino e noturno, abrangendo as duas clínicas médicas da instituição.

Os dados foram coletados nos meses de setembro e outubro, por meio de entrevistas semiestruturadas individuais. Os participantes foram abordados no horário de trabalho, retornando em outra data ou horário quando necessário. Antes do início de cada entrevista foi apresentado o objetivo da pesquisa e questionado sobre a permissão para gravação de áudio, que serviu para posterior transcrição e análise.

Após consentimento, foi iniciada a entrevista. Inicialmente foi apresentado o Instrumento de Avaliação de Quedas em Idosos Hospitalizados (IAQI Hospitalar), proposto pela própria pesquisadora em outro estudo. Em seguida, foram coletados dados referentes à viabilidade de aplicação desta proposta de instrumento na rotina dos cuidados de enfermagem do setor.

O IAQI Hospitalar enfoca dimensão mobilidade individual e ambiental para avaliar vulnerabilidade dos idosos às quedas. A seguir, é apresentada figura esquemática da composição do IAQI Hospitalar.

Figura 1: Estrutura do Instrumento de Avaliação de Quedas em Idosos Hospitalizados



Para ordenação e organização dos dados, foi utilizado o processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que através da construção de um discurso coletivo na primeira pessoa do singular, expressa a referência de um conjunto de falas individuais semelhantes ou complementares (LEFEVRE; LEFEVRE, 2003).

Para confeccionar os DSC fez-se uso de três figuras metodológicas: as Expressões-chave (ECH), as Ideias Centrais (IC) e o DSC. As ECHs são trechos literais do depoimento que revelam a

essência deste, a IC é a expressão utilizada para descrever o sentido do DSC (LEFEVRE; LEFEVRE, 2003). Os participantes foram identificados ao final de cada discurso com a letra “E” (entrevistado) seguido do número correspondente à ordem da entrevista, visando, desta forma, preservar seu anonimato.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme parecer nº 759.086/2014, seguindo as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

RESULTADOS

Na instituição onde foi desenvolvido o estudo, a Sistematização da Assistência de Enfermagem adotada envolve o Processo de Enfermagem baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta de Aguiar (1979), sendo que nas clínicas médicas se realizam, coleta de dados de enfermagem (ou Histórico de enfermagem), Planejamento de enfermagem, Implementação e Avaliação de enfermagem, dividindo os leitos por turnos (matutino, vespertino e noturno).

No local do estudo, os enfermeiros desenvolvem o processo de enfermagem e existe um roteiro para o histórico de enfermagem. O histórico utilizado é dividido em três tópicos: 1) Identificação do Paciente com informações referentes à identificação, suas condições na internação e diagnóstico médico; 2) Percepções e/ou Expectativas com dados sobre internações anteriores, conhecimento sobre seu problema de saúde, hábitos (etilismo, tabagismo, outras drogas), transfusões sanguíneas, expectativas e medos; 3) Problemas Relacionados às Necessidades Humanas Básicas, dividido em: necessidades psicobiológicas (oxigenação, hidratação, alimentação, eliminações, sono e repouso, atividade física, integridade física, integridade cutâneo mucosa, cuidado corporal, regulações, percepção dos órgãos dos sentidos, terapêutica, sexualidade, segurança física, meio ambiente) e necessidades psicossociais e espirituais.

Concernente às quedas e mobilidade, são encontradas no histórico de enfermagem utilizado no setor do estudo, informações sobre prática de exercícios físicos, astenia, atividade motora, deambulação, problemas de locomoção, amputação, deformidades, próteses, lesões em membros inferiores, alterações neurológicas (nível consciência e força motora), acuidade visual e um item para ser assinalado se há necessidade de prevenção de quedas.

Verificou-se subjetividade nos itens relacionados à avaliação da vulnerabilidade às quedas, presentes no histórico utilizado nas clínicas médicas do HU em estudo, portanto a proposta do IAQI Hospitalar complementa as informações e avaliações do enfermeiro para prevenção de quedas e reforça a segurança do paciente.

Inicialmente tinha-se intenção de utilizar a proposta do IAQI Hospitalar em sua completude, porém os sujeitos do estudo contrapuseram esta proposta, sugerindo inserir os dados no histórico de enfermagem já existente na instituição, conforme se evidencia na ideia central e depoimentos a seguir:

IC₁: Reestruturação do histórico de enfermagem.

DSC₁: *Pode incluir estes dados do IAQI Hospitalar no histórico de enfermagem já usado e adaptar uma parte para o risco de quedas, mas tem que ser o mais simplificado para ser utilizado no dia a dia. O ideal seria avaliar o risco de quedas na admissão do paciente, quando se faz o histórico e avalia as necessidades. Alguns itens se repetem no histórico de enfermagem que existe: identificação, mobilidade com descrição dos dispositivos de apoio necessários e visão já tem (E1, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E10, E11).*

Os participantes também destacaram a importância da avaliação das atividades básicas de vida diária, bem como a relevância desta para o planejamento do cuidado de enfermagem, conforme ideia central e depoimentos a seguir:

IC₂: Relação direta da avaliação das atividades básicas de vida diária com as quedas.

DSC₂: *Acho legal colocar essa avaliação no histórico, porque se avalia o grau de dependência do paciente e ajuda fazer a prescrição de enfermagem. Essa avaliação é relevante para todos os cuidados que a enfermagem deve prestar ao paciente, é bem direcionada para os cuidados de enfermagem. É relevante a avaliação das atividades de vida diária devido a sua relação direta com as quedas (E2, E3, E6, E8, E9, E10).*

A justificativa dos participantes para inserir as informações no histórico de enfermagem se relaciona com a extensão do IAQI Hospitalar, bem como a rotina de trabalho vivenciada nas clínicas médicas, estas informações são reforçadas com a ideia central e depoimentos a seguir:

IC₃: IAQI Hospitalar é instrumento completo, porém longo para o cotidiano.

DSC₃: Acho o instrumento completo, mas muito extenso, longo para ser usado no dia a dia. Não há tempo para inserir toda essa avaliação na rotina. Temos pouco tempo para a assistência, fica difícil dar conta disso tudo. (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E11, E12).

Outra informação evidenciada pelos participantes foi a dificuldade do enfermeiro avaliar equilíbrio e marcha, principalmente porque no IAQI Hospitalar estava inserido a escala de Tinetti para estes julgamentos. Na sequência apresenta-se a ideia central e depoimentos relacionados com estes achados:

IC₄: Dificuldade do enfermeiro na avaliação de equilíbrio e marcha do idoso.

DSC₄: Acho que os enfermeiros tem dificuldades para aplicar a escala Tinetti, pode ser avaliado erroneamente. A formação do enfermeiro não contempla estes aspectos (avaliação de marcha e equilíbrio do idoso), pode haver vieses ao aplicar o instrumento. Talvez os fisioterapeutas possuam maior aptidão na aplicação de escalas de avaliação da marcha e equilíbrio. Essa avaliação é difícil, não é muito prática (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E9, E10).

Outro achado relevante do estudo é que a avaliação ambiental deve ser realizada em momento diferenciado ao histórico de enfermagem, pois se compreende esta avaliação como generalizada para os pacientes internados na clínica médica. Desta forma, a avaliação ambiental será complementar ao histórico do paciente, podendo ser aplicada por quartos e não para cada paciente, conforme ideia central e depoimentos a seguir:

IC₅: Avaliação ambiental é para todos e deve ser complementar ao histórico de enfermagem.

DSC₅: Acho que essa avaliação ambiental não entra no histórico, pois a estrutura é sempre a mesma. Talvez possa se avaliar uma vez e será a mesma para todos os pacientes, não muda com o tempo, pode ser complementar ao histórico. Acho importante fazer essa avaliação rotineiramente, mas não precisa ser para cada paciente e sim uma para todos, até os funcionários caem por causa do ambiente inadequado (E2, E3, E5, E9, E10).

Com base nas ideias centrais e nos DSC, foi reestruturado o roteiro para histórico de enfermagem existente no HU, inserindo avaliação de quedas para os idosos hospitalizados. Destaca-se que devido à extensão dos instrumentos está sendo apresentada somente a descrição geral dos itens, conforme figura 2 a seguir:

Figura 2 – Proposta coletiva para histórico de enfermagem incluindo avaliação da vulnerabilidade às quedas para idosos hospitalizados.

| Componente do histórico de enfermagem | Itens para avaliação segundo componente do histórico de enfermagem* |
|---|---|
| Identificação do Paciente: | Nome, nº prontuário, data nascimento, idade, gênero, raça auto referenciada, estado civil, religião, naturalidade, procedência, escolaridade, profissão (aposentado ou não), peso, estatura, endereço, telefone, informante (grau parentesco), cuidador (grau parentesco, idade e gênero), condições na internação, diagnóstico médico. |
| Percepções e/ou expectativas: | Número de internações anteriores e motivos, conhecimento sobre doença atual, tabagismo (cigarros/dia, quantos anos), etilismo (tipo de bebida, tempo), outras drogas, transfusões sanguíneas anteriores, expectativas/medos. |
| Problemas relacionados às Necessidades Humanas Básicas: | <u>Necessidades Psicobiológicas:</u> oxigenação (frequência respiratória, tosse, expectoração, dispneia, ortopneia, cianose, cateter oxigênio); hidratação (ingesta hídrica/dia, preferência); alimentação (anorexia, disfagia, pirose, dificuldade para mastigação, dieta zero, hábito alimentar); eliminação vesical (disúria, hematúria, polaciúria, oligúria, anúria, sonda vesical, globo vesical, côndon, retenção urinária), eliminação intestinal (hábito, constipação, enterorragia, melena, colostomia, ileostomia, jejunostomia, fezes líquidas, característica), drenagens (tipo dreno, local, gástrica, náuseas, vômitos, hematêmese, característica, sonda nasogástrica, sonda nasoenteral, gastrostomia, vaginal, leucorreia, menstruação, metrorragia), sono e repouso (insônia, agitação, hábito), atividade física (prática qual exercício, astenia, miastenia, atividade motora – problemas para movimentar algum segmento do corpo/qual, deambula, com auxílio, não deambula, problemas na locomoção, faz uso de cadeira de rodas, muletas, andador, outros, atividades básicas de vida diária – Índice de |

| | |
|--|---|
| | <p>Katz), integridade física (amputação local, deformidade local, próteses, outras cirurgias, escala de avaliação do equilíbrio e marcha – Índice de Tinetti, histórico de quedas e fraturas), integridade cutâneo mucosa (pele – hipocorada, icterícia, descamativa, rush cutâneo, escabiose, lesões, características; couro cabeludo – pediculose, seborreia, sujidades, alopecia; olhos e pálpebras – icterícia, hipocromia, secreção ocular, hiperemia ocular; ouvidos – cerume, descamação; boca – língua saburrosa, afta, monilíase, halitose, lesões; nariz – epistaxe, lesões; dentes – ausência, cáries; garganta – placas, edema, hiperemia; ânus – hemorroidas, fissuras; órgãos genitais; abdome – globoso, distendido, timpânico, flácido, doloroso à palpação, lesões; membros inferiores – edema, dor, rigidez, fraqueza ou peso, lesões, ausência de pulsos), cuidado corporal (condições de higiene – boas, regulares, péssimas, necessita de auxílio, necessita de tricotomia facial), regulações (térmica – temperatura axilar; hormonal – glicemia; neurológica – desorientação, confusão, torpor, coma, tontura, cefaleia, distúrbios visuais, convulsões, paresia, parestesia, hiperestesia, plegia, pupilas fotorreagentes, midríase, miose, anisocoria; hidroeletrolítica – polidipsia, edema local; vascular – pressão arterial, pulso, precordialgia, hemorragia, hemotransfusão; crescimento celular – quimioterapia, radioterapia), percepção dos órgãos dos sentidos (visual – acuidade diminuída, cegueira; auditiva – acuidade diminuída, surdez; dolorosa), terapêutica (rede venosa, musculatura, alergia a medicamentos, terapêutica), sexualidade (menarca, data última menstruação, menopausa, menstruação, uso anticoncepcional), segurança física (necessidade prevenção quedas, necessidade isolamento, necessidade prevenção fugas, motivo), meio ambiente (orientado quanto às rotinas do setor).</p> <p><u>Necessidades Psicossociais e Espirituais:</u> segurança emocional, amor, afeto, atenção, auto imagem, aceitação, auto estima, auto realização, liberdade, participação, comunicação, criatividade, gregária, recreação, lazer, espaço, religiosa, ética, educação para a saúde – necessidade de encaminhamento e/ou orientação sobre sua patologia.</p> |
|--|---|

Segundo a IC₅: “Avaliação ambiental é para todos e deve ser complementar ao histórico de enfermagem” foi elaborado um

complemento para o histórico de enfermagem, que não deve ser aplicado para cada paciente, mas sim para os quartos, pois se trata de avaliação estrutural do ambiente. É relevante, pois o enfermeiro pode identificar quartos com maiores/menores riscos para quedas.

Figura 3 – Complemento do histórico de enfermagem (avaliação da mobilidade ambiental por quarto)

Escala ambiental de risco de quedas

| Local | Avaliação | Sim | Não | Não se aplica |
|--------------------|---|-----|-----|---------------|
| Áreas de locomoção | Áreas livres de locomoção | | | |
| | Barras de apoio laterais | | | |
| | Pisos uniformes ou tapetes fixos | | | |
| Iluminação | Suficiente para clarear toda superfície de marcha (quarto, corredor e banheiro) | | | |
| | Interruptores acessíveis próximo à cama e na entrada dos cômodos | | | |
| | Luz indireta para apoio | | | |
| | Luz sentinela constante no período noturno, com iluminação do quarto, corredor e banheiro | | | |
| Quarto de dormir | Armários com portas ou gavetas acessíveis e firmes (fixos) | | | |
| | Cadeira permitindo se assentar para vestir | | | |
| | Cama com altura de 45 cm (aproximadamente de acordo com altura do idosos) | | | |
| | Cama com grades laterais móveis | | | |
| | Presença de travas nas rodas das camas | | | |
| | Campainha facilmente acessível e próxima à cama | | | |
| Banheiro | Lavabo facilmente acessível e bem fixo | | | |
| | Área do chuveiro com piso antiderrapante e barras laterais | | | |
| | Box com abertura fácil ou cortina bem firme | | | |
| Escada | Piso antiderrapante, marcação no 1º e último degrau com faixa amarela | | | |
| | Corrimão bilateral, sólido e que se prolonga além do 1º e último degraus | | | |
| | Espelho do degrau fechado, com lixas | | | |

| | | | | |
|----------|---|--|--|--|
| | antiderrapantes | | | |
| | Altura dos espelhos e profundidade dos degraus constantes (uniformes) | | | |
| Elevador | Barras de apoio laterais | | | |
| | Ausência de desnível entre piso do elevador e solo | | | |
| | Presença de piso antiderrapante | | | |
| | Presença de sensor para fechamento da porta e anti esmagamento | | | |
| | Iluminação adequada | | | |

DISCUSSÃO

A discussão segue mesma sequência das ideias centrais apresentadas nos resultados. Como primeira IC emergiu a necessidade de reestruturar o roteiro do histórico de enfermagem existente na instituição, inserindo avaliação da vulnerabilidade às quedas em idosos. A coleta dos dados no histórico de enfermagem é o ponto de partida do Processo de Enfermagem, que visa à obtenção de resultados satisfatórios na implementação da assistência. Sua aplicação requer pensamento crítico, constante atualização, habilidades e experiências do profissional enfermeiro com foco nos objetivos e resultados esperados, bem como na segurança do paciente (SILVA et al., 2011). Desta forma, o roteiro do histórico de enfermagem deve ser o mais completo para identificação adequada dos problemas e plano de cuidados que englobe todas as necessidades do paciente, objetivando implementar ações de cuidado para reduzir as complicações durante tratamento e facilitar sua adaptação e recuperação.

A segunda IC traz necessidade percebida pelos profissionais entrevistados de acrescentar avaliação das atividades básicas de vida diária (ABVDs) no histórico de enfermagem para prevenção das quedas. Muitos profissionais já realizam esta avaliação do grau de dependência para atividades diárias de modo subjetivo, o que pode comprometer a formulação de diagnósticos de enfermagem para risco de quedas. Já com uso de escores padronizados, as intervenções de enfermagem na prevenção das quedas são mais eficazes. Todas as escalas para risco de quedas podem apresentar vantagens, mas também limitações operacionais e metodológicas. O índice de Katz é de fácil aplicação e contribui tanto na identificação das necessidades do idoso quanto para a realização das ABVDs, oferecendo melhor direcionamento às ações de enfermagem (SANTOS et al., 2010).

Sabe-se que para prevenção dos acidentes por quedas, o fenômeno deve ser monitorado e as demandas permanentemente avaliadas, realizando-se modificações e adaptações sempre que necessário. Para tanto, o uso de escalas de avaliação de risco e projeto contextual de orientações adequadas deve ser prioridade dos profissionais de saúde (HALM; QUIGLEY, 2011).

Na IC subsequente, foi manifestada importância de adequar o instrumento à rotina de trabalho, tornando-o mais compacto para viabilizar seu uso. A aplicação do instrumento requer do profissional sensibilidade para adequar as necessidades do paciente às condições de trabalho (SILVA et al., 2011). Instrumentos longos associados à carga de trabalho excessiva dificultam assistência de enfermagem segura aos pacientes e aumentam ocorrência de eventos adversos como quedas do leito (MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013). Por outro lado, não se exclui a importância do uso rotineiro de instrumentos padronizados para planejamento do cuidado e prevenção de quedas em idosos. Como alternativa propõe-se repensar a rotina da unidade e estabelecer escalas entre os profissionais para aplicação do instrumento.

A quarta IC trouxe a dificuldade relatada pelos enfermeiros no uso de escalas para avaliação do equilíbrio e marcha. Esta dificuldade evidencia a necessidade de formação do enfermeiro com habilidades e competências focadas no cuidado do idoso, na compreensão sobre processo de envelhecimento e especificidades desta fase da vida. A não obrigatoriedade da disciplina de gerontogeriatrics na graduação em enfermagem, associada à grande carga de atividades administrativas que competem ao enfermeiro, decorre em pouco domínio dos profissionais no uso de escalas de avaliação funcional dos idosos. Além disso, o uso assistemático de instrumentos para avaliação funcional dos idosos e pouca adaptação destes para o contexto brasileiro geram uso de terminologias incorretas na área (LEITE et al., 2011; SANTOS, 2010). Os profissionais entrevistados ainda relataram que fisioterapeutas possuem maior aptidão no uso de escalas para avaliação da marcha e equilíbrio, isto é evidenciado pelo grande número de produção científica na área por estes profissionais.

Apesar de os depoimentos evidenciarem dificuldade quanto à aplicação do Índice de Tinetti, compreende-se a relevância deste instrumento para a avaliação clínica do idoso, sendo esta escala indicada para ser aplicada pelos profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro. Assim, percebe-se necessidade de capacitação e formação dos enfermeiros para uso de escalas de avaliação que complementem avaliação clínica realizada na rotina dos cuidados de enfermagem.

A última IC sugere que avaliação ambiental seja complementar ao histórico de enfermagem, podendo ser aplicada por quartos e não para cada paciente, uma vez que os quartos são coletivos, mas nem todos apresentam mobília e distribuição dos espaços iguais. Na área hospitalar os riscos ambientais para quedas referem-se às características inadequadas dos espaços, mobiliário e iluminação, existência de obstáculos no entorno do leito e locais de circulação do paciente, ausência ou inadequação de apoio técnico, vestuário inadequado, entre outros (ALMEIDA et al., 2012; ALMEIDA; ABREU; MENDES, 2010).

Estas características reforçam a importância do adequado planejamento da estrutura física hospitalar na prevenção das quedas, ressaltam também a complexidade do cuidado de enfermagem que deve direcionar seu olhar não só para o indivíduo como também sua relação com o ambiente ao seu redor. Mesmo não sendo realizada para cada paciente, a avaliação ambiental para risco de quedas deve considerar características de cada idoso hospitalizado e guiar planejamento dos cuidados, uma vez que a vulnerabilidade às quedas poderá variar de um indivíduo para outro num mesmo ambiente (LUZIA; ALMEIDA; LUCENA, 2014).

Deste modo, evidencia-se que a prevenção às quedas de seguir modelo multi-sistêmico, no qual os hospitais promovem estratégia prática que beneficia ambiente físico, processo de tratamento, cultura e tecnologia para evitar quedas, permitindo planejamento eficaz de condutas (CHOI et al., 2011).

CONCLUSÃO

A prevenção das quedas em idosos na área hospitalar deve iniciar já na admissão do paciente, tendo as ações de enfermagem reavaliadas periodicamente de modo sistemático. Desta forma, compreende-se que melhor maneira de inserir este cuidado na rotina da assistência é por meio do histórico de enfermagem, tal instrumento deve trazer informações objetivas e completas para guiar o planejamento das ações de enfermagem.

A ausência de itens relativos a quedas no histórico de enfermagem pode caracterizar lacunas no planejamento das ações de prevenção, aumentando a incidência desta ocorrência nos idosos hospitalizados. Desta forma, sugeriu-se inserção de vários itens no histórico em uso no setor, bem como acréscimo de alguns instrumentos formais de avaliação das atividades básicas de vida diária e da marcha e

equilíbrio dos idosos hospitalizados. Assim, a reestruturação do histórico de enfermagem inclui utilização de escores padronizados que contribuirão para avaliação do enfermeiro e proporcionarão intervenções de enfermagem mais eficazes na prevenção de quedas.

É importante reforçar que somente a existência do instrumento não irá reduzir a ocorrência de quedas entre idosos hospitalizados, sendo fundamental que a formação dos profissionais de saúde englobe temas referentes à avaliação multidimensional do idoso, mediante realização de avaliações cotidianas para verificar a vulnerabilidade as quedas no ambiente hospitalar. Para efetiva prevenção das quedas, também é necessário que os profissionais enfermeiros sejam capacitados constantemente para o aperfeiçoamento de suas habilidades de avaliação clínica dos idosos hospitalizados sob seus cuidados, assim como para a aplicação de escalas de avaliação.

Percebeu-se ainda que a avaliação ambiental para o risco de quedas é fator indispensável para prevenção desta ocorrência, porém não é necessária sua aplicação para cada indivíduo. Assim, ela pode ser utilizada de modo complementar ao histórico de enfermagem, mas sempre se levando em consideração as especificidades de cada idoso hospitalizado.

Desta forma, espera-se que esta proposta de reestruturação do histórico de enfermagem na instituição do estudo possa melhorar a qualidade da assistência de enfermagem prestada e ampliar a segurança dos idosos hospitalizados.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. et al. Quedas em meio hospitalar: um estudo longitudinal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, jun. 2012.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mai. 2014.

ALMEIDA, S. T. et al. Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predis põem a quedas em idosos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 4, ago. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mai. 2014.

ALMEIDA, R. A. R; ABREU, C. C. F; MENDES, A. M. O. C. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na

prevenção. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. 3, n. 2, dez. 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 mai. 2014.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS. Resolução n. 466 de 12 de dez. de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Lex:** Diário Oficial da União em 13 de jun. de 2013, Brasília.

CHOI, Y. S. et al. Developing a multi-systemic fall prevention model, incorporating the physical environment, the care process and technology: a systematic review. **J Adv Nurs.**, v. 67, n. 12, p. 2501-24, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. Resolução n. 358 de 15 de out. de 2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências. **Lex:** Diário Oficial da União em 23 de out. de 2009, Brasília.

HALM, M. A; QUIGLEY, P. A. Reducing falls and fall-related injuries in acutely and critically ill patients. **American Journal of Critical Care**, v. 20, n. 6, p. 480-4, 2001. Disponível em:
<<http://ajcc.aacnjournals.org/content/20/6/480.full>>. Acesso em: 13 fev. 2015.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo:** um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs, 2003.

LEITE, M. T. et al. Recursos humanos de enfermagem: formação e atualização na área do envelhecimento. **Rev. Rene**, v. 12, n. 1, p. 24-32, Fortaleza, 2011. Disponível em:
<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/105>>. Acesso em: 13 fev. 2015.

LUZIA, M. F; ALMEIDA, M. A; LUCENA, A. F. Mapeamento de cuidados de enfermagem para pacientes com risco de quedas na *Nursing Interventions Classification*. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. 4, p.

632-9, 2014. Disponível em:

<<http://pesquisa.bvsalud.org/enfermagem/resource/pt/lil-725772>>.

Acesso em: 13 fev. 2015.

MAGALHÃES, A. M. M; DALL'AGNOL, C. M; MARCK, P. B.

Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente – estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. spec., jan.-fev. 2013. Disponível

em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_19.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2015.

PAIVA, M. C. M. S. et al. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, mar. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 mai. 2014.

SANTOS, S. S. C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, nov-dez 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000600025&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 fev. 2015.

SANTOS, S. S. C. et al. Avaliação multidimensional do idoso por enfermeiros brasileiros: uma revisão integrativa. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 9, n. 1, p. 129-36, jan-mar 2010. Disponível em:

<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=647333&indexSearch=ID>>. Acesso em: 13 fev. 2015.

SILVA, E. G. C. et al. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Ver. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a15.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2015.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo elaborar proposta coletiva com enfermeiros de clínica médica de instrumento para avaliação da vulnerabilidade às quedas em idosos na área hospitalar, visando à prevenção desta ocorrência.

Num primeiro momento, a própria pesquisadora propôs modelo de ferramenta para esta avaliação, baseado em instrumento de avaliação de quedas em idosos (IAQI) existente e utilizado na estratégia de saúde da família, mediante adequação para área hospitalar com foco na mobilidade individual e ambiental. Na sequência, este modelo proposto foi apresentado aos enfermeiros da clínica médica para ser adequado e viabilizar seu uso no setor pesquisado. Culminando com a proposta de reestruturação do histórico de enfermagem existente e utilizado nas clínicas médicas, mediante inserção da avaliação de quedas para os idosos hospitalizados.

Foi possível também conhecer a percepção e avaliação dos enfermeiros sobre vulnerabilidade às quedas em idosos hospitalizados no setor do estudo, bem como foram levantadas propostas de ações para prevenção destas.

O cuidado de enfermagem ao idoso hospitalizado apresenta particularidades que merecem atenção e reflexão. Desta forma, os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, devem estar devidamente preparados para prestar assistência a esta população que é mais vulnerável às quedas e processos patológicos.

O enfermeiro deve procurar na sua prática com idosos identificar fatores que influenciam na sua mobilidade, sejam eles: físicos, psicológicos, sócio culturais ou ambientais, com objetivo de preservar ou recuperar sua autonomia e prevenir quedas. Assim, a prevenção de quedas envolve idosos, cuidadores, familiares e profissionais de saúde. A identificação dos fatores de risco para quedas, por meio de instrumentos específicos para população idosa, facilita a determinação do perfil individual deste paciente para que, com base nas vulnerabilidades, sejam programadas ações de prevenção, fortalecendo as medidas de segurança para o ambiente hospitalar.

Percebeu-se que não há instrumento específico para avaliação da vulnerabilidade às quedas na clínica médica, do local de estudo. Porém, os enfermeiros entrevistados reconheceram fatores de risco para quedas, bem como sugeriram ações para prevenção desta ocorrência, visando à segurança do paciente, conforme recomendação do Ministério da Saúde.

A prevenção das quedas em idosos na área hospitalar deve iniciar já na admissão do paciente, tendo as ações de enfermagem reavaliadas periodicamente de modo sistemático. Assim, a melhor maneira de inserir este cuidado na rotina da assistência é por meio do histórico de enfermagem, pois tal instrumento pode trazer informações objetivas e completas para guiar o planejamento das ações de enfermagem.

A ausência de itens relativos a quedas no histórico de enfermagem pode evidenciar lacunas no planejamento das ações de prevenção, aumentando a incidência desta ocorrência nos idosos hospitalizados. Contudo, é importante ressaltar que o roteiro do histórico de enfermagem é componente fundamental no processo de trabalho em saúde, mas não dispensa outras avaliações clínicas, devendo ser utilizado para ampliar e não limitar o trabalho do enfermeiro. Apesar de ter focado dimensão mobilidade, destaca-se a relevância de outras dimensões para avaliação global da pessoa idosa, tais como: avaliação cognitiva, história pessoal, diagnósticos médicos, estado nutricional, uso de medicamentos. Além disso, é fundamental que a formação dos profissionais de saúde englobe temas referentes à avaliação multidimensional do idoso.

Desta forma, a presente pesquisa inclui sugestão de reestruturação do histórico de enfermagem usado no setor estudado, com inserção de vários itens referentes às quedas e de instrumentos formais de avaliação das atividades básicas de vida diária e da marcha e equilíbrio dos idosos hospitalizados.

Neste âmbito, a avaliação ambiental para risco de quedas é fator indispensável para prevenção desta ocorrência, porém não é necessária sua aplicação para cada indivíduo. Assim, ela pode ser utilizada de modo complementar ao histórico de enfermagem, mas sempre com consideração as especificidades de cada idoso hospitalizado.

Os resultados emergentes desta dissertação devem ser ponderados conforme suas limitações devido à complexidade do fenômeno estudado e à ausência de tempo hábil para testar o instrumento proposto. Não obstante, os achados apresentados fornecem contribuições inovadoras para maior compreensão da prevenção às quedas na assistência de enfermagem aos idosos hospitalizados, podendo contribuir no levantamento de indicativos para ações preventivas de riscos e segurança dos idosos.

Espera-se que os resultados incitem projetos futuros, aprofundando cientificamente a temática dos registros de enfermagem em diferentes contextos e outras instituições de saúde, como subsidio para o planejamento do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. et al. Quedas em meio hospitalar: um estudo longitudinal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, jun. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mai. 2014.

AL-AAMA, T. Falls in the elderly: spectrum and prevention. **Canadian Family Physician**, Mississauga, v. 57, n. 7, p. 771-6, 2011. Disponível em: <<http://www.cfp.ca/content/57/7/771.full.pdf+html>>. Acesso em: 05 mai. 2014.

ALMEIDA, S. T. et al. Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predisõem a quedas em idosos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 4, ago. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mai. 2014.

ALMEIDA, R. A. R; ABREU, C. C. F; MENDES, A. M. O. C. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. 3, n. 2, dez. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 mai. 2014.

AYRES, J. R. C. M, et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 117-39, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria n. 529 de 1º de abr. de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Lex: Diário Oficial da União** em 02 de abr. de 2013, Brasília. (a)

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria n. 1.377 de 9 de jul. de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Lex: Diário Oficial da União** em 10 de jul. de 2013, Brasília. (b)

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria n. 2095 de 24 de set. de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente (PNSP). **Lex:** Diário Oficial da União em 25 de set. de 2013. (c)

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática.** Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013. (d)

_____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS. Resolução n. 466 de 12 de dez. de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Lex:** Diário Oficial da União em 13 de jun. de 2013, Brasília.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 325 de 21 de fev. de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. **Lex:** Diário Oficial da União em 22 de fev. de 2008, Brasília.

CAMARANO, A. A. (org.). **Os Novos Idosos Brasileiros:** muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. 604p.

CAMERON, I.D. et al. Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. **Cochrane Database Systematic Reviews**, Chichester, v. 20, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://ebm.cgh.org.tw/gongzuofang/revman-material/Fall%20Prevention%20-Cochrane%20J%20Club%20CD005465-full.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2014.

CARVALHO, E. M. R. et al. O olhar e o sentir do idoso no pós-queda. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2010. Disponível em:

<http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 mai. 2014.

CARVALHO, G. A.; PEIXOTO, N. M.; CAPELLA, P. D. Análise comparativa da avaliação funcional do paciente geriátrico institucionalizado por meio dos protocolos de Katz e Tinetti.

EFDeportes.com Rev Digital [periódico na internet], Buenos Aires, v.12, n. 114, nov. 2007. Disponível em:

<<http://www.efdeportes.com/efd114/avaliacao-funcional-do-paciente-geriatrico-institucionalizado.htm>>. Acesso em 02 set. 2014.

CHAVES, E.C.; DOMINGUES, T.A.M. A entrevista. In: MATHEUS, M.C.C.; FUSTINONI, S.M. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. 1. ed. São Paulo: Médica Paulista, 2006, p. 99-103.

CHOI, Y. S. et al. Developing a multi-systemic fall prevention model, incorporating the physical environment, the care process and technology: a systematic review. **J Ady Nurs.**, v. 67, n. 12, p. 2501-24, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. Resolução n. 358 de 15 de out. de 2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências. **Lex: Diário Oficial da União** em 23 de out. de 2009, Brasília.

CORREA, A. D. et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mai. 2014.

COSTA S. G. R. F. et al. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 4, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400006&lng=en>. Acesso em: 25 out. 2014.

DICCINI, S; PINHO, P. G; SILVA, F. O. Avaliação de risco e incidência de queda em pacientes neurocirúrgicos. **Rev Latino-am**

Enfermagem, v. 16, n. 4, 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_16.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2014.

DZIEDZINSKI, A. T. **Fatores indicativos de risco de quedas em pacientes idosos com demência irreversível**. 2009. 91 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica). Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

FABRICIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; COSTA JUNIOR, M. L. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, fev. 2004.

Disponível em:

<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2014.

FERREIRA, N. C.; CAETANO, F. M.; DAMÁZIO, L. C. M. Correlação entre mobilidade funcional, equilíbrio e risco de quedas em idosos com doença de Parkinson. **Geriatria e Gerontologia**, v. 5, n. 2, p. 74-79, abr. mai. jun. 2011. Disponível em:

<<http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/revista/volume5-numero2/artigo05.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2014.

FERREIRA, D. C. O.; YOSHITOME, A. Y. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mai. 2014.

FISCHER, L. M. et al. Preditores de internação hospitalar em pacientes com síncope atendidos em hospital cardiológico. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 101, n. 6, dez. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013003200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2014.

FONSECA, F. B.; RIZZOTTO, M. L. F. Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mai. 2014.

FREITAS, E. V; MIRANDA, R. D; NERY, M. R. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In: FREITAS, E. V; PY, L; ROCHA, S. M; NERI, A. L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 609-17.

FRIED, L.P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **Journal of Gerontology Medical Sciences**, v. 56, p.146-156, 2001.

GASPAROTTO, L. P. R; FALSARELLA, G. R; COIMBRA, A. M. V. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, mar. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100201&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2014.

GIRONDI, J.B. R. et al. Risco, vulnerabilidade e incapacidade: reflexões com um grupo de enfermeiras. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 1, p. 20-7, 2010. Disponível em:

<<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a03.htm>>. Acesso em 27 jul. 2014.

GOMES, G. A. O. et al. Comparação entre idosos que sofreram quedas segundo desempenho físico e número de ocorrências. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 13, n. 5, out. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552009000500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mai. 2014.

HALM, M. A; QUIGLEY, P. A. Reducing falls and fall-related injuries in acutely and critically ill patients. **American Journal of Critical Care**, v. 20, n. 6, p. 480-4, 2001. Disponível em:

<<http://ajcc.aacnjournals.org/content/20/6/480.full>>. Acesso em: 13 fev. 2015.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A; SANTOS, S. S. C. Cuidados de enfermagem na prevenção de quedas em idosos hospitalizados. In: GONÇALVES, L. H. T; TOURINHO, F. S. V. **Enfermagem no Cuidado ao Idoso Hospitalizado**. 1ª ed. São Paulo: Manole, 2012, p. 338-380.

HAMRA A; RIBEIRO M. B; MIGUEL O. F. Correlação entre fratura por queda em idosos e uso prévio de medicamentos. **Acta Ortop Bras.**, Catanduva, v. 15, n. 3, p. 143-145, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/aob/v15n3/a04v15n3.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2014.

HEALEY, F. et al. Essencial care after na inpatient fall: summary of a safety report from the National Patient Safety Agency. **BMJ**, Londres, v. 342, n.329, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/342/bmj.d329.full?eaf>>. Acesso em: 05 mai. 2014.

HOGSTEL, M. O; GAUL, A. L. Safety or autonomy - and ethical issue for clinical gerontological nurses. **J. Gerontol. Nurs.**, v. 17, n. 3, p. 6-11, 1991.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – HU/UFSC. **Projeto do Programa do Curso de Mestrado Profissional Associado à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde**. Florianópolis, 2009. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/RIMS/Proposta_Mestrado.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2014.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – HU/UFSC. **Institucional**. Apresenta informações sobre a instituição hospitalar. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/portal_novo/>. Acesso em: 06 ago. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009.

_____. **Resultados do Censo 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php>. Acesso em: 30 abr. 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. Secretaria de Assuntos Estratégicos. Presidência da República (Brasil). **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013**. Disponível em: <<http://atlasbrasil.ipea.gov.br/2013/pt/consulta/>>. Acesso em 26 jul. 2014.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v. 185, n. 12, p. 914-19, 1963. Disponível em: <http://home.uchicago.edu/~tmurray1/research/articles/printed%20and%20read/studies%20of%20illness%20in%20the%20aged_the%20index%20of%20ADL_%20a%20standardized%20measure%20of%20biological%20and%20psychosocial%20function.pdf>. Acesso em 02 set. 2014.

KIM, T. Y. et al. Representation of Nursing Terminologies in UMLS. **AMIA ANNu Symp Proc.**, p. 709-14, 2011.

KOWALSKI, K. YODER-WISE, P.S. **Manual de Sobrevivência para Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 500 p.

LAIGNIER, M. R; CASTRO, M. A; SA, P. S. C. De olhos bem abertos: investigando acuidade visual em alunos de uma escola municipal de Vitória. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 113-9, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 set. 2014.

LEANDRO, L. A. **Fatores associados ao desempenho funcional de idosos portadores da Doença de Parkinson**. 2011. 91f. Dissertação (Mestrado em Medicina), Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: Educs, 2003.

LEITE, M. T. et al. Recursos humanos de enfermagem: formação e atualização na área do envelhecimento. **Rev. Rene**, v. 12, n. 1, p. 24-32, Fortaleza, 2011. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/105>>. Acesso em: 13 fev. 2015.

LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, jan. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 jul. 2014.

LOJUDICE, D. C. et al. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 13, n. 3, p. 403-412, 2010.

LOPES, K. T. et al. Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 13, n. 3, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552009000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mai. 2014.

LOPES, L.S., et al. Hipotensão ortostática em pacientes idosos ambulatoriais. **Arq Med ABC**, v. 32, n. 1, p. 17-20, 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=455474&indexSearch=ID>>. Acesso em: 31 jul. 2014.

LUZIA, M. F; ALMEIDA, M. A; LUCENA, A. F. Mapeamento de cuidados de enfermagem para pacientes com risco de quedas na *Nursing Interventions Classification*. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. 4, p. 632-9, 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/enfermagem/resource/pt/lil-725772>>. Acesso em: 13 fev. 2015.

LUZIA, M. F.; VICTOR, M. A. G.; LUCENA, A. F. Nursing Diagnosis Risk for falls: prevalence and clinical profile of hospitalized patients. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 262-68, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000200262&lng=en>. Acesso em: 25 out. 2014.

MACEDO, A. Abordagem da Síndrome Vertiginosa. **Acta Med Port**, v. 23, n. 1, p. 95-100, 2010. Disponível em:

<<http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/591/275>>. Acesso em: 31 jul. 2014.

MAGALHÃES, A. M. M; DALL'AGNOL, C. M; MARCK, P. B. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente – estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. spec., jan.-fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_19.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2015.

MALLMANN, D. G. **Avaliação da vulnerabilidade e fragilidade do idoso para quedas**: instrumento de apoio para o enfermeiro da estratégia de saúde da família. 2010. 92f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem), Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana, 2010.

MATA, F. A. F; BARROS, A. L. S; LIMA, C. F. **Ver Neurocienc.**, v. 16, n. 1, p. 20-24, 2008. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2008/RN%2016%2001/Pages%20from%20RN%2016%2001-5.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2014.

MEGALE, R. Z; MORAES, E. N. Instabilidade postural: abordagem diagnóstica. In: MORAES, E. N. **Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia**. Minas Gerais: COOPMED, 2008, p. 381-394.

MINAYO M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

MORAES, E. N. Protocolo de avaliação multidimensional do idoso. In: MORAES, E. N. **Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia**. Minas Gerais: COOPMED, p. 157-188, 2008.

MORAES, E. N, et al. Avaliação clínico-funcional do idoso. In: MORAES, E. N. **Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia**. Minas Gerais: COOPMED, 2008, p. 63-84.

MORAES, E. N; LANNA, F. G. J. S. Avaliação da cognição e do humor. In: MORAES, E. N. **Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia**. Minas Gerais: COOPMED, 2008, p. 85-104.

MORAES, E. N; MEGALE, R. Z. Avaliação da mobilidade. In: MORAES, E. N. **Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia**. Minas Gerais: COOPMED, 2008, p. 105-114.

MORAES, E. N; MEIRA, M. A. Incontinência fecal. In: MORAES, E. N. **Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia**. Minas Gerais: COOPMED, 2008, p. 439-442.

PAIVA, M. C. M. S. et al. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100019&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 05 mai. 2014.

PAIVA, M. C. M. S; PAIVA, S. A. R; BERTI, H. W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 287-94, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2014.

PAIXAO JR., C. M; REICHENHEIM, M. E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mai. 2014.

PAULA JÚNIOR, N. F. **Estado da arte do evento quedas em idosos: uma revisão integrativa de literatura**. 2014. 222f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

RAMOS, C. V. et al. Quedas em idosos de dois serviços de pronto atendimento do Rio Grande do Sul. **Ver. Eletr. Enf. [on line]**, v. 13, n. 4, p. 703-13, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a15.htm>>. Acesso em: 28 set. 2014.

RIBEIRO, R. C; MARIN, H. F. Proposta de um instrumento de avaliação da saúde do idoso institucionalizado baseado no conceito do Conjunto de Dados Essenciais em Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**,

Brasília, v. 62, n. 2, 2009, p. 204-212. Disponível em:
<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019600005>>. Acesso em:
06 mai. 2014.

SANTOS, S. S. C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriátrica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, nov-dez 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000600025&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 fev. 2015.

SANTOS, S. S. C. et al. Avaliação multidimensional do idoso por enfermeiros brasileiros: uma revisão integrativa. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 9, n. 1, 2010, p. 129-136. Disponível em:
<<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5530/5747>>. Acesso em: 16 mai. 2014.

SILVA, E. G. C. et al. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Ver. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, 2011. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a15.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2015.

SIQUEIRA, F. V. et al. Prevalência de quedas em idosos no Brasil: uma análise nacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, set. 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000900015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mai. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA – SBGG. **Quedas em Idosos: Prevenção**. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2008, 10 p. (Projeto Diretrizes). Disponível em:
<http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2014.

TINETTI, M. E; WILLIAMS, T. F; MAYEWSKI, R. Fall Risk Index for elderly patients based on number of chronic disabilities. **Am. J. Med.**, v. 80, n. 3, p. 429-434, 1986. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3953620>>. Acesso em 01 out. 2014.

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem.** 2ª ed. Florianópolis: Insular, 2004.

VIDIGAL, M. J. M; CASSIANO, J. G. Adaptação ambiental. In: MORAES, E. N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia.** Minas Gerais: COOPMED, 2008, p. 125-138.

VILLAREJO, A. L; PANCORBO-HIDALGO, P. Diagnostico de enfermería, resultados e intervenciones identificadas en pacientes ancianos pluripatológicos tras el alta hospitalaria. **Gerokomos**, Madrid, v. 22, n. 4, 2011. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400002>. Acesso em: 25 out. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Proposta inicial de instrumento para avaliação da vulnerabilidade às quedas em idosos (Mobilidade)

FIGURA 20 – Identificação

MOBILIDADE INDIVIDUAL

Identificação

| | | | | |
|--------------------------------|---|--------------------------------|---|---|
| Profissão: | | | Aposentado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| Gênero: | Data de Nascimento: | | Idade: | |
| Naturalidade: | | Estado: | País: | |
| Estado civil: | <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Viúvo | <input type="checkbox"/> Separado | <input type="checkbox"/> União Consensual |
| Raça auto referenciada: | <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda | <input type="checkbox"/> Negra | <input type="checkbox"/> Amarela | <input type="checkbox"/> Indígena |
| Escolaridade (anos de estudo): | | | | |
| Endereço: | | | | |
| Telefone: | | | | |
| Informante: | | | Parentesco: | |
| Cuidador: | | Parentesco: | Idade: | Gênero: |

Fonte: Adaptado de Moraes, 2008a, p. 157

FIGURA 21 – Sistema músculo esquelético – Membros inferiores

Sistema músculo-esquelético – Membros Inferiores

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Deficiência visual: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Uso de lentes corretivas | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Dificuldade para ler jornais ou revistas | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Data da última visita ao oftalmologista: | / / | |

Fonte: Adaptado de Moraes, 2008a, p. 159

FIGURA 22 – Atividades de Vida Diária Básicas – Índice de Katz

| Atividade | Independente | SIM (1 ponto) | NÃO (0 ponto) |
|--------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Banho | Não recebe assistência ou somente recebe em uma parte do corpo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Vestir-se | Escolhe as roupas e se veste sem nenhuma ajuda, exceto para calçar sapatos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Higiene Pessoal | Vai ao banheiro, usa-o, veste-se | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|--|-----|-----|
| | e retorna sem nenhuma assistência (pode usar bengala ou andador como apoio e usar comadre/urinol a noite). | | |
| 4. Transferência | Consegue deitar e levantar de uma cama ou sentar e levantar de uma cadeira sem ajuda (pode usar bengala ou andador). | () | () |
| 5. Continência | Tem autocontrole do intestino e da bexiga (sem “acidentes ocasionais”). | () | () |
| 6. Alimentação | Alimenta-se sem ajuda, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão. | () | () |
| Pontuação: 6-Independência; 3 a 5-Dependência Parcial; 0 a 2-Dependência Importante | | | |

Fonte: Freitas, Miranda e Nery, 2002

FIGURA 23 – Mobilidade – Marcha

Mobilidade – Marcha

| | | | |
|------------|---------------------|-----------------------------------|----------------------|
| 1. Sozinho | 2. Ajuda ocasional | 3. Ajuda frequente | 4. Muleta ou bengala |
| 5. Andador | 6. Cadeira de rodas | 7. Imobilidade completa (acamado) | |

Fonte: Adaptado de Moraes, 2008a, p. 163

FIGURA 24 - Escala de Avaliação do Equilíbrio – Índice de Tinetti

Escala de Avaliação do Equilíbrio – Índice de Tinetti

| | | |
|---|---------------------------------------|-------|
| 1. Equilíbrio sentado | Escorrega | 0 () |
| | Equilibrado | 1 () |
| 2. Levantando | Incapaz | 0 () |
| | Usa os braços | 1 () |
| | Sem os braços | 2 () |
| 3. Tentativas de levantar | Incapaz | 0 () |
| | Mais de uma tentativa | 1 () |
| | Única tentativa | 2 () |
| 4. Assim que levanta (primeiros 5 segundos) | Desequilibrado | 0 () |
| | Estável, mas usa suporte | 1 () |
| | Estável sem suporte | 2 () |
| 5. Equilíbrio em pé | Desequilibrado | 0 () |
| | Suporte ou base de sustentação >12 cm | 1 () |
| | | 2 () |
| | Sem suporte e base estreita | |

| | | |
|---|---|-------|
| 6. Teste dos três tempos (examinador empurra levemente o esterno do paciente, que deve ficar com os pés juntos) | Começa a cair | 0 () |
| | Agarra ou balança (braços) | 1 () |
| | Equilibrado | 2 () |
| 7. Olhos fechados (mesma posição do item6) | Desequilibrado, instável | 0 () |
| | Equilibrado | 1 () |
| 8. Girando 360° | Passos descontínuos | 0 () |
| | Passos contínuos | 1 () |
| | Instável (desequilíbrios) | 0 () |
| | Estável (equilibrado) | 1 () |
| 9. Sentado | Inseguro (erra a distância, cai na cadeira) | 0 () |
| | | 1 () |
| | Usa os braços ou movimentação abrupta | 2 () |
| | Seguro, movimentação suave | |

Fonte: Freitas, Miranda e Nery, 2002

FIGURA 25 – Escala de Avaliação da Marcha – Índice de Tinetti

Escala de Avaliação da Marcha – Índice de Tinetti

| | | |
|-------------------------------------|---|-------|
| 10. Início da marcha | Hesitação ou várias tentativas para iniciar | 0 () |
| | Sem hesitação | 1 () |
| 11. Comprimento e altura dos passos | a) Pé Direito: | |
| | • Não ultrapassa o pé esquerdo | 0 () |
| | • Ultrapassa o pé esquerdo | 1 () |
| | • Não sai completamente do chão | 0 () |
| | • Sai completamente do chão | 1 () |
| | b) Pé Esquerdo: | |
| | • Não ultrapassa o pé direito | 0 () |
| | • Ultrapassa o pé direito | 1 () |
| • Não sai completamente do chão | 0 () | |
| • Sai completamente do chão | 1 () | |
| 12. Simetria dos passos | Passos diferentes | 0 () |
| | Passos semelhantes | 1 () |
| 13. Continuidade dos passos | Paradas ou passos descontínuos | 0 () |
| | Passos contínuos | 1 () |
| 14. Direção | Desvio nítido | 0 () |
| | Desvio leve ou moderado ou uso de apoio | 1 () |
| | | 2 () |
| | Linha reta sem apoio (bengala ou andador) | |
| 15. Tronco | Balanço grave ou uso de apoio | 0 () |

| | | |
|------------------------------|---|----------------|
| | Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços Sem flexão, balanço, não usa os braços ou apoio | 1 () 2 () |
| 16. Distância dos tornozelos | Tornozelos separados Tornozelos quase se tocam enquanto anda | 0 () 1 () |

Fonte: Freitas, Miranda e Nery, 2002

FIGURA 26 – Histórico de Quedas e Fraturas

Pontuação total do Índice de Tinetti: 28 pontos (Equilíbrio + Marcha)

Pontuação < 19 pontos: risco cinco vezes maior de queda

Histórico de Quedas e Fraturas

Quedas

| |
|---|
| História de quedas no último ano: () Sim () Não |
| Número de quedas nos últimos 3 anos: () 1 () 2 () 3 () 4 () ≥ 5 E no último ano: () 1 () 2 () 3 () 4 () ≥ 5 |
| Repercussão funcional da queda: () Sim () Não Especificar: |
| Causas/circunstâncias da última queda: () Tropeção/escorregão () Ausência de motivo aparente () Perda da consciência () Doença aguda |
| Tempo de permanência no chão durante a última queda: |
| Necessidade de ajuda para levantar-se: () Sim () Não |

Fraturas

| |
|--|
| () Sim () Não |
| () Vértebra () Fêmur () Antebraço () Pelve () Outro: Data: / / |
| () Espontânea () Acidental, motivo: _____ |

FIGURA 27 – Escala ambiental de risco de quedas

MOBILIDADE AMBIENTAL

Escala ambiental de risco de quedas

| Local | Avaliação | Sim | Não | Não se aplica |
|--------------------|----------------------------------|-----|-----|---------------|
| Áreas de locomoção | Áreas livres de locomoção | | | |
| | Barras de apoio laterais | | | |
| | Pisos uniformes ou tapetes fixos | | | |

| | | | | |
|------------------|---|--|--|--|
| Iluminação | Suficiente para clarear toda superfície de marcha (quarto, corredor e banheiro) | | | |
| | Interruptores acessíveis próximo à cama e na entrada dos cômodos | | | |
| | Luz indireta para apoio | | | |
| | Luz sentinela constante no período noturno, com iluminação do quarto, corredor e banheiro | | | |
| Quarto de dormir | Armários com portas ou gavetas acessíveis e firmes (fixos) | | | |
| | Cadeira permitindo se assentar para vestir | | | |
| | Cama com altura de 45 cm (aproximadamente de acordo com altura do idosos) | | | |
| | Cama com grades laterais móveis | | | |
| | Presença de travas nas rodas das camas | | | |
| | Campainha facilmente acessível e próxima à cama | | | |
| Banheiro | Lavabo facilmente acessível e bem fixo | | | |
| | Área do chuveiro com piso antiderrapante e barras laterais | | | |
| | Box com abertura fácil ou cortina bem firme | | | |
| Escada | Piso antiderrapante, marcação no 1º e último degrau com faixa amarela | | | |
| | Corrimão bilateral, sólido e que se prolonga além do 1º e último degraus | | | |
| | Espelho do degrau fechado, com lixas antiderrapantes | | | |
| | Altura dos espelhos e profundidade dos degraus constantes (uniformes) | | | |
| Elevador | Barras de apoio laterais | | | |
| | Ausência de desnível entre piso do elevador e solo | | | |
| | Presença de piso antiderrapante | | | |
| | Presença de sensor para fechamento da porta e anti esmagamento | | | |
| | Iluminação adequada | | | |

Fonte: Adaptado de Moraes, 2008^a, p. 179

APÊNDICE B – Instrumento para entrevista semiestruturada com enfermeiros

Data:

Local:

Cuidados de enfermagem para avaliar vulnerabilidade às quedas em idosos hospitalizados em clínica médica:

- a) Na sua instituição, existe instrumento para avaliação da vulnerabilidade às quedas dos pacientes? Caso exista, apresente os itens do instrumento.
- b) Se sim, este instrumento tem algum item específico para pessoa idosa? Qual diferenciação?
- c) Utiliza o Processo de Enfermagem na sua prática cotidiana? Caso sim, há algum instrumento nos roteiros do Processo de Enfermagem, que seja específico para avaliação da vulnerabilidade às quedas? Qual?
- d) Na sua opinião, é importante existir instrumento para avaliação da vulnerabilidade às quedas do idoso? Caso sim, quais itens deveriam fazer parte deste instrumento? De que forma este instrumento pode ser inserido na rotina dos cuidados de enfermagem?
- e) Existe alguma ação que possa ser realizada no ambiente hospitalar para prevenir quedas? Caso exista, quais ações você sugere? Em relação ao idoso, sugere alguma ação específica?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**PESQUISA: PROPOSTA COLETIVA DE INSTRUMENTO PARA
AVALIAÇÃO DAS QUEDAS EM IDOSOS NA CLÍNICA
MÉDICA**

As informações contidas nesta folha, fornecidas por **Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt e Daiani Moraes Oliveira** têm por objetivo firmar acordo escrito com **nome do(a) depoente**

para participação da pesquisa acima referida, autorizando sua participação com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos a que ela(e) será submetida(o). **1.Natureza da pesquisa:** Esta pesquisa tem como objetivo geral: Elaborar proposta coletiva com enfermeiros de clínica médica de instrumento para avaliação da vulnerabilidade às quedas em idosos na área hospitalar, visando à prevenção desta ocorrência. Como objetivos específicos tem: Propor instrumento para avaliação da vulnerabilidade às quedas em idosos hospitalizados; Conhecer a percepção e avaliação dos enfermeiros sobre a vulnerabilidade às quedas em idosos nas Clínicas Médicas de um HU, bem como propor ações para prevenção desta ocorrência; Propor instrumento para avaliação de quedas para os idosos hospitalizados em Clínicas Médicas de um HU. **2.Participantes da pesquisa:** Propõem-se como sujeitos neste estudo enfermeiros que atuem no HU/UFSC, nas Clínicas Médicas 1 e 2. **3.Envolvimento na pesquisa:** Ao participar deste estudo você tem liberdade de se recusar a participar e ainda de se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da Pesquisadora do projeto e, se necessário, por meio do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa. **4.Riscos e desconforto:** Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme resolução número 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde – Brasília – DF. **5.Confidencialidade:** Tratando-se de pesquisa com seres humanos ocorrerá a confidencialidade das informações.**6.Benefícios:** Esperamos que este estudo contribua com informações importantes que deve acrescentar elementos relevantes à literatura, bem como ao aprimoramento do cuidado a idosos, identificando vulnerabilidades para quedas, onde as pesquisadoras se comprometem a divulgar os resultados obtidos. **7.Pagamento:** Não terá nenhum tipo de despesa ao autorizar sua participação nesta pesquisa,

bem como nada será pago pela participação. **8.Liberdade de recusar ou retirar o consentimento:** Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo livre de penalidades. Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para permitir sua participação nesta pesquisa. Portanto, preencha os itens que seguem:

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

RG _____ após a leitura e compreensão destas informações, entendo que a minha participação é voluntária, e que posso sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confiro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Florianópolis, ____/____/____

Telefone para contato: _____

Assinatura do participante do estudo _____

Pesquisadoras: Karina Silveira de Almeida Hammerschimdt e Daiani Moraes Oliveira

Telefone para contato: (48) 96939266 e (49) 99754700

APÊNDICE D – Proposta coletiva para histórico de enfermagem incluindo avaliação da vulnerabilidade às quedas para idosos hospitalizados

I. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ N°

prontuário: _____

Data nascimento: __/__/__ Idade: ____ Gênero: _____ Estado civil: _____

Raça auto referenciada: _____

Religião: _____

Naturalidade: _____

Procedência: _____ Escolaridade (anos de estudo): _____ Profissão: _____

Aposentado: ()sim () não

Peso: _____ Estatura: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Informante (grau parentesco): _____

Cuidador: _____ Grau parentesco: _____

Idade: _____ Gênero: _____

Condições na internação: _____

Diagnóstico

médico: _____

I. II. PERCEPÇÕES E/OU EXPECTATIVAS

Internações anteriores: ()sim ()não Quantas: _____

Motivo(s): _____

O que sabe sobre sua doença atual: _____

Tabagismo – Cigarros/dia: _____ Quantos anos: _____ Etilismo – Tipo de bebida/tempo: _____

Outras drogas: _____ Transfusões sanguíneas anteriores: _____

Expectativas/medos: _____

III. PROBLEMAS RELACIONADOS ÀS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

1. Necessidades Psicobiológicas

1.1 Oxigenação

FR: _____ mrpm Tosse: _____ Expectoração/características: _____

Dispneia – Ortopneia – Cianose – Cateter oxigênio

1.2 Hidratação

Ingesta hídrica/dia: _____ Preferência: _____

1.3 Alimentação

Anorexia – Disfagia – Pirose – Dificuldade para mastigação – Dieta zero

Hábito alimentar: _____

1.4 Eliminações

Vesical: Disúria – Hematúria – Polaciúria – Oligúria – Anúria – Sonda vesical – Globo vesical – Côndon – Retenção urinária

Intestinal: Hábito: _____ Constipação – Enterorragia – Melena – Colostomia – Ileostomia – Jejunostomia – Fezes líquidas
Características: _____

Drenagens: a) Dreno tipo: _____

Local: _____

b) Gástrica: Náuseas – Vômitos – Hematêmese –
Característica: _____

SNG – SNE – Gastrostomia

c) Vaginal: Leucorreia – Menstruação – Metrorragia

1.5 Sono e repouso

Insônia – Agitação –

Hábito: _____

1.6 Atividade física

Prática exercícios: Qual(is): _____

Astenia – Miastenia

Atividade motora: Problemas para movimentar algum segmento do corpo? Qual(is): _____

Deambula – Com auxílio – Não Deambula

Problemas na locomoção – Faz uso de cadeira de rodas – Muletas – Andador – Outros: _____

Atividades de Vida Diária Básicas/ Índice de Katz Modificado (Freitas, Miranda e Nery, 2002)

| Atividade | Independente | SIM (1 ponto) | NÃO (0 ponto) |
|---|---|------------------|------------------|
| 17. Banho | Não recebe assistência ou somente recebe em uma parte do corpo. | () | () |
| 18. Vestir-se | Escolhe as roupas e se veste sem nenhuma ajuda, exceto para calçar sapatos. | () | () |
| 19. Higiene Pessoal | Vai ao banheiro, usa-o, veste-se e retorna sem nenhuma assistência (pode usar bengala ou andador como apoio e usar comadre/urinol a noite). | () | () |
| 20. Transferência | Consegue deitar e levantar de uma cama ou sentar e levantar de uma cadeira sem ajuda (pode usar bengala ou andador). | () | () |
| 21. Continência | Tem autocontrole do intestino e da bexiga (sem “acidentes ocasionais”). | () | () |
| 22. Alimentação | Alimenta-se sem ajuda, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão. | () | () |
| Pontuação: 6 - Independência; 3 a 5 - Dependência Parcial; 0 a 2 - Dependência Importante | | | |

1.7 Integridade física

Amputação local: _____ Deformidade local: _____

Próteses: _____ Outras cirurgias: _____

Escala de Avaliação do Equilíbrio – Índice de Tinetti(Freitas, Miranda e Nery, 2002)

| | | |
|--|--------------------------|-------|
| 23. Equilíbrio sentado | Escorrega | 0 () |
| | Equilibrado | 1 () |
| 24. Levantando | Incapaz | 0 () |
| | Usa os braços | 1 () |
| | Sem os braços | 2 () |
| 25. Tentativas de levantar | Incapaz | 0 () |
| | Mais de uma tentativa | 1 () |
| | Única tentativa | 2 () |
| 26. Assim que levanta (primeiros 5 segundos) | Desequilibrado | 0 () |
| | Estável, mas usa suporte | 1 () |
| | Estável sem suporte | 2 () |
| 27. Equilíbrio em pé | Desequilibrado | 0 () |
| | Suporte ou base de | 1 () |
| | sustentação >12 cm | 2 () |

| | | |
|--|---|-------|
| | Sem suporte e base estreita | |
| 28. Teste dos três tempos (examinador empurra levemente o esterno do paciente, que deve ficar com os pés juntos) | Começa a cair | 0 () |
| | Agarra ou balança (braços) | 1 () |
| | Equilibrado | 2 () |
| 29. Olhos fechados (mesma posição do item6) | Desequilibrado, instável | 0 () |
| | Equilibrado | 1 () |
| 30. Girando 360° | Passos descontínuos | 0 () |
| | Passos contínuos | 1 () |
| | Instável (desequilíbrios) | 0 () |
| | Estável (equilibrado) | 1 () |
| 31. Sentado | Inseguro (erra a distância, cai na cadeira) | 0 () |
| | Usa os braços ou movimentação abrupta | 1 () |
| | Seguro, movimentação suave | 2 () |

Escala de Avaliação da Marcha – Índice de Tinetti (Freitas, Miranda e Nery, 2002)

| | | |
|-------------------------------------|---|-------|
| 32. Início da marcha | Hesitação ou várias tentativas para iniciar | 0 () |
| | Sem hesitação | 1 () |
| 33. Comprimento e altura dos passos | c) Pé Direito: | |
| | • Não ultrapassa o pé esquerdo | 0 () |
| | • Ultrapassa o pé esquerdo | 1 () |
| | • Não sai completamente do chão | 0 () |
| | • Sai completamente do chão | 1 () |
| | d) Pé Esquerdo: | 0 () |
| | • Não ultrapassa o pé direito | 1 () |
| | • Ultrapassa o pé direito | 0 () |
| • Não sai completamente do chão | 1 () | |
| • Sai completamente do chão | | |
| 34. Simetria dos passos | Passos diferentes | 0 () |
| | Passos semelhantes | 1 () |
| 35. Continuidade dos passos | Paradas ou passos descontínuos | 0 () |
| | Passos contínuos | 1 () |
| 36. Direção | Desvio nítido | 0 () |
| | Desvio leve ou moderado ou uso de apoio | 1 () |
| | Linha reta sem apoio (bengala ou andador) | 1 () |
| | | 2 () |

| | | |
|------------------------------|--|-------|
| 37. Tronco | Balanço grave ou uso de apoio | 0 () |
| | Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços | 1 () |
| | Sem flexão, balanço, não usa os braços ou apoio | 2 () |
| 38. Distância dos tornozelos | Tornozelos separados | 0 () |
| | Tornozelos quase se tocam enquanto anda | 1 () |

Pontuação total do Índice de Tinetti: 28 pontos (Equilíbrio + Marcha)

Pontuação < 19 pontos: risco cinco vezes maior de queda

Histórico de Quedas (Adaptado de Moraes, 2008, p. 164)

| |
|---|
| História de quedas no último ano: () Sim () Não |
| Número de quedas nos últimos 3anos: () 1 () 2 () 3 () 4 () ≥ 5 E no último ano: () 1 () 2 () 3 () 4 () ≥ 5 |
| Repercussão funcional da queda: () Sim () Não Especificar: |
| Causas/circunstâncias da última queda: () Tropeção/escorregão () Ausência de motivo aparente () Perda da consciência () Doença aguda |
| Tempo de permanência no chão durante a última queda: |
| Necessidade de ajuda para levantar-se: () Sim () Não |
| Histórico de Fraturas |
| () Sim () Não |
| () Vértebra () Fêmur () Antebraço () Pelve () Outro: Data: / / |
| () Espontânea () Acidental, motivo: _____ |

1.8 Integridade Cutâneo Mucosa

a) Pele: Hipocorada – Ictérica – Descamativa – Rush cutâneo – Escabiose – Lesões – Caract: _____

b) Couro cabeludo: Pediculose – Seborreia – Sujidades – Alopecia

c) Olhos e pálpebras: Icterícia – Hipocromia – Secreção Ocular – Hiperemia Ocular

d) Ouvidos: Cerume – Descamação

e) Boca: Língua Saburrosa – Afta – Monilíase – Halitose – Lesões: _____

f) Nariz: Epistaxe – Lesões: _____

g) Dentes: Ausência – Cáries

h) Garganta: Placas – Edema – Hiperemia

i) Ânus: Hemorróidas – Fissuras

- j) Órgãos genitais: _____
- k) Abdome: Globoso – Distendido – Timpânico – Flácido – Doloroso à Palpação – Lesões: _____
- l) Membros Inferiores: Edema ___/4+ - Dor – Rigidez – Fraqueza ou Sensação de Peso
 Lesões: _____ Ausência _____ de
 Pulsos: _____

1.9 Cuidado Corporal

Condições de Higiene: Boas – Regulares – Péssimas – Necessita de Auxílio – Necessita Tricotomia Facial

1.10 Regulações

- a) Térmica: T _____ °C
- b) Hormonal: Glicemia _____ mg/dl
- c) Neurológica: Desorientação – Confusão – Torpor – Coma – Tontura – Cefaleia – Distúrbios Visuais – Convulsões – Paresia – Parestesia – Hiperestesia – Plegia – Pupilas foto reagentes – Midríase – Miose – Anisocoria
- d) Hidroeletrólítica: Polidipsia – Edema local: _____
- e) _____ Vascular: _____ PA _____ mmHg
 Pulso _____ bpm Precordialgia – Hemorragia – Hemotransfundido
- f) Crescimento Celular: Quimioterapia – Radioterapia

1.11 Percepção dos Órgãos dos Sentidos

- a) Visual: Acuidade Diminuída – Cegueira
- b) Auditiva: Acuidade Diminuída – Surdez
- c) Dolorosa: _____

1.12 Terapêutica

Rede _____ Venosa: _____

Musculatura: _____

Alergia _____ a _____ medicamentos: _____

Qual(is): _____

Terapêutica: _____

1.13 Sexualidade

Menarca: _____ anos DUM: ___/___/___ Menopausa: _____

Menstruação: _____

Faz uso de anticoncepcional: _____

1.14 Segurança Física

Necessidade de Prevenção de Quedas – Necessidade de Isolamento – Necessidade de Prevenção de Fugas

Motivo: _____

1.15 Meio Ambiente

Orientado quanto as rotinas do setor: _____

2. Necessidades Psicossociais e Espirituais

Segurança Emocional – Amor: _____

Afeto – Atenção – Auto-imagem: _____

Aceitação – Auto-estima – Auto-realização: _____

Liberdade – Participação – Comunicação: _____

Criatividade – Gregária: _____

Recreação – Lazer – Espaço: _____

Religiosa – Ética: _____

Educação para a saúde: Necessita de encaminhamento e/ou orientações sobre sua patologia: _____

APÊNDICE E – Complemento do histórico de enfermagem (avaliação da mobilidade ambiental por quarto/enfermaria)

MOBILIDADE AMBIENTAL

Escala ambiental de risco de quedas (Adaptado de Moraes, 2008)

| Local | Avaliação | Sim | Não | Não se aplica |
|--------------------|---|-----|-----|---------------|
| Áreas de locomoção | Áreas livres de locomoção | | | |
| | Barras de apoio laterais | | | |
| | Pisos uniformes ou tapetes fixos | | | |
| Iluminação | Suficiente para clarear toda superfície de marcha (quarto, corredor e banheiro) | | | |
| | Interruptores acessíveis próximo à cama e na entrada dos cômodos | | | |
| | Luz indireta para apoio | | | |
| | Luz sentinela constante no período noturno, com iluminação do quarto, corredor e banheiro | | | |
| Quarto de dormir | Armários com portas ou gavetas acessíveis e firmes (fixos) | | | |
| | Cadeira permitindo se assentar para vestir | | | |
| | Cama com altura de 45 cm (aproximadamente de acordo com altura do idosos) | | | |
| | Cama com grades laterais móveis | | | |
| | Presença de travas nas rodas das camas | | | |
| | Campainha facilmente acessível e próxima à cama | | | |
| Banheiro | Lavabo facilmente acessível e bem fixo | | | |
| | Área do chuveiro com piso antiderrapante e barras laterais | | | |
| | Box com abertura fácil ou cortina bem firme | | | |
| Escada | Piso antiderrapante, marcação no 1º e último degrau com faixa amarela | | | |
| | Corrimão bilateral, sólido e que se prolonga além do 1º e último degraus | | | |
| | Espelho do degrau fechado, com lixas antiderrapantes | | | |
| | Altura dos espelhos e profundidade dos degraus constantes (uniformes) | | | |

| | | | | |
|----------|--|--|--|--|
| Elevador | Barras de apoio laterais | | | |
| | Ausência de desnível entre piso do elevador e solo | | | |
| | Presença de piso antiderrapante | | | |
| | Presença de sensor para fechamento da porta e anti esmagamento | | | |
| | Iluminação adequada | | | |

ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRATEGIAS TEÓRICO-OPERACIONAIS DIRECIONADAS AOS IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON QUE VIVENCIARAM QUEDAS EM SANTA CATARINA

Pesquisador: KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 24349813.9.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 759.086

Data da Relatoria: 25/08/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa submetido ao Edital de Chamada Pública FAPESC nº 07/2013 MSDECIT/CNPQ/SESSC. Trata-se de pesquisa com métodos mistos, será realizada junto às Associações de Parkinson do Estado de Santa Catarina e ao Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Como parceiras estão a Universidade da Fronteira Sul e o Instituto Federal de Ciência e Tecnologia de Santa Catarina. A população será de idosos com doença de Parkinson, seus familiares e enfermeiros, com uma estimativa de cerca de 350 a 500 participantes. A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas gravadas, baseadas em questionário semiestruturado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Implementar estratégias teórico-operacionais direcionadas aos idosos com doença de Parkinson que vivenciaram quedas em Santa Catarina.

Objetivos Secundários:

- Identificar o perfil dos idosos com doença de Parkinson (vinculados as Associações de Parkinson em Santa Catarina) que vivenciaram quedas;

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900

UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 759.086

- Estimular a formação de grupo de apoio aos idosos com doença de Parkinson e seus familiares em Chapecó/SC.
- Delinear ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento de quedas e fraturas para os idosos com doença de Parkinson, vinculados as Associações de Parkinson em Santa Catarina;
- Realizar Sistematização da Assistência de Enfermagem junto aos idosos hospitalizados com doença de Parkinson em Florianópolis/SC;
- Elaborar instrumento guia para avaliação clínica do idoso com doença de Parkinson visando identificar vulnerabilidade às quedas no ambiente hospitalar;
- Desenvolver gerontotecnologias educativas adequadas para a promoção, prevenção e tratamento das quedas junto aos idosos com doença de Parkinson;
- Capacitar multiplicadores vinculados às Associações de Parkinson em Santa Catarina, na educação para a saúde dos idosos, nos âmbitos da doença de Parkinson e quedas; - Criar ambiente virtual para divulgação de informes, eventos, reuniões científicas e cursos sobre: gerontogeriatría, doença de Parkinson e quedas;
- Disponibilizar cursos à distância para capacitação, treinamento, aperfeiçoamento do público profissional e leigo sobre gerontogeriatría, doença de Parkinson e quedas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nessa versão foram acrescentados os riscos do estudo e as medidas tomadas para minimizá-los.

No que se refere aos benefícios do estudo observa-se que "Acredita-se que, a medida, que os subprojetos sejam executados, será possibilitado olhar criterioso sobre os idosos com doença de Parkinson que vivenciaram quedas, no sentido de fortalecer e consolidar parcerias e ações, envolvendo a participação social da Universidade, das Associações, de modo a otimizar melhor qualidade de vida para os idosos com DP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todas as solicitações do parecer consubstanciado anterior foram atendidas, sendo que, nessa versão, todos os documentos necessários ao processo estão disponíveis na Plataforma Brasil e de

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 759.086

acordo com a legislação vigente.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com o exposto nesse parecer, o projeto de pesquisa "ESTRATEGIAS TEÓRICO-OPERACIONAIS DIRECIONADAS AOS IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON QUE VIVENCIARAM QUEDAS EM SANTA CATARINA" deve ser considerado APROVADO.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 21 de Agosto de 2014

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br