

Idosos Em Ambiente Hospitalar: Quedas; Relação Entre Variáveis Do “Registo De Quedas” Do CHUCB

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(Mestrado Integrado)

Orientador: Doutor Vítor Manuel dos Santos

Co-orientador: Enfermeira Sílvia Mabel Mendes Pina

Covilhã, abril de 2020

**Idosos em ambiente hospitalar: Quedas; Relação entre variáveis do “Registo de Quedas”
do CHUCB**

Dedicatória

Às minhas avós!

**Idosos em ambiente hospitalar: Quedas; Relação entre variáveis do “Registo de Quedas”
do CHUCB**

Agradecimentos

Na fase final deste percurso, o qual foi repleto de experiências únicas e aquisição de novos conhecimentos, não posso deixar de agradecer a várias pessoas que, incontestavelmente, tiveram um papel fundamental no meu caminho.

Ao meu orientador, Doutor Vítor Santos, por ser um exemplo na área da Medicina e por todos os ensinamentos, disponibilidade, paciência e ajuda. Agradeço, acima de tudo, por me ter concedido o privilégio de orientar esta dissertação e por ter desempenhado esta função de forma presente e incansável.

À minha co-orientadora, Enfermeira Sílvia Mabel Pina, deixo também um agradecimento especial, por toda a disponibilidade, entrega e por partilhar toda a sua experiência. Agradeço todos os seus comentários, dicas, sugestões e espírito crítico e pelo seu apoio na elaboração desta dissertação.

A todas as pessoas que contribuem ativamente para o “Registo de Quedas” do CHUCB que têm feito um trabalho incrível para tentar minimizar esta problemática das quedas.

À Professora Ana Paula Martins por toda a ajuda com a parte de bioestatística.

À Doutora Rosa Saraiva e à Dona Márcia Augusta Ascensão por toda a ajuda e pela disponibilidade demonstrada na articulação com o CHUCB, EPE.

À minha irmã, que é a minha companheira desde sempre e que foi sem dúvida o meu maior apoio.

Aos meus pais, avós e toda a minha família, que me apoiaram incondicionalmente e me deram força para seguir os meus sonhos. Sem vocês nada disto seria possível!

Aos meus amigos, por me terem apoiado não só nesta fase, mas em todo o meu percurso. Um agradecimento especial ao Daniel Silva e à Patrícia Silva pelo *feedback* e por contribuírem para um melhor trabalho.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram, para o êxito desta dissertação, o meu obrigada por toda a vossa ajuda e por me acompanharem nesta caminhada!

**Idosos em ambiente hospitalar: Quedas; Relação entre variáveis do “Registo de Quedas”
do CHUCB**

Resumo

Introdução: A queda define-se como um evento que leva a que uma pessoa fique, inadvertidamente, no solo, no chão ou em outro nível inferior, de acordo com a OMS. Por sua vez, os idosos correspondem a indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, população esta que tem tendência a aumentar dado o acréscimo da esperança média de vida. Tendo em consideração que as quedas podem ser prevenidas, em prol da melhoria da qualidade de vida desta população, é importante perceber se existem fatores influenciadores das quedas no internamento hospitalar que são passíveis de melhoria.

Objetivo: Compreender, através da relação entre variáveis, presentes na base de dados “Registo de Quedas” do CHUCB, EPE, de que forma se pode intervir com vista à diminuição do número de quedas em idosos internados neste centro hospitalar.

Metodologia: Este estudo é observacional, transversal e descritivo com recolha de dados de forma retrospectiva. A população é constituída por 232 idosos. Foram analisados os dados referentes aos anos de 2016, 2017 e 2018 que constavam da base de dados “Registo de Quedas” do CHUCB, EPE.

Resultados: Do total da população, 43,1% são do sexo feminino e 56,9% são do sexo masculino ocorrendo as quedas neste género com uma média de idades inferior em relação ao sexo feminino. O risco de queda que prevalece é o alto risco, sendo usada como escala de medição, a Escala de Risco de Quedas de *Morse*. O local onde se registam mais quedas é no quarto, especialmente durante o período da noite. A maioria das quedas não resultam em lesão, e quando presente predomina o grau de severidade de lesão 1. Além disso, prevalece a ausência de consequências diretas advindas da queda. Os doentes pertencem, maioritariamente, ao grupo de indivíduos parcialmente dependentes e a queda normalmente não é presenciada. Relativamente à informação aos familiares acerca da queda, corresponde apenas a 35,5% das ocorrências.

Conclusão: Apesar de existir predominância em determinados grupos das variáveis presentes na base de dados, existe pouca correlação entre as mesmas. No entanto, sabemos que as medidas de prevenção podem minimizar o risco de queda e assim prevenir as consequências que possam advir desta.

Palavras-chave: Quedas, Hospital, Risco de queda, Prevenção.

**Idosos em ambiente hospitalar: Quedas; Relação entre variáveis do “Registo de Quedas”
do CHUCB**

Abstract

Introduction: Fall is defined, according to the World Health Organization, as an event which results in a person coming to rest inadvertently on the ground. On its turn, the elderly people correspond to individuals aged 65 or over, and this population tends to rise due to the increase in the average life expectancy. Considering that falls can be prevented, in order to improve the quality of life of this population, it is important to understand if there are influencing factors for the falls which happen during hospitalization which can be improved.

Aim: To understand, through the relationship between variables included in the database entitled "Registo de Quedas" (Falls' Record) of CHUCB, EPE, in which way an intervention can lead to a decrease in the number of falls in elderly patients admitted in this hospital.

Methods: This study is observational, cross-sectional and descriptive with a retrospective data collection. The population is composed by 232 elderly people. The data concerning the years of 2016, 2017 and 2018 which were included in the CHUCB, EPE database " Registo de Quedas" (Falls' Record) were analyzed.

Results: Of the total population, 43.1% are female and 56.9% are male, with falls occurring in the former in a lower age average in comparison with women. The prevailing fall risk category is high risk, which has been measured using the *Morse Falls Risk Scale*. The place with the most falls is the bedroom, especially during the night shift. Most falls result in no injuries and, when injuries are present, the predominant degree of injury severity is 1. In addition, there is a preponderance of the absence of direct consequences from the fall. The majority of the patients belong to the group of partially dependent individuals and the falls are usually not witnessed. Regarding the information to family members about the fall, it corresponds to only 35.5% of the occurrences.

Conclusion: Although there is a predominance of the variables included in the database in certain groups, there is little correlation between them. Nonetheless, we know that the preventive measures can minimize the risk of falling and thus prevent the consequences that may arise from it.

Keywords: Falls, Hospital, Fall risk, Prevention.

Idosos em ambiente hospitalar: Quedas; Relação entre variáveis do “Registro de Quedas” do CHUCB

Índice

Dedicatória.....	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract.....	ix
Índice	xi
Lista de Tabelas	xiii
Lista de figuras.....	xiii
Lista de acrónimos.....	xvii
Introdução	1
Objetivos do trabalho	4
Materiais e Métodos	5
Tipo de estudo.....	5
Local e População em Estudo	5
Método de recolha dos dados.....	5
Análise de dados e métodos estatísticos	6
Considerações éticas e legais.....	6
Resultados.....	7
Discussão	18
Limitações e pontos fracos do estudo	22
Conclusão.....	23
Referências bibliográficas.....	25

**Idosos em ambiente hospitalar: Quedas; Relação entre variáveis do “Registo de Quedas”
do CHUCB**

Lista de figuras

Figura 1: Número de quedas por ano	7
Figura 2: Incidência de lesão	8
Figura 3: Graus de severidade da lesão	9
Figura 4: Local de queda.....	10
Figura 5: Turno/Período da queda	10
Figura 6: Motivo da queda.....	11
Figura 7: Relato da queda pelo doente	11
Figura 8: Grau de dependência dos doentes	12
Figura 9: Informar os familiares sobre a queda	12
Figura 10: Quedas presenciadas	13

**Idosos em ambiente hospitalar: Quedas; Relação entre variáveis do “Registo de Quedas”
do CHUCB**

Lista de Tabelas

Tabela 1: Risco de queda baseado na Escala de Risco de <i>Morse</i>	8
Tabela 2: Cruzamento da variável idade com as variáveis sexo, risco de queda, ocorrência e grau de severidade da lesão e grau de dependência.	14
Tabela 3: Correlação entre a variável Risco de queda e as variáveis Sexo, Turno, Local de queda, Motivo de queda, Lesão e Grau de dependência.....	15
Tabela 4: Correlação entre a variável Grau de dependência com a variável Turno	15
Tabela 5: Correlação entre a variável Turno com as variáveis Sexo, Motivo de queda, Grau de dependência, Local de queda e Lesão.	16
Tabela 6: Correlação entre as variáveis Local de queda e Turno	16
Tabela 7: Correlação da variável Grau de Severidade com as variáveis Sexo, Turno e Grau de dependência.	17

**Idosos em ambiente hospitalar: Quedas; Relação entre variáveis do “Registo de Quedas”
do CHUCB**

Lista de acrónimos

CHUCB, EPE - Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, Entidade Pública
Empresarial

DGS - Direção Geral da Saúde

JCI - *Joint Commission International*

OMS - Organização Mundial de Saúde

Raio X - Radiografias

RM - Ressonância Magnética

SNNIEA - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

TAC - Tomografia Axial Computorizada

**Idosos em ambiente hospitalar: Quedas; Relação entre variáveis do “Registo de Quedas”
do CHUCB**

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualquer indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos é considerado idoso nos países desenvolvidos, como é o caso de Portugal. Dados recentes confirmam que a população idosa tem tendência a aumentar ao longo dos próximos anos, decorrente de um aumento da esperança média de vida (1). Um dos maiores receios deste grupo etário, para além da solidão e de “perder o juízo”, é o medo de cair (2).

De acordo com a OMS, uma queda define-se como um evento que leva a que a uma pessoa fique, inadvertidamente, no solo, no chão ou em outro nível inferior (3). Tendo em conta a pluralidade de patologias associadas à população idosa – considerada como a mais vulnerável e com maior morbilidade - e, este flagelo das quedas, um dos objetivos a ter em conta relativamente à melhoria da qualidade de vida desta população é a prevenção da sua ocorrência (4,5).

Estima-se que, mundialmente, ocorram cerca de 646 mil quedas fatais a cada ano e que cerca de 37,3 milhões das quedas sejam suficientemente severas para requerer assistência pelos cuidados de saúde (6). Assim, as quedas são consideradas um problema *major* de saúde pública (7). Relativamente à prevalência destes incidentes na comunidade portuguesa, em comparação com instituições de cuidados de saúde, verifica-se que as quedas ocorrem mais frequentemente nestas últimas (8).

Num panorama mais nacional, os dados mais recentes acerca de quedas no internamento, relatados pela Divisão de Gestão de Qualidade, da Direção Geral da Saúde (DGS), acerca da notificação de quedas, revelaram 8826 quedas notificadas em 2016, 8019 em 2017 e 8074 em 2018. De reforçar que apenas são contabilizadas as quedas que foram notificadas (7). O mesmo é corroborado pelo relatório da Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos (SNNIEA), no qual, 18% das notificações, dentro da tipologia “Acidentes com doentes”, correspondem a quedas (9).

A *Joint Commission International (JCI)*, reconhecida como líder global na acreditação de unidades de saúde, é uma das principais organizações envolvidas na melhoria da qualidade e segurança do doente, acreditando e certificando os hospitais, clínicas e centros médicos (10). O sexto objetivo dos “Objetivos Internacionais de Segurança do Doente” da JCI passa por reduzir o risco de danos no indivíduo decorrentes de quedas, sendo assegurado e acreditado no Centro Hospitalar Universitário Cova da

Idosos em ambiente hospitalar: Quedas; Relação entre variáveis do “Registo de Quedas” do CHUCB

Beira,EPE (CHUCB, EPE) pela JCI, que acreditou o projeto da base de dados de “Registo de Quedas” (11,12).

Para além disto, a prevenção da ocorrência de quedas corresponde a um dos nove objetivos do “Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020”, num processo que visa a melhoria contínua da prestação dos cuidados de saúde, assegurando a qualidade e segurança dos mesmos. Mais recentemente, a DGS emitiu a norma “Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares”, alertando uma vez mais para esta problemática e como a prevenir (8,13).

O risco de queda pode ser medido através de várias escalas, tais como, a Escala de Quedas de *Morse*, Escala *STRATIFY*, Score de *Innes*, entre outras (14,15).

A Escala de Quedas de *Morse* encontra-se presente na avaliação realizada nos hospitais, uma vez que está adaptada cultural e linguisticamente ao nosso país (15). Esta escala compreende seis componentes (14,16):

- a história prévia de quedas;
- a existência de um diagnóstico secundário;
- a necessidade de apoio na deambulação;
- se o doente está a efetuar terapia endovenosa em perfusão;
- o tipo de marcha;
- o estado mental do indivíduo.

Após a avaliação dos componentes enunciados anteriormente, obtemos uma pontuação entre 0 e 125 pontos, que nos permite definir o risco de queda. Assim, este pode ser definido da seguinte forma (14,16):

- até 24 pontos a pessoa não apresenta qualquer risco de queda;
- entre 25 e 50 pontos tem um baixo risco de queda;
- acima de 50 pontos apresenta um alto risco de queda.

Estudos confirmam que quanto mais avançada a idade, maior a probabilidade de apresentar um alto risco de queda e da própria queda realmente ocorrer (17,18).

Relativamente à etiologia das quedas, um dado adquirido, é que raramente são resultado de um único fator. Desta forma, dentro das causas, diversos são os fatores que contribuem para a ocorrência de quedas, nomeadamente, os fatores intrínsecos e os extrínsecos a cada pessoa (19).

Os fatores intrínsecos estão diretamente relacionados com o indivíduo (12,17):

Idosos em ambiente hospitalar: Quedas; Relação entre variáveis do “Registo de Quedas” do CHUCB

- alterações fisiopatológicas (redução da acuidade visual, diminuição da audição, entre outros);
- doenças (por exemplo: osteoarticulares, cardiovasculares, entre outras);
- interação/consequências dos fármacos (hipotensão, fraqueza, confusão, sonolência, entre outros).

Os fatores extrínsecos estão relacionados com o meio envolvente, como por exemplo, o uso de calçado e roupa inapropriados, o estado físico dos passeios, a disposição dos objetos/móveis na casa (tapetes sem antiderrapante, por exemplo), a luminosidade de cada divisão, assim como a ausência de corrimões para facilitar a vida quotidiana (12,17).

No que concerne às consequências, cair aumenta o risco de lesões, de hospitalização e, em casos extremos, pode mesmo levar à morte. As consequências podem ser físicas (feridas, hematomas, contusões, fraturas), psicológicas (medo de voltar a cair, ansiedade, depressão, perda de autoestima) e socioeconómicas (custos, isolamento social) (20). Além disso, muitas das quedas que resultam em lesão, embora a maioria não seja grave, podem levar a hospitalizações. Nestes casos, nas instituições hospitalares, os doentes ficam expostos aos riscos da permanência nestes locais, como por exemplo infeções, apesar dos esforços por parte dos profissionais de saúde de os minimizar (21).

Uma parte das quedas ocorre devido a fatores que podem ser modificados, assim, a prevenção tem um papel fundamental, neste que é um problema crescente na sociedade. Deste modo, a literacia é algo que deve ser fomentado nas comunidades, permitindo evitar situações de risco. Um dos exemplos de educação em saúde é o manual “Tropeções, Quedas e Trambolhões”, disponível através do Serviço Nacional de Saúde (22). Na verdade, parte das quedas poderão ser prevenidas através de pequenas implementações ou alterações na vida diária tais como (17,23):

- realização de exercício físico (permite melhorar o equilíbrio e a coordenação);
- aconselhamento do calçado mais apropriado a cada pessoa;
- alerta para situações de risco (subir a cadeiras, fios e cabos no caminho, pouca iluminação, presença de tapetes sem antiderrapante, entre outros);
- alteração da hora da medicação do doente, por parte do profissional de saúde, para que os efeitos secundários, capazes de influenciar o comportamento do indivíduo – nomeadamente, o desequilíbrio – possam ser colmatados;

Idosos em ambiente hospitalar: Quedas; Relação entre variáveis do “Registo de Quedas” do CHUCB

- manter uma vigilância da saúde ocular com consultas regulares, para prevenir quedas que advenham de alterações deste sistema e, se detetadas precocemente, ser solucionadas com intervenções adequadas.

A nível hospitalar, medidas preventivas também são usadas, nomeadamente, a colocação de pulseira com a sinalização de risco de queda, a colocação ao alcance dos doentes da campainha e dos seus objetos pessoais, a remoção de obstáculos e barreiras no percurso da marcha e vigilância mais frequente por parte dos profissionais dos doentes com maior risco de queda (13,17,21).

É de extrema importância salientar que toda a informação relevante sobre quedas deve ser transmitida, não só ao idoso, mas também à família que o acompanha ou aos seus cuidadores legais. Não são raras as doenças que, nesta população, limitam a capacidade de memória, levando a que muitas das recomendações transmitidas ao idoso não sejam colocadas em prática, no seu quotidiano (17,24,25).

Desta forma, através da implementação das medidas preventivas por parte dos profissionais de saúde e dos familiares, os idosos poderão viver mais anos com melhor qualidade de vida e de forma independente, fatores que muitas vezes ficam comprometidos aquando de uma queda (26).

Objetivos do trabalho

Tendo em consideração o preocupante panorama das quedas e as suas consequências, a prevenção das mesmas em meio hospitalar é de especial importância.

Assim, o objetivo geral deste trabalho é, através da relação entre variáveis presentes na base de dados “Registo de Quedas” do CHUCB, EPE, perceber de que forma se pode atuar com vista à diminuição do número de quedas neste centro hospitalar.

Posto isto, tentar-se-á perceber se existe um doente-tipo no que concerne às quedas durante o internamento no CHUCB, EPE e, ainda, investigar quais as variáveis que podem estar a contribuir, mais preponderantemente, para as quedas, e se estas são passíveis de mudança.

Materiais e Métodos

Tipo de estudo

O presente estudo é:

- Observacional, uma vez que não existe intervenção direta na população em estudo e a investigadora teve apenas acesso à base de dados de forma anónima.
- Transversal, uma vez que não foi realizada qualquer intervenção e os dados foram recolhidos de forma direta e sistemática num só momento.
- Descritivo, com recolha de dados de forma retrospectiva.

Local e População em Estudo

O estudo foi realizado com recurso à base de dados “Registo de Quedas” do CHUCB, EPE, que sistematiza informação acerca das quedas que ocorreram durante o internamento dos doentes. Os dados são relativos às quedas registadas nos anos de 2016, 2017 e 2018.

Esta base de dados é aplicada em todos os Serviços de Internamento do CHUCB, EPE, exceto nos Serviços de Pediatria e na Unidade de Cuidados Intensivos. Assim, como critério de inclusão, foram tidos em conta para a análise, indivíduos com 65 ou mais anos e relacionadas as variáveis desta população, que é a população alvo do estudo. Efetivamente, as variáveis analisadas passam pelo risco de queda, género, idade, repercussões, causas, consequências, entre outras.

Os critérios de exclusão foram, então, indivíduos com menos de 65 anos, e casos em que não havia preenchimento dos dados obrigatoriamente necessários para uma análise consistente.

Método de recolha dos dados

Os dados foram recolhidos de forma conjunta pela investigadora e pela enfermeira responsável pela base de dados “Registo de Quedas”, uma vez que a primeira não poderia

Idosos em ambiente hospitalar: Quedas; Relação entre variáveis do “Registo de Quedas” do CHUCB

ter acesso direto aos dados dos doentes. Igualmente por este motivo, estes foram cedidos de forma anónima.

Os dados foram posteriormente introduzidos numa base de dados sem qualquer elemento identificador dos doentes com acesso exclusivo da investigadora.

Análise de dados e métodos estatísticos

Os dados recolhidos foram inseridos numa base de dados criada para o efeito no programa de análise estatística *SPSS (Statistical Package for Social Sciences)* versão 25.

De início foi efetuada uma análise estatística descritiva e, de seguida, foram cruzados os dados entre as diversas variáveis e usado o coeficiente de *v-cramer* para verificar a correlação.

Considerações éticas e legais

A investigadora regeu-se pelas boas práticas éticas e legais. O estudo foi submetido e autorizado pela Comissão de ética do CHUCB, EPE (Anexo 1). A consulta e o uso dos dados salvaguardaram sempre o anonimato e proteção de dados de cada doente, respeitando as recomendações da OMS e da Comunidade Europeia.

A somar, foi realizada uma adenda ao estudo no sentido de equacionar os recursos humanos de enfermagem, disponibilizados pelo hospital em cada serviço, que não teve aceitação por parte da direção do hospital e não foi possível incluir neste trabalho.

Resultados

Para a realização deste estudo foi feita uma recolha de dados, do “Registo de Quedas”, do CHUCB, EPE, referentes aos anos de 2016, 2017 e 2018.

Foram registadas cerca de 427 quedas neste período, sendo que apenas 362 cumprem os critérios do estudo, ou seja, correspondem a pessoas com, no mínimo, 65 anos. Assim, de acordo com os indivíduos integrantes no estudo, foram registadas 157 quedas em 2016, 97 em 2017 e 108 em 2018 (Figura 1).

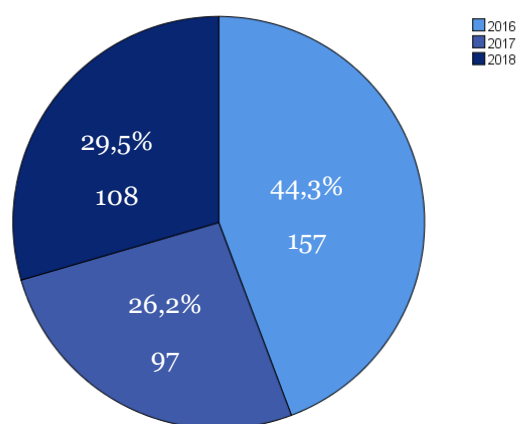


Figura 1: Número de quedas por ano.

Caracterização Demográfica da População em Estudo

Relativamente ao género, 206 quedas (56,9%) foram registadas no sexo masculino e 156 (43,1%) no sexo feminino, sendo que as idades da população estão compreendidas entre os 65 e os 98 ($79,560 \pm 7,976$) anos. A média de idades para os indivíduos do sexo masculino foi de $78,33 \pm 7,916$ anos e para os indivíduos do sexo feminino de $81,19 \pm 7,785$ anos.

Variáveis da base de dados

Os idosos que caíram nos serviços hospitalares do CHUCB, EPE, correspondiam maioritariamente a indivíduos com risco de queda considerado alto (64,1%). Os restantes valores, relativos ao baixo risco de queda e sem risco, podem ser observados na Tabela 1.

Idosos em ambiente hospitalar: Quedas; Relação entre variáveis do “Registo de Quedas” do CHUCB

Tabela 1: Risco de queda baseado na Escala de Risco de *Morse*.

Risco de queda	Número (%)
Sem risco de queda (0-24 pontos)	24 (6,6%)
Baixo risco de queda (25-49 pontos)	106 (29,3%)
Alto risco de queda (51-125 pontos)	232 (64,1%)

Verificou-se que nem todas as quedas originaram efetivamente lesão. De facto, 229 doentes não apresentaram lesão e, portanto, não são contabilizadas no que toca ao grau de severidade (Figura 2). Aquando da presença de lesão, esta tem diferentes graus de severidade, nomeadamente:

- Grau 1: corresponde a lesões que necessitam de pouco ou nenhum cuidado, observação ou intervenção tais como, pequenas abrasões, contusões, pequenos cortes ou lacerações *minor* que não requerem sutura;
- Grau 2: onde se inserem lesões que requerem alguma observação/intervenção médica e/ou de enfermagem, tais como entorses, contusões *minor* que podem necessitar de intervenções tais como, gelo local, ligaduras, talas ou suturas;
- Grau 3: são lesões que claramente necessitam de observação ou intervenção médica, tais como fratura, perda de consciência ou alterações do estado físico ou mental.

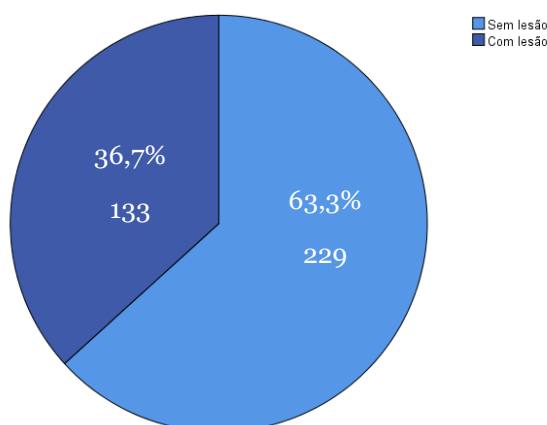


Figura 2: Incidência de lesão.

Idosos em ambiente hospitalar: Quedas; Relação entre variáveis do “Registo de Quedas” do CHUCB

Dos doentes que tiveram lesão como resultado das suas quedas (Figura 2), o grau de severidade variou de 1 a 3, sendo possível afirmar que houve um predomínio do grau de severidade 1. Estes valores podem ser consultados na Figura 3.

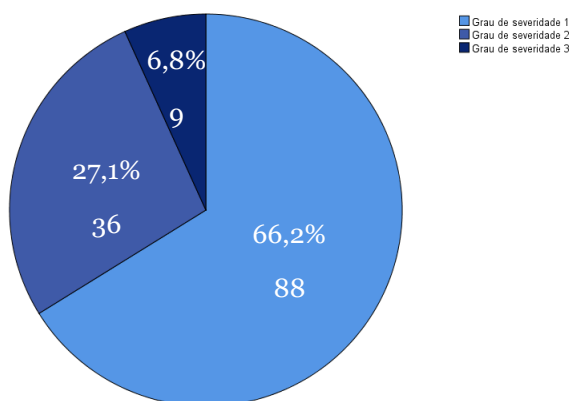


Figura 3: Graus de severidade da lesão.

Acerca das consequências das quedas, estas são agrupadas na base de dados nas seguintes entidades: ferida, fratura, contusão, hematoma ou outras. Cerca de 263 não tinham registo/não tiveram consequência, correspondendo a 72,7% dos casos. Foram registadas 99 consequências, das quais 33 levaram a ocorrência de ferida, 5 de fratura, 27 de hematoma, 10 de contusão, 19 de várias destas consequências juntas e 5 com outras consequências além das enunciadas anteriormente.

Com o intuito de averiguar se existe alguma associação das quedas com o local e período do dia foram analisadas estas duas variáveis. Posto isto, os locais onde se registaram quedas foram no quarto, na casa de banho, no corredor, na sala de espera, no refeitório e outros não referidos anteriormente e os períodos do dia foram divididos por turnos da manhã, tarde e noite.

Os resultados observados mostram que, o maior número de quedas foi registado no quarto – 260 (72,4%), e ocorreram predominantemente no período da noite – 172 (47,6%) (Figuras 4 e 5). De salientar que, tanto a casa de banho como o período da manhã apresentam, também, uma expressão considerável comparativamente aos restantes locais/períodos. Os restantes valores relativos ao local e período do dia das quedas encontram-se representados nas Figuras 4 e 5, respetivamente.

Idosos em ambiente hospitalar: Quedas; Relação entre variáveis do “Registo de Quedas” do CHUCB

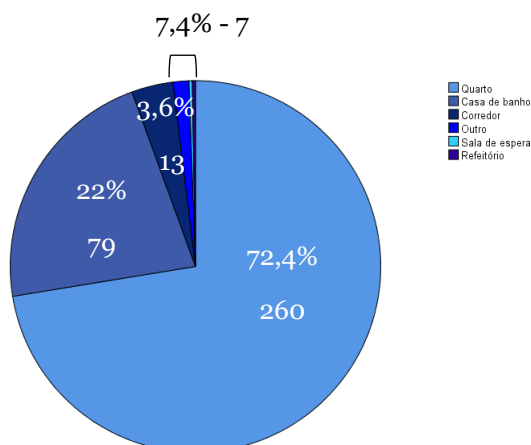


Figura 4: Local de queda.

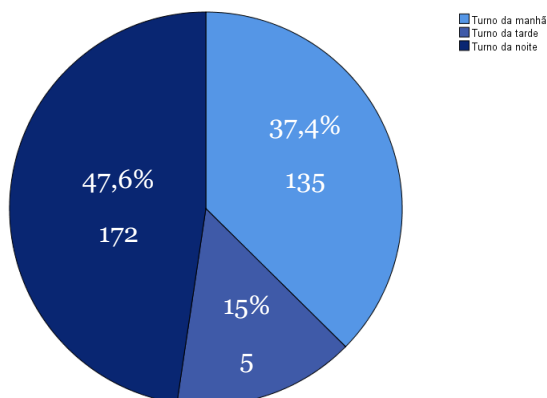


Figura 5: Turno/Período da queda.

Relativamente ao motivo de queda, correspondendo às causas na base de dados, são agrupados em quatro conjuntos com as letras A, B, C e D. Desta forma, dos idosos que caíram (Figura 6):

- 66,2% tiveram como causa o tipo A, que é referente ao estado de saúde do doente;
- 2,2% o tipo B, que se relaciona com a resposta ao tratamento, medicação ou anestesia;
- 15,8% o tipo C, relativo a fatores ambientais;
- 15,8% o tipo D, que são motivos não contemplados em A, B ou C.

Idosos em ambiente hospitalar: Quedas; Relação entre variáveis do “Registo de Quedas” do CHUCB

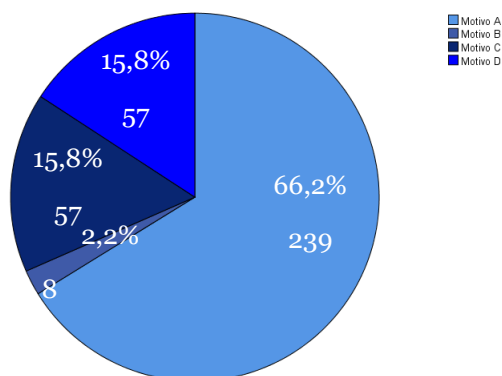


Figura 6: Motivo da queda.

Na base de dados e igualmente pertencendo a uma classificação da etiologia das quedas, é apresentado: o relato da queda por parte do doente. Esta classificação demonstrou a seguinte distribuição (Figura 7):

- 35,7% conseguiram relatar a queda como sendo relacionada com fatores intrínsecos;
- 18,7% relacionadas com fatores extrínsecos;
- 9,2% com ambos (fatores intrínsecos e fatores extrínsecos);
- 36,5% não conseguiram relacionar com qualquer um dos fatores;

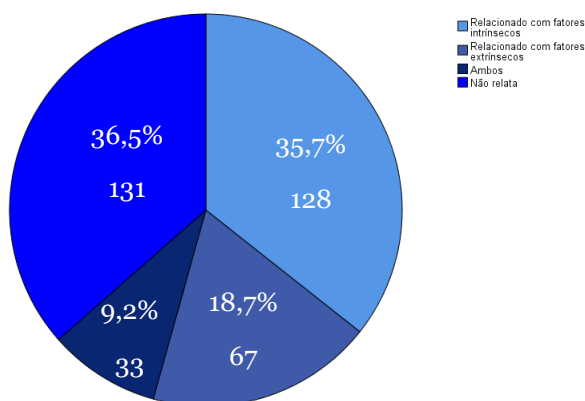


Figura 7: Relato da queda pelo doente.

No que diz respeito ao grau de dependência dos idosos internados, este fator é classificado da seguinte forma: quedas que ocorreram no grupo de doentes independentes, no grupo de doentes parcialmente dependentes/dependentes em grau moderado e no grupo de doentes totalmente dependentes/dependentes em grau elevado. Deste modo, a maior prevalência desta variável acontece no grupo parcialmente

Idosos em ambiente hospitalar: Quedas; Relação entre variáveis do “Registo de Quedas” do CHUCB

dependentes/dependentes em grau moderado com 221 (61,9%) registos. Este valor, bem como os das restantes variáveis, podem ser consultados na Figura 8.

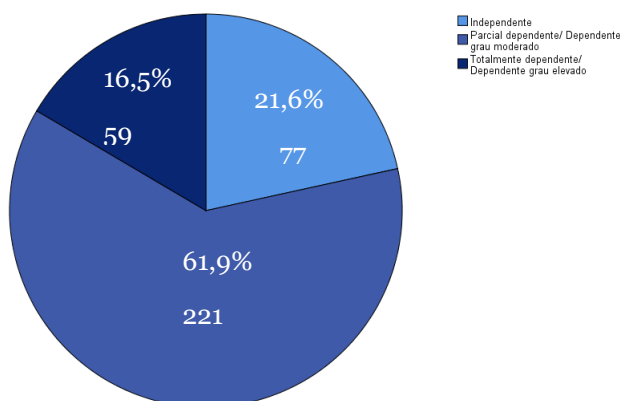


Figura 8: Grau de dependência dos doentes.

Outro parâmetro relevante, que consta da base de dados, é a informação aos familiares acerca da queda sofrida pelo indivíduo durante o internamento e as reações dos mesmos a este incidente.

A maioria das quedas registadas não foi relatada aos familiares (64,5%) como se verifica na Figura 9. As reações às quedas reportadas (128), 115 foram aceites pelos familiares, 5 foram encaradas com indiferença e nenhuma das quedas foi registada como não sendo aceite pela família, sendo esta uma das hipóteses.

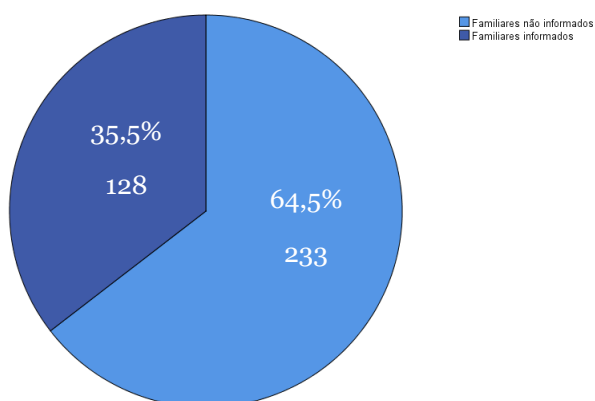


Figura 9: Informar os familiares sobre a queda.

Das quedas registadas, 186 não aumentaram o número de dias de internamento, 166 não foram possíveis de determinar e 2 aumentaram os dias de internamento. As 2

Idosos em ambiente hospitalar: Quedas; Relação entre variáveis do “Registo de Quedas” do CHUCB

quedas que aumentaram o número de dias de internamento levaram à extensão do mesmo por mais 1 dia num dos casos, e no outro, o número de dias foi indeterminado.

Relativamente à observação das quedas ocorridas, verifica-se que menos de um quarto das quedas registadas foram presenciadas (Figura 10). As quedas presenciadas podem ter sido observadas por outros doentes (55), por enfermeiros (14) ou por outras entidades (7).

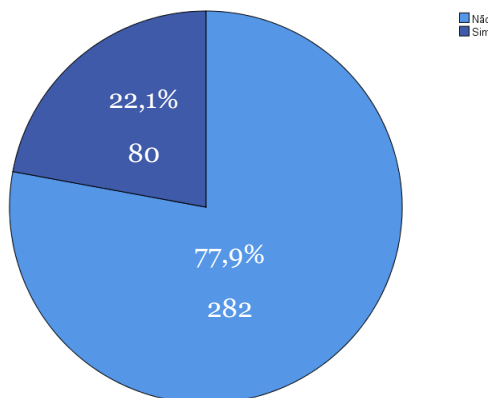


Figura 10: Quedas presenciadas.

Foram realizados 75 exames complementares, nomeadamente 36 Tomografias Axiais Computorizadas (TAC's), 27 Radiografias (Raio X), 7 realizaram vários exames, o que significa que foi pedido mais que um, entre as opções de TAC, raio-X e Ressonância Magnética (RM), e 5 outros exames que não os referidos previamente. Do total, cerca de 287 não tiveram qualquer pedido de exames/não tem registo, correspondendo a 79,3%.

Depois de recolhidos e analisados os dados individualmente, torna-se importante perceber de que forma é que as variáveis se relacionam entre si, uma vez que esta associação poderá trazer mais informação acerca do idoso-tipo e das suas características.

Na tabela 2 são apresentadas as idades médias das diferentes variáveis. De modo a quantificarmos a associação entre a idade e as restantes variáveis calculou-se o coeficiente de *v-cramer*. O *v-cramer* permite estabelecer a correlação entre diferentes variáveis e esta correlação é considerada muito fraca se *v-cramer* < 0,100; fraca se 0,100 < *v-cramer* < 0,300; moderada se 0,300 < *v-cramer* < 0,500 e forte se *v-cramer* > 0,500, segundo Cohen, 1988 (27). Tendo em conta os valores obtidos conclui-se que todas as variáveis analisadas apresentam uma correlação moderada, à exceção do risco de queda. Assim, os homens caem mais precocemente que as mulheres, o risco de queda (baixo e alto risco) está associado a uma idade superior e o grau de severidade 3, assim

Idosos em ambiente hospitalar: Quedas; Relação entre variáveis do “Registo de Quedas” do CHUCB

como a queda no grupo dos doentes totalmente dependentes, ocorre com uma média de idades superior.

Tabela 2: Caracterização da Idade.

		Idade (média ± desvio padrão)	<i>v-cramer</i>
Sexo	Masculino	(78,33 ± 7,916)	0,365
	Feminino	(81,19 ± 7,785)	
Risco de queda	Sem risco de queda	(77,08 ± 6,639)	0,239
	Baixo risco de queda	(79,75 ± 7,150)	
	Alto risco de queda	(79,73 ± 8,433)	
Ocorrência de Lesão		(80,56 ± 8,159)	0,330
Grau de severidade da lesão	Grau de severidade 1	(80,19 ± 8,115)	
	Grau de severidade 2	(79,83 ± 8,115)	
	Grau de severidade 3	(87,11 ± 6,470)	
Grau de dependência	Independentes	(79 ± 5,936)	0,315
	Parcialmente dependentes	(78,93 ± 8,327)	
	Totalmente dependentes	(82,75 ± 8,419)	

Independentemente do risco de queda, estas predominam no sexo masculino, no turno da noite, no quarto, têm como causa o motivo A (estado de saúde do doente) e não apresentam lesão nem outras consequências para o doente. Da mesma forma, predominam as quedas não presenciadas, não relatadas aos familiares e a ausência de requisição de exames complementares.

Na tabela 3 verifica-se a apresentação das frequências conjuntas do risco de queda e das restantes variáveis. De modo a proceder à quantificação da associação entre o risco de queda e as restantes variáveis calculou-se o coeficiente *v-cramer*. Tendo em conta os valores obtidos, conclui-se que apenas a variável de grau de dependência apresenta uma correlação moderada.

Idosos em ambiente hospitalar: Quedas; Relação entre variáveis do “Registo de Quedas” do CHUCB

Tabela 3: Caracterização do Risco de queda.

		Risco de queda			<i>v-cramer</i>
		Sem risco	Baixo risco	Alto risco	
Sexo	Masculino	58,3 %	54,7 %	57,8 %	0,029
	Feminino	41,7 %	45,3 %	42,8 %	
Turno	Manhã	41,7 %	37,7%	36,8%	0,088
	Tarde	0 %	13,2 %	17,3 %	
	Noite	58,3 %	49,1 %	45,9 %	
Local de queda	Quarto	62,5 %	68,9%	75,1 %	0,139
	Casa de banho	37,5 %	21,7%	20,5 %	
Motivo de queda	A	41,7 %	58,5 %	46,3 %	0,164
	B	8,3 %	0,9 %	2,2 %	
	C	25 %	23,6 %	11,3 %	
	D	25 %	17 %	14,3 %	
Lesão	Presente	41,7 %	39,6 %	34,9 %	0,052
	Ausente	58,3 %	60,4 %	65,1%	
Grau de dependência	Independente	75 %	44,2 %	5,7 %	0,386
	Parcialmente dependente	20,8 %	45,2 %	73,8 %	
	Totalmente dependente	4,2 %	10,6 %	20,5 %	

Relativamente ao grau de dependência do doente, verifica-se que no grupo dos doentes independentes predominou o baixo risco de queda (59,7%) e nos grupos parcial e totalmente dependentes preponderou o alto risco de queda (76,5% e 79,7%, respetivamente). Na tabela 4 observam-se as frequências conjuntas do grau de dependência e do turno da queda, verificando-se que no grupo dos doentes independentes e totalmente dependentes caem maioritariamente no turno da manhã e no grupo dos parcialmente dependentes caem predominantemente no período noturno.

Tabela 4: Caracterização do Grau de dependência.

		Grau de dependência			<i>v-cramer</i>
		Independente	Parcialmente dependente	Totalmente dependente	
Turno	Manhã	50,6 %	29,9 %	50,8 %	0,161
	Tarde	7,8 %	19,5 %	8,5 %	
	Noite	41,6 %	50,7 %	40,7 %	

Idosos em ambiente hospitalar: Quedas; Relação entre variáveis do “Registo de Quedas” do CHUCB

Na tabela 5 são apresentadas as frequências conjuntas do turno da queda e das restantes variáveis. Averiguou-se que, independentemente do turno, as quedas predominam no sexo masculino, no quarto, no grupo de doentes parcialmente dependentes, sem presença de lesão e são maioritariamente devido ao motivo A. De modo a quantificarmos a associação entre o risco de queda e as restantes variáveis calculamos o coeficiente *v-cramer*, que teve uma correlação entre muito fraca e fraca (Tabela 5).

Tabela 5: Caracterização do Turno.

		Turno			<i>v-cramer</i>
		Manhã	Tarde	Noite	
Sexo	Masculino	53,3 %	64,8 %	57,6 %	0,076
	Feminino	46,7 %	35,2 %	42,4 %	
Motivo	A	64,4 %	72,2 %	65,7 %	0,117
	B	1,5 %	0 %	3,5 %	
	C	20 %	5,6 %	15,7 %	
	D	14,1 %	22,2 %	7,2 %	
Grau de dependência	Independentes	28,9 %	11,1 %	19 %	0,161
	Parcialmente dependentes	48,9 %	79,6 %	66,7%	
	Totalmente dependentes	22,2 %	1,4 %	6,7 %	
Local de queda	Quarto	64,9 %	75,5 %	77,3 %	0,179
	Casa de banho	29,9 %	17 %	17,4 %	
Lesão	Presente	39,3 %	46,3 %	32 %	0,107
	Ausente	60,7 %	53,7 %	68 %	

No que concerne ao local da queda, de todas as quedas que ocorreram no quarto, estas predominaram no período noturno e das ocorridas na casa de banho, predominaram no período matinal (Tabela 6).

Tabela 6: Caracterização do Local de queda.

		Local de queda		<i>v-cramer</i>
		Quarto	Casa de banho	
Turno	Manhã	33,5 %	50,6 %	0,179
	Tarde	15,4 %	11,4 %	
	Noite	51,2 %	17,4 %	

Idosos em ambiente hospitalar: Quedas; Relação entre variáveis do “Registo de Quedas” do CHUCB

Na tabela 7 são apresentadas as frequências conjuntas do grau de severidade da lesão e das restantes variáveis. Verifica-se que o grau de severidade 3 afeta maioritariamente mulheres e não tem expressão no grupo dos doentes independentes. De notar, ainda, que é no turno de noite que ocorrem as lesões com maior grau de severidade (Tabela 7).

Tabela 7: Caracterização do Grau de severidade.

		Grau de severidade			<i>v-cramer</i>
		Grau 1	Grau 2	Grau 3	
Sexo	Masculino	50 %	66,7 %	11,1 %	0,179
	Feminino	50 %	33,3 %	88,9 %	
Turno	Manhã	44,3 %	30,6 %	33,3 %	0,101
	Tarde	19,3 %	19,4 %	11,1 %	
	Noite	36,4 %	50 %	55,6 %	
Grau de dependência	Independentes	22,1 %	36,1 %	0 %	0,105
	Parcialmente dependentes	60,5 %	47,2 %	77,8 %	
	Totalmente dependentes	17,4 %	16,7 %	22,2 %	

No que toca à relação entre o motivo de queda e o relato desta, dentro dos fatores intrínsecos pode enquadrar-se o motivo do tipo A, que corresponde ao estado de saúde do doente e o motivo do tipo B corresponde à resposta ao tratamento, medicação ou anestesia. Já dentro dos fatores extrínsecos inclui-se o motivo do tipo C, que corresponde a fatores ambientais. Não é possível enquadrar o tipo D como sendo devido a fatores intrínsecos ou extrínsecos, uma vez que corresponde a outras causas não contempladas em A, B ou C. Verificaram-se, assim, 110 quedas sofridas com o motivo A e 3 com o motivo B que correspondem aos relatos por fatores intrínsecos e cerca de 41 quedas sofridas com o motivo C correspondendo aos relatos por fatores extrínsecos. Estas variáveis correlacionam-se de forma moderada, com um *v-cramer* de 0,380, verificando-se uma coerência dos registos.

Discussão

As quedas são um dos incidentes mais prevalentes no meio hospitalar (4,9). A população mais propensa à ocorrência de quedas é a população idosa. Na verdade, aliadas às alterações inerentes ao envelhecimento, tais como menor capacidade de recuperação celular e menor capacidade imunoprotetora, as patologias apresentadas por esta população tornam-na um alvo mais suscetível a incidentes. Deste modo, a ocorrência de quedas como consequências de causas externas ao doente, ou seja, passíveis de mudança, devem ser avaliadas com o intuito de fomentar a sua extinção.

Com este estudo conseguimos idealizar um idoso-tipo internado no CHUCB, EPE, que se caracteriza por ser do sexo masculino, com idade média de 78 anos, parcialmente dependente, que cai predominantemente no turno da noite, no seu quarto e, apesar da ocorrência da queda, não se verifica lesão.

Tendo em conta que o número de quedas do ano de 2016 foi de 189 e nos anos de 2017 e 2018 foram de 112 e 126, respetivamente, podemos afirmar que houve uma diminuição das mesmas. Atendendo a estes resultados, esta diminuição do número de quedas pode ser devido a dois fatores: i) o número de quedas diminuiu devido a estratégias implementadas pelo CHUCB, EPE ou ii) houve um menor registo do número de quedas, uma vez que este registo não é de carácter obrigatório.

Considerando os resultados obtidos, verifica-se que dentro do risco de queda o grupo com alto risco predomina, o que está em conformidade com a literatura, sendo, portanto, um bom indicador da reprodutibilidade destes resultados. Segundo os dados adquiridos, o sexo masculino apresenta um maior número de quedas.

Tendo em conta a variável idade, constatamos que a população mais precocemente afetada são os homens e com uma média de idade de aproximadamente 78 anos. Para além disto, a idade influencia ainda a severidade da lesão, com idade média de queda superior no grau de severidade 3.

Constatou-se anteriormente que a maioria das quedas não resulta em lesão, e das que têm como desfecho a ocorrência de lesão, predomina o grau de severidade 1. Assim, os esforços implementados pelo hospital revelam-se eficazes, no entanto, existe ainda uma quantidade preocupante de lesões com grau de severidade 2, que podem ser diminuídas. É necessário referir que as quedas que ocorrem com mais severidade (grau de severidade 3) se manifestam predominantemente no sexo feminino, podendo esta população ser alvo de intervenção apropriada.

Idosos em ambiente hospitalar: Quedas; Relação entre variáveis do “Registo de Quedas” do CHUCB

No que se refere ao local de queda mais frequente, o quarto, este deve ser alvo de intervenção com medidas que permitam a redução das quedas. Um exemplo que poderá ser aplicado é ter atenção redobrada para desobstruir o local de passagem, permitindo um percurso fácil e seguro do idoso ou, também, estar alerta para a altura da cama, permitindo um alcance mais facilitado (13). O segundo local onde ocorrem mais quedas é a casa de banho, devendo esta ter as dimensões apropriadas a uma higiene fácil e segura, assim como os apoios necessários e adequados aos doentes internados.

No que concerne ao turno da queda, preconiza-se uma maior vigilância durante o período da noite e da manhã, dada a maior prevalência das quedas nestes horários. Para tal, perceber se os recursos humanos estão adequados ao número de doentes internados, se existe influência negativa de fatores externos (como a menor iluminação no turno da noite), se há menor pedido de ajuda por parte dos doentes (tendo em consideração o período do dia), se existem efeitos adversos da medicação tomada (e, se tal ocorrer, administrá-la preferencialmente no horário de descanso do doente), e se estes fatores podem influenciar o número de quedas. Um motivo para a diminuição das quedas no período da tarde poderá ser a visita dos familiares, uma vez que o horário de visitas é durante esta fase do dia, que faz com que o doente tenha mais atenção por parte dos seus familiares e não tenha receio de pedir algo, caso necessite (20).

A relação do local de queda com o turno, apresentou um maior número de quedas no quarto no turno da noite e na casa de banho no período da manhã. Provavelmente estas prevalências devem-se ao facto de o quarto ser o local de descanso, daí ocorrerem no período noturno e também ser o local onde os doentes passam mais o tempo e a higiene ser realizada, preferencialmente, no período da manhã (17).

Num cenário perfeito, os fatores extrínsecos não seriam etiologias de quedas em internamentos hospitalares. O motivo de queda vai de encontro ao relato da queda, o que permite dizer com segurança que os registos são bem feitos. Relativamente ao motivo de queda, independentemente do risco de queda, o motivo A (estado de saúde do doente) é o que tem mais quedas registadas, seguido do motivo C (fatores ambientais). Continua a prevalecer o alto de risco de queda independentemente do motivo, no entanto, no C, esta diferença é muito pouco perceptível, apesar de verdadeira. Isto poderá significar que como são fatores externos, influenciam todos os doentes, independentemente do risco de queda.

O grupo que apresenta maior registo de quedas, no que diz respeito ao grau de dependência, são os doentes parcialmente dependentes. O grupo dos doentes independentes *a priori* apresenta menos comorbilidades, logo não é expectável que

estejam tão propícios à queda. Os doentes totalmente dependentes praticamente não têm mobilidade (cadeiras de rodas ou acamados) e não conseguem realizar tarefas sozinhos, pelo que têm constantemente ajuda de um profissional, por isso também é de esperar que apresentem menor hipótese de sofrer quedas. Assim, a possibilidade para haver um registo elevado no grupo dos parcialmente dependentes pode passar por má classificação do seu grau de dependência ou por uma noção deturpada da sua autonomia e, conseqüentemente, ao não pedido de ajuda.

No que concerne às conseqüências das quedas, devem ser cumpridas todas as medidas já implementadas para a prevenção das quedas, como a sinalização destes doentes, a iluminação adequada, a remoção de barreiras e obstáculos no percurso de marcha, o alcance fácil de objetos pessoais/da campainha de chamada, sendo esta a melhor forma de prevenir as repercussões. Adicionalmente, investir em medidas inovadoras, como por exemplo fraldas/vestuário almofadado que potenciem a proteção do doente (28) e impeçam conseqüências nefastas aquando da queda, e pisos duplos (caracterizados por uma camada superior rígida e uma camada inferior flexível, permitindo a primeira fornecer um suporte como um piso regular e a segunda atua como amortecedor) (29), que poderão ser implementados pelos centros hospitalares. Por outro lado, medidas que poderiam prever bons resultados, como meias antiderrapantes, mostram limitações quanto à segurança ao nível de transmissão de infeções, não sendo recomendadas (30,31). No entanto, de referir que apenas são contabilizadas as conseqüências diretas que advêm da queda, não existindo nenhum parâmetro que coloque em questão as conseqüências psicológicas, como a ansiedade e o medo de voltar a cair, e as sociais, como o isolamento desta população.

Adicionalmente, a requisição de exames desnecessários poderá trazer conseqüências socioeconómicas, logo uma diminuição do pedido destes exames terá um impacto positivo neste campo. Contudo, isto só é verdade se esta diminuição se dever a uma prevenção das quedas e não a uma diminuição de cuidados prestados.

A variável aumento de dias de internamento, apesar de ser de extrema importância, tem associada a subjetividade das patologias concomitantes dos indivíduos. Isto é, o internamento prolongado pode ser devido à queda que o doente sofreu no internamento ou pode dever-se ao agravamento das comorbilidades já apresentadas pelo doente independentemente da queda. Por esse motivo, o prolongamento dos dias de internamento devido a queda é dificilmente contabilizado, exceto os casos em que o idoso ia ter alta, mas ocorreu a queda, correspondendo estes a verdadeiros prolongamentos da estadia do doente no hospital devido a queda.

Idosos em ambiente hospitalar: Quedas; Relação entre variáveis do “Registo de Quedas” do CHUCB

Dos doentes que caíram, conseguimos perceber que não existe propriamente um fator responsável pela informação ser ou não comunicada à família. A transmissão da informação ronda os 30-40%, independentemente do motivo. Salvaguardando o direito de confidencialidade do doente, nos casos em que é manifestada a vontade de não revelar à família, este número é flagrante, sendo preocupante a quantidade de quedas não reportadas. Efetivamente, a informação aos familiares e a sua reação vem, mais uma vez, frisar a importância da comunicação com a família, uma vez que, muitos dos idosos à data da alta voltam para as suas casas e, dependendo da sua capacidade de compreensão, poderão ou não atender às medidas propostas como preventivas pela equipa de saúde. Desta forma, pode-se salvaguardar o risco destes pacientes, com queda prévia no internamento, alertando os familiares para estarem atentos a situações semelhantes. Além disto, a nível socioeconómico haverá uma poupança no que toca à diminuição de internamentos por quedas e das suas consequências devido à prevenção das mesmas (17).

Limitações e pontos fracos do estudo

Apesar de existir uma base de dados própria, criada pelo CHUCB, EPE, nem sempre a recolha e registo de informação são efetuados corretamente. Isto deve-se a uma certa restrição na resposta devido às opções de preenchimento da base de dados, limitando conclusões mais precisas no estudo. Desta forma, um maior leque de opções de preenchimento, como por exemplo, associar o local da fratura, quando se verifica a ocorrência desta consequência, ainda que já pré-definida, poderia trazer vantagens como um registo mais rigoroso das condições observadas.

Outro fator a denotar é que os vários intervenientes na ação pós-queda, podem transmitir e interpretar a informação de forma subjetiva, o que por si só já acarreta variabilidade. De facto, algumas das quedas não tinham todas as variáveis relatadas, levando assim a informações em falta.

De salientar que, equacionar os recursos humanos de enfermagem poderia ter revelado uma possível etiologia para a ocorrência das quedas intra-hospitalares, que não foi possível incluir neste trabalho uma vez que não foi autorizado o seu acesso por parte do hospital.

Por fim, referir que a notória falta de dados a nível nacional e a ausência de entidades oficiais responsáveis por recolher e trabalhar estas informações, faz com que não exista oportunidade de comparação de resultados com outras instituições e, assim, melhoria dos cuidados prestados tendo em conta a experiência das várias organizações.

Conclusão

Findo o estudo realizado no CHUCB, EPE, é possível concluir que na população idosa predominam as quedas no sexo masculino com uma idade mais precoce comparativamente ao sexo feminino. No que concerne à etiologia das quedas, o principal motivo centra-se no estado de saúde dos doentes internados (correspondendo ao motivo A de queda). Relativamente ao risco de queda, como esperado, são registadas mais quedas no grupo de doentes com alto risco de queda, segundo a Escala de Risco de Quedas de *Morse*. Felizmente, predomina a ausência de lesão e de consequências diretas advindas das quedas. O local onde se manifesta um maior número de quedas é o quarto, principalmente durante a noite e a maioria dos doentes estão classificados como parcialmente dependentes. Apesar de tudo, a correlação entre as diferentes variáveis não se apresenta muito forte.

A população idosa tem um estado de saúde mais frágil e está mais predisposta a influências do meio envolvente. Dada a panóplia de fatores capazes de influenciar as quedas, dificilmente haverá uma medida que, isoladamente, consiga alterar o panorama deste problema. Assim, uma ação conjunta, a diferentes níveis, poderá conseguir modificar os fatores externos/ambientais, capazes de sofrer reversão/alteração, e, assim, contribuir para uma diminuição destes eventos. Sendo que a melhor forma de evitar a queda é prevenir que esta aconteça, esforços devem ser feitos neste sentido. A educação dos doentes e familiares é um ponto fulcral e este estudo permitiu averiguar que a informação acerca da ocorrência da queda dos doentes, no ambiente hospitalar, aos familiares é transmitida em pouco mais de um terço das quedas.

Apesar de o “Registo de Quedas” ser uma base de dados muito útil para perceber as variáveis que predominam, existe uma limitação das opções de resposta. Assim respostas mais específicas ou maior possibilidade de opções de escolha poderão contribuir para resultados mais fidedignos e poderão influenciar as medidas a tomar para correção de determinado problema. Para além disto, mais estudos devem ser feitos e mais dados devem ser recolhidos, uma vez que, para além das consequências para os doentes, tem-se também um grande impacto a nível socioeconómico.

Em conclusão, a chave da mudança está, em parte, na prevenção de fatores modificáveis, na literacia em saúde e na vontade de fazer medicina para doentes e não para problemas e doenças. Assim, ainda há muito a fazer nesta área e a melhoria das

Idosos em ambiente hospitalar: Quedas; Relação entre variáveis do “Registro de Quedas” do CHUCB

condições contribui para um envelhecimento com mais qualidade, independência e saúde.

Referências bibliográficas

1. PORDATA [Internet]. Available from: <https://www.pordata.pt/Portugal>
2. Blazer DG. Cognitive aging: What we fear and what we know. *Perspect Biol Med.* 2017;60(4):569–82.
3. Guard J. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. World Heal Organ.
4. Almeida R, Abreu C, Mendes A. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Rev Enferm Ref.* 2010;III Série(nº 2):163–72.
5. Falsarella GR, Gasparotto LPR, Coimbra AMV. Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. Revisão da literatura. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2014;17(4):897–910.
6. WHO [Internet]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
7. Pauelsen M, Nyberg L, Røijezon U, Vikman I. Both psychological factors and physical performance are associated with fall-related concerns. *Aging Clin Exp Res* [Internet]. 2018;30(9):1079–85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s40520-017-0882-9>
8. Ministério da Ciência e Educação. Parte C. Diário da República. 2013;2(2):2013.
9. Direcção-Geral da Saúde. Relatório de Progresso de Monitorização do SNNIEA - 2013. Informação nº 002/2014 25/02/2014 [Internet]. 2014;2012–4. Available from: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/notificacao-de-incidentes-e-eventos-adversos.aspx>
10. JCI [Internet]. Available from: [https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/accredited-organizations/#f:_Facet_Country=\[Portugal\]](https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/accredited-organizations/#f:_Facet_Country=[Portugal])
11. CHUCB [Internet]. Available from: <http://www.chcbeira.pt/>
12. Aline Brenner S, Rubia Natasha M, Vania R, Elisiane L, Belisa Marin A, Daniela O, et al. In-hospital falls in a large hospital in the south of Brazil: A 6-year retrospective study. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2019;48(May):81–7. Available

from: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.05.017>


13. DGS. Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. DGS. 2019;2017(September 2017):1–20.
14. Costa-Dias M, Ferreira P. Escalas de avaliação de risco de quedas. Rev Enferm Ref. 2014;IV Série(Nº 2):153–61.
15. Ferreira PL, Oliveira AS, Costa-Dias MJM da. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Rev Enferm Ref. 2014;série IV n:7–17.
16. Barbosa P, Carvalho L, Cruz S. Escala de Quedas de Morse. 2015; Available from: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-989-98443-8-4.pdf
17. Spoelstra SL, Given BA, Given CW. Fall prevention in hospitals: An integrative review. Clin Nurs Res. 2012;21(1):92–112.
18. Figueiredo D, Neves M. Falls Efficacy Scale-International: Exploring psychometric properties with adult day care users. Arch Gerontol Geriatr [Internet]. 2018;79(September):145–50. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.09.001>
19. Abreu C, Mendes A, Monteiro J, Santos FR. Falls in hospital settings: a longitudinal study. Rev Lat Am Enfermagem. 2012;20(3):597–603.
20. Oliver D, Healey F, Haines TP. Preventing falls and fall-related injuries in Hospitals. Clin Geriatr Med. 2010;26(4):645–92.
21. Alexandre R, Almeida R De, Maria A, Cruz DO. Abstract Resumen Resumo Revista de Enfermagem Referência. 2010;163–72. Available from: <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/32-163.pdf>
22. Livro Tropecoes, Quedas e Trambolhoes.
23. DSPDPS - Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Saúde da Visão - revisão e extensão 2020. 2016;1–10.
24. Szymaniak S. Accurate falls risk assessment and interventions for preventing falls in patients in the acute care setting within a private hospital in a large capital city: a best practice implementation project. JBI database Syst Rev Implement reports. 2015;13(9):386–406.
25. Ortolan MR. Quedas em adultos hospitalizados: incidência e características desses eventos DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v13i1.20728. 2014;13(1):74–81.

Idosos em ambiente hospitalar: Quedas; Relação entre variáveis do “Registro de Quedas” do CHUCB

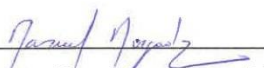
26. Kobayashi K, Ando K, Inagaki Y, Suzuki Y, Nagao Y, Ishiguro N, et al. Measures and effects on prevention of fall: The role of a fall working group at a university hospital. *Nagoya J Med Sci.* 2017;79(4):497–504.
27. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences.* LAWRENCE ERLBAUM ASSOCIATES, PUBLISHERS; 1988. 579 p.
28. Kannus P, Parkkari J. Prevention of hip fracture with hip protectors. *Age Ageing.* 2006;35(SUPPL.2):9–13.
29. Knoefel F, Patrick L, Taylor J, Goubran R. Dual-Stiffness Flooring: Can It Reduce Fracture Rates Associated With Falls? *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(4):303–5.
30. Hartung B, Lalonde M. The use of non-slip socks to prevent falls among hospitalized older adults: A literature review. *Geriatr Nurs (Minneap)* [Internet]. 2017;38(5):412–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.02.002>
31. Mahida N, Boswell T. Non-slip socks: a potential reservoir for transmitting multidrug-resistant organisms in hospitals? *J Hosp Infect* [Internet]. 2016;94(3):273–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2016.06.018>

Anexos

Anexo 1 – Aceitação da Comissão de Ética do CHUCB, EPE.

	IMPRESSO Parecer da Comissão de Ética para a Saúde Código: CHCB.IMP.COMET.01 Edição: 5 Revisão: 0
---	---

Parecer nº: 27/2019	Data: 2019-08-02
Assunto: Estudo nº 41/2019 - "Idosos em ambiente hospitalar: Quedas; Relação entre variáveis do «Registo de Quedas» do CHUCB"	

Membros da CES do CHCB:	Ex.ma Senhora Investigadora Emília Andreia Campos Barbosa
Prof. Doutor Manuel Passos Morgado (Presidente, Farmacêutico)	A Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, em reunião realizada em 2019-08-02 deliberou emitir parecer relativamente à realização do Estudo nº 41/2019 - "Idosos em ambiente hospitalar: Quedas; Relação entre variáveis do «Registo de Quedas» do CHUCB"
Dra. Ana Paula Torgal Carreira (Vice-Presidente, Assistente Social)	Membros da CES do CHUCB presentes: Prof. Doutor Manuel Passos Morgado Dra. Ana Paula Torgal Carreira Enf. Maria Gabriela Ramalinho Dr. Luís Manuel Carreira Fiadeiro Dr. António Luciano Costa
Dr. Luís Manuel Ribeiro (Médico)	Parecer: Apreciado o projeto, foi decidido por unanimidade dos votantes emitir parecer favorável à realização do estudo proposto. Este parecer não dispensa eventuais requisitos ou procedimentos por parte do Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) ou do Encarregado de Proteção de Dados (EPD) desta instituição, no âmbito do previsto no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) ou noutra legislação aplicável quanto a acesso, tratamento e proteção de dados. A realização do estudo carece da necessária autorização por parte do Ex.mo Conselho de Administração do CHUCB e no seu decurso pode ser sujeito a auditorias.
Enf. Maria Gabriela Ramalinho (Enfermeira)	
Dra. Maria Teresa Bordalo Santos (Psicóloga)	
Dr. Luís Manuel Carreira Fiadeiro (Jurista)	
Dr. António Luciano Costa (Teólogo)	
	O Presidente da CES do CHUCB  (Prof. Doutor Manuel Passos Morgado)

