



Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde de Leiria

7º Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Ano Letivo 2019/2020

RISCO DE QUEDA EM UTENTES ADULTOS E IDOSOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Maria Helena Ferreira Monteiro

Leiria, setembro 2020



Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde de Leiria

7º Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**RISCO DE QUEDA EM UTENTES ADULTOS E IDOSOS
NO SERVIÇO DE URGÊNCIA
VALIDAÇÃO CULTURAL DA ESCALA MEMORIAL EMERGENCY
DEPARTMENT FALL-RISK-ASSESSMENT TOOL (MEDFRAT)**

Maria Helena Ferreira Monteiro nº 5180022

Unidade Curricular: Dissertação

Professora Orientadora: Professora Doutora Maria Anjos Dixe

Leiria, setembro 2020

PENSAMENTO

Recomeça...

Se puderes

Sem angústia

E sem pressa.

E os passos que deres,

Nesse caminho duro

Do futuro

Dá-os em liberdade.

Enquanto não alcances

Não descanses.

De nenhum fruto queiras só metade.

E, nunca saciado,

Vai colhendo ilusões sucessivas no pomar.

Sempre a sonhar e vendo

O logro da aventura.

És homem, não te esqueças!

Só é tua a loucura

Onde, com lucidez, te reconheças.

MIGUEL TORGA

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho não teria sido possível sem a colaboração, estímulo e empenho de algumas pessoas. Gostaria de expressar toda a minha gratidão e apreço a todos aqueles que, contribuíram para que esta tese se tornasse uma realidade. A todos quero manifestar os meus sinceros agradecimentos.

- À minha mãe, uma das pessoas mais importantes da minha vida, desde sempre a 1ª pessoa a incentivar para continuar a estudar
- À restante família, com destaque para a minha sobrinha mais nova Sofia Martinho, pela escolha do poema e como me mostrou, o quão é gratificante ser tia
- Ao Vítor, pelo companheirismo, disponibilidade e amizade
- À minha amiga Ivone, colega de serviço e de mestrado que literalmente me” empurrou” para este desafio
- À minha amiga Zélia, sem ela, este trabalho não teria sido possível
- Aos meus colegas do SU que colaboraram comigo e me incentivaram
- Aos meus colegas de mestrado que tão bem me acolheram e me ajudaram
- Por fim, mas não menos importante, um agradecimento muito especial á Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe pela orientação, paciência e disponibilidade total

RESUMO

Introdução: As quedas são um problema de saúde pública muito sério que provocam no adulto e principalmente no idoso, várias comorbilidades: dependência, incapacidade nas atividades de vida diária, isolamento e muitas vezes ida precoce para instituições.

Metodologia: Este estudo metodológico quantitativo teve como objetivos: validar para o contexto português a escala MEDFRAT para avaliar o risco de queda em utentes adultos e idosos que recorrem ao SU; determinar o risco de queda de utentes adultos e idosos que recorrem ao SU e determinar o número de episódios de queda de utentes adultos e idosos que recorrem ao SU. Os dados foram colhidos no serviço de urgência de um Hospital Distrital, por dois observadores, numa amostra de 186 adultos, entre os 19 e 98 anos a quem foi aplicado as escalas de Morse, MEDFRAT e Barthel. Foram igualmente colhidos dados sociodemográficos e clínicos. O projeto foi aprovado por uma comissão de ética.

Resultados: A amostra era constituída maioritariamente por utentes do sexo feminino com (54,8%) e os motivos de vinda ao SU com maior percentagem foram: dor abdominal (19,4%), dor lombar (12,4%). É na área da transferência cadeira-cama (79%) que menor número de utentes é independente.

A Escala MEDFRAT apresenta um valor elevado e significativo de correlação com a escala de risco de quedas de Morse pelo que se pode afirmar que avalia o mesmo constructo. Verificamos igualmente que existe um elevado nível de concordância entre os dois observadores em todos os 6 indicadores da escala de MEDFRAT ($p < 0,001$).

Mais de metade dos utentes tem baixo risco de queda não só pela avaliação através da escala de risco de Morse como de MEDFRAT.

Conclusão: Tendo-se verificado que a escala MEDFRAT é válida e fiável para avaliar o risco de queda é importante a sua aplicação aos utentes que recorrem ao serviço de urgência.

Descritores-Risco de queda, queda, adultos e serviço de urgência

ABSTRACT

Introduction: Falls are a very serious public health problem that causes in adults and especially in the elderly, several comorbidities: dependence, disability in activities of daily living, isolation and often going early to institutions.

Methodology: This quantitative methodological study aimed to: validate for the context Portuguese the MEDFRAT scale to assess the risk of fall in adult and elderly users who use the emergency service; determine the risk of fall of adult and elderly users using the emergency service and determine the number of episodes of fall of adult and elderly users who use the emergency service. Data were collected in the emergency department of a District Hospital, by two observers, in a sample of 186 adults, between 19 and 98 years old, to whom the Morse, MEDFRAT and Barthel scales were applied. Sociodemographic and clinical data were also collected. The project was approved by an ethics committee.

Results: The sample consisted mostly of female users with (54.8%) and the reasons for coming to the emergency department with the highest percentage were: abdominal pain (19.4%), low back pain (12.4%). It is in the transfer area chair-bed (79%) number of users is independent.

The MEDEFRAT Scale presents a high and significant correlation value with the risk scale of Morse falls, so it can be affirmed that it evaluates the same construct. We also found that there is a high level of agreement between the two observers in all 6 indicators of the MEDFRAT scale ($p < 0.001$). More than half of users have a low risk of fall not only by assessing morse risk scale but also by MEDFRAT.

More than half of users have a low risk of fall not only by assessing morse risk scale but also by MEDFRAT.

Conclusion: since it has been found that the MEDFRAT scale is valid and reliable for assessing the risk of fall, it is important to apply it to users who use the emergency service.

Descriptors- Risk of fall, fall, adults and emergency service

ÍNDICE

Pág.

ÍNDICE DE TABELAS	vii
INTRODUÇÃO.....	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1.1 CONCEITO DE QUEDA	12
1.2 EPIDEMIOLOGIA DO RISCO DE QUEDA E QUEDA	13
1.3 FATORES DE RISCO E CONSEQUENCIAS DAS QUEDAS	17
1.4 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA	25
1.5 PREVENÇÃO	28
2. METODOLOGIA	33
2.1 TIPO DE ESTUDO E OBJETIVOS.....	33
2.2 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	33
2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	34
2.4 INSTRUMENTOS	34
2.5 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	36
2.6 TRATAMENTO DE DADOS.....	36
3. RESULTADOS	37
4. DISCUSSÃO.....	45
CONCLUSÃO.....	49
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	51

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ

ANEXO II - AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ

APÊNDICE I – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

APÊNDICE II – CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das respostas da amostra quanto às características sociodemográficas, clínicas e história de queda.....	37
Tabela 2 – Distribuição do tipo de medicação que a amostra toma em casa e durante o internamento Hospitalar	39
Tabela 3 – Distribuição do número de medicação que a amostra toma em casa e durante o internamento Hospitalar	40
Tabela 4 – Distribuição das respostas da amostra quanto ao tipo de dependência por área de dependência.....	40
Tabela 5 – Resultados do nível de concordância - Coeficiente de Kappa entre os dois observadores quanto aos indicadores da escala de MEDFRAT	42
Tabela 6 – Correlação de Pearson entre a escala de Morse e a Escala de MEDFRAT	43
Tabela 7 – Caracterização da amostra quanto ao risco de queda na Escala de Morse e escala MEDFRAT (observador 1 e 2).....	43
Tabela 8 – Risco de queda avaliado pela Escala de Morse e escala MEDFRAT (observador 1 e 2)	44

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CHUC- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS- Direção Geral de Saúde

DR-Diário da República

EEFB- Escala de Equilíbrio Funcional de Berg

ENEAS Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

EUA- Estados Unidos da América

HDF- Hospital Distrital da Figueira da Foz

MEDFRAT- Escala Memorial Emergency Department Fall Risk Assessment Tool

OE-Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial Saúde

PA- Pressão Arterial

PNS- Plano Nacional de Saúde

PNSD-Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SU- Serviço de Urgência

TUG- Escala Timed Up and Go

INTRODUÇÃO

No âmbito do 7º Curso de Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Leiria foi realizada a dissertação intitulada: Risco de Queda em Utentes Adultos e Idosos que recorrem ao Serviço de Urgência (SU). Tema bastante pertinente, visto que segundo a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS,2017-2025) tem vindo a registar-se nas últimas décadas, em Portugal e outros Países, grandes transformações demográficas, essencialmente pelo aumento da longevidade, da população idosa, pela redução da natalidade e da população jovem.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD,2015-2020) publicado no Diário da Republica (DR) nº 28 de fevereiro de 2015, tem dedicado aos idosos uma atenção redobrada, definindo objetivos para incentivar a sua qualidade de vida, uma vez que, envelhecer de forma saudável é uma das metas a nível mundial, encarando o processo como consequência da interação entre vários fatores ao longo da vida. Espera-se que as pessoas vivam a maior parte do tempo independentes, mas para isso é necessário conhecer precocemente as questões que possam ameaçar a saúde, tentar prevenir e adiar os problemas agudos/crónicos no sentido de determinar a qualidade de vida dos mais idosos.

Em Portugal, no ano de 2015, as pessoas com 65 ou mais anos, representavam 20,5% de toda a população residente, a esperança de vida, nesse mesmo ano era de 83,2 anos para as mulheres e de 77,4 para os homens. O índice de envelhecimento, em Portugal, passou de 27,5% para 143,9 % em 54 anos, o que exerce um importante impacto na sociedade como um todo, indo interferir com os sistemas de saúde, de educação, segurança social, justiça e transportes. Embora o aumento da longevidade da população portuguesa seja um fator importante, a qualidade dos anos vividos apresenta um potencial para melhorar, visto que envelhecimento terá de refletir segurança e promoção da saúde (ENEAS,2017).

A queda é considerada uma questão de saúde pública no mundo, sendo que em meio hospitalar é responsável por dois em cada cinco, episódios adversos referidos à assistência do doente (Prates, Luzia, Ortolan, Neves, Bueno & Guimarães, 2014).

Segundo McErlean e Hughes (2017) as quedas são uma realidade significativa de morbilidade e mortalidade nas instituições de saúde; o SU é um ambiente exclusivo de saúde que observa utentes em situações agudas de traumas, edema agudo do pulmão, enfarte agudo do miocárdio, doenças físicas, mentais e intoxicações.

No nosso país, várias instituições hospitalares não utilizam os instrumentos de avaliação de risco de queda da melhor forma, não estando estes adaptados para o contexto nacional dos serviços de urgência, onde habitualmente os utentes não permanecem muitos dias (Caldevilla & Costa, 2009).

Portugal está comprometido com a Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável da OMS e da União Europeia que contempla a promoção do envelhecimento ativo e prevenir a ocorrência de quedas, logo as comissões da Qualidade e Segurança dos Hospitais e agrupamentos de Centros de Saúde tem de promover ações nesse sentido.

Tendo por base o DR nº 28 (2015) o (PNSD 2015-2020), pretende ajudar os gestores e os médicos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) na utilização de métodos a na procura de objetivos e alvos a atingir para melhorar a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, visto que a segurança dos doentes é uma responsabilidade da equipa, que mobiliza as competências de cada um.

A escolha do tema da dissertação prende-se com a necessidade de avaliar o risco de queda do utente que recorre ao SU, com um instrumento de avaliação do risco de quedas, específico para o SU, assim com este trabalho pretende-se disponibilizar para a prática clínica, formação e investigação o Memorial Emergency Department Fall Risk Assessment Tool (MEDFRAT).

Assim, definimos como problema: Risco de queda em utentes que recorrem ao SU: Validação Cultural da escala *Memorial Emergency Department Fall Risk Assessment Tool* (MEDFRAT). De modo a orientar este trabalho, foram delineadas as seguintes questões de investigação: A escala MEDFRAT é eficaz para avaliar o risco de queda em utentes adultos e idosos que recorrem ao SU? Qual é o risco de queda de utentes adultos e idosos que recorrem ao SU? Qual é o número de episódios de queda de utentes adultos e idosos que recorrem ao SU?

Assim para responder às questões, efetuamos um estudo metodológico quantitativo de modo a estabelecer a validade e fidelidade de um instrumento que permite avaliar o risco de queda no

SU. Tem como objetivos: validar para o contexto português a escala MEDFRAT para avaliar o risco de queda em utentes adultos e idosos que recorrem ao SU; determinar o risco de queda de utentes adultos e idosos que recorrem ao SU e determinar o número de episódios de queda de utentes adultos e idosos que recorrem ao SU.

Para a concretização dos objetivos recorreremos a uma amostra de 186 utentes que recorreram ao SU de um Hospital Distrital no período de março a julho de 2020, tendo os dados sido recolhidos por entrevista e observação sendo, sociodemográficos, clínicos e de risco de queda através da escala de Morse e de MEDFRAT.

Este trabalho apresenta um capítulo de enquadramento teórico, em que foi efetuada revisão de literatura sobre risco de queda de adultos no SU. Após temos a metodologia que é composta por seis partes: tipo de estudo e objetivos; questões de investigação; população e amostra; instrumentos e colheita de dados; procedimentos formais e éticos; e tratamento de dados. A seguir a apresentação dos resultados obtidos e posteriormente a discussão dos mesmos, por fim, no último capítulo está presente a conclusão.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo DR nº 28 (2015) as quedas são o começo de uma expressiva morbidade/mortalidade sendo uma das principais razões de internamento hospitalar. Uma estratégia de intervenção que deve ser colocada em prática consistindo na prevenção de quedas, designadamente na avaliação e monitorização do risco da sua ocorrência, investindo na melhoria da qualidade de vida dos utentes.

1.1 CONCEITO DE QUEDA

Para Sampaio, Abreu, Nagata e Garcia (2019) uma queda é definida como um deslocamento involuntário e incorrigível da posição inicial de um individuo para um nível inferior, resultante da interação complexa de circunstâncias multifatoriais, que podem ser intrínsecas, extrínsecas, comportamentais e ambientais. As quedas são altamente prevalentes em idosos e um preocupante problema de saúde publica devido as consequências incapacitantes ou fatais, alem do custo económico que representa.

A queda é um evento adverso, provocando consequências físicas, psicológicas e sociais. Assim pode ser definida como um “deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo útil” (Saraiva et al.,2008, p.29). Este evento pode provocar vários tipos de traumatismo com necessidade de cuidados, uma vez que quando ocorre durante o internamento hospitalar, este vai se estender assim como aumentar o grau de dependência dos utentes, resultando num acréscimo de custos económicos e de recursos humanos (Almeida et al.,2010).

Os acidentes por queda segundo Prates et al. (2014) pode trazer graves consequências ao doente a nível físico, em termos de lesões e incapacidades, e a nível psicológico. Este acontecimento vai provocar insatisfação e ceticismo relativamente à qualidade dos cuidados de enfermagem, e também em relação à gestão de saúde nas instituições, acrescentando o tempo e custo do internamento e todas as implicações ético-legais que daí advém.

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE 2015) cair está definido como - executar: descida de um corpo de um nível superior para um nível inferior devido a

desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical. Cair está inserido como foco que representa área de atenção relevante para a Enfermagem segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2016).

1.2 EPIDEMIOLOGIA DO RISCO DE QUEDA E QUEDA

As quedas ocorrem devido à perda de equilíbrio ou à incapacidade em recuperá-lo. Ocorrem em todas as faixas etárias, todavia é na população mais idosa que a prevalência do risco de queda e os danos daí resultantes são maiores (Ministério da Saúde, 2015).

Com o envelhecimento, o corpo humano começa em declínio em termos fisiológicos, com diminuição das acuidades auditivas, visuais, da massa muscular e óssea, alteração da postura e equilíbrio, o aumento de medicamentos, o aumento de doenças crônicas e ainda riscos ambientais, que vão engrossar o risco de queda.

Vários autores são da opinião que o risco de queda e lesões aumenta com a idade, sendo que para Hamed, Bohm, Mersmann e Arampatzis (2018) a prevenção é uma prioridade essencial na geriatria, baseada no exercício físico para melhorar o declínio próprio da idade no desempenho motor como resposta a ameaças posturais. O estudo realizado por estes autores comprovou que a intervenção de exercícios físicos reduz significativamente a taxa de queda.

As quedas são um problema de saúde pública e uma das principais causas de lesões e hospitalizações (Smith, Lusignan, Mullett, Tickner & Jones, 2016) e são a principal causa de mortes não intencionais relacionadas com lesões e lesões não fatais em adultos com mais de 65 anos, estas predispõem a lesões, perda de independência, diminuição da mobilidade, hospitalização, colocação em lares de idosos e morte precoce (Phelan, Aerts, Dowler, Eckstrom, & Casey, 2016). Assim na opinião dos autores, a prevenção das quedas e os ferimentos que elas causam é um problema de saúde pública, visto que a maioria das quedas resulta de uma combinação de fatores de risco, deve ser feita uma avaliação destes uma vez que podem ser modificáveis como uma intervenção eficaz para indivíduos com historial de quedas.

Dadgari, Hojati e Mirrezaie (2020) verificaram que ginástica com foco no equilíbrio e no treino de força contribui para evitar quedas em doentes do sexo feminino.

Segundo Cameron et al. (2018), foi realizado uma Revisão Sistemática e verificou que num total de 95 estudos (138.164 participantes), 71 (40.374 participantes, idade média 84 anos; 75% mulheres) em centros de atendimento e 24 (97.790 participantes média de idades 78 anos, 52% mulheres) em hospitais as quedas nos idosos em centros de atendimento e hospitais são acontecimentos comuns que podem causar perda de independência, lesões e às vezes morte como resultado de uma lesão.

A avaliação do doente, no momento da admissão e internamento, deveria ser feita, uma vez que se tornaria uma importante ferramenta de trabalho, ao nível do cuidar. Assim permitiria aos enfermeiros, que são os responsáveis pela sistematização dos cuidados, executarem os cuidados inerentes, de modo a evitar incidentes adversos (Horbach de Rosa, Rangel, Machado, Cesar & Ilha, 2019).

Segundo o PNSD 2015-2020 (3882-8), para a prevenção das quedas, deve ser feita uma apreciação dos fatores de risco das pessoas quando dão entrada em serviços prestadores de cuidados de saúde, e/ou quando clinicamente adequado, quando há alteração dos fatores de risco e após uma queda. Também será importante que essa avaliação seja transmitida ao doente/família/equipa para que todos em conjunto consigam encontrar estratégias a implementar no sentido de prevenir as quedas.

Nas consultas anuais os idosos devem ser questionados, pelos profissionais de saúde, sobre a ocorrência de quedas pelo menos uma vez/ano, uma vez que é possível identificar as condições possíveis para provocar a queda, que devem ser prevenidas e tratadas, como o uso desajustado de medicamentos, a hipotensão ortostática, a depressão, a demência, as alterações de equilíbrio e de força muscular que coligadas com osteoporose, aumentam consideravelmente o risco de fraturas (Freitas, Bonolo, Moraes, & Machado, 2015).

Na opinião de Carpenter, Cameron, Ganz, e Liu, (2019) as quedas de pé e em contexto não hospitalar são a causa mais frequente de morte nos idosos pelo que sua redução numa sociedade envelhecida deveria passar por avaliações pré-hospitalares. Segundo Fillon, Sirois, Gamache, Guertin, Morin e Jean (2019) uma vez que o número de idosos frágeis irá aumentar com a aceleração do envelhecimento mundial é importante realizar a caracterização do status de fragilidade dos idosos numa avaliação inicial.

Nos Estados Unidos da América (EUA), a queda nos idosos representa um acréscimo importante na saúde, pelo que Johnston et al. (2019) estudaram uma iniciativa (STEADI) com abordagem multifatorial na prevenção de quedas que é constituído por três elementos principais: triagem - para identificar idosos com risco aumentado de queda, avaliação - para identificar fatores de risco modificáveis (revisão de medicamentos e da podologia, teste de capacidade funcional, avaliação da acuidade visual, tensão arterial ortostática e de risco em casa) e por ultimo intervir - reduzir o risco de queda através de estratégias baseadas nas evidências (programa de força e equilíbrio, redução de medicamentos, terapia ocupacional e óculos de correção). Este estudo comprovou que a implementação destas estratégias de prevenção e rastreio de risco STEADI pode reduzir as hospitalizações por queda reduzindo assim as despesas associadas à saúde e às comorbilidades dos idosos.

Em Portugal, no PNSD, a prevenção das quedas, deve abranger avaliação dos fatores de risco, a relação, a educação sobre o risco de queda e ainda a implementação de ações preventivas/corretivas e execução de intervenções individuais para cada situação/doente.

Na opinião de Goldberg, Resnik, Marks e Merchant (2019) as quedas são consideradas a principal causa de lesões fatais e não fatais em pessoas mais velhas, quando estas pessoas se apresentam num SU para avaliações após quedas exibem um risco acrescido de 30% de cair novamente, nos 6 meses seguintes em relação aos outros idosos.

O embate das quedas pode ser muito grave e há provas de que subsiste uma associação indireta entre alta mortalidade e as deteriorações decorrentes destas, que continuam por um tempo indeterminado após o tratamento das complicações das quedas e ainda que uma grande parte das pessoas que sofreram queda irão desenvolver medo de cair outra vez, havendo imobilidade, agravamento do equilíbrio e um acréscimo risco de novas quedas, por vezes cerca de 40% dos idosos que sofrem queda são institucionalizados (Freitas, et al, 2015).

Desde sempre que os registos de enfermagem são de extrema importância, segundo a (CIPE,2015) os resultados dos cuidados prestados aos doentes podem ser apreciados relativamente aos diagnósticos e as intervenções de enfermagem de modo que tudo o que os Enfermeiros fazem ao doente, pode ser analisado e comparado em vários pontos do mundo. Segundo Baixinho e Dixe (2014) o registo sistemático é muito importante para a documentação

da qualidade dos cuidados, analisar e comparar resultados, definir a primazia da interação e fomentar uma tomada de decisão eficiente relativamente a determinado problema.

Para Bjarnadottir e Lucero (2018) as quedas que ocorrem nas instituições hospitalares são uma preocupação constante, nos EUA, são mais de um milhão/ano, com custos elevadíssimos, aumento do tempo de internamento, ferimentos graves e até a morte do doente. O objetivo do estudo foi analisar os registos dos enfermeiros relativamente ao risco e prevenção das pessoas nas instituições hospitalares. Como já foi dito os registos de enfermagem são cruciais e de extrema importância, mas terão de ser: claros, precisos e objetivos, segundo De Souza et al. (2019) foi feito um estudo acerca das quedas intra-hospitalares que são acidentes evitáveis, mas continuam a ser um problema de elevada prevalência de segurança do doente. A descrição da queda em ambiente hospitalar é reconhecida como uma estratégia de prevenção, assim os incidentes são descritos por sistemas de notificação de modo a serem implementadas medidas, com a finalidade de evitar novas quedas, mas seria importante, na opinião destes autores a descrição da medicação do doente.

Como já foi referenciado anteriormente, as quedas são uma das principais causas de morte e incapacidade em idosos, num estudo inglês realizado por Gale, Cooper e Sayer (2016) as mulheres tem mais probabilidade de cair do que os homens, mas pouco se sabe sobre os fatores de risco. Assim associam dor intensa e crónica ao aumento da possibilidade de quedas em ambos os sexos e como fatores de risco: incontinência e fragilidade nas mulheres e depressão, idade avançada e equilíbrio deficiente nos homens.

O envelhecimento é um fenómeno que ocorre em todo o mundo, segundo as Nações Unidas prevê-se que em 2050, um quinto da população mundial terá mais de 60 anos. Com o envelhecimento, a capacidade funcional vai diminuindo, indo afetar a atividade de vida diária da pessoa, como sentar e levantar, executar outras funções básicas, perda de equilíbrio, aumentando o risco de queda. Na opinião de Safarpour, Hosseini, Mohamadzade, Bijani e Fotouhi (2018) mediante o estudo que realizaram, as quedas afetam significativamente a qualidade de vida dos idosos, devido também ao isolamento social, há o agravamento de sintomas de depressão que com as outras comorbidades, aumenta a incidência do risco de queda.

Para Alves et al. (2016) queda é uma das importantes causas de dependência e incapacidade nos idosos, segundo é a causa direta de fraturas, representando um dos primordiais problemas na população idosa, em virtude da alta incidência, consequências e grandes custos assistenciais.

Nas últimas décadas houve um acréscimo de pessoas com mais de 60 anos ou mais idade, tendo em conta as alterações fisiológicas próprias da idade, segundo os autores referidos, é muito importante a realização de estudos e pesquisas para que se consiga estratégias que facilitem e subsidiem a prevenção das quedas.

1.3 FATORES DE RISCO E CONSEQUENCIAS DAS QUEDAS

Segundo o DR nº 28 (2015) a queda tem repercussões a nível pessoal, familiar e sociais, para além das implicações financeiras para os serviços de saúde, e um grave problema de saúde pública. Nas admissões hospitalares, os diagnósticos mais frequentes relacionados com quedas são as fraturas da anca, os traumatismos cranianos e as lesões dos membros superiores. Este DR nº 28 refere que os idosos com fratura da anca, provocada por queda tem internamento hospitalar entre quatro a quinze dias e cerca de 20 % morre após 1 ano, podem originar estados de dependência, perda de autonomia, confusão, imobilização e depressão, que irão conduzir a restrições nas atividades diárias.

Para Portella e Lima (2018) existe uma interação de vários fatores de risco que vão provocar a queda, refletindo a diversidade, intervindo no bem-estar da pessoa nas quatro proporções: biológica, comportamental, ambiental e fatores socioeconómicos.

O internamento numa instituição hospitalar ou uma ida ao SU, estando uma pessoa numa situação mais vulnerável, especialmente se for idosa, na presença de uma doença aguda ou agudização de uma situação crónica, num ambiente desconhecido, com a introdução de novos fármacos, predispõe o doente, particularmente se for idoso, para a ocorrência de quedas (Costa-Dias,2014).

A prestação de cuidados, hoje é considerada uma atividade que envolve riscos, quer para os utentes quer para os profissionais de saúde. As falhas de segurança surgem como consequência dos múltiplos e complexos cuidados que envolvem atividades interligadas, vários sistemas e ainda novas tecnologias (Fragata, 2011). Segundo o mesmo autor é essencial a criação de

estratégias que garantam as melhores condições de segurança para as pessoas; bem como a consciencialização dos profissionais para a problemática do risco minimizando os erros dos acidentes a nível hospitalar.

Para Saraiva et al (2008, p.29) a queda deve ser “minuciosamente avaliada e os fatores de risco a ela associados devem ser devidamente explorados a fim de se criarem estratégias educacionais e preventivas para a manutenção da independência a saúde física do indivíduo”. Os mesmos autores identificam que “o risco de queda aumenta linearmente com o número de fatores de risco” assim caso sejam excluídos os fatores de risco, a possibilidade de queda diminui.

Também o PNSD 2015-2020, diz que quanto mais fatores de risco uma pessoa possuir maior é o risco de queda, alguns podem ser mudados, mas nem todos podem ser excluídos e que segundo Saraiva et al (2008) e Dias, Ferreira e Ferreira (2016) os fatores de riscos podem ser classificados como intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo.

Ainda segundo os autores supracitados os intrínsecos associam-se ao indivíduo, através de alterações próprias do envelhecimento, sedentarismo, diminuição da visão e audição, alterações na postura e no equilíbrio, incontinência urinária e deformidades nos pés. Os extrínsecos dependem do ambiente ou de outros

Assim temos como fatores intrínsecos:

-Alterações fisiopatológicas-alterações da visão e audição, distúrbios vestibulares, diminuição da força muscular, alteração da capacidade funcional, alteração dos reflexos posturais, distúrbios flexibilidade, deformidades ósseas e nos pés, distúrbios proprioceptivos, sedentarismo, marcha senil e alteração do padrão do sono.

-Doenças cardíacas-(em particular as arritmias, hipotensão e hipersensibilidade do seio carotídeo), doenças pulmonares, neurológicas, renais, de bexiga e artroses. Outras doenças como a osteoporose não aumentam o risco de queda, mas aumentam a potencial gravidade das suas consequências, facilitando por exemplo as fraturas.

-Uso de fármacos-diminuição das funções motoras, astenia, hipotensão, sonolência e confusão associados a diuréticos, anti hipertensores, vasodilatadores, digitálicos, laxantes, opióides, antidiabéticos, hipnóticos, sedativos, ansiolíticos e analgésicos. quanto maior o número de

medicamentos que toma, maior a probabilidade de efeitos adversos e da existência de interações entre os medicamentos e, portanto, maior o risco de queda.

Ainda segundo os mesmos autores temos como fatores extrínsecos:

-Inexistência de corrimões nos corredores e casas de banho, iluminação inadequada, pavimento escorregadio ou danificado, auxiliares de marcha inadequados, existência de barreiras nos corredores, camas sem grades e destravadas, campainhas fora do alcance do utente, roupas largas e compridas, calçado inadequado, mobiliário desadequado ao ambiente hospitalar e suporte de soros danificados.

Assim os profissionais de enfermagem necessitam identificar os utentes que tem maior risco de queda durante a permanência no SU afim de tomar procedimentos necessários para as evitar.

Em relação aos fatores de risco nas quedas, na opinião de Freitas e al, (2015) os extrínsecos ambientais, destacam-se os pisos inadequados, fraca iluminação, escadas, casas de banho não adaptadas e barreiras físicas; nos intrínsecos, o uso de benzodiazepinas, antidepressivos e alguns antiarrítmicos. Para um envelhecimento saudável serão precisos programas com recurso á informação, avaliação e apoio para as atividades de vida diária.

Para Oliver, Daly, Martin e McMurdo (2004), algumas quedas em utentes institucionalizados são claramente previsíveis e evitáveis. Tendo em consideração o impacto que a ocorrência de quedas tem na vida da pessoa que cai, a relação existente entre os fatores de risco de queda e a necessidade de garantir a qualidade dos cuidados das unidades hospitalares, torna-se essencial que as instituições adotem uma filosofia de prevenção de ocorrência de quedas. A existência de fatores de risco de queda viabiliza a intervenção do enfermeiro, no sentido de eliminar ou minimizar esses fatores e prevenir eventos de queda, requerendo assim a implementação de estratégias de prevenção.

Para Almeida et al, (2010) a evidência refere que existem ganhos em saúde através da avaliação e prevenção de quedas, dos fatores associados, da implementação de intervenções, da prática baseada na evidência, da investigação, na formação dos profissionais e de criação de guias de boas praticas.

No estudo efetuado por Horbach, Rangel, Machado, Cesar e Ilha (2019) um dos maiores fatores de risco para a queda e lesões decorrentes dela é a idade superior a 60 anos. Explicam pelo fato

de haver alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, problemas na mobilidade física, instabilidade postural, alteração da marcha, diminuição da capacidade cognitiva, funcional e visual são preditores de queda; também as doenças crónicas degenerativas e a polifarmácia que são comuns aos idosos vão aumentar o risco de queda.

Em Portugal, de acordo com o PNSD e também com os dados de notificação de incidentes, perto de 21% que são comunicados devem-se a episódios de queda. Assim para a prevenção das mesmas, a melhor estratégia relaciona-se com a avaliação e monitorização do risco de queda tendo em conta os fatores de risco associados e à implementação de medidas preventivas. Segundo PNSD, as instituições devem desenvolver planos para a prevenção de quedas, investigar as causas das que ocorrem na instituição, realizar auditorias para identificar os fatores que contribuíram e prevenir a recorrência das mesmas.

O PNSD 2015-2020 determina, no Objetivo Estratégico 6 “Prevenir a Ocorrência de Quedas” que no final de 2020:

- a) 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementem práticas para a prevenção e redução de ocorrência de quedas;
- b) O número de quedas nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado devem reduzir 50% em cada ano face ao anterior.

A queda deve ser analisada em pormenor assim como os fatores de risco associados (Almeida, Abreu & Mendes.,2010). Assim devem ser criadas estratégias educacionais e preventivas para a preservação da saúde física e independência do idoso.

Para Pina et al. (2010) os desfechos das quedas podem ser de diversos tipos: de natureza física, psicológica e social, tendo como importante resultado influenciar a vida dos indivíduos. Segundo os mesmos, as consequências a nível físico são os traumatismos, as fraturas, hematomas e problemas respiratórios; as de nível psicológico estão relacionadas com o medo de voltar a cair, insegurança, ansiedade, perda de auto estima, sensação de impotência e depressão; relativamente às de natureza social, o aumento da carência de ajuda por parte do indivíduo com diminuição da sua autonomia para a execução das atividades de vida diária.

Segundo McErlean e Hughes, 2017 houve um estudo feito na Austrália em que os utentes que caíram no SU eram mais jovens que os previamente identificados noutros locais, devido ao uso

de substâncias ilícitas e de álcool e nas primeiras horas após a toma. Para os mesmos autores, os vários estudos demonstraram que a média de idades dos utentes que sofrem queda no internamento é superior aos 70 anos, com mobilidade reduzida, com medicação anti-hipertensiva, cardiovascular e psicológica. Com os referidos estudos McErlean, e Hughes (2017) concluíram que ocorrem incidentes de quedas no internamento e SU; que a característica das quedas tem semelhanças e diferenças; que quanto mais tempo o utente permanece no SU, está mais propenso à queda, devendo assim reduzir o tempo de permanência pela segurança do utente.

Assim, a segurança do utente é um tema da maior importância na prestação de cuidados de enfermagem. Muitos são os fatores que afetam a segurança do utente que recorre ao SU, incluindo recursos técnicos, equipamentos e materiais, condições estruturais do serviço procedimentos e normas e inevitavelmente os profissionais.

Por vezes o SU apresenta material inadequado e a própria estrutura física é diminuta para o elevado número de doentes, para Horbach et al (2019) as macas utilizadas são muito altas e estreitas, com ou sem grades e por vezes danificadas, não oferecendo proteção ao doente; a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros é referida como um dos fatores de risco para a ocorrência de um evento adverso (queda) prejudicando a qualidade nos cuidados prestados. Referem ainda a importância de protocolos de prevenção e avaliação de ocorrência de quedas, para haver melhor qualidade nos cuidados de enfermagem prestados ao doente que se encontra num SU.

A vigilância do utente crítico no SU, a administração de terapêutica e restantes cuidados de enfermagem com elevada afluência de utentes, limitação de espaço físico e reduzidas dotações de enfermeiros por número de utente apresenta sérios obstáculos à manutenção de ambiente seguro.

Para Ambrose, Cruz e Paul (2015) as quedas são uma das principais causas de mortalidade e morbidade em idosos. Todos os anos, cerca de 30 a 40% dos utentes com mais de 65 anos caem pelo menos uma vez. As quedas levam a lesões moderadas a graves, medo de cair, perda de independência e morte num terço desses utentes. Representam 87% de todas as fraturas em idosos. Essas são quase sempre devidas a lesões de baixo impacto nos ossos com osteoporose. Recomendaram a triagem de utentes mais velhos para identificar aqueles com alto

risco de queda e / ou fraturas. Os principais fatores de risco identificados são equilíbrio e marcha prejudicados, polifarmácia, histórico de quedas anteriores, idade avançada, sexo feminino, deficiências visuais, declínio cognitivo, especialmente atenção e disfunção executiva, e fatores ambientais.

Na opinião de Morris et al. (2016) pode haver 2 caminhos: se as decisões quotidianas do estilo de vida do idoso podem ajudar a reduzir o risco de queda e se testarmos os fatores de risco de queda mutáveis conhecidos e se essa resolução de tais problemas se correlaciona com as mudanças nas taxas de queda. Logo, a resolução de problemas de risco e escolhas de estilo de vida, físico e cognitivo estão relacionadas a menores taxas de queda em idosos e também quando há resolução de problemas para condições clínicas específicas, pode ocorrer um risco reduzido de quedas.

Para Esquivel (2017) a prevalência de condições crônicas como sarcopenia e fragilidade contribui para o aumento do risco de queda observado na população envelhecida dos Estados Unidos em que os adultos com mais de 65 anos representam 20 % da população até 2029 e esta população será superior que os indivíduos com menos de 18 anos. Muitos fatores afetam o risco de queda, que podem ser perigos ambientais e suscetibilidade individual embora o estado nutricional em idosos é a chave da fragilidade e sarcopenia, assim a adequação nessas populações tenha o potencial de prevenir quedas. O mau estado nutricional está associado ao aparecimento da fragilidade, no entanto a triagem nutricional oportuna pode ser usada para identificar indivíduos desnutridos e desencadear intervenções e serviços nutricionais. Estas intervenções nutricionais visam reduzir a obtenção de nutrição adequada e corrigir deficiências nutricionais incluindo programas de assistência alimentar, educação nutricional, padrão de refeições e suplementos alimentares.

O risco de quedas em idosos tem sido associado à eficácia das quedas, ou seja, na autopercepção de confiança na realização de atividades físicas diárias, e ao equilíbrio postural, mas as evidências são limitadas e mistas. Adultos mais velhos com alta eficácia em quedas, mas com equilíbrio postural pobre, correm maior risco de quedas do que aqueles com baixa eficácia em quedas (Pua, Ong, Clark & Lim, 2017).

Em alguns estudos, a hipotensão e o uso de medicamentos anti-hipertensivos tem sido associado a um risco aumentado de quedas em idosos, este alto risco de quedas que geralmente resulta

numa fratura, ferimentos graves ou morte. Para Bromfield et al. (2017) o Teste de Intervenção para Pressão Arterial (PA) mostrou que uma meta de PA sistólica de 120 mm hg versus 140 mm hg não aumentava o risco de quedas num grupo de participantes com idade superior ou igual a 75 anos. Indicadores de fragilidade, incluindo baixo índice de massa corporal, cognição prejudicada, sintomas depressivos, exaustão, mobilidade limitada e histórico de quedas são comuns em idosos com hipertensão e podem aumentar o risco de queda. Este estudo veio constatar que ter 2 ou mais indicadores de fragilidade é um risco aumentado de lesões graves por queda entre idosos que tomavam anti-hipertensivos.

A prevenção de quedas entre os idosos é provavelmente um dos mais importantes problemas de saúde pública no envelhecimento da sociedade atual, apesar que a reduzida visão ser um fator de risco para quedas, as políticas e praticas atuais do hospital não incluem uma avaliação da visão no momento da admissão ou no sistema de notificação de incidentes quando ocorre uma queda. Na opinião de Leat et al. (2017) documentar a prevalência de perda de visão nas unidades de saúde, é importante para aumentar a consciencialização sobre a visão deficiente como fator de risco potencial para quedas de idosos, que ocorrem dentro do hospital e assim possam ser aplicadas medidas preventivas para evitar futuras quedas.

Segundo Jin (2018) as quedas são a principal causa de lesão em adultos com mais de 65 anos ou mais, podendo resultar em maior dependência funcional e qualidade de vida, as fraturas da anca em particular, são uma consequência grave da queda que pode ser devastadora em adultos mais velhos; assim o risco de queda aumenta com a idade, incluindo fraqueza, fragilidade, problemas de equilíbrio, cognitivos, de visão, medicamentos, doenças agudas e outros riscos ambientais. Os estudos atuais não mostraram uma ligação direta entre intervenções para evitar quedas e taxas de morte por quedas, as evidencias atuais sugerem que a terapia por exercícios oferece maior benefício para a diminuição da quedas e lesões por quedas.

Segundo Kuhirunyaratn, Prasomrak e Jindawong (2019) as quedas de idosos aumentam drasticamente com a idade e são uma das principais causas de lesões, com risco de perda de independência e morte, assim estudaram os efeitos de um programa de educação em saúde na prevenção de riscos de queda em idosos numa cidade na Tailândia.

Intervenções de podologia pode prevenir quedas em idosos (Wylie et al. 2019) uma vez que problemas nos pés são fatores de risco independentes para quedas em idosos. Os podólogos

diagnosticam e tratam uma vasta gama de problemas que afetam os pés, tornozelos e membros inferiores. Mais recentemente, problemas nos pés em idosos demonstraram estar associados a quedas, os fatores de risco relacionados ao pé incluem dor no pé, redução da amplitude de movimento da articulação do tornozelo, deformidade do halux (joanete) e força muscular plantar dos dedos do pé. Os podólogos melhoram a mobilidade dos idosos, ao fazer avaliação, diagnóstico e tratamento usando alguns tipos de tratamento, embora as evidências são ainda escassas.

O exercício aquático melhora os fatores de risco predisponentes a quedas em idosos, sendo que os idosos correm maior risco de ferimentos ou morte por queda, assim alterações relacionadas Phelan, Aerts, Dowler, Eckstrom, e Casey, (2016) à idade, na força, equilíbrio e flexibilidade são fatores degenerativos que podem aumentar o risco de queda e um treino aquático pode oferecer um ambiente favorável para melhorar esses fatores de risco modificáveis. O exercício aquático pode melhorar os efeitos fisiológicos negativos do envelhecimento, que são fatores de risco modificáveis e predisponentes de uma queda, mas a relação entre exercícios aquáticos e prevenção de quedas não é diretamente comparada nos estudos realizados. Apesar disso deve-se observar que não foram encontrados efeitos prejudiciais ou contraproducentes nos resultados da pesquisa (Guillamón, Burgess, Immins, Andreo e Wainwright (2019).

Para Galvez-Barron et al. (2020) é um agente altamente prevalente A influencia da dor como fator de risco para quedas recorrentes, é um sintoma modificável e altamente prevalente (25 a 75% da população idosa) e potencialmente modificável. Assim a dor é um fator de risco para quedas recorrentes na população idosa (65-79) mas não se conseguiu demonstrar que essa relação é mantida na população mais velha (80 anos ou mais).

O uso de drogas (psicotrópicos e cardiovasculares) aumentam o risco de queda e lesões associadas sendo que o estudo realizado por Boyé et al (2017) não foi conclusivo acerca da retirada dos medicamentos.

Quando um utente recorre ao SU com algum sintoma ou queixa e durante este tempo de espera que pode ser horas ou mesmo vários dias, ocorre uma queda, para além de haver mais tempo de internamento pode existir várias complicações. Aryee, James, Hunt e Ryder (2017) fizeram uma pesquisa com dois grupos de doentes uns com variáveis associadas ao risco de queda com: idade >85, com problemas ortopédicos, com problemas de coagulação e uma cirurgia recente e outros

sem nenhum destes problemas. Concluíram que os doentes com cirurgia recente tinha sido o único fator protetor relacionado com quedas hospitalares, talvez porque houvesse um cuidado acrescido destes utentes no seu dia a dia.

1.4 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

Para *Registered Nurses Association of Ontario* (2017), algumas quedas não podem ser evitadas, assim preconizam como intervenções de enfermagem para a prevenção da queda e a redução do risco: analisar o conhecimento e percepção que as pessoas tem sobre o risco de queda; ensinar sobre o risco e consequências de queda; reconhecer quais os fármacos que aumentam o risco de queda; controlar os efeitos adversos da medicação e fazer ensinamentos aos utentes sobre alimentação rica em vitamina D e algum exercício físico de modo a fortalecer a massa óssea.

Podemos dizer que a avaliação do risco de queda é um dos indicadores de qualidade em relação à segurança do utente. Em Portugal não existe um instrumento avaliativo do risco de queda do utente específico para o SU. Assim, a avaliação é deve ser feita” (...) na admissão do utente e pelo menos de 3 em 3 dias durante o período de internamento, ou quando é transferido para uma unidade diferente, quando ocorre uma mudança na sua condição, ou depois de uma queda”. (Costa-Dias & Ferreira, 2014, p.160).

A. Morse Fall Scale

Segundo estes autores, as escalas de avaliação de risco de queda que combinam a avaliação de fatores intrínsecos e tem em conta fatores descritos pelo utente, são escalas mais sensíveis na avaliação do risco de queda. Um dos instrumentos citados na literatura é a *Morse Fall Scale*, descrito como uma ferramenta adequada para avaliação de utentes internados. A *Morse Fall Scale* é de origem inglesa, do ano 1989 e de autoria de Janice Morse (Sarges & Chaves, 2017), sendo validada e adaptada cultural e linguisticamente para a língua portuguesa pelos autores Costa-Dias e Ferreira (2014). Assim esta escala identifica o risco de queda de um utente baseada em seis variáveis: história de quedas neste internamento/urgência ou nos últimos três meses, (Não-0 pontos; Sim-25 pontos); Diagnóstico secundário (Não-0 pontos; Sim-15 pontos); Auxílio na deambulação (Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas-0 pontos,

Muletas/Canadianas/Bengala/Andarilho-15 pontos); Apoia-se no mobiliário para andar-30 pontos; Terapia endovenosa (Não-0 pontos;Sim-20 pontos); Postura no andar e na transferência (Normal/Acamado/Imovel-0 pontos;Debilidado-10 pontos); Dependente de ajuda -20 pontos; Estado mental (Consciente das suas capacidades -0 pontos; Esquece-se das suas limitações -15 pontos). A pontuação total da escala varia entre 0 e 125 pontos e os indivíduos são discriminados em função do risco de queda em: sem risco (0-24 pontos), baixo risco (25-50 pontos) ou alto risco (≥ 51 pontos).

B. Hendrich II Fall Risk Model

Outra das escalas de avaliação de risco de queda em utentes no internamento é a escala *Hendrich II Fall Risk Model*. Tendo em conta esta escala o utente é avaliado em oito fatores de risco (Townshend, Valle-Ortiz & Sansweet, 2016), confusão, desorientação e impulsividade; depressão sintomática; alteração da eliminação urinária ou fecal; tonturas ou vertigens; género masculino; uso de medicação antiépilética; uso de benzodiazepinas; a incapacidade de um utente se levantar de uma posição de sentado.

C. The Spartanburg Fall Risk Assessment Tool

Para Robey-Williams et al. (2007) *The Spartanburg Fall Risk Assessment Tool* é uma escala de risco de queda que ajusta fatores intrínsecos do utente com o seu estado funcional; é composta por três elementos a serem apreciados: história de quedas, medicação e marcha.

D. Escala Stratify

Existe ainda outra escala, a *Stratify (St. Thomas Risk Assessment Tool in Falling elderly inpatients)* é formada por cinco constituintes em relação aos fatores de risco de queda: historia de quedas, agitação do utente, alterações visuais que condicionem a sua visa diária, necessidade de eliminação frequente e capacidade do utente em se transferir da cama para uma cadeira (Costa-Dias et al.,2014).

As três escalas anteriores não estão adaptadas para usar em urgência, uma vez que existe variância nos fatores de risco entre utentes em contexto de internamento e contexto de urgência.

Como grande parte da literatura agrega todas as quedas que ocorrem no hospital como um todo, torna-se difícil determinar quantas destas quedas realmente ocorrem no SU. Existem muitas ferramentas de avaliação de risco de queda disponíveis, no entanto, a maioria foi desenvolvida especificamente para ambientes de internamento. De todos existem apenas duas ferramentas de avaliação de risco de queda para o SU: a *KINDER1 Fall Risk Assessment Tool* e *MEDFRAT Memorial Emergency Department Fall-Risk-Assessment Tool*.

E. Escala KINDER 1

A escala Kinder 1, segundo Townsend et al (2016) inclui cinco critérios:

Idade superior a setenta anos, alteração do estado mental, queda que tenha levado o doente a deslocar-se à urgência, mobilidade reduzida e avaliação do enfermeiro de que o utente está em risco de queda.

F. Escala MEDFRAT

A escala MEDFRAT, foi publicada em março de 2013 por Kathleen Flarity, Tina Pate e Heather Finch no *Advanced Emergency Nursing Journal* com o propósito de facultar uma escala de risco de queda adequada ao SU. Segundo as autoras referidas, o objetivo do estudo era determinar a validade e confiabilidade de uma escala adequada à população de um departamento de emergência. Foi validada em dois departamentos do Colorado nos EUA, tendo este estudo uma duração de um ano e uma população de amostra de 91.190 utentes com 18 anos ou mais (Flarity, Pate & Finch, 2013).

Mais tarde, em maio de 2018 foi divulgado um estudo de Catherine McCarty, Theo Woehrle, Stephen Waring, Allise Taran e Laura Kitch com o propósito de selecionar no Minnesota, Wisconsin e Dakota do Norte dos EUA.

A escala MEDFRAT foi selecionada, pois em comparação com as outras escalas de risco de queda nas urgências, esta inclui uma questão relativa ao consumo de álcool ou outras substâncias que

está associado a quedas nos departamentos de urgência (McCarty, Woehrle, Waring, Taran & Kitch, 2018).

Segundo estes autores, num estudo efetuado em setembro de 2018, esta escala foi validada num outro departamento de emergência do Colorado (Level II Trauma Center) onde mostrou confiabilidade e uma diminuição de 48 % na taxa de queda do departamento após a sua implementação.

Para Ashley e Hochman (2018) o instrumento MEDFRAT foi utilizado para avaliar: confusão / desorientação, intoxicação ou sedação, marcha prejudicada, uso de dispositivos de mobilidade assistida, eliminação alterada e histórico de queda nos últimos 3 meses.

Para McCarty, Woehrle, Waring, Taran e Kitch (2018), a escala MEDFRAT tem apenas 6 variáveis relativas aos fatores de risco de queda num SU tendo uma pontuação que pode variar entre 0 a 14 pontos.

1.5 PREVENÇÃO

Para Baixinho e Dixe (2014) as quedas revelam ser a 1ª causa de morte por acidentes nos idosos, expressando-se em incapacidade, isolamento e aumentam as comorbidades. Segundo Almeida et al, 2010 as quedas são os acidentes mais registados no hospital, assumindo importante destaque pelas consequências individuais que provocam e pelo aumento de tempo de internamento, com custos económicos e sociais elevados; os mesmos autores referem ainda que os enfermeiros são os profissionais de eleição na promoção da segurança do utente utilizando dispositivos de avaliação de risco e implementando medidas de prevenção baseadas na evidencia científica e suportadas com formação continua.

Segundo Tiné, L., (2019), a prevenção das quedas deve incluir a avaliação dos fatores de risco multifatoriais, a comunicação e a educação sobre o risco de queda, quais as ações ou medidas preventivas do ponto de vista institucional, a realização de intervenções individualizadas e atividade física. A população mundial está a envelhecer, assim prevê-se que até 2050 os idosos com mais de 60 anos tripliquem, de 600 milhões para dois biliões. Tem como recomendações 150 minutos de atividade física por semana de intensidade moderada e ainda exercícios de equilíbrio para pessoas de 65 anos ou mais.

Em relação à atividade física, segundo um estudo realizado por Alves et al. (2016) destacou a atividade física como essencial, para o idoso, proporcionando-lhe uma melhor qualidade de vida. Assim permite-lhe desempenhar todas as atividades de vida diária, enquanto que as pessoas sedentárias apresentam vários problemas, não só pela idade, mas também pela falta de utilizar as funções fisiológicas. A atividade física é crucial para uma maior expectativa de vida e também uma modalidade terapêutica que beneficia a motricidade física e a instabilidade postural, que estão relacionados com a diminuição de quedas.

Houve um projeto a nível europeu denominado Preventit descrito por Boulton et al. (2019) em que eram dois programas de exercício funcional integrado ao estilo de vida: que tinha como função reduzir quedas em pessoas com 75 anos ou mais, o outro para pessoas com menos de 75 anos. Estes programas apresentavam desafios de força e equilíbrio/agilidade, e recomendações específicas para aumentar a atividade física e reduzir o comportamento sedentário e foram desenvolvidos para serem usados em smartphones com mensagens motivacionais.

Cameron et al. (2018), consideram importantes intervenções eficazes no sentido de prevenir quedas, alguns estão em uso como sejam: exercícios, intervenção ao nível da medicação-suplementação da vitamina D, revisão do excesso de medicação que os utentes tomam, alarmes de cama e uso de leitos especiais (mais baixos). Em relação ao centro de atendimento, o autor não tem a certeza se o facto de fazer fisioterapia adicional tem efeito sobre a taxa de quedas ou se reduz o risco das mesmas.

Num outro estudo, com 670 adultos com 70 anos ou mais com histórico de quedas ou mobilidade reduzida, efetuado entre 20 de fevereiro 2015 a 30 de janeiro de 2018, em sete cidades urbanas e suburbanas de Oregon, concretizado por Li et al. (2018) verificaram que em idosos com alto risco de queda, uma intervenção *Tai Ji Quan* terapeuticamente adaptada, foi mais eficaz do que exercícios de alongamento ou multimodais na redução de incidência de quedas. *Tai Ji Quan* ou *Tai Chi Chan* é uma arte marcial chinesa que se caracteriza pela execução lenta de determinados movimentos, normalmente utilizada com propósitos terapêuticos, de meditação e/ou relaxamento e como exercício de intervenção na melhoria do equilíbrio postural e na prevenção de quedas nos idosos.

Na opinião de Tricco et al (2017) existe tipos de programas de prevenção de quedas podem ser eficazes para reduzi-las nos idosos sendo que fazer exercício sozinho e várias combinações de

intervenções foram associadas a menor risco de quedas em comparação com os cuidados usuais. Combinações de intervenções, incluindo exercícios, avaliação e tratamento da visão, avaliação e modificação ambiental, avaliação e tratamento multifatoriais e suplementação de vitamina D foram associadas a prevenção de quedas. O controlo da diabetes, a combinação de exercício, avaliação e tratamento da visão foi a intervenção mais fortemente associada à redução de quedas prejudiciais (Najafpour, Godarzi, Arab & Yaseri, 2019).

As quedas não estão apenas associadas a morbimortalidade na população mais idosa, mas também á imobilidade, medo de voltar a cair, diminuição da qualidade de vida, dependência funcional, restrições na vida diária e internamento precoce em lares. Segundo um estudo na Coreia realizado por Kim et al. (2017) o reconhecimento de idosos com elevado risco de queda e com intervenções eficazes de prevenção, pode reduzir o risco de quedas assim como a incapacidade que daí resulta; concluíram que os idosos com alto risco de queda devem ser sujeitos a treino de equilíbrio, exercícios de fortalecimento, aeróbicos e de resistência.

A prevenção de quedas dos doentes e respetiva segurança, deverá ser uma preocupação dos enfermeiros, quer a nível da investigação, formação e implementação de medidas preventivas, nas instituições onde trabalham, devendo ser comunicadas ao doente/família/cuidador. Também na opinião de Prates, Ortolan, Neves, Bueno e Guimarães (2014) fazer avaliação do doente e conhecê-lo do ponto de vista clínico e epidemiológico vai predeterminar a ocorrência das quedas e são essenciais visto que permitem o reconhecimento do risco e a implementação de medidas preventivas do episódio.

Tendo em conta o choque que a ocorrência das quedas tem na vida das pessoas, que as sofrem, a correspondência que existe entre os fatores de risco e a carência de acreditar na qualidade dos cuidados das instituições hospitalares, é crucial incutirem uma filosofia de prevenção de ocorrência de quedas. Para prevenir as quedas, é essencial conhecer os fatores de risco, possibilitando ao enfermeiro estabelecer estratégias para a sua eliminação (Sabino, 2018). Também a identificação dos fatores de risco e a competência de minimizar os seus efeitos, solicitam a implementação de estratégias preventivas para a aquisição de resultados que diminuem o risco de queda, no sentido de o doente não ficar dependente nas suas atividades de vida diária.

Na DGS, a norma nº15 /2014 permite através do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA é um meio destinado a gestão de incidentes acontecidos no SNS, na qual o cidadão ou o profissional de saúde podem relatar vários tipos de incidentes entre os quais: relacionado com a prestação de cuidados de Saúde em que o conhecimento mais relevante para a segurança do doente é aquela que possibilita prevenir a ocorrência de incidentes durante a prestação de cuidados.

O objetivo principal do NOTIFICA é aprender com a experiência, de maneira a facilitar a implementação de medidas que proibam a sua repetição. Esta participação é um ato voluntario tanto do profissional de saúde, como do cidadão, com vista ao desenvolvimento de estudos e á tomada de medidas para prevenir novos episódios.

A notificação é anónima e não penalizadora, existe ainda na DGS a orientação nº11/2012 - de análise de incidentes e de eventos adversos.

Para Almeida et al (2010) citando Hendrich (2006) será necessário um programa conjunto de prevenção de quedas, quer ao nível dos fatores intrínsecos dos doentes, mas também dos extrínsecos e ambientais.

As quedas são acontecimentos adversos que acontecem nas instituições de saúde com repercussões sérias principalmente nos idosos (Luzia, Argenta, Almeida & Lucena, 2017), podendo resultar, traumatismo craniano, várias escoriações, hematomas, contusões, fraturas do colo do fémur, com maior tempo de internamento, dor crónica, limitação e incapacidade física para além das complicações éticas e legais das instituições. Quando um doente tem conhecimento de que fica internado, é muito importante que o enfermeiro lhe indique a estrutura física do espaço onde irá permanecer, como por exemplo: onde fica a casa de banho, como se deve levantar, o que deve calçar e na dúvida chamar para pedir ajuda.

Nos idosos, as quedas são comuns, segundo um estudo, uma em cada três pessoas idosas cai pelo menos uma vez num ano, a tendência dos idosos para cair aumenta com a idade, em que duplica entre os 70 e 80 anos. Na opinião de Rimland et al. (2016) as lesões relacionadas á queda aumentam com a idade e também o risco de fratura, sendo na maioria do colo do fémur. Após a queda os idosos ficam com medo de cair novamente, perda de autonomia, de atividade social, depressão e a maior parte das vezes a ruína da qualidade de vida. Segundo os mesmos autores, os fatores de risco para a queda contêm histórico de queda, problemas na marcha, uso de

dispositivo para auxiliar a marcha, vertigens, fraqueza muscular, polifarmácia e variedade de drogas essencialmente psicotrópicas. Quando é abordado o assunto de prevenir quedas normalmente costuma ser bem aceite pelos idosos, embora por vezes acham desnecessários os conselhos que lhes são fornecidos. Foi feita uma experiência por Mikolaizak et al. (2018) com um grupo de participantes durante 12 meses, os idosos que aderiram as intervenções recomendadas tiveram quedas de menor gravidade em comparação com os não aderentes. Dado o resultado julgamos importante, quando é feita a abordagem para determinado estudo, tentar envolver o idoso/família/cuidador no sentido, de demonstrar as vantagens de prevenir as quedas, de como pode perder a sua autonomia, de ser dependente de outras pessoas e também a importância de ter uma ferramenta que nos ajude, enquanto profissionais de saúde, a prevenir a queda no idoso na ida e permanência no SU.

Existe a percepção de que quando há uma atividade física regular e continua ao ar livre, quando se atinge uma idade mais avançada, há a noção de que a expectativa de vida é maior e também na redução de quedas, num estudo inglês realizado ao longo de 8 anos, as mudanças de comportamento da atividade física e risco de queda estudadas por Smith, et al. (2019) os dados demonstraram que atividade física persistente ao longo de 4 anos foi relacionado com menor risco de queda comparativamente á inatividade.

As intervenções de prevenção de quedas dos idosos com programas de exercícios em casa também podem ser eficientes para reduzir o número e a frequência das mesmas, reduzindo assim os fatores de risco. Estes exercícios melhoram o equilíbrio, a força, a atividade física e a função, embora a aderência ao exercício vai diminuindo com o tempo. No entanto não está explicito quais as modalidades de exercícios com maior adesão e maior efeito (Hager et al. 2019).

2. METODOLOGIA

Segundo (Fortin,2009) entende-se por metodologia, um conjunto de métodos e de técnicas que orientam a elaboração do processo de investigação.

Neste capítulo a metodologia adotada para a execução do estudo em relação ao risco de queda do adulto no SU, designadamente com a validação cultural da escala *Memorial Emergency Department Fall-Risk-Assessment Tool* (MEDFRAT). Assim está dividido em seis partes: conceitualização do estudo e objetivos; questões de investigação; população e amostra; instrumentos; procedimentos formais e éticos e finalmente, o tratamento de dados.

2.1 TIPO DE ESTUDO E OBJETIVOS

O presente estudo é um estudo metodológico com abordagem quantitativa (Fortin. 2009) cujo principal objetivo foi validar a escala MEDFRAT para avaliar o risco de queda em utentes que recorrem ao SU. Definimos igualmente como objetivos determinar o número de episódios de queda em utentes que recorrem ao SU; caraterizar o risco de queda em utentes que recorrem ao SU e determinar as caraterísticas sociodemográficas e clínicas em utentes que recorrem ao SU.

2.2 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Segundo Fortin (2009) as questões de investigação são as premissas nas quais se apoiam os resultados da investigação. Compostos por enunciados interrogativos precisos escritos no presente e incluem uma ou duas variáveis e a população alvo, são realizadas diretamente do objetivo do estudo. As questões de investigação determinam as variáveis que serão descritas e as relações que possam haver entre elas, decorrem diretamente do objetivo e descrevem os aspetos a estudar, o processo de colocar as questões delimita os métodos que vão ser utilizados para obter uma resposta.

De modo a orientar este projeto, foram delineadas as seguintes questões de investigação:

A escala MEDFRAT é eficaz para avaliar o risco de queda em utentes adultos e idosos que recorrem ao SU? Qual é o risco de queda de utentes adultos e idosos que recorrem ao SU? Qual é o número de episódios de queda de utentes adultos e idosos que recorrem ao SU?

2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para Fortin (2009) população alvo é composta por um conjunto de pessoas que satisfazem os critérios da seleção previamente definidos, permitindo fazer generalizações. Durante o processo de investigação existe a definição e caracterização das pessoas do estudo. O conjunto de pessoas que foram previamente selecionadas é designado como amostra.

O método de amostragem deste projeto foi não probabilístico acidental, em utentes com mais de 18 anos que recorreram ao serviço de urgência do HDFS no período de março a julho de 2020, período conturbado pela pandemia COVID 19, com redução dos elementos de enfermagem por turno, daí demorar 4 meses a colher dados de 186 utentes de ambos os sexos.

2.4 INSTRUMENTOS

Segundo (Fortin ,2009) colheita de dados entende-se por um processo de observação, de medida e consignação de dados, com vista a recolher informação sobre certas variáveis junto das pessoas que participam no estudo.

O Instrumento de recolha de dados (apêndice 1) e constituído por:

- A. Dados sociodemográficos e clínicos: Idade; Sexo; Diagnóstico/causa de vinda à urgência; Valor da pressão arterial; Medicação que toma em casa; Medicação que toma no SU; História de queda em internamentos anteriores, local onde ocorreram as quedas e quando; História de queda durante este internamento; acompanhamento pelos familiares;

- B. Grau de dependência

O grau de dependência foi avaliado através da escala de dependência de Barthel (IB). O IB avalia o nível de independência dos indivíduos em dez atividades de vida diária: comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres (função urinária e função intestinal), deambular, transferência da cadeira para a cama e

subir e descer escadas. É constituída por 10 perguntas com uma pontuação que varia entre 0 e 20, sendo as pontuações mais baixas caracterizadas por menor funcionalidade e as mais elevadas por maior funcionalidade (Araujo et al, 2007);

C. A Morse Fall Scale tem seis critérios para avaliar o risco de queda:

- História de queda neste internamento/urgência ou nos últimos três meses (Não-0 pontos; Sim- 25 pontos);
- Diagnostico secundário (Não-0 pontos; Sim- 15 pontos);
- Auxílio na deambulação (Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas -0 pontos, Muletas/canadianas/bengala/andarilho-15 pontos); Apoia-se no mobiliário para andar-30 pontos
- Terapia endovenosa (Não-0 pontos; Sim-20 pontos);
- Postura no andar e na transferência (Normal/Acamado/Imovel-0 pontos; Debilitado-10 pontos); dependente de ajuda-20 pontos;
- Estado mental (Consciente das suas capacidades-0 pontos; esquece-se das suas limitações-15 pontos).

A totalidade da classificação da escala situa-se entre 0 e 125 pontos, em que os utentes consoante a pontuação está em risco de queda assim: sem risco (0-24 pontos), baixo risco (25-50 pontos) ou alto risco (≥ 51 pontos) (Souza et al.,2013);

D. A MEDFRAT foi originalmente desenvolvida por Flarity, Pate e Finch, (2013). Para a validação da versão portuguesa da escala Memorial Emergency Department Fall-Risk Assessment Toll foram realizados os procedimentos de adaptação cultural e linguística deste instrumento seguindo as guidelines internacionais pela orientadora deste trabalho cumprindo as quatro etapas essenciais sendo estas: tradução da língua de origem para o português; a retroversão ou retro tradução; comité de revisão e por fim a reflexão falada.

A MEDFRAT é constituída por seis indicadores tendo uma pontuação de 0 a 14 pontos (Scott, et al., 2018).

- História de queda nos últimos 3 meses, incluindo desde a admissão com 4 opções de resposta-Não (0 pontos); Sim-queda mecânica única (1 ponto); Sim- queda fisiológica (2 pontos); Sim-risco de queda (quedas múltiplas) -3 pontos

- Confusão/confuso ou desorientação/desorientado com duas opções de resposta Não (0 pontos); Sim (5 pontos)
- Intoxicado ou sedado com duas opções de resposta Não (0 pontos); Sim (5 pontos)
- Alteração da marcha com duas opções de resposta Não (0 pontos); Sim (1 ponto)
- Utilização de dispositivos de apoio à mobilidade com duas opções de resposta Não (0 pontos); Sim (1 ponto)
- Eliminação alterada com duas opções de resposta Não (0 pontos); Sim (1 ponto)

Após o cálculo da pontuação de todos os fatores de risco, estes são categorizados por risco de queda baixo se resulta em 1 a 2 pontos, moderado se 3 a 4 pontos e alto se mais de 5 pontos.

2.5 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

O estudo realizado foi aprovado pela Comissão de Ética do HDFS e Direção do SU do HDFS (Anexo I, II).

Os utentes que participaram no estudo foram previamente informados e esclarecidos sobre a confidencialidade dos dados colhidos e assinaram um Consentimento Informado e esclarecido antes da colheita de dados (Apêndice II).

Para a colheita de dados para além da investigadora participaram enfermeiros do SU do referido hospital após terem sido elucidados sobre todo o procedimento,

2.6 TRATAMENTO DE DADOS

Relativamente aos dados colhidos foram organizados e analisados através da utilização do programa informático SPSS. Recorreu a medidas de estatística descritiva (frequências, medidas de tendência central, de dispersão e variabilidade) e inferencial nomeadamente t de Student, correlação de Pearson, coeficiente de correlação intraclasse e coeficiente de kappa.

3. RESULTADOS

Os resultados apresentados seguem os objetivos traçados para a execução deste trabalho.

A. Caracterização Sociodemográfica e clínica da amostra

Dos cento e oitenta e seis participantes, temos prevalência do sexo feminino com (54.8%), as causas de vinda ao SU mais maior percentagem temos: dor abdominal (19,4%), dor lombar (12,4%), dificuldade respiratória e cefaleias com (5,9%), diarreia /vômitos (5,4%), dor precordial (8,1%), dor no membro inferior (4,8%) e dor pleurítica e melenas /retorragias com (4,3%). Relativamente a história de queda em internamentos anteriores (99,5%) tem resposta negativa. Pela tabela seguinte percebe-se que a maioria dos utentes se fazem acompanhar por familiares (74,2%).

Os 186 participantes apresentam em média $56 \pm 19,9$ anos tendo o mais idoso 98 anos e o mais novo 19 que apresentavam uma média $131,2 \pm 21,0$ de Pressão arterial máximo e $72,5 \pm 13,1$ de pressão arterial mínima

Tabela 1 – Distribuição das respostas da amostra quanto às características sociodemográficas, clínicas e história de queda (contínua)

Variáveis	Nº	%
Sexo	Feminino	102 54,8
	Masculino	84 45,2
Causa da vinda à Urgência	Ait/Avc/dormência da mão esq	3 1,6
	ansiedade	1 0,5
	Bradycardia	1 0,5
	cansaço	1 0,5
	cefaleias	11 5,9
	Crise convulsiva	1 0,5
	Diarreia/vômitos	10 5,4
	Dificuldade resp.	11 5,9
	Dor abdominal	36 19,4
	Dor cervical	5 2,7
	Dor de garganta	2 1,1
	Dor e edema do testículo	1 0,5
	Dor epigástrica	1 0,5
Dor lombar	23 12,4	

Tabela 1 – Distribuição das respostas da amostra quanto às características sociodemográficas, clínicas e história de queda (conclusão)

Variáveis	Nº	%	
Causa da vinda à Urgência	Dor na virilha esq	1	0,5
	Dor no MI	9	4,8
	Dor no olho esq	1	0,5
	Dor no ombro esq	1	0,5
	Dor pré cordial	15	8,1
	Dor pleurítica	8	4,3
	Edema da face-picada de abelha	3	1,6
	Erupção cutânea	2	1,1
	Etilismo	3	1,6
	Hiperglicemia e febre	1	0,5
	Ferida no pé esq	1	0,5
	Hematúria	4	2,2
	Hipercaliemia	1	0,5
	HTA	3	1,6
	Melenas/retorragias	8	4,3
	Palpitações	4	2,2
	Pulso anormal	2	1,1
	Queda-fratura da tíbia	1	0,5
	Reação alérgica	1	0,5
	sincope	3	1,6
	Sincope TCE	1	0,5
	Sind.depressivo	1	0,5
	Sind.febril	1	0,5
taquiarritmia	1	0,5	
Tonturas/náuseas	2	1,1	
Traumatismo da lombar	1	0,5	
História de queda	Sim	1	0,5
	Não	185	99,5
Acompanhamento familiar	Sim	138	74,2
	não	48	25,8

Na tabela 2, relativamente à medicação realizada em casa e realizada no hospital temos que: em casa a medicação mais referenciada é anti hipertensores com (40,3%) e anti hipercolesterolemia com (23,7%).

No hospital a medicação administrada com maior percentagem é: outros medicamentos como por exemplo: antieméticos, mio relaxantes, corticoides com cerca de (53.2%), analgésico (47,8%), ansiolítico (22,6%) e protetor gástrico/anti-inflamatório com (19,9%).

Tabela 2 – Distribuição do tipo de medicação que a amostra toma em casa e durante o internamento Hospitalar

Medicação	Casa			Hospital				
	Sim		Não	Sim		Não		
	Nº	%	%	Nº	%	%	%	Nº
anti hipertensores	75	40,3	111	59,7	10	5,4	176	94,6
Antidiabéticos	27	14,5	159	85,5	1	,5	185	99,5
anti hipercolesterolemia	44	23,7	142	76,3	4	2,2	182	97,8
Broncodilatador	11	5,9	175	94,1	6	3,2	180	96,8
Antidepressivo	29	15,6	157	84,4	6	3,2	180	96,8
Analgésico	14	7,5	172	92,5	89	47,8	97	52,2
Diurético	20	10,8	166	89,2	15	8,1	171	91,9
Antiarrítmico	11	5,9	175	94,1	5	2,7	181	97,3
anticoagulante/aterotrombotico	27	14,5	159	85,5	10	5,4	176	94,6
Próstata	16	8,6	170	91,4			186	100,0
Antiperuricemia	15	8,1	171	91,9	1	,5	185	99,5
protetor gástrico	26	14,0	160	86,0	37	19,9	149	80,1
Benzodiazepina	26	14,0	160	86,0	2	1,1	184	98,9
Hipotiroidismo	12	6,5	174	93,5	4	2,2	182	97,8
Ferro	5	2,7	181	97,3			186	100,0
Antipsicótico	7	3,8	179	96,2			186	100,0
Antiepilético	5	2,7	181	97,3			186	100,0
Ansiolítico	9	4,8	177	95,2	42	22,6	144	77,4
Vasodilatador	10	5,4	176	94,6			186	100,0
Neuroléptico	6	3,2	180	96,8	2	1,1	184	98,9
Anticonvulsivante	5	2,7	181	97,3			186	100,0
anti-inflamatório	18	9,7	168	90,3	37	19,9	149	80,1
medicamento para SNC	1	,5	185	99,5	1	,5	185	99,5
Vertigem	6	3,2	180	96,8	16	8,6	170	91,4
Outros	37	19,9	149	80,1	99	53,2	87	46,8

Na tabela 3 temos o número de medicamentos que os utentes que participaram no estudo tomam em casa e no hospital. Assim temos que em casa: uma percentagem de (36%) não toma qualquer medicação, (14%) toma 1 medicamento e (11,8%) toma 4 medicamentos.

Relativamente ao hospital, os utentes que recorrem ao SU, (30,6%) são medicados com 2 medicamentos, (28,5%) com 1 medicamento e (21%) com 3 medicamentos.

Tabela 3 – Distribuição do número de medicação que a amostra toma em casa e durante o internamento Hospitalar

Número de medicamentos	casa		hospital	
	Nº	%	Nº	%
,00	67	36,0	15	8,1
1	26	14,0	53	28,5
2	15	8,1	57	30,6
3	15	8,1	39	21,0
4	22	11,8	15	8,1
5	13	7,0	3	1,6
6	9	4,8	2	1,1
7	8	4,3	1	,5
8	7	3,8		
9	1	,5	1	,5
10	2	1,1		
13	1	,5		

Relativamente as áreas de dependência dos 186 utentes que recorreram ao SU temos que: em relação á alimentação (94,1%) são independentes, ao vestir (87,1%) também são independentes, ao banho (84,9%) são independentes, higiene corporal (87,1%) são independentes, na casa de banho (86,6%) é independente, no controlo intestinal (93%) também é independente, no controlo vesical (92,5%) é independente, no subir escadas (83,9%) é independente, na transferência cadeira-cama (79%) e por fim na deambulação (84,9%) é independente.

Tabela 4 – Distribuição das respostas da amostra quanto ao tipo de dependência por área de dependência (contínua)

Áreas de dependência		Nº	%
Alimentação	Necessita de ajuda (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)	11	5,9
	Independente (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	175	94,1
Vestir	Dependente	10	5,4
	Necessita de ajuda (pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	14	7,5
	Independente (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	162	87,1
Banho	Dependente	27	14,5
	Independente (toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiro)	159	85,4
Higiene corporal	Dependente	24	12,9
	Independente (lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	162	87,1

Tabela 4 – Distribuição das respostas da amostra quanto ao tipo de dependência por área de dependência (conclusão)

Áreas de dependência		Nº	%
Casa banho	Necessita de ajuda (para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	24	12,9
	Independente (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	162	87,1
Controle intestinal	Incontinente fecal	4	2,2
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou microláx)	9	4,8
	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou microláx, fá-lo sozinho)	173	93,0
Controle vesical	Incontinente ou algaliado	12	6,5
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou colector)	2	1,1
	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho)	172	92,5
Subir escadas	Dependente	12	6,5
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	18	9,7
	Independente (sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	156	83,9
Transferência	Dependente	9	4,8
	Áreas de dependência	Nº	%
	Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima e supervisão)	30	16,1
	Independente (não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	147	79,0
Deambulação	Dependente	8	4,3
	Necessita de ajuda (caminha 50 metros sozinho com ajuda ou supervisão)	20	10,8
	Independente (caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andariço, canadianas...)	158	84,9

Os 186 utentes apresentam em média um grau de dependência de $82 \pm 18,7$

B. Validação da escala

Pelo observado na tabela seguinte verificamos que existe um elevado nível de concordância entre os dois observadores em todos os 6 indicadores da escala de MEDFRAT ($p < 0,001$).

Pelos valores apresentados poderemos verificar ainda que existe um valor elevado de sensibilidade e especificidade

Quando temos presente a totalidade do valor dos 6 indicadores podemos verificar que o coeficiente de correlação intraclasse entre os dois observadores para a escala de Morse é 0,979 ($p < 0,001$) e para a escala de MEDFRAT e de 0,948 ($p < 0,001$)

Tabela 5 – Resultados do nível de concordância - Coeficiente de Kappa entre os dois observadores quanto aos indicadores da escala de MEDFRAT

		0	1	2	3	5	Indice de Kappa	P
		%	%	%	%	%		
0	Eliminação alterada (Obs.1)	98,7	1,3				,877	,000
	Eliminação alterada (Obs.2)	97,5	7,1					
1	eliminação alterada (Obs.1)	13,3	86,7				,877	,000
	Eliminação alterada (Obs.2)	2,5	92,9					
0	Utilização dispositivos (Obs.1)	97,5	2,5				,877	,000
	Utilização dispositivos (Obs.2)	98,7	13,3					
1	Utilização dispositivos (Obs.1)	7,1	92,9				,877	,000
	Utilização dispositivos (Obs.2)	1,3	86,7					
0	Alteração marcha (Obs.1)	98,7	1,3				,930	,000
	Alteração marcha (Obs.2)	98,7	5,7					
1	Alteração marcha (Obs.1)	5,7	94,3				,930	,000
	Alteração marcha (Obs.2)	1,3	94,					
0	Intoxicação (Obs.1)	100				0,0	1,000	,000
	Intoxicação (Obs.2)	100				0,0		
1	Intoxicação (Obs.1)	0,0				100	1,000	,000
	% em Intoxicação2	0,0				100		
0	Confusão (Obs.1)	98,9	0,6			0,6	,823	,000
	Confusão (Obs.2)	98,9	100			9,1		
1	Confusão (Obs.1)	100	0,0			0,0	,823	,000
	Confusão (Obs.2)	0,6	0,0			0,0		
5	Confusão (Obs.1)	9,1	0,0			90,9	,823	,000
	Confusão (Obs.2)	0,6	0,0			90,9		
0	história queda (Obs.1)	99,4	0,6	0,0	0,0		,943	,000
	história queda (Obs.2)	99,4	9,1	0,0	0,0			
1	história queda (Obs.1)	9,1	90,9	0,0	0,0		,943	,000
	história queda (Obs.2)	0,6	90,9	0,0	0,9			
3	história queda (Obs.1)	0,0	0,0	0,0	100			

(Obs.1) -- observador 1; (Obs.2) - Observador 2

Ao avaliar a validade concorrente com a escala de risco de quedas de Morse verificamos que para ambos os observadores o valor da correlação é positivo, moderada e significativa denotando que ambos os instrumentos avaliam o mesmo constructo

Tabela 6 – Correlação de Pearson entre a escala de Morse e a Escala de MEDFRAT

		Escala de Morse (Observador1)		Escala de Morse (Observador2)	
		r	p	r	p
Escala de Medraft (Observador 1)		,487**	,000	,509**	,000
Medraft (Observador 2)		,475**	,000	,503**	,000

C. Risco de Queda

Os resultados da tabela 7, mostram que, na aplicação de ambas a escala é possível observar que o valor médio das mesmas é inferior ao valor mediano e ambas as escalas em ambos os observadores. Apresentando em média um baixo risco de queda.

Tabela 7 – Caracterização da amostra quanto ao risco de queda na Escala de Morse e escala MEDFRAT (observador 1 e 2).

	Amplitude da escala	Míni mo	Máxi mo	Média	DP
Valor global da escala de Morse (Observador 1)	0-125	,00	85	29,8	18,0
Valor global da escala de Morse (Observador 2)	0-125	,00	85	30,8	20,6
Valor global da escala de METFRAT (Observador 1)	0-14	,00	13	1,0	2,1
Valor global da escala de METFRAT (Observador 2)	0-14	,00	13	1,0	2,2

O risco de queda não é diferente consoante o sexo ($t=1,631$; $p>0,05$), aumenta com a idade ($r=,290$, $p<0,0501$ e diminui com o aumento da dependência ($r=-,654$; $p<0,001$)

Tendo em conta que as escalas possuem níveis diferentes de qualificação do risco, iremos analisar apenas o percentual sem risco avaliado por ambas as escalas. De acordo com os dados apresentados na tabela 8, verificamos que apesar das diferenças percentuais entre os observadores, o número de utentes sem risco de queda, de acordo com a escala de MEDFRAT, é maior do que o número de utentes com ausência de risco, segundo a escala de Morse.

Tabela 8 – Risco de queda avaliado pela Escala de Morse e escala MEDFRAT (observador 1 e 2)

		Observador 1		Observador 2	
		Nº	%	Nº	%
Risco de queda – Escala de Morse	Sem Risco	96	51,6	98	52,7
	Baixo Risco	70	37,6	61	32,8
	Alto Risco	20	10,8	27	14,5
Risco de queda – Escala MEDFRAT	Ausência de Risco	124	66,7	127	68,3
	Baixo Risco	35	18,8	33	17,7
	Risco Moderado	14	7,5	15	8,1
	Risco Elevado	13	7,0	11	5,9

4. DISCUSSÃO

Na literatura consultada segundo (Santos et al, 2019) constata-se que 30 a 50% dos idosos que se encontram institucionalizados sofrem quedas e que a sua recorrência será de 40%, sendo que o envelhecimento é uma situação considerada natural e irreversível do corpo humano indo afetar todos os elementos do controle postural.

Também Sousa et al. (2013) faz referências a variados fatores, que podem ser identificados como de risco para queda, algumas escalas que foram executadas tendo como base, a avaliação de condições individualizadas da pessoa, que são relacionadas com o risco de queda como a Escala de Equilíbrio Funcional de Berg (EEFB) que calcula o desenvolvimento de tarefas funcionais, a *Escala Timed Up and Go* (TUG) que ajuíza a mobilidade básica da pessoa e a *Morse Fall Scale* (MFS) escala especializada para avaliar o risco de queda, essencialmente no internamento.

Para este estudo intitulado “Risco de Queda em Utentes Adultos e Idosos no Serviço de Urgência: Validação Cultural da Escala *Memorial Emergency Department Fall-Risk-Assessment Tool* (MEDFRAT), a recolha de dados realizou-se no período de março a julho de 2020, no SU do HDFF com uma amostra de 186 utentes que acorreram ao SU neste período conturbado de COVID 19. A cada utente foi explicado a importância do estudo em causa, tendo sido realizado por dois enfermeiros separadamente e de forma independente, de modo a não haver manipulação de respostas às questões, da Escala de Morse e da escala de MEDFRAT e assinavam consentimento informado.

Tal como no nosso estudo no de Scott et al. (2018) foram dois os observadores, que utilizaram a escala MEDFRAT. Antes do início da recolha de dados foi explicado aos enfermeiros que participaram na recolha de dados não só os objetivos do trabalho mas foi igualmente realizada formação acerca das escalas e do modo de preenchimento das mesmas, esta metodologia tinha já sido utilizada no estudo de Scott et al (2018) em que houve treino e educação dos observadores(enfermeiros) acerca da aplicabilidade da escala, no sentido de a compreender e agirem uniformemente. No referido estudo, o período foi de recolha de dados foi de três meses (69 observações recolhidas) e no nosso de 5 meses com 186.

Na amostra americana, as idades foram regularmente distribuídas entre os 21-40 e 41-60 anos. Em relação ao sexo, foi o masculino (n= 39) o predominante com 57%, sendo que no nosso estudo foi o feminino (n=102) com 54,8%.

Neste estudo as causas predominantes da vinda ao SU foram: dor abdominal, dor lombar, dor pré cordial e dificuldade respiratória e cefaleias (com a mesma percentagem), no estudo de Scott et al. (2018) foram alteração do estado de consciência, dor torácica, dor abdominal e intoxicação.

De acordo com a MEDFRAT, o nosso utente tem 31,7% risco de queda, baixo risco com 17,7%, risco moderado 8,1% e risco elevado 5,9%, no estudo americano, cerca de 53 % tinham risco de queda, baixo risco 73%, risco moderado 10% e com risco elevado 17%. (Scott et al, 2018)

A implementação de instrumentos de avaliação aliado à formação são ferramentas importantes na prevenção do risco de queda tal como demonstrou Scott et al. (2018) ao verificar que após 1 ano, de executar, a MEDFRAT no SU houve um decréscimo significativo taxa de queda de 48% (de 1,17 para 0,57 quedas por 1.000 utentes /dia).

Devido a limitações na recolha de dados decorrente da pandemia não foi possível avaliar se o risco de queda à entrada no serviço diminuía ou não assim como determinar o caráter preditivo da escala.

O risco de queda não é diferente consoante o sexo, aumenta com a idade, tal como apontado por Hamed et al., (2018) e diminui com o aumento da dependência.

Outro ponto em comum nos dois estudos, só foram incluídos na amostra utentes com mais de 18 anos de idade e também a colheita de dados foi realizada sempre 2 enfermeiros com larga experiência em SU.

No estudo de Scott et al. (2018) a colheita de dados foi efetuada nos turnos diurnos (7-19h), no nosso estudo foi igualmente realizada maioritariamente nos turnos diurnos (8-24 h) uma vez que tivemos um período conturbado da pandemia COVID 19.

Relativamente à taxa de concordância entre os observadores, foi utilizada a estatística Kappa, que avalia o grau em que dois ou mais observadores concordam em classificar os dados. Segundo Scott et al. 2018, temos que Kappa investiga a possibilidade de concordância por acaso versus concordância devido à confiabilidade completa. Assim $K=1$ assinala concordância/confiabilidade completa e $K=0$ designa concordância que é puramente coincidente, no estudo de Scott et al.

(2018) mostra um $K= 0,70$, sendo considerado um nível de concordância aceitável. No nosso estudo, podemos verificar que existe um elevado nível de concordância entre os dois observadores em todos os 6 indicadores da escala de MEDFRAT ($p<0,001$) variando entre um valor de 0,823 e 1

Podemos ainda referir que a escala MEDFRAT é a mais adequada para implementar no SU visto que consegue avaliar 3 tipos de queda: as acidentais ou mecânicas únicas, as fisiológicas não previstas e as fisiológicas antecipadas ou inclinadas a quedas. Como já foi referenciado as quedas dos utentes tem como consequência o desenvolvimento de comorbilidades aumentado assim os custos para eles e instituições. Foram necessários muitos anos para desenvolver uma escala de avaliação do risco de queda específica para o SU, como é a escala MEDFRAT, que é fácil de interpretar, permitindo assim também implementar um plano de prevenção de quedas com grande facilidade. Os dois estudos, o nosso e o de Scott et al. (2018) apresenta boa concordância entre os usuários. A confiabilidade permite que a MEDFRAT seja implementada com a confiança de que será usada da mesma maneira e de forma consistente. Cada SU, no futuro deverá ter uma visão sobre sua própria população de adultos em risco de queda e contribuir para a conceção de ferramentas importantes e adequadas de modo a minimizar o risco.

Segundo Sousa et al (2013) para avaliar a estimativa de fração da variabilidade total e individual das respostas entre os avaliadores/observadores foi aplicado o coeficiente de correlação intraclasse em que são consideradas as seguintes interpretações: $<0,4$ -pobre; $\geq 0,4$ e $<0,75$ -satisfatório e $\geq 0,75$ -excelente. No nosso estudo para a escala de morse é 0,979 e para a escala de MEDFRAT 0,948, as duas com valores $< 0,001$, logo pode-se dizer que o coeficiente é excelente.

Neste estudo, foi aplicado a escala de Morse, com 6 itens em que cada um, vai exigir 2 a 3 respostas com determinada pontuação avaliando historial de quedas; neste internamento urgência/ou nos últimos 3, diagnóstico secundário, ajuda para caminhar, terapia intravenosa, postura no andar e na transferência e por fim estado mental.

Relativamente às duas escalas, a de Morse e a MEDFRAT, verificamos que a primeira está mais direcionada para o internamento com seis itens (onde cada item pode ter 2 ou 3 opções de resposta) para avaliar o utente internado, essencialmente em ajuda para caminhar, postura no

andar e na transferência e estado mental. A MEDFRAT está mais para o SU uma vez que tem um item para as várias opções de queda e se o utente está intoxicado ou sedado.

De salientar ainda que as duas escalas apresentam uma correlação moderada entre si (valores oscilam entre 0,475 e 0,509).

CONCLUSÃO

As quedas significam um grande obstáculo a nível da saúde pública, uma vez que exigem cuidados médicos, na sua grande maioria.

As quedas de utentes são episódios desfavoráveis comuns descritos em ambiente de saúde e são uma fonte significativa de morbilidade e mortalidade.

O envelhecimento da população, no nosso país, é um facto que se prevê vir a intensificar ao longo dos anos.

Segundo o DR nº 28 (2015) a prevenção das quedas, deve compreender a avaliação dos fatores de risco multifatoriais, a importância da comunicação e o ensino sobre o risco de queda, a implementação de ações/avaliações cuidadosas e/ou corretoras a nível institucional e a concretização de interações individualizadas. Assim as instituições de saúde devem desenvolver planos no sentido de prevenir as quedas, pesquisar as causas das que acontecem na respetiva instituição, fazer auditorias internas com regularidade no sentido de reconhecer os fatores que contribuem e previnem a recorrência de novas quedas.

Devem ser realizadas ações personalizadas para cada utente, tendo em conta o risco de queda de cada um.

Tendo em conta as questões e objetivos delineados, foi possível identificar que não existem diferenças significativas entre o risco de queda para o sexo feminino e o sexo masculino. Foi também verificado que a escala *Memorial Emergency Department Fall Risk Assessment Tool* é válida e fiável para a população portuguesa, tendo em conta os resultados dos testes estatísticos realizados. Constatámos que existiu uma concordância quase perfeita entre os observadores face à aplicação desta escala. Assim, consideramos que os nossos objetivos foram atingidos.

Comprovamos que a escala MEDFRAT é a mais adequada que a escala de Morse para o SU porque, os resultados obtidos pela escala MEDFRAT são mais fiáveis dado que a escala é direcionada somente, para ser aplicada neste contexto hospitalar. A escala de Morse, contrariamente à escala anteriormente mencionada, pode ser aplicada em todos os serviços de internamento.

Futuramente será interessante aplicar esta escala ao nosso SU, reavaliar, utilizar ferramentas de modo a minimizar o risco de queda e contribuir para que este SU, seja um serviço seguro para quem a ele recorre.

A curto e longo prazo, deverá ser realizado um estudo com maior número de utentes e em SU de vários locais do país. A avaliação ao longo do internamento (estudo longitudinal), para estimar se o risco de queda de adultos sofre alteração ao longo do internamento assim como avaliar o caráter preditivo de quedas da referida escala e também uma sugestão que deixamos para futuros estudos nesta área.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abreu, C., Mendes, A., Monteiro, J., & Santos, F., (2012) - Quedas em meio hospitalar: um estudo longitudinal. *Revista Latino-Am Enfermagem*.
- Alves, A., Patrício, A., Albuquerque, K., Duarte, M., Santos, J., & Oliveira, M., (2016) -Ocorrência de quedas em idosos institucionalizados: prevalência, causas e consequências. *Revista de pesquisa Cuidado é Fundamental online*. Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Almeida, R. A. R. D., Abreu, C. D. F. F. D., & Mendes, A. M. D. O. C. (2010) - Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de enfermagem. Referencia*, (2), 163-172. www.index-f.com/referencia/2010/pdf/32-163.pdf
- Almeida, L., S., & Freire, T., (2017) - Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação (5ªed). Braga: Psiquilibrios Edições.
- Ambrose, A., F., Cruz, L., & Paul, G., (2015) - Falls and Fractures: A systematic approach to screening and prevention. https://www.researchgate.net/publication/280969117_Falls_and_Fractures_A_systematic_approach_to_screening_and_prevention
- Araújo, F., et al. 2007. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2007, Vols. 25, Nº 2, pp. 59 - 66.
- Aryee, E., James, S., L., Hunt, G., M., & Ryder, H., F., (2017) - Identifying protective and risk factors for injurious falls in patients hospitalized for acute care: A retrospective case-control study. https://www.researchgate.net/publication/320916784_Identifying_protective_and_risk_factors_for_injurious_falls_in_patients_hospitalized_for_acute_care_A_retrospective_case-control_study
- Ashley, G., & Hochmam, S., (2018) - Risk Management: Falls in the Emergency Department. <https://www.emra.org/emresident/article/falls-in-the-ed/>
- Baixinho, C. R. S. L. & Dixe, M. A. C. R. (2014) - Monitoramento de episódios de quedas em instituições para idosos. *Revista eletrónica de enfermagem* <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20650>
- Bjarnadottir, R., & Lucero, R., (2018) - What Can We Learn about Fall Risk Factors from EHR Nursing Notes? A Text Mining Study. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30263902/>
- Boyé, N., D., A., Van der Velde, N., De Vries, O., J., Van Lieshout, E., M., M., Hartholt, K., A., Mattace-Raso, F., U., S., Lips, P., Patka, P., Van Beeck, E., F., & Van der Cammen, T., J., M., (2017)- Effectiveness of medication withdrawal in older fallers: results from the Improving Medication Prescribing to reduce Risk Of FALLS (IMPROveFALL) trial. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28181639/>
- Boulton, E., R., Horne, M., & Todd, C., (2019) - Involving Older Adults in Developing Physical Activity Interventions to Promote Engagement: a Literature Review. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12062-019-09247-5>
- Bromfield, S., G., Ngameni, C., A., Colantonio, L., D., Bowling, C., B., Shimbo, D., Reynolds, K., Stafford, M., M., Banach, M., Toth, P., P., & Muntner, P., (2017) Blood Pressure, Antihypertensive Polypharmacy, Frailty, and Risk for Serious Fall Injuries Among Older Treated Adults With Hypertension <https://www.semanticscholar.org/paper/Blood-Pressure%2C-Antihypertensive-Polypharmacy%2C-and-Bromfield-Ngameni/cde5b83edc2fc2a69fe06c02b84737dacc482697>
- Cameron, I. Dyer, S. Panagoda, C. Murray, G. Hill, K. Cumming, R. & Kerse, N. (2018) Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospital. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6148705/>
- Carmo, I., M., O., (2014) Risco de Queda em Idosos na Comunidade: contributo para a construção de instrumento de avaliação. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Carpenter, C., Cameron, A., Ganz, D., & Liu, S., (2019) Older Adult Falls in Emergency Medicine: 2019 Update <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30929883/>

- Caldevilla, M. N. G., & Costa, M. A. S. (2009) -Quedas nos idosos em internamento hospitalar: que passos para a enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 19, 25-28. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400017
- Costa-Dias, M. J. M. D., & Ferreira, P. L. (2014). Escalas de avaliação de risco de quedas. *Revista de Enfermagem Referência*, (2), 153-161.
- Costa-Dias, M.J.M.D., Ferreira, P.L. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, (2), 7-17.
- Dadgari, A., Hojati, H., & Mirrezaie, S., (2020) -The relationship between the risk of falling and fear of falling among aged hospitalized patients. https://www.researchgate.net/publication/338759617_The_relationship_between_the_risk_of_falling_and_fear_of_falling_among_aged_hospitalized_patients
- De Souza, A., Rohsig, V., Maestri, R., Mutalq, M., Lorenzini, E., Alves, B., Oliveira, D., & Gatto, D., (2019) -In hospital falls of a large hospital. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31122283/>
- Decreto-Lei nº 28/2015 de 10 de fevereiro de 2015 (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015 2020. Diário da República II Série. Nº 28 (10-02-15), 3882-(2) acedido em 29 de setembro de 2018. Disponível em: www.dre.pt
- Dias, A. P., Ferreira, D. A., & Ferreira, S. S., (2016) Prevenção de Quedas nos Idosos http://metis.med.up.pt/index.php/Preven%C3%A7%C3%A3o_de_Quedas_nos_Idosos
- Direção Geral de Saúde nº 11/2012- <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0112012-de-30072012-jpg.aspx>
- Direção Geral de Saúde nº 15/2014-<https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/notific-sistema-nacional-de-notificacoes-de-incidentes-e-de-eventos-adversos.aspx>.
- Esquivel, M., (2017) - Nutritional Assessment and Intervention to Prevent and Treat Malnutrition for Fall Risk Reduction in Elderly Populations. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6124993/>
- Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (2017-2025) -Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (despacho nº 12427/2016).Julho 2017<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>.
- Fillion, V., Sirois, M., Gamache, P., Guertin, J., Morin, J., & Jean, S., (2019) - Frailty and health services use among Quebec seniors with non-hip fractures: a population-based study using administrative databases <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30683094/>
- Flarity, K., Pate, T., & Finch, H. (2013). Development and implementation of the Memorial emergency department fall risk assessment tool. *Advanced emergency nursing journal*, 35(1), 57-66.
- Flarity, K., Pate, T., & Finch, H. (2013). Development and implementation of the Memorial emergency department fall risk assessment tool. *Advanced emergency nursing journal*
- Fortin, M. (2009). O Processo de Investigação: da Concepção à realização. Loures: Lusociência.
- Fragata, José (2011) – Segurança dos Doentes – Uma Abordagem Prática. Lisboa. Lidel, . 312p. ISBN 978-972- 757-797-2
- Freitas, M., G., Bonolo, P., Moraes, E., & Machado, C., J., (2015) -Idosos atendidos em serviços de urgência no Brasil: um estudo para vítimas de queda e de acidentes de transito. *Ciência & Saúde Coletiva*.
- Freixo, M., Metodologia Científica: Fundamentos,métodos e técnicas.(2011) (3ªEd).P.116.Lisboa:Instituto Piaget.
- Gale, C., Cooper, C., & Sayer, A., (2016) - Prevalence and risk factors for falls in older men and women: The English Longitudinal Study of Ageing. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27496938/>
- Galvez-Barron, C., Formiga, F., Miñarro, A., Macho, O., Narvaiza, L., Dapena, M., D., Pujol, R., & Rodriguez-Molinero, A., (2020) - Dor e quedas recorrentes na população não institucionalizada mais velha [.https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-020-1412-8](https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-020-1412-8)

- Glodberg, E., Resnik, L., Marks, S., & Merchant, R., (2019) - the Geriatric Acute and Post-acute Fall Prevention Intervention—a pilot investigation of an emergency department-based fall prevention program for community-dwelling older adults. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6710862/>
- Hagger, A., M., Mathieu, N., Lenoble-Hoskovec, C., Swanenburg, J., Bie, R., & Hilfiker, R., (2019)-Effects of three home-based exercise programmes regarding falls, quality of life and exercise-adherence in older adults at risk of falling: protocol for a randomized controlled trial-
<https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2019-027111>
- Hamed, A., Bohm, S., Mersmann, F., & Arampatzis, A., (2018) Follow-up efficacy of physical exercise interventions on fall incidence and fall risk in healthy older adults: a systematic review and meta-analysis www.researchgate.net/publication/329636794_Followup_efficacy_of_physical_exercise_interventions_on_fall_incidence_and_fall_risk_in_healthy_older_adults_a_systematic
- Horbach da Rosa, P., Rangel, R., F., Machado, K., F., C., Cesar, M., P., & Ilha, S., (2019) -Avaliação do risco de queda de pacientes em serviço de emergência. *Revista de enfermagem do centro-oeste mineiro*.
- Jin, J., (2018) -Prevention of Falls in Older Adults <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2679279>
- Johnston, y., Bergen, G., Bauer, M., Parker, E., Wentworth, L., McFadden, M., Reome, C., & Garnett, M., (2019) - Implementation of the Stopping Elderly Accidents, Deaths, and Injuries Initiative in Primary Care: An Outcome Evaluation <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30239774/>
- Kim, K., Jung, H., Kim, C., O., Kim, S., Cho, H., Kim, D., Y., Há, Y., Hwang, S., Won, C., W., Lim, J., Kim, H., J., & kim, J., G., (2017) - Evidence-based guidelines for fall prevention in Korea-
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28049285/>
- Kuhirunyaratn, P., Prasomark, P., & Jindawong, B., (2019) - Effects of a Health Education Program on Fall Risk Prevention among the Urban Elderly: A Quasi-Experimental Study
<https://ijph.tums.ac.ir/index.php/ijph/article/view/15944>
- Leat, S., J., Zecevic, A., A., Keeling, A., Hileeto, D., Labreche, T., & Brymer, C., (2018) - Prevalence of vision loss among hospital in-patients; a risk factor for falls? <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29265472/>
- Li, F. Harmer, P. Fitzgerald, K. Eckstrom, E. Akers, L. Chou, L. Pidgeon, D. Voit, J. & Winters, S. (2018). Effectiveness of a Therapeutic Tai Ji Quan Intervention VS a Multimodal Exercise Intervention to Prevent Falls Among Older Adults at High Risk of Falling: a Randomized Clinical Trial <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30208396>
- Luzia, M., Argenta, C., Almeida, M., & Lucena, A., (2017) Definições conceituais dos indicadores do resultado de enfermagem “Conhecimento: Prevenção de quedas”. *Revista brasileira de enfermagem*.
- Martinez-Carbonell, E., Burgess, L., Immins, T., & Andreo, A., M., (2019)- Does aquatic exercise improve commonly reported predisposing risk factors to falls within the elderly? A systematic review. https://www.researchgate.net/publication/331292161_Does_aquatic_exercise_improve_commonly_reported_predisposing_risk_factors_to_falls_within_the_elderly_A_systematic_review
- McCarty, C. A., Woehrlé, T. A., Waring, S. C., Taran, A. M., & Kitch, L. A. (2018). Implementation of the MEDFRAT to Promote Quality Care and Decrease Falls in Community Hospital Emergency Rooms. *Journal of Emergency Nursing*
- McErlean, D.R., & Hughes, J. A.(2017).Who falls in na adult emergency department and why- a retrospective review *.Australasian Emergency Nursing Journal*, 12-16 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28034556>
- Minayo, M. C. S. (2007). O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC
- Mikolaizak, A., S., Lord, S., R., Tiedemann, A., Simpson, P., Caplan, G., Bendall, J., C., Howard, K., & Close, J., (2018) - Adherence to a multifactorial fall prevention program following paramedic care: Predictors and impact on falls and health service use. Results from an RCT a priori subgroup analysis. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29139599/>
- Morris, J., N., Howard, E., P., Steel, K., Berg, K., Tchalla, A., Munankarmi, A., & David, D., (2016) - Strategies to reduce the risk of falling: Cohort study analysis with 1-year follow-up in community dwelling older adults. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4851816/>

- Nagafpour, Z., Godarzi, Z., Mohammad, A., & Yaseri, M., (2019) - Risk Factors for Falls in Hospital In-Patients: A Prospective Nested Case Control Study.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31204446/>
- Ordem dos Enfermeiros (2015) Cipe Versão 2 -Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Ordem dos enfermeiros. Lisboa: Lusodidata
- Oliver, D., Daly, F., Martin, F. C., & McMurdo, M. E. (2004). Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in patients: a systematic review. *Age and ageing* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14960426>
- Phelan, E., Aerts, S., Dowler, D., Eckstrom, E., & Casey, C., (2016) Corrigendum: Adoption of Evidence-Based Fall Prevention Practices in Primary Care for Older Adults with a History of Falls <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5110507/>
- Pina, S. M., Saraiva, D., Vaz, I., Ramalinho, J., Ferreira, L., & Batista, P. (2010). Quedas em meio hospitalar. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 36,27-29. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn9/serlIn9a11.pdf>
- Pinto, T., (2015) Influencia das Alterações do Envolvimento Ambiental e Organizacional na Redução das Quedas em Doentes em Meio Hospitalar. Tese de Mestrado em Saúde Publica. Universidade Nova de Lisboa.
- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2015-2020)-<https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes.aspx>.
- Portella, M., R., & Lima, A., P., (2018) Quedas em Idosos: reflexões sobre as políticas publicas para o envelhecimento saudável. *Arq. Ciência Saúde UNIPAR*. Umuarama maio/agosto 2018.
- Prates, C., G., Luzia, M., F., Ortolan, M., R., Neves, C., M., Bueno, A. L., M., & Guimarães, F., (2014) Quedas em Adultos Hospitalizados : incidência e características desses eventos. *Revista Cuidado e Saude*.
- Pua, Y., Ong, P., Clark, R., A., Matcher, D., B., & Lim, E., (2017) - Falls efficacy, postural balance, and risk for falls in older adults with falls-related emergency department visits: prospective cohort study. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29268720/>
- Recomendações técnicas para Serviços de Urgência (2015). Administração Central do Sistema de Saúde. IP
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2017). Preventing Falls and Reducing Injury from Falls (4th ed.). Toronto, ON: Author.
- Rimland, J., M., Abraha, I., Trotta, F., M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., Gudmundsson, A., Soiza, R., O'Mahory, D., Guaita, A., & Cherubini, A., (2016)- Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5372076/>
- Robey-Williams, C., Rush, K. L., Bendyk, H., Patton, L. M., Chamberlain, D., & Sparks, T. (2007). Spartanburg Fall Risk Assessment Tool: a simple three-step process. *Applied nursing research*, 20(2), 86-93.
- Sabino, L., I., S., (2018) Prevenção do Risco de Queda em Idosos Hospitalizados: Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Mestrado em Enfermagem. Universidade de Évora
- Safarpour, M., Hosseini, S., R., Mohamadzade, M., Bijani, A., & Fotouhi, A., (2018) - Predictors of Incidence of Fall in Elderly Women; A Six-Month Cohort Study. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30090818/>
- Sampaio, R., X., Abreu, A., M., S., Nagata, C., A., & Garcia, P., A., (2019) Accuracy of clinical-functional tools to identify risk of falls among community-dwelling older adults. Universidade de Brasília.DF. Brasil
- Santos, J., Sousa, R., Moreira, A., Andrade, S., Borges, L., Queiroz, N., Andrade, L., & Pinheiro, P., (2019) -Avaliação do Equilíbrio e Risco de Queda em Idosos Institucionalizados. *Revista Referencias em Saúde da Faculdade Estácio de Sá de Goiás -RRS FESGO*.Vol.02, n.3, pp.37-43(ISSN online:2596-3457).
- Saraiva, D. M. R. F. (2008)- Quedas :indicador da qualidade assistencial. *Nursing*. Lisboa. Ano 18, nº 235, p.28-35. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400017
- Sarges, N., A., Santos, M., I., P., O., & Chaves, E., C., (2017) - Avaliação da segurança do idoso hospitalizado quanto ao risco de quedas. *Revista Brasileira de Enfermagem* .Rev. Brás. Enferm. vol.70 no.4 Brasília July/Aug. 2017

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0098>

- Scott, R. A., Oman, K. S., Flarity, K., & Comer, J. L. (2018). Above, Beyond, and Over the Side rails: Evaluating the New Memorial Emergency Department Fall–Risk-Assessment Tool. *Journal of Emergency Nursing*.
- Silva, A., M., (2009) Triagem de Prioridades-Triagem de Manchester. Tese de Mestrado em Medicina de Catástrofe. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.
- Smith, M., Lusignan, S., Mullet, D., & Correa, A., (2016) Predicting Falls and When to Intervene in Older People: A Multilevel Logistical Regression Model and Cost Analysis https://www.researchgate.net/publication/305628750_Predicting_Falls_and_When_to_Intervene_in_Older_People_A_Multilevel_Logistical_Regression_Model_and_Cost_Analysis.
- Smith, L., Stubbs, B., Hamer, M., (2019)-Changes In Physical Activity Behavior and Risk of Fall Over 8 Years Follow up English Longitudinal Study of Aging.
[https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(18\)30925-X/fulltext](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(18)30925-X/fulltext)
- Sousa Urbanetto, J., Creutzberg, M., Franz, F., Ojeda, B. S., da Silva Gustavo, A Bittencourt, H. R, & Farina, V.A. (2013). Morse Fall Escala: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 569-575. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00569.pdf>
- Wylie ,G., Torrens, C., Campbell, P., Frost, H., Gordon, A., L., Menz, H., B., Skelton, D., A., Sullivan, F., Witham, M., D., & Morris, J., (2019)- Podiatry interventions to prevent falls in older people: a systematic review and meta-analysis .<https://researchonline.gcu.ac.uk/en/publications/podiatry-interventions-to-prevent-falls-in-older-people-a-systema>
- Tiné, L., (2019) -Exercícios físicos garantem qualidade de vida a idosos. Blog da saúde. Ministério da saúde
<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53940-idosos-que-praticam-exercicios-fisicos-tem-mais-qualidade-de-vida>
- Townsend, A. B., Valle-Ortiz, M., & Sansweet, T. (2016). A Successful ED Fall Risk Program Using the KINDER 1 Fall Risk Assessment Tool. *Journal of Emergency Nursing*, 42(6), 492-497.
- Tricco, A., C., Watt, J., Goodarzi, Z., Veroniki, A., & Sraus, S., (2017) - Comparative safety and efficacy of pharmacological and non-pharmacological interventions for the behavioral and psychological symptoms of dementia: protocol for a systematic review and network meta-analysis. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28882156/>

**ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA
FOZ**

Ex.mo Senhor
Presidente da Comissão de Ética do
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Assunto: Autorização para colheita de dados

Data: 22-10-2019

Maria Helena Ferreira Monteiro, enfermeira graduada no Hospital Distrital da Figueira da Foz, EFE, n.º mecanográfico 1080, a realizar o mestrado de Enfermagem à Pessoa em situação crítica, na Escola Superior de Saúde de Leiria, pretende realizar um estudo intitulado Validação cultural da escala Memorial Emergency Department Fall Risk Assessment Tool.

O estudo tem como objetivo realizar a adaptação cultural da Memorial Emergency Department Fall Risk Assessment Tool

Este estudo permitirá disponibilizar uma ferramenta para ser utilizada para avaliar o risco de quedas dos utentes quando admitidos no serviço de urgência. Ao conhecer o risco permitirá definir as estratégias corretas para prevenir a queda melhorando assim o atendimento e a satisfação do utente.

Face ao exposto, vem solicitar autorização para, no Serviço de Urgência, colher dados por observação nomeadamente os indicadores da escala a validar (estado de consciência, intoxicação ou sedação, alteração da marcha, utilização de dispositivos de apoio à mobilidade e eliminação alterada), os indicadores da escala de Morse e a resposta a algumas questões nomeadamente história de queda nos últimos 3 meses, incluindo o tempo de internamento e dados sociodemográficos e medicação que toma no domicílio e no SU e grau de independência.
Saliento, que este estudo não constituirá encargos financeiros adicionais ao hospital.

Sem outro assunto,

Aguardo deferimento

Maria Helena Ferreira Monteiro

**ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DISTRITAL
DA FIGUEIRA DA FOZ**

Ex.ma Senhora
Diretora do Serviço de Urgência do
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE
Dr.ª Raquel Oliveira Dias

Assunto: Autorização para colheita de dados
Data: 21-10-2019

*Tomei conhecimento
e autorizo
22/10/2019*

Maria Helena Ferreira Monteiro, enfermeira graduada, n.º mecanográfico 1080, a realizar o mestrado de Enfermagem à Pessoa em situação crítica, na Escola Superior de Saúde de Leiria, pretende realizar um estudo intitulado Validação cultural da escala Memorial Emergency Department Fall Risk Assessment Tool.

O estudo tem como objetivo realizar a adaptação cultural da Memorial Emergency Department Fall Risk Assessment Tool

Este estudo permitirá disponibilizar uma ferramenta para ser utilizada para avaliar o risco de quedas dos utentes quando admitidos no serviço de urgência. Ao conhecer o risco permitira definir as estratégias corretas para prevenir a queda melhorando assim o atendimento e a satisfação do utente.

Face ao exposto, vem solicitar autorização para, no Serviço de Urgência, colher dados por observação nomeadamente os indicadores da escala a validar (estado de consciência, intoxicação ou sedação, alteração da marcha, utilização de dispositivos de apoio à mobilidade e eliminação alterada), os indicadores da escala de Morse e a resposta a algumas questões nomeadamente história de queda nos últimos 3 meses, incluindo o tempo de internamento e dados sociodemográficos e medicação que toma no domicílio e no SU e grau de independência. Saliento, que este estudo não constituirá encargos financeiros adicionais ao hospital.

Sem outro assunto,

Aguardo deferimento

Maria Helena Ferreira Monteiro

Anexo: Questionário-instrumentos de avaliação

APÊNDICE I – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Memorial Emergency Department Fall Risk Assessment Tool

Grupo I - Características sociodemográficas e clínicas

Idade _____

Sexo _____

Diagnóstico/causa da vinda à urgência _____

Valor da Pressão arterial _____

Medicação que toma em casa _____

Medicação que toma no SU _____

História de queda em internamentos anteriores Sim _____ Não _____

Se sim onde _____ Quando _____

Neste internamento teve alguma queda? Sim _____ Não _____

Esta acompanhado por familiares Sim _____ Não _____

Grupo II - Grau de dependência

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as suas atividades habituais. Por favor, responda às questões cuidadosamente.

ALIMENTAÇÃO	10	Independente (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)
	5	Necessita de ajuda (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)
VESTIR	10	Independente (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)
	5	Necessita de ajuda (pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)
	0	Dependente
BANHO	5	Independente (toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiro)
	0	Dependente
HIGIENE CORPORAL	5	Independente (lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)
	0	Dependente
USO DA CASA DE BANHO	5	Independente (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)
	0	Necessita de ajuda (para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)
CONTROLO INTESTINAL	10	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou microláx, fá-lo sozinho)
	5	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou microláx)
	0	Incontinente fecal

CONTROLO VESICAL	10	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho)
	5	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor)
	0	Incontinente ou algaliado
SUBIR ESCADAS	10	Independente (sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)
	5	Necessita de ajuda (necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)
	0	Dependente
TRANSFERÊNCIA CADEIRA-CAMA	10	Independente (não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)
	5	Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima e supervisão)
	0	Dependente
DEAMBULAÇÃO	15	Independente (caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas...)
	10	Necessita de ajuda (caminha 50 metros sozinho com ajuda ou supervisão)
	5	Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros)
	0	Dependente

Grupo III - Escala de Morse

Item	Pontuação	
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três	<ul style="list-style-type: none"> Não Sim 	0 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	<ul style="list-style-type: none"> Não Sim 	0 15
3. Ajuda para caminhar	<ul style="list-style-type: none"> Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar 	0 15 30
4. Terapia intravenosa	<ul style="list-style-type: none"> Não Sim 	0 20
5. Postura no andar e na transferência	<ul style="list-style-type: none"> Normal/acamado/imóvel Debilidade Dependente de ajuda 	0 10 20
6. Estado mental	<ul style="list-style-type: none"> Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações 	0 15

Grupo IV - Memorial Emergency Department Fall Risk Assessment Tool

a) História de queda nos últimos 3 meses, incluindo desde a admissão	<ul style="list-style-type: none"> • Não - • Sim - Queda mecânica única - 1 ponto • Sim - queda fisiológica (síncope) - 2 pontos • Sim - risco de queda (quedas múltiplas) - 3 pontos
Observação	
b) Confusão/confuso ou desorientação/desorientado	<ul style="list-style-type: none"> • Não • Sim - 5 pontos
c) Intoxicado ou sedado	<ul style="list-style-type: none"> • Não • Sim - 5 pontos
d) Alteração da marcha	<ul style="list-style-type: none"> • Não • Sim - 1 ponto
e) Utilização de dispositivos de apoio à mobilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Não • Sim - 1 ponto
f) Eliminação alterada	<ul style="list-style-type: none"> • Não • Sim - 1 ponto

**APÊNDICE II – CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM
ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO**

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo).

Maria Helena Ferreira Monteiro a realizar o mestrado de Enfermagem à Pessoa em situação crítica na Escola Superior de Saúde de Leiria está a convidá-lo para participar como voluntário(a) num estudo intitulado Validação cultural da escala Memorial Emergency Department Fall Risk Assessment Tool.

Este estudo tem como objetivo realizar a adaptação cultural da Memorial Emergency Department Fall Risk Assessment Tool

Este estudo permitirá disponibilizar uma ferramenta para ser utilizada para avaliar o risco de quedas dos utentes quando admitidos no serviço de urgência. Ao conhecer o risco permitira definir as estratégias corretas para prevenir a queda melhorando assim o atendimento e a satisfação do utente.

Participação do estudo – A sua participação no referido estudo consiste na autorização para colher dados por observação nomeadamente os indicadores da escala a validar (estado de consciência, intoxicação ou sedação, alteração da marcha, utilização de dispositivos de apoio à mobilidade e eliminação alterada), os indicadores da escala de Morse e a resposta a algumas questões nomeadamente história de queda nos últimos 3 meses, incluindo o tempo de internamento e dados sociodemográficos e medicação que toma no domicílio e no SU e grau de independência. .

A demora média de resposta/observação é de dez (10) minutos.

Condições e financiamento – O estudo não é financiado por entidades externas aos investigadores e os participantes não receberão qualquer pagamento pela sua participação.

O estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética.

Confidencialidade e anonimato – Será mantido o anonimato e confidencialidade dos dados e serão utilizados exclusivamente para o presente estudo e publicações científicas que dela decorram. Os investigadores responsabilizam-se pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a exposição indevida dos dados do estudo. No final do estudo serão eliminados.

A recolha de dados será efetuada por enfermeiros, e o tratamento dos mesmos por Maria dos Anjos Dixe.

Autonomia – Se tiver dúvidas e necessitar de esclarecimentos adicionais antes, durante ou após o preenchimento do questionário poderá fazê-lo através do contacto disponibilizado (lenafmonteiro@gmail.com).

A sua participação no estudo não traz riscos. Pode recusar participar no estudo, interromper a sua participação ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar e sem quaisquer consequências.

Contatos:

Pesquisador Principal: lenafmonteiro@gmail.com

Declaro ter lido e compreendido este documento, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins científicos e publicações que delas decorram e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas

Considero-me informado/a e aceito participar neste estudo,
