



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

RISCO DE QUEDA EM DOENTES CONFUSOS:
ESTUDO EXPLORATÓRIO NUMA UNIDADE HOSPITALAR DE MEDICINA

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, na especialidade de Enfermagem Avançada

por

Sandra Margarida Gaiato Risso

sob orientação de

Professor Doutor Paulino Sousa

Coorientação de Professor Doutor Paulo Marques

Porto, setembro 2012

“Nem todas as quedas são evitáveis (...) Os enfermeiros não devem ser encarados como a origem do problema mas sim como uma potencial solução.” (Lai, 2007)

RESUMO

Os idosos confusos constituem uma parte significativa dos doentes dos serviços de medicina. A Confusão tem um peso significativo para o Risco de Queda. Estando estes idosos sujeitos à ocorrência de queda, o que pode dar origem a internamentos prolongados e até levar à morte, por ferimentos graves, torna-se necessário que os enfermeiros estejam despertos para a problemática e consigam, eficazmente, identificar doentes confusos e com risco de queda, para implementar intervenções eficazes.

Pretendeu-se investigar em que medida o juízo clínico dos enfermeiros perante os diagnósticos de Confusão e Risco de Queda se aproxima do nível de identificação proporcionado por instrumentos de medida, devidamente validados.

Assim, efetuou-se um estudo exploratório e descritivo, em que se aplicou uma escala de avaliação de Confusão (a Escala de Confusão Neecham) e uma escala de avaliação de Risco de Queda (o Modelo de Hendrich II de Risco de Queda) a uma amostra de 96 doentes com mais de 65 anos, internados num serviço de medicina (em dois momentos distintos: na admissão e na alta). Colheram-se dados do processo clínico, referentes aos diagnósticos de enfermagem “Confusão” e “Risco de Queda”, efetuados pelo juízo clínico dos enfermeiros, sem recurso ao uso de instrumentos de medida validados. No dia da alta voltou-se a consultar os processos, para a colheita de dados referentes a eventuais episódios de queda.

Os dados obtidos permitem verificar a existência de uma correlação moderada entre a Confusão e o Risco de Queda. A idade é um fator de risco para a Confusão e para o Risco de Queda. Para avaliar as diferenças entre a validade discriminante na identificação diagnóstica, resultante da recolha de dados pelos enfermeiros sem recurso a instrumentos de medida validados e com o uso Modelo de Hendrich II de Risco de Queda, os doentes foram divididos em dois grupos de acordo com a presença (ou ausência) do diagnóstico de enfermagem: risco de queda.

Os resultados mostram um valor elevado de sensibilidade nos dois métodos em análise (100%), o que traduz a capacidade dos métodos para identificar corretamente o risco de queda entre aqueles que o possuem. Já quanto à especificidade verificamos que o julgamento clínico dos enfermeiros para excluir corretamente aqueles que não possuem o risco é muito fraca (5,5%), enquanto a utilização do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda apresenta uma especificidade moderada (37,4%) sobreponível a

alguns estudos realizados com este instrumento de avaliação. Quanto ao valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN) do julgamento clínico dos enfermeiros para prever doentes que caem ou de não se ter queda, é muito fraca (5,5%). Por seu lado, a utilização do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda apresenta também um valor baixo de VPP (8,1%), sendo bastante mais elevado (34,7%) o valor preditivo negativo (VPN), ou seja, apresenta melhor capacidade para ajudar a prever qual a possibilidade de não se ter queda.

Globalmente, podemos afirmar que a utilização do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda não é melhor em prever a queda do que os julgamentos clínicos dos enfermeiros. Contudo, o mesmo não se verifica para excluir corretamente aqueles que não possuem o risco e para prever qual a possibilidade de não se ter queda, onde o Modelo de Hendrich II de Risco de Queda apresenta valores moderados à semelhança de outros estudos.

Palavras-chave: queda, confusão, Modelo de Hendrich II de Risco de Queda, Escala de Neecham, enfermagem.

ABSTRACT

The confused elderly form a significant part of the medicine department users. Confusion contributes significantly to Fall Risk. Being these elderly prone to the occurrence of a fall, which can lead to longer hospital stays and even to death, through serious wounds, it is necessary that nurses are aware of the issue and become effectively able to identify confused patients with fall risk, in order to establish effective interventions.

We meant to find how does nurses' clinical judgement, in the presence of Confusion and Fall Risk, approaches the level of diagnose proportioned by properly validated assessment tools.

We performed an exploratory and descriptive study, in which we applied a Confusion assessment tool (The Neecham Confusion Scale) and a Fall Risk assessment tool (Hendrich II Fall Risk Model), to a population of 96 patients over 65, hospitalized in a medicine department (in two different moments: at admission and at discharge). Data referent to the nurses' clinical judgement on Confusion and Fall Risk (without recurring to validated assessment tools) was collected from the clinical charts. At discharge, clinical charts were consulted one more time, in order to collect data referent to possible fall episodes.

The obtained data allowed us to verify a moderate correlation between Confusion and Fall Risk. Age is a risk factor both for Confusion and Fall Risk. We separated the patients in two groups (according to the presence or absence of the fall risk nursing diagnosis) in order to evaluate the difference between the discriminant validity resulting from the nurses' judgement (without recurring to validated assessment tools) and the one resulting from the Hendrich II Fall Risk Model.

Data showed us a high sensitivity value in both methods (of 100%), which indicates their capability of identifying fall risk correctly between the patients who have it. In respect to specificity, we ascertain that nurses' judgement (to exclude correctly those who do not have fall risk) is very weak (of 5,5%), whereas the Hendrich II Fall Risk Model showed us a moderate specificity (of 37,4%), similar to other investigations which used this assessment tool. Both the nurses' judgement's positive predictive value (PPV) and negative predictive value (NPV), in order to foresay which clients fall or not,

are very weak (of 5,5%). On its part, the Hendrich II Fall Risk Model also showed a low PPV (of 8,1%), while its NPV is much higher (of 34,7%). This means that the model predicts, with more efficacy, the possibility of not falling.

Overall, we can say that the Hendrich II Fall Risk Model does not predict a fall in a better way than the nurses' judgement. However, the same does not apply to exclude correctly those who do not have the risk and to predict the possibility of not falling, in which the Hendrich II Fall Risk Model showed us moderate results, similarly to other investigations.

Keywords: falls, confusion, Hendrich II Fall Risk Model, Neecham Confusion Scale, nursing.

AGRADECIMENTOS

Ao Sr. Professor Doutor Paulino Sousa, orientador desta dissertação, pela disponibilidade e paciência infinita que sempre demonstrou durante este processo.

Ao Sr. Professor Doutor Paulo Marques, coorientador desta dissertação, pelo apoio e aconselhamento dado durante todo este período.

A todos os doentes que colaboraram neste estudo, assim como aos seus respetivos familiares, pela confiança e disponibilidade que depositaram em mim. Sem eles, nunca poderia ter realizado esta investigação.

A todos os enfermeiros do serviço de Medicina do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo (Barreiro), sem olhar a categoria profissional, particularmente aos colegas da Medicina I, que trabalharam comigo no difícil período de colheita de dados de 2009-2010 (só eles sabem!), pelo apoio que me deram e pelo incentivo a nunca desistir. Nunca, mas nunca me vou esquecer do que é o trabalho de um enfermeiro num serviço de medicina, assim como nunca falarei de ânimo leve do vosso trabalho.

A todos os enfermeiros do serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, que me conheceram numa outra fase da minha vida académica, e que me apoiaram nesta conturbada fase final, não só a nível académico como a nível pessoal e familiar.

Por fim, um agradecimento muito especial à minha Família, que esteve “a torcer por mim” neste processo. Minha querida Inês, o teu nascimento mudou tudo. E *last, but never EVER least*, obrigada A.V.C.!

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

APA – *American Psychiatric Association*

CDC – Center for Disease Control

HIIFRM – *Hendrich II Fall Risk Model*

INE – Instituto Nacional de Estatística

N/A – Não Aplicável

NCS – *NEECHAM Confusion Scale*

RF – Restrição Física

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE DE GRÁFICO E TABELAS

Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo tempo de Internamento.....	64
Tabela 1 - Representação das variáveis em estudo.....	54
Tabela 2 - Idade e Tempo de internamento	64
Tabela 3 - Distribuição dos clientes por diagnóstico médico.....	65
Tabela 4 - Relação entre o juízo clínico dos enfermeiros nos diagnósticos Confusão e Risco de queda.....	70
Tabela 5 - Totais da Escala de Confusão Neecham no momento da admissão.....	73
Tabela 6 - Comparação entre scores na Escala de Confusão Neecham na admissão e na alta.	74
Tabela 7 - Variáveis da Escala de Confusão Neecham no momento da admissão.	76
Tabela 8 - Variáveis do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda no momento da admissão e da alta.	78
Tabela 9 - Comparação entre scores no Modelo de Hendrich II de Risco de Queda na admissão e na alta.	79
Tabela 10 - Resultados da avaliação dos instrumentos de medida no momento da admissão e da alta.	79
Tabela 11 - Resultados da aplicação dos instrumentos de avaliação da Confusão e Risco de queda.....	80
Tabela 12 - Dados globais da avaliação da Confusão (admissão e alta hospitalar).	82
Tabela 13 - Concordância entre as avaliações individuais da Confusão no momento da admissão.	82
Tabela 14 - Concordância entre as avaliações individuais da Confusão no momento da alta.	83
Tabela 15 - Comparação entre os resultados da avaliação do Risco de Queda.....	85
Tabela 16 - Concordância entre as avaliações individuais do Risco de Queda na alta. .	86
Tabela 17 - Correlação de Pearson relativa à Escala de Neecham e ao Modelo de Hendrich II de Risco de Queda.....	90
Tabela 18 - Capacidade de avaliação de risco de queda (através do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda) e o julgamento clínico dos enfermeiros.....	92

ÍNDICE

Introdução	19
Parte I – Enquadramento Teórico	23
1.1. O doente idoso hospitalizado	25
1.2. O doente confuso com risco de queda.....	29
1.3. O papel do enfermeiro na prevenção das quedas	33
1.3.1. Intervenções relacionadas com o ambiente físico	33
1.3.2. Intervenções relacionadas com o estado fisiológico.....	36
1.3.3. Intervenções referentes à relação “enfermeiro-pessoa”.....	37
1.3.3.1. Intervenções multifatoriais.....	37
1.3.4. Avaliação do problema – instrumentos de medida.....	40
1.3.4.1. Escalas de Avaliação da Confusão.....	41
1.3.4.2. Escalas de Avaliação de Risco de Queda.....	42
Parte II – Enquadramento Metodológico.....	47
2.1. Justificação da Investigação	49
2.2. Tipo de Investigação.....	52
2.3. Contexto do Estudo	53
2.4. Variáveis em Estudo.....	53
2.5. População/Amostra.....	55
2.6. Procedimentos de Colheita de Dados	56

2.6.1. Instrumentos de recolha de dados	56
2.6.2. Recolha de dados e procedimento da sua análise	57
2.7. Aspectos Éticos	59
Parte III - Apresentação e Discussão dos Resultados.....	61
3.1. Caracterização da Amostra.....	64
3.2. Juízo Clínico dos Enfermeiros versus Instrumentos de Avaliação	68
3.2.1. Dados resultantes do juízo clínico dos enfermeiros.....	69
3.2.2. Dados resultantes da utilização dos instrumentos de medida	71
3.2.2.1. Características psicométricas dos instrumentos de medida	71
3.2.2.2. A utilização da Escala de Confusão Neecham: Identificação de Confusão.....	72
3.2.2.3. A utilização do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda: Identificação de risco de queda	76
3.2.2.4. Relação entre Confusão e Risco de Queda.....	79
3.2.3. Diferenças obtidas pela utilização do juízo clínico dos enfermeiros e dos instrumentos de medida (avaliação da confusão e do risco de queda)	81
Conclusões	93
Referências Bibliográficas	97
Anexos.....	111

Anexo I – Escala de Confusão Neecham

Anexo II – Modelo Hendrich II de Risco de Queda

Anexo III – Formulário de Colheita de Dados Demográficos

Anexo IV – Autorização da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

Anexo V – Consentimento Informado

Anexo VI – Resumo Global dos Doentes com Queda

Anexo VII – Consistência Interna da Escala de Confusão Neecham

Anexo VIII – Consistência Interna do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda se Item Eliminado

Anexo IX – Teste de Kolmogorov-Smirnov

Anexo X – Relação entre a variável Idade e as variáveis Confusão e Risco de Queda

INTRODUÇÃO

Nas sociedades dos países desenvolvidos, tem-se assistido nos últimos anos a um marcado processo de aumento da longevidade da população. As pessoas vivem mais tempo, situando-se a esperança média de vida de um indivíduo português nos 79 anos de idade (World Health Organization, 2008). Este processo está relacionado com a melhoria das condições de vida, particularmente no acesso a cuidados de saúde.

A pessoa passa, durante o envelhecimento, por diversas alterações, nomeadamente de natureza morfológica, funcional, bioquímica e psicológica, que conduzem à perda de capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, tornando-o vulnerável a processos patológicos que conduzem à morte (Filho e Netto, 2004). Estes processos devem ser objeto de estudo para se poder ajudar os doentes na adaptação às diferentes fases da vida por forma a obterem o maior potencial de saúde possível.

Para além destas alterações, o envelhecimento é ainda acompanhado pelo declínio das funções mentais (Filho e Netto, 2004). E é este domínio que constitui um maior desafio na atualidade, especialmente no que concerne ao equilíbrio entre a segurança da pessoa e daqueles que a rodeiam, o respeito pela sua individualidade e os direitos como ser humano, a manutenção das funções vitais e a satisfação das suas necessidades de vida.

A problemática da confusão no doente hospitalizado tem sido alvo de recentes e numerosos estudos, nacionais e internacionais. A confusão aumenta os diversos custos com o internamento (Leslie [et al], 2008), que se relacionam com a sua duração e complicações (de morbilidade e mortalidade), o que leva a um sobre investimento na saúde com este tipo de doentes. Quando a confusão é um fenómeno transitório, há menor necessidade de gastos com a pessoa, porém, quando se torna num fenómeno crónico, a dimensão da problemática é superior, com uma repercussão no tempo dos seus custos. O doente com confusão requer cuidados de vigilância, terapêutica e a nível do autocuidado, entre outros. Este tipo de assistência está diretamente relacionada com a natureza da profissão de Enfermagem.

Existe uma elevada prevalência de doentes idosos confusos hospitalizados (Waszynski, 2002; Nowels [et al], 2002). As implicações desta problemática não se limitam ao contexto hospitalar, mas repercutem-se de seguida na família, com

consequências logo a partir do momento da alta hospitalar, quando os seus membros se confrontam com uma nova e exigente realidade, sendo forçados a redefinir os seus papéis para se poderem constituir como uma mais-valia para o doente. É nesta dimensão que, no panorama da sociedade atual, existem mais dificuldades. Na minha experiência profissional, constato que as famílias têm dificuldade em se reorganizar para cuidar de um idoso dependente no autocuidado e/ou confuso, sendo que esta condição agrava o problema. Observa-se com alguma frequência, que a solução encontrada passa pela institucionalização da pessoa.

A pessoa confusa pode ter inúmeras complicações associadas, sendo que a confusão está identificada como fator de risco para a ocorrência de quedas (Rubenstein, 2006; Vassallo [et al] 2004; Marcantonio [et al] 2005). Quando comparado com outros fatores que contribuem de igual modo para aquele risco, a confusão apresenta uma maior prevalência (Hendrich, 2007). Sendo assim, é razoável esperar que ao intervir sobre a confusão, se possa minimizar de alguma forma o risco de queda. É através da manipulação dos fatores que contribuem para a ocorrência de um problema, real ou potencial, que se consegue diminuir a sua verificação.

As quedas assumem particular relevância em pessoas idosas por serem comuns nesta faixa etária (Rubenstein, 2006; Hahn, 1987), conduzirem a elevada morbidade, aumentarem o tempo de internamento quando a pessoa se encontra hospitalizada, e conseqüentemente, aumentarem os custos na saúde (Rubenstein, 2006; Hendrich, 2007); podendo ainda levar à morte (Rubenstein, 2006; Hendrich, Bender e Nyhuis, 2003; Tideiksaar, 2009).

Nos Estados Unidos da América, em 2003, pessoas acima dos 65 anos de idade tiveram mais episódios de internamento quando comparadas com outros grupos etários (Russo e Elixhauser, 2006) e, quer a normal deterioração da sua condição e também a morbidade que está associada a essa etapa da vida, tornam-nas mais vulneráveis à queda. Em Portugal, também se verifica um aumento da proporção de doentes idosos internados em serviços de medicina interna (Sousa [et al], 2002).

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que, pela proximidade e tempo que passam junto dos doentes, melhor podem identificar, planear e intervir sobre este grave problema. Prevenir as quedas no hospital é uma responsabilidade dos enfermeiros (Hahn, 1987) fazendo naturalmente parte do seu mandato social. Assiste-se, concomitante e progressivamente, a uma preocupação crescente com o controlo de custos nas instituições de saúde, nas respetivas unidades de cuidados agudos, que

advém da impossibilidade de obter financiamento sem limites. Nessa medida, importa evoluir para estratégias que permitam identificar a situação com bases mais sólidas e maiores certezas, tornando a sua gestão mais eficaz, nomeadamente através do refinamento de instrumentos de medida para a identificação de fenómenos de enfermagem com uma natureza mais subjetiva. Ao estratificar o risco numa dada população, podem ser definidas medidas que poupem recursos às instituições e tragam benefícios aos doentes, principal propósito dos enfermeiros.

O risco de queda em doentes confusos constitui, pela sua importância, um foco da Enfermagem onde importa investir. Nessa medida, esta pesquisa centra-se no estudo do **risco de queda no doente confuso hospitalizado**. Pretende-se abordar esta temática analisando o problema através da perspectiva dos enfermeiros que lidam na sua prática clínica com o problema, em contraponto com a medida proporcionada por escalas de avaliação do risco, fiáveis. Assim, será dado enfoque ao juízo clínico que o enfermeiro faz dos doentes hospitalizados, relativa aos focos de Enfermagem “Confusão” e “Queda”, em simultâneo com a utilização de instrumentos que medem as duas dimensões e que estão traduzidos e validados para a nossa realidade. É possível avaliar a confusão dado que existe a *NEECHAM Confusion Scale (NCS* - tradução no Anexo I). O risco de queda será estudado através da utilização do *Hendrich II Fall Risk Model (HIIFRM* – tradução no Anexo II).

É neste enquadramento que se inscreve o estudo de investigação aqui relatado, centrado no desenvolvimento do nosso conhecimento e competência, no âmbito de uma área que reportamos como central nos cuidados a doentes idosos em internamento hospitalar. Nesta medida, não existindo ainda, em Portugal, pesquisas que permitam relacionar, com fidedignidade, a relação entre a confusão e a queda, ambas medidas através de escalas, evoluímos nesta investigação, iluminados pela questão: **“em que medida a avaliação da confusão, pelos enfermeiros da prática clínica, se aproxima do nível de identificação, proporcionado por uma escala?”**. Com efeito, sendo a confusão um critério essencial para a determinação do risco de queda, medido pelo Modelo de Hendrich II de Risco de Queda, importa perceber se a determinação de um estado de confusão implica, por si só, a utilização de um instrumento de medida para elencar a probabilidade do risco de cair. É, neste quadro, que está ancorada a investigação que levamos por diante, num paradigma exploratório e descritivo.

Relativamente à organização estrutural, este relatório encontra-se dividido em quatro partes fundamentais.

A primeira refere-se ao enquadramento teórico da problemática, onde são apresentados os limites conceituais dos fenómenos em estudo – confusão e risco de queda.

A segunda parte diz respeito às questões metodológicas da investigação realizada. Aí são enunciados os objetivos do trabalho, o tipo de estudo realizado, as questões referentes à população e à amostra, bem como os aspetos relativos ao processo de colheita e respetiva análise.

O terceiro capítulo do presente relatório corresponde à apresentação e discussão dos resultados. Nesta fase, os resultados são interpretados e comparados com pesquisas anteriores, em particular com aquelas que se relacionam com a confusão e queda em simultâneo.

Por último, a quarta secção corresponde às conclusões, tomando por referência os objetivos traçados à partida.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. O DOENTE IDOSO HOSPITALIZADO

É inequívoco que os seres humanos vivem cada vez mais anos e os idosos representam uma parcela cada vez mais significativa na sociedade. Estima-se que a proporção da população mundial com mais de 65 anos aumente para 15,6% em 2050 (Instituto Nacional de Estatística, 2004).

O processo de envelhecimento é normalmente acompanhado de co morbilidades que dificultam a adaptação do organismo às mudanças próprias da idade, emergindo o desafio, para os enfermeiros, de encontrarem as melhores estratégias que possibilitem ganhos em saúde para estes doentes. Este desiderato é, assim, adequado a cada realidade individual, tendo em conta as necessidades da pessoa, desejos e aspirações. Atualmente existe em Portugal uma rede de cuidados de saúde (composta pela oferta do Sistema Nacional de Saúde e sistemas privados), integrando profissionais de enfermagem e outros, que procuram constituir-se como agentes efetivos no controlo dos problemas dos doentes. A afirmação inserida no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas ilustra, claramente, o que deve ser um objetivo de cada indivíduo e o papel da sociedade para a sua concretização: “conseguir viver o mais tempo possível, de forma independente, no seu meio habitual de vida, tem que ser um objetivo individual de vida e uma responsabilidade coletiva para com as pessoas idosas” (Ministério da Saúde, 2004).

No entanto, por vezes, a agudização de problemas pré-existentes ou o surgimento de novos, obriga ao recurso a estruturas clínicas disponibilizadas pelos sistemas sociais existentes, como os hospitais. O que está relacionado com a incapacidade do indivíduo de gerir a sua situação de saúde e/ou com a incapacidade da unidade familiar, quando existe, em poder assegurar essa mesma gestão.

A pessoa idosa hospitalizada, experiencia, por si só, alterações fisiológicas que se repercutem na sua globalidade, e que vão condicionar o estado psíquico e a situação social. O alectuamento, por exemplo, mesmo que para repouso por prescrição, conduz à redução do volume plasmático, acelera o processo de diminuição de densidade óssea e favorece a privação sensorial, podendo levar a um declínio funcional irreversível (Creditor, 1993), o que parece antagónico em face do que se pretende, já que pode e leva, com frequência nesta fase de vida, à instalação de dependências.

A ocorrência do declínio cognitivo e funcional de que o doente idoso sofre durante a hospitalização torna-se, assim, um importante objeto de estudo. A Confusão surge como a consequência de inúmeros fatores predisponentes e precipitantes, dentre os quais uma hospitalização.

Segundo a literatura científica, constituem grupos de risco para a Confusão os idosos (Filho e Netto, 2004; Waszynski, 2002; Hall e Wakefield, 1996), os doentes institucionalizados (Waszynski, 2002), os doentes em fase terminal (Maluso-Bolton, 2000; Held, 1995; Morita [et al], 2001) e os doentes submetidos a cirurgia (Marshall, 1993). A hospitalização é um fator de risco importante, porque pode constituir-se como a ‘gota de água’ que desencadeia o desequilíbrio numa situação bastante instável – os idosos constituem quase metade dos doentes hospitalizados (Kleinpell, Fletcher e Jennings, 2008). É nesta fase que as necessidades em saúde aumentam exponencialmente.

A Confusão aguda é uma situação clínica muito prevalente em idosos hospitalizados - 15 a 60% (Waszynski, 2002). Sabe-se que um terço dos doentes de Cirurgia e Medicina Interna têm um episódio de confusão (Harrison, Geddes e Sharpe, 2006), encontrando-se, no entanto, subdiagnosticada (Waszynski, 2002), isto é não identificada na sua totalidade. A Confusão pode ser definida como “um tipo de memória com as características específicas: compromisso da memória com desorientação em relação ao tempo, local ou pessoa, desorientação, discurso incoerente, agitação, ausência de sentido de direção” (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2002).

Os autores não são unânimes nos conceitos nem nos termos utilizados, encontrando-se referências a Confusão Aguda (Neville e Gilmour, 2007; Edwards, 2003), *Delirium* ou estado confusional agudo (Harrison, Geddes e Sharpe, 2006). Há um comprometimento na atenção, alteração na memória, interpretação errada de estímulos, ilusões e alucinações (Filho e Netto, 2004). Pode dizer-se que é um estado transitório e habitualmente reversível.

O *Delirium* pode ter origem fisiológica, por intoxicação de substâncias ou abstinência, utilização de medicamentos, exposição a tóxicos ou combinação de múltiplos fatores (American Psychiatric Association, 1996). Se os fatores que estiveram na sua origem forem corrigidos ou minimizados, tende a resolver-se. Pode-se dizer que se trata de uma situação de ocorrência em qualquer faixa etária, por exemplo em crianças com estados febris onde surgem alucinações visuais e auditivas.

Esses estados podem, se não tratados e eficazmente resolvidos, evoluir para situações demenciais (crônicas), pelo desencadear de lesões cerebrais (Rockwood [et al], 1999). A pessoa com Demência pode também ter Confusão Aguda, sendo estes termos por vezes confundidos (Hall e Wakefield, 1996; Truman e Ely, 2003).

De acordo com a American Psychiatric Association (APA, 1996), a Demência é caracterizada pelo desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos com diminuição da memória e pelo menos uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia ou perturbação da capacidade de execução. A Demência é crónica e progressiva (Milisen [et al], 2006) e a pessoa torna-se cada vez mais dependente de terceiros na satisfação dos seus papéis familiares, sociais e até nas mais básicas atividades de vida diária, pelo que deve ser evitada na medida das possibilidades, nomeadamente se derivar de uma situação aguda.

As pessoas com declínio cognitivo vão necessitar de apoio em várias dimensões, sendo que a impreparação do Membro da Família Prestador de Cuidados, para *tomar conta* do seu familiar, pode levar à institucionalização, após a alta hospitalar (Waszynski, 2002; McCavay [et al], 2006), diminuindo a qualidade de vida da pessoa e incrementado os gastos que lhe estão associados. Os doentes confusos apresentam comprometimento na sua segurança, colocando também outros em risco, através de comportamentos de agitação e agressividade (Matthews, Farrell e Blackmore, 1996; Harrison, Geddes e Sharpe, 2006).

O custo de internamento de doentes idosos confusos (com mais de 70 anos) é duas vezes e meia superior ao custo de internamento de doentes não confusos, sendo que os doentes confusos sobrevivem menos dias que os não confusos (Leslie [et al], 2008). Marques (2012) identificou uma prevalência de morte, nos doentes confusos, duas vezes superior aos não confusos, estando internados em média, mais cinco dias. Doentes com confusão aguda internados em Cuidados Intensivos (situação comum em doentes com ventilação invasiva) podem ter aumento no tempo de internamento e, conseqüentemente, nos custos monetários (Milbrandt [et al], 2004). Mas os autores não concluem se é a confusão aguda que aumenta o tempo de internamento, ou se, pelo contrário, é o tempo de internamento que pode constituir risco de desenvolvimento do problema (Milbrandt [et al], 2004), possivelmente devido ao agravamento do estado clínico, utilização de fármacos e de procedimentos invasivos.

A não identificação conduz a que não se implementem medidas para o seu controlo, incrementando a dimensão do fenómeno e as suas conseqüências. Assim, a

Confusão no idoso hospitalizado é uma área de atenção importante para os enfermeiros, porque afeta uma parcela significativa dos doentes internados e a Enfermagem possui um repositório de conhecimentos, que permite uma abordagem com potencial para a obtenção de ganhos em saúde nestes doentes.

1.2. O DOENTE CONFUSO COM RISCO DE QUEDA

Os doentes idosos confusos estão predispostos a várias complicações, como as quedas (Rahn, 2008; Krauss [et al], 2005; National Patient Safety Agency, 2007), que são recorrentes no ambiente hospitalar, mas também externamente. Uma queda pode ser definida como um acontecimento no qual a pessoa se detém inadvertidamente no chão ou num nível inferior àquele em que se encontra (World Health Organization, 2010).

A Confusão e a Queda estão intimamente relacionadas. Numa investigação realizada, quase metade dos doentes que sofreram quedas estavam confusos (Hitcho [et al], 2004). Sabe-se que homens com Confusão crónica têm maior risco de queda (Lee [et al], 2008), o que também sucede com pessoas agitadas quando comparadas com outras sem agitação (Cohen-Mansfield, 1986). Um historial de Confusão em idosos leva a comportamentos de risco que se traduzem em quedas frequentes no internamento (Vassallo, Sharma e Allen, 2002). Por outro lado, os idosos com história de quedas têm maior probabilidade de cair novamente (National Patient Safety Agency, 2007; Vassallo, Sharma e Allen, 2002). Nos Estados Unidos, quase 1/3 dos idosos sofre uma queda anualmente (Center for Disease Control, 2008). As quedas originam morbilidades várias, podendo levar à morte, requerendo este grupo de doentes uma avaliação criteriosa e uma vigilância mais intensa.

Dessa forma, compreende-se que esta problemática seja relevante no exercício profissional dos enfermeiros. Os idosos constituem uma parcela significativa da população hospitalar, o que implica cuidados particulares devido às alterações características do envelhecimento, sejam elas físicas, psíquicas, sociais ou ambientais. É a combinação de uma elevada incidência de quedas no idoso com a elevada suscetibilidade às agressões que tornam esta situação altamente problemática (Rubenstein, 2006), daí a pertinência do assunto para a Enfermagem, que tem uma grande responsabilidade com a segurança dos doentes.

Existem fatores de risco para a ocorrência de quedas que se podem classificar como fisiológicos, comportamentais e ambientais. Habitualmente, dois ou mais fatores de risco interagem entre si, provocando uma queda (National Patient Safety Agency, 2007; Center for Disease Control, 2008), o que valida a sua origem multifatorial, requerendo também intervenções multidimensionais.

Fatores de risco *fisiológicos* estão relacionados com alterações da mobilidade (como fraqueza muscular - Center for Disease Control, 2008) e desequilíbrio da marcha (Krauss [et al], 2005; Vassallo, Sharma e Allen, 2002; Center for Disease Control, 2008), com a existência de Confusão (Hendrich, 2007), doenças crônicas (Center for Disease Control, 2008), neurológicas ou cardiovasculares (Fabrício, Rodrigues e Júnior, 2004).

São também fatores de risco fisiológicos: os efeitos secundários da medicação (Center for Disease Control, 2008), como por exemplo, o uso de sedativos/hipnóticos (Krauss [et al], 2005; Hitcho [et al], 2004), o historial de uso de tranquilizantes e antidepressivos em idosos, que leva a quedas durante o internamento (Vassallo, Sharma e Allen, 2002), o uso de antidiabéticos em idosos (Krauss [et al], 2005) e a deficiência visual (Center for Disease Control, 2008; Lee [et al], 2008).

Um fator de risco fisiológico descrito é a satisfação da necessidade de eliminação. Numa pesquisa com idosos institucionalizados, metade das quedas esteve relacionada com a tentativa de satisfação daquela necessidade, sendo que a maior parte ocorreu quando os doentes tentavam chegar à casa de banho (Hitcho [et al], 2004). Todavia, este fator não existe por si só, está associado a outros pré-existentes.

Fatores de risco *comportamentais* estão relacionados com a diminuição da atividade ou com o abuso de substâncias (Center for Disease Control, 2008).

Fatores de risco *ambientais* estão relacionados com a existência de riscos no domicílio (fraca iluminação, existência de obstáculos físicos), com o incorreto uso, tamanho ou tipo de ajudas técnicas (por exemplo canadianas e bengalas) e com o tipo e condições dos espaços públicos, que provocam dificuldades de acesso a pessoas com mobilidade reduzida ou deficiência cognitiva (Center for Disease Control, 2008).

Os fatores ambientais contribuíram em mais de 50% das quedas registadas em idosos hospitalizados, sendo que na sua maioria (26%) estão relacionadas com as condições do piso, e apenas 7% reportam-se a quedas da cama (Fabrício, Rodrigues e Júnior, 2004).

Os fatores de risco de tipo ambiental também podem englobar a dimensão do rácio doente-enfermeiro em situações de hospitalização. Há uma relação entre quedas e aumento do rácio (Krauss [et al], 2005). Doentes internados em serviços de Medicina e Neurologia tiveram mais quedas e o rácio era maior (Hitcho [et al], 2004), mas também é verdade que é nesses contextos onde se verifica uma maior prevalência de doentes confusos. A Confusão tem elevada representatividade quando comparada com outras

dimensões (Hendrich, 2007) e, associada a outros fatores, como acontece habitualmente aquando da hospitalização, o problema assume outra magnitude.

As quedas apresentam um potencial elevado de interferir na saúde e qualidade de vida (Neyens [et al], 2006) da pessoa. Podem produzir alterações funcionais e psicológicas no indivíduo idoso, ou seja, originar morbilidades que condicionem a independência no autocuidado e podem predispor ao medo de voltar a cair. Rubenstein (2006) classifica este receio anormal como um Síndrome de Ansiedade Pós-queda. Por outro lado, o idoso que passa a estar dependente de terceiros, pode passar por alterações de humor, por exemplo do tipo depressivo.

As quedas nos idosos levam a: fraturas do fémur (Fabrício, Rodrigues e Júnior, 2004), ferimentos, como lacerações, hematomas subdurais e outros, perda da consciência, e até paragem cardíaca com conseqüente morte (Hitcho [et al], 2004). Fabrício, Rodrigues e Júnior (2004) identificaram que, 28% dos idosos que caíram morreu até um ano após a queda, sendo a maioria doentes do sexo feminino.

O problema da queda, toma uma dimensão superior nos idosos, devido à natural fragilidade e menor capacidade de adaptação que apresentam. Este facto releva bastante para a Enfermagem, já que a manutenção de um ambiente seguro é uma das competências dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Nos Estados Unidos da América, as quedas representam a maior causa de morte por ferimentos em idosos - em 2004 verificaram-se 14.900 mortes de idosos devido a quedas (Center for Disease Control, 2008). Já em Portugal, os dados estatísticos revelam que, em 2002, 624 pessoas morreram por esse motivo, e 401 dessas mortes ocorreram em doentes do sexo masculino (Instituto Nacional de Estatística, 2004). Desde 1998 que o número de mortes causadas por quedas tem vindo a aumentar, e a maioria (422) ocorreu em doentes com idade superior a 60 anos e do sexo masculino (230).

Conseqüentemente, levando as quedas a traumatismos diversos, pode agravar-se o grau de dependência funcional para a satisfação das atividades de vida diárias (Fabrício, Rodrigues e Júnior, 2004), conduzindo ao aumento dos custos pessoais, familiares e sociais.

Para além da dimensão económica, existe também a não menos importante componente psicológica do doente e família, mais sensível e importante para as pessoas. Pode dar-se uma alteração na dinâmica familiar, levando à necessidade de ingresso num lar, para o doente ter acesso a cuidados especializados de que necessita. Em idosos sujeitos a quedas, verifica-se maior número de institucionalizações após a alta

hospitalar, quando comparados a doentes sem quedas (Vassallo, Sharma e Allen, 2002; Corsinovi [et al], 2009; Tideiksaar, 2009).

Após uma queda do idoso, a família pode necessitar de reorganizar os seus papéis, se o idoso apresentar uma diminuição da sua capacidade funcional, dificultando a satisfação autónoma das suas necessidades humanas básicas. Assim, a família tem de encontrar meios que permitam dar resposta a esta situação, podendo criar-se *stress* negativo nos seus membros, com o qual não conseguem lidar, e o seu familiar poderá sentir-se um fardo.

1.3. O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DAS QUEDAS

A prevenção de quedas é uma área de atenção da Enfermagem dado que as quedas são responsáveis por morbidade e mortalidade, sobretudo em pessoas idosas. Tendo os enfermeiros como objetivo que os idosos alcancem o maior potencial de saúde possível, as quedas constituem uma vertente problemática que influencia negativa e diretamente essa intenção. Este facto toma maiores dimensões quando aliado à Confusão devido ao seu peso significativo para o risco de queda.

Assim, a eficácia dos resultados das intervenções, direcionadas para os doentes confusos com risco de queda, depende da sua qualidade e implementação atempada.

Tradicionalmente, o tratamento tem consistido em Restrições Físicas de movimentos (imobilizações) e medicação psicotrópica (Csokasy, 1999). Estas intervenções acabam por ser redutoras e comprometer a autonomia da pessoa, além de que carecem de mais e melhor investigação empírica, para avaliar a sua eficácia. As intervenções devem passar por melhorar o estado mental da pessoa (Truman e Ely, 2003) e por reduzir riscos relacionados com a sua segurança (Segatore e Adams, 2001). Desta forma, atuando sobre a origem da Confusão na pessoa, interfere-se nas suas consequências. Fundamentalmente, as intervenções para a pessoa confusa hospitalizada podem ser, e de acordo com a literatura científica, de três tipos: relacionadas com o ambiente físico, com o estado fisiológico e afetas à relação entre o enfermeiro e a pessoa.

1.3.1. Intervenções relacionadas com o ambiente físico

As intervenções relacionadas com o ambiente físico passam por:

- Manutenção dos mesmos membros de uma equipa que acompanha o doente (Bernardo, 2003). A relação doente-enfermeiro é muito importante na medida em que promove a sensação de segurança e de familiaridade, que é tão necessária nesta fase; os enfermeiros são vistos como alguém a quem se pode recorrer (Laitinen, 1996);
- Identificação dos doentes através do uso de pulseiras (Hall e Wakefield, 1996);

- Uso de próteses (quando aplicáveis) e andarilhos, remoção de objetos ambientais que se constituem como um perigo, evicção da restrição física (em especial a dos punhos); podem constituir alternativas a colocação do colchão no chão (diminuindo a gravidade da queda, quando ela ocorre) e a não elevação das grades, dado que os doentes podem contorná-las e cair de uma altura superior (Hall e Wakefield,1996);

- Promoção da privacidade e remoção de estímulos do ambiente (Hall e Wakefield, 1996). O ambiente deve estar organizado, sem ruído e as persianas subidas durante o dia e fechadas à noite (Segatore e Adams, 2001);

- Minimização da colocação de dispositivos médicos e cateteres (Hall e Wakefield,1996);

- Presença da pessoa significativa junto do doente (Maluso-Bolton, 2000);

- Presença de objetos pessoais, relógios, calendários e campainha (Held, 1995).

Todas estas intervenções passam por manter a segurança da pessoa e ajudar à sua orientação, respeitando os seus direitos e promovendo o seu conforto.

A promoção da mobilidade e o uso de um dispositivo eletrónico que permita saber se a pessoa, com risco de queda, se encontra a sair da cama, são ainda apontados como vantajosos (Hahn, 1989). O uso deste dispositivo pode ser uma alternativa à Restrição Física.

A restrição física é utilizada em doentes com:

- Alteração do estado mental, sobretudo com agitação (Segatore e Adams, 2001; Cotter, 2005; Vries, Ligthart, Nikolaus, 2004);

- Alteração cognitiva (Hamers e Huizing, 2005; Bredthauer [et al], 2005);

- Alto risco de queda (Vries, Ligthart, Nikolaus, 2004; Hamers e Huizing, 2005; Segatore e Adams, 2001; Cotter, 2005);

- Necessidade de facilitar o tratamento (Segatore e Adams, 2001; Cotter, 2005).

O tipo de Restrição Física de movimentos (RF) predominante são as grades, seguidas de cintos e mesas adaptáveis a cadeiras, podendo englobar as restrições dos punhos e tronco, desde que tenham o efeito de restringir o movimento (Cotter, 2005).

Este efeito de restrição do movimento atenta contra a liberdade da pessoa e os doentes tornam-se mais vulneráveis às complicações da imobilidade, à desidratação, à redução do apetite e à morte (Segatore e Adams, 2001; Vries, Ligthart, Nikolaus, 2004; Cotter, 2005), para além de poderem conduzir a quedas, úlceras de pressão, depressão, entre outras agressões (Vries, Ligthart, Nikolaus, 2004). Uma pessoa imobilizada não pode, sem ajuda, fazer alternância de decúbitos quando está desconfortável ou com dor,

aceder à água quando tem sede, tornando-se dependente de outros. Ao ter a sua autonomia condicionada, controlada por outros, vê os seus direitos restringidos (Beauchamp e Childress, 2001).

A competência para tomar decisões está ligada à autonomia nas escolhas, assim como à validade do consentimento (Beauchamp e Childress, 2001). É necessário pesar os prós e os contras da RF, porque os doentes têm direito à sua autonomia; mas, num estado de Confusão, a hierarquia de valores e princípios que se confrontam nos ambientes clínicos, pode ter de se alterar, pela existência de limitações na capacidade do doente para decidir o que é melhor para si e para a sua recuperação. Assim, o princípio da beneficência pode impor-se perante a autonomia dos doentes.

No entanto, as imobilizações fazem com que a pessoa se torne mais agitada (Hahn, 1987). A sensação de imobilidade forçada pode levar o doente a entrar em desespero, por não perceber o que lhe está a acontecer, tornando-o vulnerável aos problemas por diversas vezes referidos (Cotter, 2005). Assim, o aparente mal menor pode tornar-se num mal de maiores dimensões. Cada pessoa é única, exigindo-se a consideração das suas idiossincrasias para uma decisão mais fundamentada, daí que uma mesma intervenção possa beneficiar um indivíduo e outro não.

Há registo de mortes por asfixia relacionadas com o uso de imobilizações (Rubin, Dube e Mitchell, 1993). De acordo com os autores, o maior número de mortes ocorreu em lares, em idosos corretamente imobilizados em cadeiras de rodas ou na cama (imobilização tipo colete), sendo que o uso de grades nas camas foi responsável por 13 de 42 mortes que aí se verificaram (Rubin, Dube e Mitchell, 1993). Existem seis razões, por ordem decrescente de ocorrência, de o uso de grades provocar ferimentos ou morte: ficar preso entre as grades ou entre a grade e a estrutura da cama; cair da cama por as grades estarem mal colocadas ou presas; ficar preso entre o colchão e a grade; ficar preso pela imobilização na grade; ficar preso entre as grades quando tenta passar entre elas; e, colapso do tórax ou pescoço por cima das grades (Healey [et al], 2008), provocando asfixia.

Outros autores relacionaram a morte com a imobilização (Karger, Fracasso e Pfeiffer, 2008). Verificaram que tinha ocorrido asfixia (por estrangulamento), compressão torácica ou abdominal com e sem sinais de asfixia, pelo que identificaram uma incorreta utilização do método de imobilização, na maioria dos casos (Karger, Fracasso e Pfeiffer, 2008). A RF, quando utilizada, deve ser corretamente aplicada, devendo os profissionais ter formação adequada.

Assim, em caso de necessidade da sua utilização, devem ser avaliados com regularidade sinais de insuficiência circulatória e providenciada a remoção periódica dos imobilizadores (Held, 1995). Os imobilizadores podem ser retirados nos períodos em que o indivíduo está continuamente vigiado, por profissionais ou familiares, despertos para a situação. Importa ainda esclarecer que as imobilizações não devem ser utilizadas por conveniência ou castigo (Segatore e Adams, 2001), não devem constituir uma rotina nas instituições de saúde nem empregues para substituir uma vigilância permanente.

Foi pesquisada a utilização da RF pelos enfermeiros como intervenção em doentes com risco de queda, em situação de falta de pessoal (Lai, 2007). Os enfermeiros referiram ser difícil avaliar a necessidade do seu uso, experimentando uma dicotomia na sua utilização, assinalando a existência de conflitos internos aquando do seu uso, mas sentiam, ao mesmo tempo, pressões por parte dos órgãos de gestão (devido à necessidade imposta de cumprimento de metas de qualidade). Os enfermeiros referiram ainda sentimentos de culpa após a queda de um doente, preferindo não arriscar. Parece que não utilizariam as imobilizações, cujos perigos conheciam, se, nomeadamente, conhecessem uma alternativa eficaz para evitar as quedas.

1.3.2. Intervenções relacionadas com o estado fisiológico

As intervenções relacionadas com o estado fisiológico da pessoa devem incidir sobre:

- Detecção e correção do estado confusional agudo (National Patient Safety Agency, 2007), ou seja, terapêutica dirigida à causa, como avaliação da terapêutica, ingestão e eliminação de líquidos, sinais de infeção (Marshall, 1993), estado neurológico em cada quatro a seis horas; ingestão de alimentos; manutenção de padrões normais de eliminação (Hall e Wakefield, 1996) e assegurar uma boa ventilação, oxigenação e circulação (Segatore e Adams, 2001);

- Revisão da terapêutica medicamentosa (National Patient Safety Agency, 2007), como os antidiabéticos, sedativos e hipnóticos que podem contribuir para risco de queda;

- Detecção e tratamento de doença cardiovascular, de alterações visuais e de urgência urinária ou incontinência (National Patient Safety Agency, 2007), que constituem fatores de risco para a queda.

As intervenções relacionadas com o estado fisiológico carecem de uma intervenção multidisciplinar. Para tal acontecer, e para que haja ganhos em saúde para os doentes, é necessário que a equipa esteja desperta para esta problemática e motivada para a redução de *outcomes* negativos, devendo o enfermeiro fazer a ligação entre todos os profissionais envolvidos.

1.3.3. Intervenções referentes à relação “enfermeiro-pessoa”

As intervenções referentes à relação “enfermeiro-pessoa” passam pelas atitudes e comportamentos do enfermeiro, perante o doente.

O enfermeiro deve ter uma postura calma e compreensiva, possuir capacidade de escuta, dando-lhe atenção, utilizar um discurso simples e perceptível, estar posicionado de frente para a pessoa e manter espaço entre os dois (Segatore e Adams, 2001); deve promover a manutenção do contacto visual com a pessoa, apresentando-se sempre que se aproxima, explicando todas as ações implementadas e pedir *feedback* do que diz (Hall e Wakefield, 1996); não deve reorientar a pessoa quando esta se sente segura no seu *Delirium* (Hall e Wakefield, 1996; Segatore e Adams, 2001). Outros autores defendem que a reorientação deve ser restrita ao necessário (Held, 1995), ou ao invés, aconselham a reorientação frequente (Marshall, 1993; Truman e Ely, 2003).

Deve-se encorajar os rituais do doente (Hall e Wakefield, 1996) e permitir objetos que ajudem na orientação. O simples facto de vestir a pessoa com camisas ou pijamas seus e não da instituição poderá fazê-la aproximar-se da realidade.

1.3.3.1. Intervenções multifatoriais

Pela análise do que até aqui foi descrito, percebe-se que qualquer ação que seja realizada em doentes confusos com risco de queda deve ser multifatorial, ou seja, deve incidir sobre múltiplos aspetos e não privilegiar um em detrimento de outro.

Alguns investigadores recomendam intervenções multifatoriais sobre pessoas confusas (Naughton [et al], 2005; Lundström [et al], 2005). Estas intervenções aparentam, de acordo com estes autores, conduzir a ganhos em saúde a curto e longo prazo.

Outros autores recomendam programas multifatoriais para quedas, referindo serem mais eficazes na sua redução (Tideiksaar, 2009). Um programa de intervenção multifatorial conduziu a mais ganhos para os doentes e diminuiu os custos através de mudanças no tratamento farmacológico, com a diminuição progressiva da prevalência de Confusão Aguda, de 40,9% para 22,7% (quatro meses depois) e para 19,1% nos nove meses seguintes (Naughton [et al] 2005).

Um programa de intervenção multifatorial baseada na educação (conhecimento de fatores de risco e precipitantes para a Confusão) e na reorganização dos cuidados de enfermagem (preocupação com a interação com os doentes e com a continuidade dos cuidados), para além de diminuir a duração da Confusão, também diminuiu o tempo de internamento e a mortalidade (Lundström [et al] 2005).

As intervenções multifatoriais, quando efetuadas em contexto de internamento, devem ter sempre em conta a preparação do regresso a casa (Padilha, 2006). O papel do enfermeiro no desenvolvimento de um programa desse tipo é fulcral porque permite dotar o membro da família prestador de cuidados de conhecimentos e habilidades para assumir o papel de tomar conta. Cole, Williams e Williams (2006) propõem um modelo de planeamento do regresso a casa baseado na avaliação, desenvolvimento de um plano de cuidados, correção de problemas fisiológicos de base, intervenção sobre sinais e sintomas (manter a função, segurança e ciclo de sono) e planeamento do retorno a casa (que deve ser iniciada na admissão).

Outros investigadores (Mador [et al], 2004) implementaram estratégias num grupo de idosos confusos institucionalizados (para além da assistência habitual no autocuidado), como a supervisão, estratégias *restrain-free*, redução do risco de queda, estratégias de comunicação (reorientação, validação, instruções simples), estratégias comportamentais (música, utilização de bonecos em *role-playing*) e a educação dos enfermeiros para o controlo do comportamento e para a perceção de *triggers* comportamentais que levassem à redução de comportamentos agressivos e confusão. Estes autores demonstraram que um serviço individualizado de aconselhamento de Enfermagem (baseado em técnicas não-farmacológicas), por si só, não reduz a agitação nem diminui o uso de medicação psicotrópica em doentes hospitalizados confusos.

Quanto à intervenção sobre o risco de queda, existem programas de intervenção para o doente institucionalizado e para o doente inserido na comunidade. Atualmente defende-se a realização de programas multifatoriais e multidisciplinares.

De acordo com Hendrich (2007), num programa eficaz de prevenção de quedas deverá constar:

- De uma comunicação interdisciplinar eficaz;
- Da utilização de sinalética relacionada com o risco de queda (ex.: pulseiras);
- De relatórios, tanto em passagens de turno como em transferências;
- De uma adequada documentação.

A autora enfatiza a necessidade de trabalho em equipa para uma prevenção eficaz de quedas, referindo que os funcionários que não trabalham diretamente com os doentes podem contribuir para a manutenção de um ambiente seguro.

Seguem-se os seis elementos de um programa de redução de quedas, segundo Hendrich (2007):

- Avaliação e reavaliação do risco de queda em todos os doentes;
- Manutenção de um ambiente seguro;
- Manutenção do equilíbrio e mobilidade;
- Manutenção de uma eliminação segura;
- Educação do doente/família;
- Gestão da equipa multidisciplinar.

O programa de redução de quedas de Hendrich é aplicável num contexto de internamento, sendo que existe, de acordo com o Center for Disease Control (CDC), um programa de prevenção de quedas multifatorial para doentes inseridos na comunidade. Este programa deve ser aplicado por profissionais de saúde especializados e incide sobre:

- Formação individual ou em grupo para os idosos/famílias/prestadores de cuidados sobre fatores de risco para a ocorrência de quedas e estratégias de prevenção;
- Programas de exercício em aulas de grupo ou individuais, podendo ser aplicados em casa. Estes programas deverão incluir exercícios do tipo *Tai Chi* para o aumento da força muscular e treino de equilíbrio;
- Revisão da medicação e seu ajuste;
- Avaliação da visão e sua correção;

- Avaliação da segurança do ambiente em casa e modificações se necessário.

Para o CDC este programa deve ter uma intervenção multidisciplinar, podendo a equipa ser constituída por médico, optometrista, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social e instrutor de *Tai-Chi*. Este programa pode ser aplicado em casa, no hospital, no consultório, na farmácia, no centro de dia, no lar e no ginásio.

Nesta situação, deverá existir um gestor do programa, que siga os nove passos propostos pelo CDC: avaliar as necessidades da comunidade; estabelecer a finalidade e objetivos do programa; determinar os fatores de risco que irão ser abordados; colaborar com parceiros para intervir sobre fatores de risco adicionais; decidir quem implementa os diversos componentes do programa; encontrar a localização para o programa; avaliar, promover e manter o programa.

1.3.4. Avaliação do problema – instrumentos de medida

Assiste-se, progressivamente, à introdução de instrumentos de medida nas instituições de saúde para avaliação de diagnósticos de Enfermagem (Confusão, Dor, Risco de Úlcera de Pressão, Risco de Queda). Existem diversos instrumentos, muitos já traduzidos e validados transculturalmente para Portugal, que são utilizados com a finalidade de melhorar o diagnóstico e a qualidade dos cuidados e dar visibilidade ao problema em causa. Este facto demonstra a crescente preocupação com fenómenos relacionados com a gestão do risco, nas unidades prestadoras de cuidados.

Os enfermeiros, na sua prática clínica diária, utilizam o método científico na avaliação dos doentes; baseiam-se na observação/exame para identificar problemas, na implementação de intervenções e na avaliação de todo o processo. Todos estes passos apresentam um certo grau de subjetividade, são difíceis e propensos a erros de avaliação, pela complexidade do objeto da sua atenção.

Assim, o enfermeiro serve-se do seu juízo clínico para a avaliação do estado mental dos doentes. De acordo com Aird e MacIntosh (2004), a observação cuidadosa do doente durante o autocuidado fornece muita informação sobre o estado mental da pessoa. É um método simples e, possivelmente, o mais utilizado pelos enfermeiros. No entanto, esta observação não deixa de ser subjetiva e variável.

A forma mais eficaz de uniformizar a prática clínica passa pela obtenção de dados objetivos que permitam identificar corretamente as situações que requerem a intervenção do enfermeiro. Dessa forma, tal como se avalia uma tensão arterial a um doente que refere vertigens e se diagnostica uma hipotensão, também se utiliza uma escala (por exemplo uma escala numérica de avaliação da Dor) para determinação dos diagnósticos menos objetivos, que no domínio da Enfermagem são inúmeros.

Assim, é fulcral que os enfermeiros tenham à sua disposição, instrumentos de avaliação de confusão e de risco de queda para que possam identificar os doentes em função das suas necessidades, no que diz respeito ao controlo do risco e à prevenção de acidentes, mas também para evitar e controlar os estados que possam prejudicar os doentes noutros domínios. Sem esses instrumentos que introduzem rigor, o enfermeiro só se pode valer da sua perceção, que será o seu único apoio na priorização dos cuidados.

As escalas de medida são um tipo de instrumento de avaliação. Uma escala de medida pode ser definida como um método de “avaliação de características no seio de uma população à custa da medição de variáveis pré-determinadas” (Pereira, 2006). Constituem bons instrumentos de aplicação na clínica porque têm uma base científica, embora dependem também de um juízo clínico, e podem conduzir à obtenção de uma relação de ordem entre os doentes. As escalas fornecem habitualmente um *score* ou valor total, através do qual se obtém uma interpretação ou classificação no final da sua aplicação. Esta pesquisa apoia-se na utilização de escalas de medida validadas transculturalmente para Portugal para a avaliação da Confusão e do Risco de Queda.

1.3.4.1. Escalas de Avaliação da Confusão

Existem diversas escalas de avaliação da Confusão de acordo com a literatura científica consultada. Será descrita a *NEECHAM Confusion Scale (NCS)*.

A *NEECHAM Confusion Scale* (tradução transcultural no Anexo I) é uma escala que permite identificar confusão em doentes idosos numa fase precoce, identificando comportamentos hiper e hipoativos (Neelon [et al], 1996). Pode ser usada pelos enfermeiros como rotina e para reunir informação sobre o estado cognitivo dos doentes idosos (Miller [et al], 1997). Aplica-se em cerca de dez minutos, através do contacto

com o doente e da sua observação nas atividades de vida, e da avaliação dos sinais vitais.

A escala tem nove itens agrupados em três níveis. O primeiro nível avalia o processamento (que compreende três itens: atenção, ordem e orientação); o segundo avalia o comportamento (que compreende três itens: aparência, motor e verbal); o terceiro avalia a função fisiológica (que compreende três itens: estabilidade das funções vitais, estabilidade da saturação de oxigénio e controlo de continência urinária). É a única escala que integra as funções vitais. Este fator é determinante porque a Confusão pode ter origem fisiológica, ex.: hipoxia (Marshall, 1993; Bernardo, 2003; Held, 1995).

Os resultados desta escala variam entre a pontuação de 0 a 30, em que 0 corresponde à resposta mínima e 30 à função normal. Uma pontuação inferior a 20 indica confusão moderada ou severa; uma pontuação de 20 a 24 indica confusão ligeira ou início de desenvolvimento; uma pontuação de 25 a 26 indica risco de confusão; uma pontuação de 27 a 30 indica função normal. A escala tem um α -Cronbach de 0.90 e possui elevada sensibilidade e especificidade (Neelon [et al], 1996; Van Gemert e Schuurmans, 2007). A *Neecham Confusion Scale (NCS)* distingue com maior eficácia disfunções cognitivas quando comparada com outras escalas e permite avaliar o risco de Confusão numa fase precoce (Matsushita, Matsushima, Maruyama, 2004). Uma avaliação precoce é imprescindível para que se possam implementar intervenções de Enfermagem atempadas e reduzir a exposição a riscos. Além disso, identifica pessoas com risco de Confusão, estratificando os doentes em grupos.

Por esses motivos, escolheu-se a *NCS* como instrumento de avaliação da Confusão, por responder melhor à natureza dos objetivos propostos. Dado que esta pesquisa é efetuada em Portugal, será utilizada a tradução transcultural da escala, a Escala de Confusão Neecham (Neves, Silva e Marques, 2011).

1.3.4.2. Escalas de Avaliação de Risco de Queda

Existem instrumentos de avaliação do risco de queda, tais como a *Morse Fall Scale* e o *Hendrich II Fall Risk Model*.

A *Morse Fall Scale* avalia seis itens que contribuem para o risco de queda, que são: história de queda anterior, diagnóstico secundário, ajuda na mobilização, terapia endovenosa, marcha e estado mental. Esta escala estratifica os doentes em baixo risco,

médio risco e alto risco de queda. Tem como vantagens principais ter sido validada em diferentes contextos hospitalares e utilizada numa grande variedade de doentes hospitalizados (Schwendimann, Geest e Milisen, 2006).

O *Hendrich II Fall Risk Model* (tradução transcultural no Anexo II) é um instrumento de avaliação do risco de queda que utiliza a confusão como critério (ou seja, fator de risco) para a ocorrência das quedas (Hendrich, 2007). Este modelo é o único que considera a confusão por si só, sendo que a *Morse Fall Scale* avalia “estado mental” (o que é mais genérico).

Dado que com esta investigação se pretende avaliar a dimensão do risco de queda em doentes confusos, considera-se que o *Hendrich II Fall Risk Model* é o instrumento adequado para responder à problemática em estudo, pois enfatiza a Confusão como fator para o risco de queda. Para isso, será utilizada a tradução transcultural da escala, o Modelo de Hendrich II de Risco de Queda (Caldevilla [et al], 2012).

O *HIIFRM* derivou do *Hendrich Fall Risk Model*, que englobava fatores de risco para a queda como a idade, história anterior de quedas e diagnóstico de cancro (Hendrich, 2007). Em 2003 identificou-se baixa consistência interna da *HFRM* ($\alpha = 0,54$) (Heinze, Halfens e Dassen, 2006), pelo que aqueles fatores de risco foram removidos. Assim, o atual *HIIFRM* avalia sete fatores de risco independentes e inclui o “Teste Levantar e Andar” (Anexo II).

O *HIIFRM* foi desenvolvido por enfermeiros e permite prever quais os doentes hospitalizados que estão em risco de queda (Hendrich, 2007). Trata-se de um modelo de rápida aplicação e que foca oito fatores de risco: confusão/desorientação/impulsividade; depressão sintomática; eliminação alterada; tonturas/vertigens; sexo masculino; administração de anti epilépticos (ou alteração na dose ou cessação); administração de benzodiazepinas e fraco desempenho no teste “Levantar e Andar”. Este teste consiste em pedir ao doente que se levante sem ajuda, de uma posição de sentado numa cadeira ou lateralmente na cama.

A presença de cada um destes fatores corresponde a um *score*, sendo que cada item tem um peso diferente para o total. Neste modelo o item “Confusão” assim como uma avaliação de “Incapaz de se levantar sem ajuda” durante o teste “Levantar e Andar”, têm o maior peso para o risco de queda quando comparados com os itens restantes. Um *score* total de 5 ou mais significa que o doente tem elevado risco de queda. Este modelo não avalia fatores ambientais (como o estado do piso e ajudas

técnicas), podendo dizer-se que se foca mais nos fatores intrínsecos do doente e da sua situação clínica.

O valor de *Odds Ratio*, que indica qual a hipótese de um fator de risco prever uma queda, deve ser superior a 1, sendo que, quanto mais elevado o valor, mais preditivo é. Este valor varia de 1.67 (para a eliminação alterada) para 7.43 (confusão e desorientação), indicando a validade do modelo. Quanto à sensibilidade do modelo, 74.9% dos doentes foram corretamente identificados como sendo de alto risco para a ocorrência de quedas. Quanto à especificidade, 73.9% dos doentes foram corretamente identificados como não sendo de risco (Hendrich, 2007).

A autora do modelo sugere que este deve ser aplicado na admissão, em cada turno e de cada vez que há alteração na situação clínica (Hendrich, 2007). Apesar de este modelo ser de rápida aplicação, sugere-se a sua aplicação uma vez por dia em contexto de prestação de cuidados agudos (o turno da manhã seria o horário ideal, dado que é neste turno que são efetuados a maior parte dos autocuidados) ou em caso de alteração na situação clínica.

O modelo, apesar de recente (2007), começa a ter visibilidade a nível académico, estando a ser validado transculturalmente para muitos países (Hendrich, 2007), surgindo pesquisas que corroboram a sua sensibilidade (Kim [et al], 2007; Heinze [et al], 2008) e especificidade (Kim [et al], 2007). Pelo contrário, algumas pesquisas conduzidas em serviços hospitalares geriátricos, referem valores mais baixos de sensibilidade (Terrell [et al], 2009) e especificidade moderada (47%) segundo Heinze [et al], 2008). Uma outra pesquisa, conduzida em unidades de medicina, cirurgia e reabilitação, e com uma amostra de 1148 doentes, conclui baixa sensibilidade (Lovallo [et al], 2010). No entanto, a pesquisa de Terrell [et al] (2009) tem sérias limitações. Os autores referem que o *HIIFRM* só previa 1/3 das quedas ocorridas em serviços de urgência, mas tratou-se de um estudo exclusivamente baseado em consulta de registos clínicos e não na interação com os doentes, admitindo estarem submetidos a uma má interpretação dos dados.

Heinze, Halfens e Dassen (2008), numa pesquisa com uma amostra de 70 doentes internados num hospital geriátrico, referem que o modelo tem baixa consistência interna, não sendo, deste modo, um instrumento válido. A baixa consistência interna também é apontada no estudo de Chapman, Bachand e Hyrka (2011). Estes resultados são opostos aos de Ivziku, Matarese e Pedone (2011), que verificaram uma consistência interna alta, numa amostra de 179 idosos internados numa unidade de cuidados

geriátricos agudos. Contudo, a especificidade determinada do modelo foi baixa, sendo que, para estes autores, a baixa especificidade de um instrumento de avaliação é relevante porque muitos doentes que não caem estão identificados como tendo alto risco. Porém, a medida mais importante de um instrumento de avaliação de queda é a sensibilidade (Chapman, Bachand e Hyrka, 2011). E nessa medida, surgem cada vez mais pesquisas em populações geriátricas que corroboram a sua elevada sensibilidade (Ivziku, Matarese e Pedone, 2011; Kim [et al], 2007; Heinze [et al], 2008; Chapman, Bachand e Hyrka, 2011) e especificidade (Kim [et al], 2007; Chapman, Bachand e Hyrka, 2011; Lovallo [et al], 2010).

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Este capítulo tem como finalidade a descrição das opções metodológicas adotadas no nosso estudo. Princípios com a descrição da justificação, finalidade e objetivos da investigação, seguido das questões relativas ao desenho do mesmo, nomeadamente, o contexto, a seleção e apresentação dos participantes. Posteriormente, evoluímos para a descrição dos aspetos relativos aos procedimentos de recolha e análise dos dados e finalmente, são apresentadas as dimensões éticas do estudo.

2.1. JUSTIFICAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

Como referimos anteriormente, as estratégias desenvolvidas para a prevenção de quedas tem sido reconhecida como uma importante área de pesquisa e intervenção. Uma estratégia importante de muitos programas de prevenção de quedas tem sido o desenvolvimento ou a utilização de uma ferramenta de avaliação de risco para identificar os doentes que estão em risco de queda. Paralelamente, sabemos que a identificação de doentes de risco permite direcionar as intervenções de forma mais precisa e utilizar os recursos de forma eficaz.

O objetivo das avaliações de risco será, por isso, o de identificar os doentes que necessitam de medidas de prevenção e quais os seus fatores de risco específicos. Neste sentido, uma das recomendações para a prática clínica é o de efetuar uma avaliação de risco sistemática, através de escalas validadas.

Uma escala de avaliação de risco é um instrumento para estabelecer um nível de acordo com uma série de parâmetros considerados como fatores de risco. Por outras palavras, estas escalas não impedem a aplicação de medidas de prevenção em doentes que apresentaram um nível inferior ao considerado de risco.

Em muitos contextos, temos assistido a uma diminuição na especificidade da utilização destas ferramentas quando testadas fora da população de desenvolvimento e validação. Para o Joanna Briggs Institut (1998; 2) “*some tools assessed up to 80% of the hospital population as being at high risk of falling, which limits the opportunity of utilizing special fall prevention interventions on high risk patients. A comparison of clinical judgment and an assessment tool showed both were inaccurate at predicting falls*”. Por isso, consideramos que há uma necessidade de continuar a investir no teste

para a validade de avaliação de risco existente através da utilização de ferramentas e verificar se essas podem superar o juízo clínico dos enfermeiros em prever o risco de queda.

Na realidade, a avaliação do risco tem gerado uma certa controvérsia no seio de alguns investigadores da área, no que respeita à utilização das escalas preditivas de risco em detrimento do juízo clínico dos enfermeiros.

Em 2004, Defloor & Grypdonck referiram-se ao valor preditivo das escalas como limitado. Este contexto contribui, por vezes, para aumentar o problema da motivação dos enfermeiros para o seu uso, pelo facto de muitos doentes, considerados em risco, pela avaliação de uma escala, não terem quedas, mesmo quando as medidas de prevenção são omissas e, por outro lado, alguns daqueles que não eram considerados de risco desenvolverem quedas.

Por outro lado, outros investigadores (Lyder e Van Rijswijk, 2005) defendem ser necessário para a avaliação do grau de risco a utilização de uma forma sistemática: uma escala validada de avaliação de risco.

Neste sentido, consideramos pertinente avançar para um estudo que se pudesse constituir como um contributo para um melhor entendimento desta problemática.

A investigação “consiste em descrever, em explicar, em prever e em verificar factos, acontecimentos ou fenómenos” (Fortin, 2009; 4). Uma investigação baseia-se na identificação de um problema, que habitualmente corresponde a uma inquietação sentida no contexto da experiência prática, o que na Enfermagem se relaciona com os focos de atenção da profissão.

A presente pesquisa centra-se em dois focos de atenção da Enfermagem: a Confusão e a Queda, definidos e contextualizados nos capítulos anteriores. Assim, a investigação que realizamos toma por objeto de estudo o conhecimento da magnitude do risco de queda em doentes confusos e a sua relevância para o exercício profissional dos enfermeiros, tendo por finalidade conhecer a capacidade de avaliação de risco de queda através do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda e do julgamento clínico dos enfermeiros, como estratégia para contribuir para a melhoria da qualidade da prática clínica profissional.

Neste sentido, pretende-se dar resposta às seguintes questões:

- Qual a magnitude do risco de queda em doentes confusos?
- Qual a relação entre os diagnósticos de enfermagem “confusão” e “risco de queda”?

- Que fatores apresentam relação entre os diagnósticos de enfermagem “confusão” e “risco de queda”?
- Qual a relação entre o diagnóstico de risco de queda resultante do julgamento clínico dos enfermeiros e o risco determinado pelo Modelo Hendrich II de Risco de Queda?
- Qual a relação entre o diagnóstico de confusão resultante do julgamento clínico dos enfermeiros e o determinado pela Escala de Confusão Neecham?

2.2. TIPO DE INVESTIGAÇÃO

Existem filosofias subjacentes ao desenvolvimento do conhecimento em Ciência de Enfermagem, as quais se denominam paradigmas de investigação. Pode definir-se ainda paradigma como uma perspetiva geral sobre as complexidades do mundo (Polit e Beck, 2004). Existem dois paradigmas em investigação (Polit e Beck, 2004), o Paradigma Positivista e o Paradigma Naturalista. Enquanto o primeiro se relaciona com a análise de uma realidade objetiva, estudando o fenómeno na sua forma mais original, não adulterada por crenças ou preconceitos do investigador, o Paradigma Naturalista baseia-se na desconstrução e reconstrução de ideias e estruturas, colocando-as sob uma nova perspetiva (Polit e Beck, 2004). Assim, o Paradigma Positivista está mais relacionado com a pesquisa quantitativa enquanto o Paradigma Naturalista se relaciona mais com a pesquisa qualitativa. Existem estudos em Enfermagem manifestamente Positivistas, assim como outros manifestamente Naturalistas. Existem, ainda, estudos em Enfermagem que não podem seguir apenas uma destas correntes de pensamento, o que levaria ao risco de não responderem aos objetivos propostos. Deste modo, os dois paradigmas podem fazer parte da mesma investigação em Enfermagem, simultaneamente, porque se complementam entre si (Polit e Beck, 2004).

Nesta pesquisa constata-se a necessidade de seguir a filosofia positivista, sendo que esta se insere no paradigma de investigação quantitativa. A metodologia quantitativa *“é baseada na observação de factos, de acontecimentos e de fenómenos objetivos e comporta um processo sistemático de colheita de dados observáveis e mensuráveis”* (Fortin, 2009; 20).

Este estudo é de carácter exploratório e descritivo, dado que pretende *“descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população”* (Fortin, 2009; 34), como seja, no caso presente, identificar a magnitude da confusão e do risco de queda numa população de idosos internados num serviço hospitalar, assim como estudar possíveis relações entre os dois fenómenos.

2.3. CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo decorreu em contexto de internamento hospitalar, num serviço de medicina de um hospital, com 30 camas, cuja população internada é maioritariamente idosa, com dependência no autocuidado, padecendo de várias co morbilidades, tais como doenças do foro respiratório, do aparelho circulatório, doenças cardíacas e oncológicas. Para esta colheita de dados considerou-se que o local reunia as características relacionadas com a problemática em questão, como a idade avançada, a confusão e o risco de queda. Nesse ambiente de cuidados, os enfermeiros não utilizavam quaisquer instrumentos para avaliação dos diagnósticos, real ou potencial de cada um dos focos em estudo, servindo-se somente do seu juízo clínico, que registavam no processo clínico, pelo que se considerou um local passível de aplicação do estudo.

2.4. VARIÁVEIS EM ESTUDO

Uma variável reporta-se a características ou atributos que podem tomar diferentes valores ou categorias. *“Uma variável é um conceito ao qual se pode atribuir uma medida. Corresponde a uma qualidade ou a uma característica que são atribuídas a pessoas ou a acontecimentos que constituem objeto de uma investigação e às quais é atribuído um valor numérico”* (Fortin, 2009; 48).

As variáveis de atributo são as características dos participantes num estudo, constituem os dados demográficos tais como a idade e sexo. Já as variáveis em estudo ou de investigação são qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas (Fortin, 2009).

Se apenas considerarmos a natureza dos valores que as variáveis podem assumir, as variáveis podem ser: variáveis qualitativas e variáveis quantitativas.

As variáveis qualitativas (descrevem tipos ou classes) podem ser: dicotómicas (apenas duas categorias) ou politómicas (três ou mais categorias). Os valores de uma variável quantitativa são representados através de números. As variáveis quantitativas podem ser discretas ou contínuas. Uma variável diz-se discreta quando os seus valores podem ser relacionados por uma correspondência biunívoca com um subconjunto de números inteiros. Uma variável diz-se contínua quando os seus valores podem ser

relacionados por uma correspondência biunívoca com intervalos de números reais. Assim, as variáveis discretas assumem valores inteiros e as variáveis contínuas assumem valores reais. As variáveis quantitativas apresentam características mensuráveis e que se podem exprimir em valores numéricos reportados a uma unidade de medida ou de ordem, permitindo já uma avaliação tomando critérios de frequência, de grau ou de intensidade (variáveis intervalares) ou critérios de sequência ou ordem (variáveis ordinais).

Segue-se a descrição das variáveis da investigação. As restantes variáveis compõem os instrumentos de medida utilizados neste estudo e podem ser observadas nos Anexos I e II (Escala de Confusão Neecham e o Modelo de Hendrich II de Risco de Queda).

Tabela 1 – Representação das variáveis em estudo

Variável	Tipo	Valor
Sexo	Qualitativa, nominal, dicotómica	Masculino Feminino
Idade	Quantitativa contínua	Em anos completos
Diagnóstico médico	Qualitativa, nominal	
Antecedentes pessoais	Qualitativa, nominal	
História anterior de queda	Qualitativa, nominal, dicotómica	Sim Não
Confusão (juízo clínico dos enfermeiros)	Qualitativa, nominal, dicotómica	Sim Não
Confusão (Escala de Neecham)	Quantitativa discreta, ordinal	Sim Não
Risco de Queda (Modelo de Hendrich II de Risco de Queda)	Quantitativa discreta, ordinal	Sim Não

2.5. POPULAÇÃO/AMOSTRA

Pode definir-se população como um conjunto de elementos com características comuns, sendo que se denomina a população objeto de estudo de população alvo (Fortin, 2009). A população alvo deve satisfazer critérios de seleção definidos e permitir efetuar generalizações (Fortin, 2009). Nesta situação, a população foi composta por doentes hospitalizados com mais de 65 anos, doentes do serviço de Medicina I do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo (Barreiro), onde a investigadora exercia funções na altura da colheita de dados, no período temporal de 24 de abril de 2009 a 31 de janeiro de 2010.

Sendo uma amostra a fração da população sobre a qual se faz o estudo, deve ser representativa da mesma (Fortin, 2009). Na presente investigação, adotou-se um plano de amostragem de conveniência por critério temporal, considerando-se uma amostra não probabilística e acidental, da população em estudo, composta por doentes facilmente acessíveis (Fortin, 2009) à investigadora. Reconhece-se que o plano de amostragem limitou a representatividade da amostra face à população, determinado pela acessibilidade e a disponibilidade da investigadora.

Constituíram critérios de inclusão na amostra: ter idade igual ou superior a 65 anos; não ter deficiência auditiva grave (o que poderia enviesar a aplicação do consentimento informado e o resultado das escalas); poder efetuar levante (necessário para a aplicação do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda). Constituíram critérios de exclusão: a deficiência auditiva grave; a não compreensão nem a fala da língua portuguesa; a prescrição de repouso absoluto no leito (dado que não se poderia aplicar o “Teste levantar e andar” do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda).

2.6. PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

De acordo com Fortin (2009), uma investigação que estude diversos fenómenos, necessita de diversos métodos de colheita de dados. Nesta investigação foram utilizados dois tipos de instrumentos (escalas e formulário de recolha de dados de saúde e outros) para dar resposta às questões de investigação anteriormente propostas. Assim, neste subcapítulo, serão descritos os instrumentos de recolha de dados utilizados na investigação, assim como o procedimento de recolha dos mesmos dados.

2.6.1. Instrumentos de recolha de dados

Nesta pesquisa foram utilizadas duas escalas já validadas para a população portuguesa: a Escala de Confusão Neecham (Neves, Silva e Marques, 2011) e o Modelo de Hendrich II de Risco de Queda (Caldevilla [et al], 2012).

A Escala de Confusão Neecham (Anexo I) é o instrumento de medida para identificar doentes confusos ou em risco de confusão. Por seu lado, o Modelo de Hendrich II de Risco de Queda (Anexo II) é o instrumento de medida utilizado para avaliar o risco de queda. Estes instrumentos foram aplicados na admissão (antes de perfazer 24 horas de internamento) e no dia de alta hospitalar.

As escalas foram selecionadas de entre outras (ver capítulo III) devido às suas características métricas e por se considerar que dão melhor resposta às questões de investigação formuladas.

O formulário desenvolvido é constituído por 3 partes distintas. A primeira parte do formulário está centrada na caracterização da amostra, permitindo o acesso aos dados sócio demográficos, registo de antecedentes pessoais, terapêutica medicamentosa, diagnóstico médico, dados demográficos e diagnósticos de enfermagem de cada caso em estudo (Anexo III). Esta grelha foi preenchida com recurso à análise documental dos processos clínicos, no momento da admissão, tornando-se a consultar os processos no dia da alta, para registo de ocorrência de eventuais quedas e das circunstâncias da sua

ocorrência¹. Nesta grelha transcreveram-se dados relativos a “história anterior de queda”, não abrangida pelo Modelo de Hendrich II de Risco de Queda, por se encontrar referência na literatura científica em como uma ou mais quedas anteriores podem ter um contributo para o risco de queda futuro. Há quedas-padrão, ou seja, quedas relacionadas com a mesma causa, daí considerar-se importante saber sobre história de queda anterior e as circunstâncias em que aconteceram (Tideiksaar, 2009). De acordo com Davenport [et al] (2009), doentes com queda durante a hospitalização têm maior risco de queda em casa após a alta, o que reforça a necessidade de se obterem dados relativos a episódios anteriores de queda.

A segunda e terceira parte do formulário foram constituídas pelo conjunto de itens que integram a Escala de Confusão Neecham (Neves, Silva e Marques, 2011) e o Modelo de Hendrich II de Risco de Queda (Caldevilla [et al], 2012), respetivamente.

2.6.2. Recolha de dados e procedimento da sua análise

A recolha de dados iniciou-se após ter sido concedida a autorização da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo (Anexo IV). Os dados foram colhidos de 24 de abril de 2009 a 31 de janeiro de 2010, após aplicação do consentimento informado, à amostra anteriormente descrita.

Existem dois tipos de dados recolhidos: os dados obtidos através da análise documental dos processos clínicos, compostos pelos diagnósticos de enfermagem e outras ocorrências; pelo diagnóstico médico, antecedentes pessoais e terapêutica medicamentosa; e os dados obtidos através da aplicação das escalas pela investigadora.

Os dados obtidos pela aplicação das escalas e através do preenchimento do formulário de recolha de dados sociodemográficos, antecedentes pessoais e diagnósticos de Enfermagem cujo tratamento requeria uma análise estatística, foram lançados numa base de dados IBM® *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 19. No final e antes de proceder à sua análise, a base foi inspecionada, fundamentalmente à procura de dados “aberrantes” que pudessem indiciar erros na introdução dos dados ou mesmo, erros no registo prévio da informação. As situações pontuais foram corrigidas, com recurso à consulta dos materiais em suporte de papel.

¹ No local de colheita de dados existia um impresso de preenchimento aquando da ocorrência de queda para comunicação ao Gabinete de risco. Para além deste impresso, os enfermeiros registavam no processo dos clientes a ocorrência de queda, sob a forma de diagnóstico.

Verificou-se, durante a colheita dos dados, que seria necessário efetuar uma análise qualitativa a alguns dos dados obtidos, em virtude da sua prevalência e natureza (foi necessário descrever a situação em que os dados em questão se enquadram). Deste modo, os dados referentes à ocorrência de quedas foram tratados qualitativamente (através do estudo individual de casos), devido ao número diminuto na ocorrência de quedas (5) durante o período de colheita de dados e tendo em conta os critérios de inclusão dos doentes da amostra.

Na apresentação e discussão dos resultados, sempre que oportuno, referimos os testes estatísticos utilizados, bem como os seus fundamentos, em função dos objetivos que presidiram à sua escolha.

2.7. ASPETOS ÉTICOS

Nesta investigação, para a utilização da Escala de Confusão Neecham e do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda, foram obtidas as devidas autorizações dos autores dos originais e respetivos tradutores.

A proposta do estudo foi apresentada ao Conselho de Administração da instituição onde se realizou a colheita de dados (Centro Hospitalar Barreiro Montijo – Barreiro), tendo-se obtido parecer positivo da Comissão de Ética. Foram informados os responsáveis do serviço acerca da realização do estudo, assim como os enfermeiros do mesmo serviço que exerciam funções na altura do momento da colheita de dados.

Foram cumpridas as orientações da Comissão de Ética, tendo-se procedido à colheita de dados pós a aplicação do consentimento informado (Anexo V) a todos os doentes do estudo. O consentimento é considerado livre e voluntário se a pessoa a quem está a ser aplicado conhece o conteúdo, compreende bem aquilo em que se envolve e não está a ser sujeita a manipulação, coerção ou pressão (Fortin, 2009). Apesar da presente investigação dizer respeito à colheita de dados referentes a atividades diagnósticas e outros dados de saúde (e não pessoais), dada a natureza do estudo, a idade dos participantes (mais de 65 anos) e pelo facto de se encontrarem numa situação de vulnerabilidade, foi obtido consentimento livre e esclarecido do doente e de um seu familiar (pessoa significativa ou descendente). Foi explicada a razão para o pedido de consentimento, tanto ao participante como ao familiar, após o qual lhes foi fornecido o documento para ler e assinar.

Todos os consentimentos informados foram guardados em pasta própria para o efeito, não sendo possível relacionar a pessoa com os dados que lhe dizem respeito. Para ser garantida a confidencialidade dos dados colhidos, procedeu-se à sua codificação, tendo sido atribuída uma identificação numérica a cada um dos doentes. Foi colocado, num caderno à parte, o número de episódio de internamento juntamente com a identificação numérica atribuída a cada doente, que esteve sempre na posse da investigadora.

O facto de ter sido necessário o consentimento informado constituiu uma limitação da pesquisa, pois inviabilizou a participação de alguns doentes que seriam importantes para a investigação, aspeto que desenvolveremos em momento oportuno.

PARTE III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De seguida, procede-se à apresentação dos resultados do estudo. Será feita uma breve caracterização da amostra, após a qual será avaliada a magnitude do problema através da obtenção de dois tipos de dados: dados obtidos através da consulta dos processos clínicos (que correspondem ao juízo clínico dos enfermeiros no estabelecimento de diagnósticos de enfermagem) e dados obtidos através da aplicação dos instrumentos de medida (pela investigadora).

No nosso estudo, como já foi referido, utilizámos uma abordagem quantitativa na análise dos dados, através do programa de tratamento de dados estatísticos IBM® *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 19.

Para estudo das propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados foram efetuados os testes *Alpha* de Cronbach, nomeadamente para análise da consistência interna das escalas. Para a descrição das variáveis recorremos à estatística descritiva e para o estudo das suas relações à estatística inferencial.

Na análise descritiva descreveremos a amostra através das frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central, nomeadamente a média, moda e mediana e medidas de dispersão através do desvio padrão. Procedemos ao estudo das características da distribuição amostral, através do teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), verificando a existência de resultados com e sem significância estatística de $p < 0,05$, o que nos revelou que a nossa amostra adere à normalidade, com a exceção da variável “idade” (Anexo IX).

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra é constituída por 96 doentes de ambos os sexos, sendo a maioria do sexo feminino (n=52). Os doentes têm entre 65 e os 93 anos de idade, sendo a média de idades 77,25 anos, a mediana 77, a moda 76 e o desvio padrão é de 9,99, como se observa através da tabela seguinte.

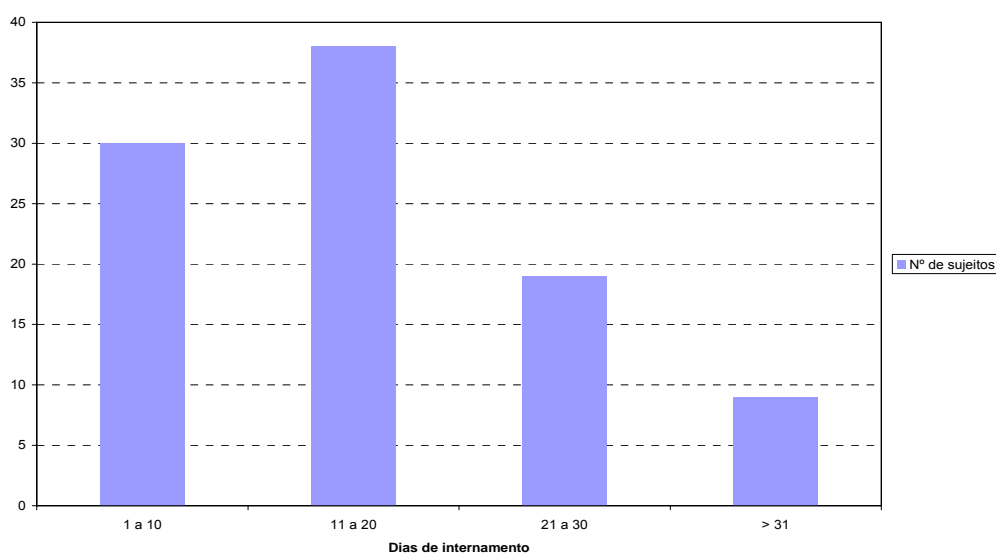
A média de tempo de internamento foi de 16,65 dias, a mediana 14, a moda 20 e o desvio padrão 9,97. O internamento mais longo durou 47 dias e o mais curto durou 4 dias. A maioria dos doentes teve um tempo de internamento entre os 11 e os 20 dias.

Tabela 2 – Idade e Tempo de internamento

	Média	Moda	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo	Desvio-padrão
Idade (em anos)	77,2	76	77	65	93	9,986
Tempo de internamento (em dias)	16,65	20	14	4	47	9,97

No gráfico seguinte podemos observar a distribuição da amostra pelo tempo de internamento:

Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo Tempo de Internamento



A maioria dos doentes (n=35) teve diagnósticos médicos relacionados com doenças a nível do aparelho circulatório, seguindo-se de doenças respiratórias (n=16) e cardíacas (n=8), como se pode verificar através da tabela seguinte.

Tabela 3 – Distribuição dos doentes por diagnóstico médico

Diagnóstico	Frequência absoluta	Frequência relativa
Doença respiratória	35	36,5%
Doença do aparelho circulatório	16	16,7%
Doença cardíaca	8	8,3 %
Doença oncológica	6	6,3 %
Doença hematológica	5	5,2 %
Doença do aparelho urinário	5	5,2 %
Síndrome Febril	5	5,2 %
Outras	16	16,7%

No total dos 96 doentes do estudo registaram-se apenas 5 casos de queda. Para além da análise quantitativa, optou-se por fazer uma apreciação de natureza mais qualitativa, no sentido de encontrar dados que possam enriquecer a exploração do problema, descritos no Anexo VI. Seguidamente apresenta-se a descrição de cada caso onde se verificou a existência de queda:

Caso 1:

A primeira queda registada teve lugar ao 13º dia de internamento, sendo que se tratava de um doente do sexo masculino, de 75 anos de idade. Tinha como deficiência sensorial disartria ligeira. Foi avaliado como confuso e com risco de queda pelos enfermeiros. Não tinha história de queda anterior. A queda registou-se às 0 horas, sendo que o doente referiu “querer ir urinar”. Note-se que o doente não era capaz de pedir um urinol ou especificar a necessidade de micção quando questionado, encontrando-se com fralda durante as 24 horas diárias. Obteve um *score* de 25 na Escala de Confusão Neecham, na admissão (classificando-o com alto risco de confusão) e risco de queda em grau elevado no Modelo de Hendrich II de Risco de Queda (*score* 6). Note-se que, aquando do Teste “Levantar e Andar”, o doente teve pontuação igual a 3, que significa que se ergueu apenas após várias tentativas.

Caso 2:

A segunda queda registou-se num doente do sexo feminino, de 80 anos de idade, no dia da admissão, às 6 horas da madrugada. O doente referiu querer “tentar andar”. Este doente não especificou a razão de “querer andar” e ainda não tinha efetuado levante desde a admissão no momento da queda. Não solicitou ajuda. Não tinha história de queda anterior nem deficiência sensorial. Não foi avaliado como confuso pelos enfermeiros mas foi avaliado como tendo risco de queda. Obteve um *score* de 19 na Escala de Confusão de Neecham no momento da admissão (classificando-o como tendo confusão moderada a severa), e risco de queda em grau elevado no Modelo de Hendrich II de Risco de Queda (*score* 10). Note-se que, aquando do Teste “Levantar e Andar”, o doente teve pontuação igual a 4, ou seja, a pedido, não conseguiu efetuar levante.

Caso 3:

A terceira queda registou-se num doente do sexo masculino, de 69 anos de idade, ao 4º dia de internamento, às 8 horas da manhã. Verificou-se ter as grades do leito elevadas. O doente referiu querer urinar. Tratava-se de um doente que não controlava as micções, necessitando da colocação de absorvente. Não pedia a sua substituição. O doente tinha disartria, hemiparésia direita (mobilidade comprometida predominantemente a nível do membro superior) história anterior de queda (foi encontrado caído na via pública) e foi avaliado como confuso e com risco de queda pelos enfermeiros. Esteve internado no serviço 9 dias. Este doente obteve um *score* de 14 na Escala de Confusão Neecham no momento da admissão (classificando-o com confusão moderada a severa), e risco de queda em grau elevado no Modelo de Hendrich II de Risco de Queda (*score* 10). Note-se que, aquando do Teste “Levantar e Andar”, o doente teve pontuação igual a 4, que significa ser “incapaz de se levantar sem ajuda durante o teste”. Este é um dado relevante, tendo em conta que o doente teve uma queda durante o internamento, conseguindo, de facto, levantar-se sem ajuda.

Caso 4:

A quarta queda registou-se ao 26º dia de internamento de um doente do sexo masculino, de 70 anos de idade. Aconteceu às 11 da manhã com o doente sentado numa cadeira de rodas, sendo que, por falta de postura (devido a hemiparésia esquerda), escorregou da cadeira de rodas e caiu no chão, sem consequências. Tratava-se de um doente consciente, que havia efetuado levante para a cadeira de rodas com ajuda da

enfermeira, tendo colaborado pouco. Encontrava-se mais asténico que no início do internamento e com um nível maior de dependência nos autocuidados. Não tinha história anterior de queda e apresentava diminuição ligeira da acuidade visual. Foi avaliado como “não confuso” pelos enfermeiros, mas com risco de queda. O doente esteve 36 dias internado no serviço. Obteve um *score* de 28 na Escala de Confusão Neecham, na admissão (classificando-o como não confuso ou com função normal), e risco de queda em grau elevado no Modelo de Hendrich II de Risco de Queda (*score* 11). Note-se que aquando do Teste “Levantar e Andar” o doente teve pontuação igual a 4, o que significa ser “incapaz de se levantar sem ajuda durante o teste”.

Caso 5:

A quinta queda registou-se num doente do sexo masculino, de 74 anos de idade, no dia da admissão, à 1 hora da madrugada. O doente referiu levantar-se para tentar andar. Estava com restrição física a nível dos membros superiores. No momento da queda estava apirético (tinha como diagnóstico médico Síndrome Febril a esclarecer). Apresentava história anterior de queda (há 9 dias atrás, por síncope), disartria ligeira e foi avaliado pelos enfermeiros como confuso e com risco de queda. Esteve internado no serviço durante 29 dias. Obteve um *score* de 16 na Escala de Confusão Neecham na admissão (confusão moderada a severa), e risco de queda em grau elevado no Modelo de Hendrich II de Risco de Queda (*score* 11). Note-se que aquando do Teste “Levantar e Andar” o doente teve pontuação igual a 3, que significa que se ergueu apenas após várias tentativas.

Perante um doente avaliado como tendo risco de queda (pelo juízo clínico dos enfermeiros), os profissionais habitualmente mantinham grades elevadas e restrição física de tronco aquando do levantar; em doentes com agitação psicomotora, habitualmente utilizavam a restrição física de pulsos, sendo que os removiam habitualmente na presença da pessoa significativa (familiar que colaborava na reorientação do doente e na sua vigilância). Após a ocorrência de uma queda, os enfermeiros do serviço tinham, como intervenções habituais, manter a elevação de grades no leito e iniciar restrição física (de tronco, aquando do levantar; de membros superiores, aquando no leito). No doente descrito no caso 4, foi-lhe apenas aplicado restrição física de tronco aquando do levantar e elevação de grades no leito.

3.2. JUÍZO CLÍNICO DOS ENFERMEIROS VS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

O juízo clínico foi sempre considerado como uma habilidade essencial para cada enfermeiro e, aquilo que distingue os profissionais de enfermagem daqueles que exercem um papel meramente técnico. Para Benner et al. (1996, 2): *“clinical judgment refers to the ways in which nurses come to understand the problems, issues, or concerns of clients/patients, to attend to salient information and to respond in concerned and involved ways”*.

Na transposição deste juízo clínico para o contexto da identificação das situações de risco, Wicks (2006; 14) refere que *“risk assessment is a central concept in predicting health care needs and implementing a preventive strategy. However, risk-assessment tools are subject to misuse and it is argued that they can reduce the key role of clinical judgement in decision-making”*.

A especificidade moderada de instrumentos de avaliação de risco é uma preocupação quando se avalia a utilidade clínica de tais ferramentas dado que muitos doentes que não têm quedas são identificados como de alto risco. Isto tem implicações para a implementação de intervenções de prevenção de quedas que são direcionadas para aqueles que têm alto risco de queda. Por outro lado, também temos a noção de que existem aspetos que afetam a capacidade diagnóstica, nomeadamente a variabilidade da população com risco e sem risco.

Para além dos estudos sobre instrumentos de avaliação de risco de queda, alguns estudos investigaram o julgamento clínico dos enfermeiros em relação à avaliação de risco de queda. Por exemplo, Eagle *et al*, citado por Myers & Nikoletti, 2003, realizaram um estudo comparativo entre o juízo clínico dos enfermeiros com dois instrumentos de avaliação de risco e concluíram que os dois métodos de avaliação não eram melhores em prever a queda do que os julgamentos clínicos dos enfermeiros.

No contexto do estudo realizado interessava saber em que medida qual dos métodos utilizados (juízo clínico dos enfermeiros, a Escala de Confusão Neecham ou o Modelo de Hendrich II de Risco de Queda) para identificar confusão e consequentemente o risco de queda, possuíam um maior valor para a sensibilidade e para a especificidade, pois esse identificará corretamente aqueles que têm risco e aqueles que não têm. Ou seja, por um lado interessava identificar os que tinham ou não

confusão, os que tinham ou não risco de queda, por forma a comparar a capacidade de avaliação de risco de queda através da escala de HIFRM e do julgamento clínico dos enfermeiros para predizer a queda.

3.2.1. Dados resultantes do juízo clínico dos enfermeiros

Como foi referido anteriormente, os enfermeiros do serviço não utilizavam no seu dia-a-dia, instrumentos de medida validados para a avaliação da Confusão e do Risco de Queda dos doentes internados. Para identificar as situações que requerem cuidados, os enfermeiros recolhiam (para este contexto) dados resultantes da observação sobre a forma como os doentes realizam atividades de autocuidado e do questionamento sobre a orientação dos doentes em relação ao tempo, espaço e pessoa. Da análise dos dados, inferem os respetivos diagnósticos que documentam no processo clínico. Neste sentido, procedemos à recolha dos dados documentados no processo clínico dos doentes, relativamente aos dois focos de atenção de enfermagem em estudo (confusão e queda), em dois momentos distintos do período de internamento (na admissão e na alta hospitalar). Nesta fase interessava-nos unicamente os registos que permitissem identificar os seguintes diagnósticos de enfermagem:

- Para o foco de atenção confusão: ausência de confusão, confusão (ligeira ou início / moderada a elevada) e risco de confusão;
- Para o foco de atenção queda: ausência de queda, queda e risco de queda.

Da análise dos dados documentados no processo clínico dos doentes, resultantes da avaliação dos enfermeiros (juízo clínico) constatamos que os enfermeiros só identificavam ausência ou presença de confusão. No momento da admissão, de um total de 96 doentes internados, identificamos o registo a 42 doentes do enunciado diagnóstico “confusão” e, nos restantes processos clínicos (54), nenhuma indicação da existência de confusão. Destes processos dos doentes em análise, verificamos que os dados documentados traduziam 91 doentes com risco de queda e 5 sem risco de queda.

Como referimos anteriormente, interessava-nos caracterizar a magnitude da confusão em doentes com risco de queda. Para facilitar a leitura destes resultados recorreremos ao uso de tabela com dupla entrada, que possibilita as frequências das duas variáveis combinadas.

A tabela 4 permite verificar que dos 54 doentes identificados pelos enfermeiros como “não confusos” apenas 5 (9,3%) foram identificados como “sem risco de queda”. Do total dos casos em análise (n=96) a identificação de risco de queda verificou-se em 94,8% (n=91), que engloba 46,2% de doentes com confusão (n=42). Assim, de acordo com o juízo clínico dos enfermeiros, documentado no processo clínico e sem recurso a instrumentos de avaliação da confusão e risco de queda, todos os doentes identificados pelos enfermeiros como confusos têm risco de queda (n=42).

Tabela 4 – Relação entre o juízo clínico dos enfermeiros nos diagnósticos Confusão e Risco de queda

		Risco de Queda (juízo clínico dos enfermeiros)		Total	
		Não	Sim		
Confusão (juízo clínico dos enfermeiros)	Não	N	5	49	54
		% dentro do grupo “Confusão”	9,3 %	90,7 %	100 %
		% dentro do grupo “Risco de Queda”	100 %	53,8 %	56,3 %
		% do total	5,2 %	51 %	56,3 %
	Sim	Nº	0	42	42
		% dentro do grupo “Confusão”	0 %	100 %	100 %
		% dentro do grupo “Risco de Queda”	0 %	46,2 %	43,8 %
		% do total	0 %	43,8 %	43,8 %
Total	Nº	5	91	96	
	% dentro do grupo “Confusão”	5,2 %	94,8 %	100 %	
	% dentro do grupo “Risco de Queda”	100 %	100 %	100 %	
	% do total	5,2 %	94,8 %	100 %	

Observa-se que os diagnósticos confusão e risco de queda se mantêm até ao momento da alta, com exceção de um dos doentes que sofreu queda, e que, no momento da admissão, não estava avaliado como confuso, sendo que, após a queda, houve reavaliação do estado mental, passando a ter o diagnóstico de confusão. Considera-se, nesta situação, haver benefício de uma avaliação periódica dos diagnósticos “Confusão” e “Risco de Queda”, não a restringindo apenas em situações de alteração do estado de consciência e ocorrência de queda. Cada situação é única, e uma queda num doente confuso, incorretamente avaliado pelo juízo clínico de um profissional de saúde pode ter consequências desastrosas, inclusive levar a ferimentos, imobilidade, disfunção psicossocial e até morte (Tideiksaar, 2009). Esta possibilidade direciona-nos ao cerne deste estudo, em que se defende a utilização de instrumentos validados para a obtenção

de resultados objetivos, válidos e fiáveis, para uma avaliação correta de um problema prevalente.

Todos os outros doentes mantiveram os diagnósticos de Confusão (ou a sua ausência) e Risco de Queda (ou a sua ausência) desde a admissão até à alta, não se observando alterações.

Dos doentes que tiveram quedas (n=5), todos tinham o Risco de Queda identificado, sendo que 3 estavam avaliados como confusos. No momento da alta todos mantêm Risco de Queda, passando a haver 4 doentes com Confusão. Apenas um doente manteve a ausência de diagnóstico de Confusão, tendo-se registado a ocorrência de uma queda neste indivíduo.

3.2.2. Dados resultantes da utilização dos instrumentos de medida

Neste subcapítulo, procede-se à apresentação dos resultados obtidos pelas escalas de avaliação utilizadas nesta investigação e que foram aplicadas pelo investigador: Escala de Confusão Neecham (Neves, Silva e Marques, 2011) e Modelo de Hendrich II de Risco de Queda (Caldevilla [et al], 2012).

3.2.2.1. Características psicométricas dos instrumentos de medida

A consistência interna da Escala de Confusão Neecham foi analisada (resultados na admissão) através do coeficiente de consistência interna α -Cronbach. O valor encontrado (0,917) pode ser considerado como excelente, dado que pode variar entre 0.00 e 1.00, sendo que um valor mais elevado indica uma grande consistência interna (Fortin, 2009). Este valor é semelhante ao encontrado no estudo de Neves, Silva e Marques (2011), que validou a escala para o contexto português – α -Cronbach=0,913, o que vai de encontro aos estudos de Immers, Schuurmans e Bijl (2005) - α -Cronbach=0,88 – e de Johansson, Hamrin e Larsson (2002) - α -Cronbach=0,73 e 0,82. Quanto mais perto de 1 melhor será a consistência interna do instrumento, no entanto uma boa consistência deverá exceder um Alpha de 0,80, mas são aceitáveis valores acima de 0,60. Este valor de Alpha não se alterava significativamente se alguma questão da escala fosse eliminada (Anexo VII).

Para o instrumento “Modelo de Hendrich II de Risco de Queda” foi utilizado o mesmo procedimento para avaliar a consistência interna (resultados na admissão), através do coeficiente de consistência interna α -Cronbach, cujo resultado foi baixo (0.493), o que vai de encontro aos estudos de Heinze, Halfens e Dassen (2008) e de Chapman, Bachand e Hyrka (2011), estando em oposição ao estudo de Ivziku, Matarese & Pedone (2011), que se realizou numa amostra de 179 idosos internados numa unidade de cuidados geriátricos agudos. Seguidamente, procurou-se conhecer como se comportava o instrumento pela eliminação de alguns dos seus itens (Anexo VIII).

Através dos resultados da análise à consistência interna do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda, observa-se que tanto a variável Confusão como o “*Get up and go test*” são igualmente importantes para a avaliação do risco de queda, pois têm um peso significativo para esse mesmo cálculo. Ao eliminar o item Confusão, verifica-se que a consistência interna do modelo desce para níveis inaceitáveis (α cronbach=0.262). Este achado sugere que a Confusão tem um peso significativo para o Risco de Queda, o que vai de encontro aos pressupostos de Hendrich (2007). Nesta investigação, todos os doentes confusos têm risco de queda em elevado grau, ou seja, o *score* total no Modelo de Hendrich II de Risco de Queda tanto no momento da admissão como da alta é igual ou superior a 5. Este facto está relacionado com o elevado peso que a Confusão tem para o risco de queda. Vassallo [et al] (2005) refere que doentes confusos sofrem mais quedas que os não confusos. No Modelo de Hendrich II de Risco de Queda, a Confusão é a variável que, conjuntamente com o “Incapaz de se levantar sem ajuda” (do Teste “Levantar e Andar”) tem maior peso para a determinação do risco de queda (Hendrich, 2007).

O contrário verifica-se se eliminarmos os itens Depressão, Tonturas e Benzodiazepinas, em que o valor da consistência interna sobe aquando da eliminação de cada um. Contudo, os valores de α de Cronbach não sofrem nestes casos alterações muito grandes, passando a apresentar valores entre 0,542 e 0,516.

3.2.2.2. A utilização da Escala de Confusão Neecham: Identificação de Confusão

A Escala de Confusão Neecham estratifica os doentes por grau de confusão (doentes com confusão ligeira e com confusão moderada a severa), risco de confusão e ausência de confusão.

No momento da admissão, do total de casos em análise, verificou-se a existência de 47 doentes confusos e 49 doentes não confusos ou com risco de confusão. Através da tabela 5, constatamos que a maioria dos doentes (49,0%), na admissão, apresentava confusão (moderada a severa – 37,5% e ligeira – 11,5%). Apenas 5,2% dos doentes apresentava “risco de confusão” e os restantes foram identificados pelos scores da escala como “não confusos” (45,8%).

No momento da alta hospitalar, constatamos que a maioria dos doentes (46,9%) apresentava confusão (moderada a severa – 32,3% e ligeira – 14,6%). Apenas 7,3% dos doentes apresentava “risco de confusão” e os restantes foram identificados pelos scores da escala como “não confusos” (45,8%).

Tabela 5 – Totais da Escala de Confusão Neecham no momento da admissão

Escala de Confusão Neecham (resultado global)	Admissão		Alta	
	N	%	N	%
Confusão moderada a severa	36	37,5	31	32,3
Confusão ligeira ou início de desenvolvimento de confusão	11	11,5	14	14,6
“Não confuso” mas com alto risco de confusão	5	5,2	7	7,3
“Não confuso”, ou função normal	44	45,8	44	45,8
Total	96	100,0	96	100,0

De um modo global, verifica-se que não há praticamente diminuição a nível do número de doentes confusos (doentes com confusão moderada a severa e com confusão ligeira), sendo que há aumento do número de doentes com risco de confusão. Verifica-se, contudo, que os *scores* de Confusão melhoraram significativamente (há menos doentes com Confusão moderada a severa).

Quando comparados os *scores* da Escala de Confusão de Neecham na admissão e no momento da alta, verifica-se que, na admissão, o *score* total mínimo corresponde a 1, enquanto o *score* total máximo corresponde a 30, havendo uma média de *score* de 21,98, sendo o desvio padrão de 7,406. Já no momento da alta há melhoria significativa destes valores, sendo o *score* mínimo de 6, mantendo-se o máximo de 30, a média de

23,01 (os doentes têm níveis mais baixos de confusão ou não têm confusão) e o desvio padrão é de 6,920.

Tabela 6 – Comparação entre *scores* na Escala de Confusão Neecham na admissão e na alta

	N	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Moda	Desvio padrão
NEECHAM Admissão Total	96	1	30	21,98	25	29	7,406
NEECHAM Alta Total	96	6	30	23,01	25,5	30	6,920

De uma forma geral, verifica-se que os *scores* de confusão, de acordo com a aplicação da Escala de Confusão Neecham, melhoraram ligeiramente, quando comparados com a avaliação efetuada no momento da admissão (a média passou de 21,98 para 23,01 – contudo, esta média mantém-se em “confusão ligeira ou início de desenvolvimento de confusão”).

Há também diminuição no número de doentes confusos (n=45) relativamente a não confusos (n=51). Isto poderá estar relacionado com a provável melhoria do estado de saúde dos doentes no momento da alta, o que se pode repercutir no estado mental (ex.: melhor oxigenação, infeção controlada, melhoria na perfusão dos tecidos em doentes com acidentes vasculares...). No entanto, verifica-se um aumento do número de doentes com “risco elevado” de confusão, embora haja uma diminuição de doentes com confusão “moderada a severa”.

A tabela 7 ilustra a distribuição dos doentes pelas variáveis da Escala de Confusão Neecham no momento da admissão.

Como referimos anteriormente, a Escala de Confusão Neecham tem nove itens agrupados em três níveis. O primeiro nível avalia o processamento, que compreende três itens: atenção, ordem e orientação. Ao nível da “atenção”, podemos observar que a maioria dos doentes tem pontuação 4 (n=57), o que significa que obtiveram a máxima pontuação, que corresponde a uma resposta normal aos estímulos exteriores. Ao nível da “ordem”, observamos novamente que a maioria dos doentes (n=51) obtém a pontuação máxima, o que significa que a maioria dos doentes (n=47) consegue executar uma ordem pedida. Ao nível da “orientação”, novamente a maioria dos doentes obtém a

pontuação máxima, o que significa que os processos do pensamento, conversação e memória não estão afetados.

O segundo nível avalia o comportamento, que compreende três itens: aparência, motor e verbal. No item “aparência”, podemos observar que existe uma distribuição homogênea nos extremos da pontuação possível, ou seja, existem tantos doentes que conseguem controlar a aparência e higiene (n=35) como existem doentes que não mantêm a postura e aparência normal na cama (n=34). Já ao nível “motor” e “verbal”, a maioria dos doentes obtém pontuação máxima, o que significa que a maioria dos doentes (n=43 e n=48, respetivamente) tem um comportamento motor e um discurso normais.

O terceiro nível avalia a função fisiológica, que compreende três itens: estabilidade das funções vitais, estabilidade da saturação de oxigénio e controlo de continência urinária. Ao nível da “estabilidade das funções vitais”, observamos que os doentes se distribuem de forma mais ou menos homogênea pela pontuação, ou seja, encontram-se doentes com dois ou mais parâmetros vitais anormais (n=25) e um ligeiro acréscimo de doentes com os parâmetros vitais normais (n=39). Ao nível da “estabilidade da saturação de oxigénio”, observamos que a grande maioria (n=74) tem pontuação máxima, ou seja, tem saturação de oxigénio normal (superior a 93%). Já ao nível do “controlo de continência urinária” existe uma distribuição homogênea entre os polos de pontuação possível, ou seja, existem tantos doentes que mantêm o controlo da bexiga (n=43) como doentes que estão incontinentes, necessitam de algaliação (intermitente ou permanente) ou estão em anúria (n=46).

Tabela 7 – Variáveis da Escala de Confusão Neecham no momento da admissão

	Score	0	1	2	3	4	5	Total
Nível I – Processamento								
Atenção	N	1	2	14	22	57	N/A	96
	%	1,1%	2,1%	14,7%	22,1%	60,0%	N/A	100,0%
Ordem	N	1	3	18	16	7	51	96
	%	1,0%	3,1%	18,8%	16,7%	7,3%	53,1%	100,0%
Orientação	N	3	6	9	17	14	47	96
	%	3,1%	6,3%	9,4%	17,7%	14,6%	49,0%	100,0%
Nível II – Comportamento								
Aparência	N	34	27	35	N/A	N/A	N/A	96
	%	35,4%	28,1%	36,5%	N/A	NA	N/A	100,0%
Motor	N	8	8	6	31	43	N/A	96
	%	8,3%	8,3%	6,3%	32,3%	44,8%	N/A	100,0%
Verbal	N	1	12	16	19	48	N/A	96
	%	1,0	12,5	16,7	19,8	50,0	N/A	100,0
Nível III – Controlo Fisiológico								
Estabilidade das Funções Vitais	N	25	32	39	N/A	N/A	N/A	96
	%	26,0%	33,3%	40,6%	N/A	N/A	N/A	100,0%
Estabilidade da Saturação de Oxigénio	N	2	20	74	N/A	N/A	N/A	96
	%	2,1%	20,8%	77,1%	N/A	N/A	N/A	100,0%
Controlo de Continência Urinária	N	46	7	43	N/A	N/A	N/A	96
	%	47,9%	7,3%	44,8%	N/A	N/A	N/A	100,0%

3.2.2.3. A utilização do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda: Identificação de risco de queda

Para a avaliação dos doentes no momento da admissão, relativamente ao Risco de Queda, utilizou-se o *score* total da Escala de Confusão Neecham de cada doente para o preenchimento do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda na admissão – na variável Confusão/Desorientação/Impulsividade. A todos os doentes com Confusão, ou seja,

com avaliação de “Confusão moderada a severa” ou “Confusão ligeira ou início de desenvolvimento de confusão” foi atribuída a pontuação 4 na variável Confusão, o que corresponde a 47 (49,0%) dos casos.

No momento da admissão, e de acordo com os resultados da aplicação do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda, verifica-se que existem 34 (35,4%) doentes sem risco de queda, sendo que os restantes têm risco de queda (n=62).

Analisando as variáveis que compõem o modelo, foi identificada, em 29 doentes (30,2%) sintomatologia consistente com Depressão (não tratada). Verificou-se Eliminação alterada em 41 doentes (42,7%), Tonturas em 6 doentes (6,3%), uso de Antiepiléticos em 4 doentes (4,2%) e Benzodiazepinas em 24 doentes (25,0%).

Na avaliação do Teste “Levantar e Andar”, foi pedido aos doentes para se sentarem numa cadeira ou, em alternativa, que se sentassem na beira da cama. Foram apenas considerados os doentes que pudessem efetuar levante nas primeiras 24 horas de internamento (como descrito nos critérios de inclusão da amostra). Verificou-se que em 48 casos, os doentes são incapazes de se levantar sem ajuda durante o teste. Os doentes que se erguem à primeira tentativa ou após várias tentativas distribuem-se equitativamente (20 e 18 doentes, respetivamente). Apenas em 10 (10,4%) dos casos, os doentes são capazes de se levantar sem ajuda durante o teste.

No momento da alta, e de acordo com os resultados da aplicação do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda, a alteração não é significativa, pois verifica-se que existem 33 doentes sem risco de queda (apenas menos um caso do que no momento da admissão), sendo que os restantes 63 casos têm risco de queda (65,6%).

Pormenorizadamente, o *score* total da avaliação no momento da alta da Escala de Confusão Neecham de cada doente foi utilizado, tal como na admissão, no preenchimento do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda na alta – na variável Confusão/Desorientação/Impulsividade. A todos os doentes com avaliação de “Confusão moderada a severa” ou “Confusão ligeira ou início de desenvolvimento de confusão” (pela aplicação da Escala de Confusão Neecham) foi atribuída a pontuação 4 na variável Confusão/Desorientação/Impulsividade (o que corresponde a 45 dos casos, verificando-se um ligeiro decréscimo quando comparado com a avaliação efetuada no momento da admissão – 47 doentes).

Analisando as variáveis que compõem o modelo, os dados verificados no momento da alta são sobreponíveis aos observados no momento da admissão (tabela 8). Exceto na avaliação do Teste “Levantar e Andar”, nomeadamente no item “Capaz de se

levantar num movimento único – Sem perda de equilíbrio ao andar” onde se observa uma ligeira melhoria na capacidade demonstrada (de 10 para 17 casos, um aumento de 7,3%).

Apenas em 10 (10,4%) dos casos, os doentes são capazes de se levantar sem ajuda durante o teste.

Tabela 8 – Variáveis do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda no momento da admissão e da alta

	Admissão				Alta				Total	
	Sim		Não		Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Confusão	47	49,0	49	51,0	45	46,9	51	53,1	96	100
Depressão	29	30,2	67	69,8	29	30,2	67	69,8		
Eliminação Alterada	41	42,7	55	57,3	43	44,8	53	55,2		
Tonturas	6	6,3	90	93,8	2	2,1	94	97,9		
Masculino	44	45,8	52	54,2	44	45,8	52	54,2		
Antiepiléticos	4	4,2	92	95,8	5	5,2	91	94,8		
Benzodiazepinas	24	25,0	72	75,0	24	25	72	75		

Momento	Teste “Levantar e Andar”	Capaz de se levantar num movimento único – Sem perda de equilíbrio ao andar	Ergue-se à primeira tentativa	Ergue-se após várias tentativas	Incapaz de se levantar sem ajuda durante o teste	Total
Admissão	N	10	20	18	48	96
	%	10,4%	20,8%	18,8%	50,0%	100%
Alta	V	17	15	21	43	96
	%	17,7%	15,6%	21,9%	44,8%	100%

Quando comparados os *scores* de risco de queda do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda na admissão e no momento da alta, verifica-se que, na admissão, o *score* total mínimo corresponde a 1, enquanto o *score* total máximo corresponde a 13, havendo uma média de *score* de 6,59, sendo o desvio padrão de 3,69. Já no momento da alta observa-se uma ligeira melhoria destes valores, sendo o *score* mínimo de 0, mantendo-se o máximo de 13, a média de 6,34 (os doentes têm graus ligeiramente mais baixos de risco de queda) e o desvio padrão é de 3,82.

Tabela 9 – Comparação entre *scores* no Modelo de Hendrich II de Risco de Queda na admissão e na alta

	N	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Moda	Desvio padrão
HIIFRM Admissão Total	96	1	13	6,59	7,5	9	3,69
HIIFRM Alta Total	96	0	13	6,34	7	1	3,82

Observa-se, desde a admissão até à alta, uma ligeira melhoria, não significativa, nos *scores* de Risco de Queda (a média passou de 6,59 para 6,34 – o que significa que a média se mantém no “risco elevado” de queda), apesar de existir mais um doente com risco de queda, o que não sucedia na admissão.

3.2.2.4. Relação entre Confusão e Risco de Queda

Os resultados obtidos através da avaliação dos dois focos em estudo (confusão e queda) na admissão e na alta são sobreponíveis para ambas as situações, como se pode observar pela tabela 10.

Tabela 10 – Resultados da avaliação dos instrumentos de medida no momento da admissão e da alta

		Admissão	Alta
Neecham	Confusos	47	45
	Não confusos (ou com risco)	49	51
HIIFRM	Com risco de queda	62	63
	Sem Risco de Queda	34	33

À semelhança do realizado para a análise dos dados documentados no processo clínico dos doentes, resultantes da avaliação dos enfermeiros (juízo clínico) recorremos ao uso de tabela com dupla entrada, que possibilita as frequências das duas variáveis combinadas), para analisar os resultados da aplicação dos instrumentos de avaliação pelo investigador.

No momento da admissão, identificamos com a utilização da escala de Neecham, 47 doentes confusos (49,0%) e 49 não confusos (51,0%). Destes doentes em análise, verificamos que os dados documentados traduziam 62 doentes com risco de queda (64,6%) e 34 sem risco de queda (35,4%).

A tabela 11 permite verificar que dos 49 doentes identificados pela escala como “não confusos” apenas 15 (30,6%) foram identificados como “sem risco de queda”. Do total dos casos em análise (n=96) a identificação de risco de queda verificou-se em 64,6% (n=62), que engloba 75,8% de doentes com confusão (n=47). Assim, de acordo com o recurso ao instrumento de avaliação da confusão e risco de queda, todos os doentes identificados como confusos têm risco de queda (n=47).

Estabelecendo uma relação entre os dois focos, e através dos dados obtidos, conclui-se que a confusão tem um peso significativo para o risco de queda. Quanto aos doentes não confusos, apenas 15 têm risco de queda.

Tabela 11 – Resultados da aplicação dos instrumentos de avaliação da Confusão e Risco de queda

		Risco de Queda (HIIFRM)			Total
			Não	Sim	
Confusão (Escala de Neecham)	Não	N	34	15	49
		% dentro do grupo "Confusão"	69,4 %	30,6 %	100 %
		% dentro do grupo "Risco de Queda"	100 %	24,2 %	51 %
		% do total	35,4 %	15,6 %	51 %
	Sim	N	0	47	47
		% dentro do grupo "Confusão"	0 %	100 %	100 %
		% dentro do grupo "Risco de Queda"	0 %	75,8 %	49 %
		% do total	0 %	49 %	49 %
Total	N	34	62	96	
	% dentro do grupo "Confusão"	35,4 %	64,6 %	100 %	
	% dentro do grupo "Risco de Queda"	100 %	100 %	100 %	
	% do total	35,4 %	64,6 %	100 %	

3.2.3. Diferenças obtidas pela utilização do juízo clínico dos enfermeiros e dos instrumentos de medida (avaliação da confusão e do risco de queda)

Como referimos na justificação e pertinência desta investigação, não existindo, ainda em Portugal, pesquisas que permitam relacionar, com fidedignidade, a relação entre a confusão e a queda, ambas medidas através de escalas, evoluímos nesta investigação, iluminados pela questão: *“em que medida a avaliação da confusão, pelos enfermeiros da prática clínica, se aproxima do nível de identificação, proporcionado por uma escala?”*.

Para isso, procurámos conhecer a relação entre a identificação do diagnóstico de risco de queda resultante do julgamento clínico dos enfermeiros e do resultado determinado pelo Modelo Hendrich II de Risco de Queda. A mesma estratégia foi utilizada para a identificação da relação entre o diagnóstico de confusão resultante do julgamento clínico dos enfermeiros e do proporcionado pela Escala de Confusão Neecham.

Sendo a confusão um critério essencial para a determinação do risco de queda, medido pelo Modelo de Hendrich II de Risco de Queda, interessava conhecer se a determinação de um estado de confusão implica, por si só, a utilização de um instrumento de medida para determinar a probabilidade do risco de cair.

Na análise comparativa entre os dados resultantes do juízo clínico dos enfermeiros (documentado no processo clínico) e os resultados obtidos pela aplicação da escala de Neecham tivemos em consideração os resultados associados à identificação dos doentes confusos e sem confusão, considerando que aqueles que pela aplicação da escala de Neecham foram identificados como com “risco de confusão” são considerados como “não confusos” neste contexto de análise.

A tabela seguinte permite observar o número de casos globais de doentes confusos identificados pelos dois processos em análise. Os dados permitem verificar que, globalmente, o número de casos de doentes confusos é sempre maior quando utilizada a escala de Neecham.

Tabela 12 –Dados globais da avaliação da Confusão (admissão e alta hospitalar)

	Admissão	Alta
Juízo clínico dos Enfermeiros	42 confusos	43 confusos
Aplicação da escala de Neecham	47 confusos	45 confusos

Seguidamente procurámos verificar os resultados pela análise emparelhada dos dados, que nos permite constatar uma maior sensibilidade e especificidade da utilização da escala para a identificar dos doentes confusos. Ou seja, com a utilização da escala de Neecham torna-se possível identificar confusão em doentes, que pelos processos não sistematizados, os dados recolhidos não permitem identificar essa situação, considerando-os como “não confusos” (n=9). Por outro lado, o mesmo se verifica na identificação de doentes “não confusos”, onde os dados documentados no processo clínico resultante do juízo clínico dos enfermeiros sem utilização de instrumentos de medida, identifica como “confusos” (n=4) doentes que pela aplicação da escala obtêm scores que traduzem uma situação de “não confuso”.

Tabela 13 - Concordância entre as avaliações individuais da Confusão no momento da admissão

		Confusão (Escala de Neecham)			Total
			Não	Sim	
Confusão (juízo clínico dos enfermeiros)	Não	N	45	9	54
		% dentro do grupo “Confusão” (juízo clínico dos enfermeiros)	83,3 %	16,7 %	100 %
		% dentro do grupo “Confusão” (Escala de Neecham)	91,8 %	19,1 %	56,3 %
		% do total	46,9 %	9,4 %	56,3 %
	Sim	N	4	38	42
		% dentro do grupo “Confusão” (juízo clínico dos enfermeiros)	9,5 %	90,5 %	100 %
		% dentro do grupo “Confusão” (Escala de Neecham)	8,2 %	80,9 %	43,8 %
		% do total	4,2 %	39,6 %	43,8 %
Total	N	49	47	96	
	% dentro do grupo “Confusão” (juízo clínico dos enfermeiros)	51 %	49 %	100 %	
	% dentro do grupo “Confusão” (Escala de Neecham)	100 %	100 %	100 %	
	% do total	51 %	49 %	100 %	

Verifica-se que existe uma discordância nos juízos diagnósticos inferidos pelos dados obtidos pelos dois processos de avaliação utilizados. A aplicação da Escala de Confusão Neecham identifica um maior número de doentes confusos na admissão (47), o que por si só parece evidenciar a importância da sua utilização. Para os enfermeiros, existe um menor número de doentes confusos (42), sendo que existe um número significativo de doentes avaliados como não confusos (9), e que, através da aplicação da Escala de Confusão Neecham, são confusos. Destes 9 doentes, 6 têm confusão “moderada a severa” e 3 “ligeira” de acordo com a Escala de Confusão Neecham.

Surge ainda um pequeno número de doentes (4) considerados confusos pelos enfermeiros e que, através da aplicação da Escala de Confusão Neecham, são considerados não confusos. Nestes 4 doentes, e da avaliação da Escala de Confusão Neecham, verifica-se que os seus *scores* correspondem a 25, o que significa que têm alto risco de confusão, o que surge como um dado significativo, e que parece indicar que os enfermeiros identificaram alguns aspetos relacionados com alterações que possam conduzir à confusão.

Ainda analisando os dados resultantes da avaliação da Confusão, no momento da alta, verificamos (a semelhança do observado no momento da admissão) que o número de casos de doentes confusos é sempre maior quando utilizada a escala de Neecham.

Tabela 14 – Concordância entre as avaliações individuais da Confusão no momento da alta

	Confusos (Escala de Neecham)	Não confusos (Escala de Neecham)
Confusos (juízo clínico dos enfermeiros)	38	5
Não confusos (juízo clínico dos enfermeiros)	7	46

Verifica-se que se mantém uma discordância, no momento da alta, nos juízos diagnósticos inferidos pelos dados obtidos pelos dois processos de avaliação utilizados. A aplicação da Escala de Confusão Neecham continua a identificar um maior número (45) de doentes confusos.

Nos dados resultantes do juízo clínico dos enfermeiros, continua a existir um menor número de doentes confusos (43), sendo que existe um ligeiro decréscimo no número de doentes avaliados como não confusos (7), e que, através da aplicação da

Escala de Confusão Neecham encontram-se confusos. Destes 7 doentes, 4 têm confusão “moderada a severa” e 3 “ligeira” de acordo com a Escala de Confusão Neecham.

Surge um pequeno aumento do número de doentes (5) considerados confusos pelos enfermeiros e que, através da aplicação da Escala de Confusão Neecham são considerados como “não confusos”. Destes 5 doentes, verifica-se que em 3 deles, os seus *scores* correspondem a alto risco de confusão, o que surge como um dado significativo, e que parece indicar que os enfermeiros identificaram alguns aspetos relacionados com alterações que possam conduzir à confusão.

Através dos resultados obtidos pela aplicação dos instrumentos de medida pela investigadora, pode constatar-se que existe uma elevada prevalência de doentes idosos hospitalizados confusos (49,0%) no momento da admissão (correspondentes a 47 dos 96 doentes da investigação), o que corrobora a teoria anteriormente apresentada (Waszynski, 2002; Nowels [et al], 2002). Embora com ligeiras alterações observam-se pequenas diferenças entre as avaliações dos enfermeiros e as obtidas através da aplicação dos instrumentos de medida.

Os enfermeiros identificaram um menor número de doentes confusos, quando comparados com a aplicação da Escala de Confusão Neecham, tanto na admissão como na alta.

Verifica-se, através da aplicação da Escala de Confusão Neecham, que existe uma ligeira melhoria nos *scores* de Confusão desde a admissão até ao momento da alta, ou seja, há um decréscimo de gravidade aquando da alta hospitalar.

Este dado pode estar relacionado com a melhoria da situação clínica e com ganhos em saúde pelos cuidados prestados; contudo, mantém-se uma elevada prevalência de confusão a nível dos doentes no momento da alta, o que sugere as dificuldades que os familiares/cuidadores poderão ter no futuro, a nível do acompanhamento destes doentes. Este é um fator a ter em conta para a análise das necessidades dos cuidadores no domicílio e para a construção de respostas sociais adequadas, nomeadamente a nível de cuidados de enfermagem individualizados.

Na análise comparativa entre os *dados resultantes do juízo clínico dos enfermeiros e os resultados obtidos pela aplicação pelo Modelo de Hendrich II de Risco de Queda*, tivemos em consideração os resultados associados à identificação do risco de queda dos doentes.

A tabela seguinte permite verificar o número de casos globais de doentes com risco de queda identificados pelos dois processos em análise. Os dados permitem verificar que globalmente o número de casos de doentes com risco de queda é sempre menor quando é utilizado o Modelo de Hendrich II de Risco de Queda.

Tabela 15 - Comparação entre os resultados da avaliação do Risco de Queda

		Risco de Queda (HIIFRM)			Total
			Não	Sim	
Risco de Queda (juízo clínico dos enfermeiros)	Não	N	4	1	5
		% dentro do grupo “Risco de Queda” (juízo clínico dos enfermeiros)	80 %	20 %	100 %
		% dentro do grupo “Risco de Queda” (Escala HIIFRM)	11,8 %	1,6 %	5,2 %
		% do total	4,2 %	1 %	5,2 %
	Sim	N	30	61	91
		% dentro do grupo “Risco de Queda” (juízo clínico dos enfermeiros)	33 %	67 %	100 %
		% dentro do grupo “Risco de Queda” (Escala HIIFRM)	88,2 %	98,4 %	94,8 %
		% do total	31,3 %	63,5 %	94,8 %
Total	N	34	62	96	
	% dentro do grupo “Risco de Queda” (juízo clínico dos enfermeiros)	35,4 %	64,6 %	100 %	
	% dentro do grupo “Risco de Queda” (Escala HIIFRM)	100 %	100 %	100 %	
	% do total	35,4 %	64,6 %	100 %	

Seguidamente procurámos verificar os resultados pela análise emparelhada dos dados, que nos permite constatar uma maior sensibilidade e especificidade da utilização o Modelo de Hendrich II de Risco de Queda para a identificar dos doentes com risco de queda. Ou seja, com a utilização do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda torna-se possível identificar risco de queda num menor número de doentes, o que pode evidenciar uma capacidade discriminativa que o juízo clínico dos enfermeiros não possui.

Verifica-se assim, que existe uma discordância nos juízos diagnósticos inferidos pelos dados obtidos pelos dois processos de avaliação utilizados. A aplicação do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda identifica um menor número de doentes com

risco elevado na admissão (62). Para os enfermeiros, existe um maior número de doentes com risco (91). Os enfermeiros identificam 30 doentes com risco de queda, que, através do modelo não têm risco. Por sua vez, existe apenas um doente com risco, de acordo com o Modelo de Hendrich II de Risco de Queda, e que não tem risco de queda de acordo com o juízo clínico dos enfermeiros.

Ainda analisando os dados resultantes da avaliação do risco de queda, no momento da alta hospitalar, verificamos (à semelhança do observado no momento da admissão) que o número de casos de doentes com risco de queda é sempre menor quando utilizada o Modelo de Hendrich II de Risco de Queda (n=63). Observa-se que os dados, no momento da alta, não sofrem alterações significativas quando comparados com o momento da admissão.

Tabela 16 – Concordância entre as avaliações individuais do Risco de Queda na alta

	Risco de Queda (HIIFRM)	Sem Risco de Queda (HIIFRM)
Risco de Queda (juízo clínico dos enfermeiros)	62	29
Sem Risco de Queda (juízo clínico dos enfermeiros)	1	4

Observando os dados relativos ao diagnóstico Risco de Queda, verifica-se que, na admissão, os enfermeiros consideram existir 5 doentes sem risco, e que, de acordo com o Modelo de Hendrich II de Risco de Queda um deles apresenta risco elevado de queda.

Analisando a situação relativamente aos casos dos doentes com queda, pudemos observar que:

- Um dos doentes, à entrada, não foi avaliado como confuso pelos enfermeiros, passando a ter esse diagnóstico após o episódio de queda. De acordo com os resultados pela utilização da Escala de Neecham apresentava o diagnóstico de confusão à entrada;
- Apenas um dos doentes não foi classificado como confuso em qualquer um dos processos em análise, mas apresentava risco de queda pelas duas formas de avaliação (juízo clínico e aplicação dos instrumentos de medida);

- Dois doentes têm história de queda anterior e apenas um dos doentes não tem qualquer tipo de alteração sensorial;
- Apesar do número diminuto de quedas registadas, verifica-se que a maioria dos doentes com queda é do sexo masculino (n=4), o que se encontra de acordo com os pressupostos do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda (pertencer ao sexo masculino contribui para o risco de queda).

Hendrich (2007) coloca a hipótese de os homens da sociedade ocidental estarem dispostos a correr riscos, tentar fazer algo sozinhos e ignorar instruções. Estas motivações carecem de estudo, o que seria pertinente de efetuar tendo em conta que na sociedade ocidental a profissão de Enfermagem ainda é maioritariamente feminina. Noutros estudos, também se verifica que são os homens que têm mais episódios de queda, ainda que a diferença seja ligeira (Corsinovi [et al], 2009; Lovallo [et al], 2010).

Surge um novo dado, de acordo com os enfermeiros, no momento da alta: há um doente previamente não avaliado pelos enfermeiros como confuso, e, após a ocorrência de queda, passa a ter o diagnóstico “Confusão”.

Dos doentes que sofreram queda, apenas um tem avaliação pela Escala de Confusão Neecham (tanto na admissão como no momento da alta) como “não confuso ou função normal”. Este doente teve queda por falta de postura quando sentado (devido a uma hemiparésia esquerda). Todos os outros doentes com queda tinham avaliação de confusão (através da Escala de Confusão Neecham). De acordo com o estudo de Corsinovi [et al] (2009), a confusão aguda esteve associada com maior incidência de quedas. Lakatos [et al] (2009) também relacionam a ocorrência de quedas com a confusão aguda.

Verifica-se que duas das quedas ocorreram numa fase precoce do internamento, ou seja, no dia da admissão desses doentes, e uma terceira queda ocorreu no 4º dia de internamento. Todos estes doentes tiveram avaliação de confusão (através da Escala de Confusão Neecham), sendo que apenas um dos doentes confusos teve o episódio de queda ao 13º dia de internamento. O doente com queda ao 26º dia de internamento nunca teve avaliação de confusão. Este achado está de acordo com o estudo de Corsinovi [et al] (2009), no qual metade das quedas num serviço hospitalar geriátrico ocorreu na primeira semana de hospitalização e particularmente nos primeiros 3 dias de internamento.

Assim, torna-se importante ter em conta que a ocorrência de um incidente deste tipo pode ter lugar aquando da admissão de um doente, podendo-se extrapolar a

necessidade de vigilância frequente nos primeiros dias de internamento. No entanto, este achado carece ainda de estudos posteriores, pois não se pode concluir se é a agudização da situação clínica, a fragilidade psicológica relacionada com a recente experiência de internamento ou a inserção no ambiente desconhecido do hospital que estão na origem destes incidentes. O que podemos concluir é que os enfermeiros devem estar especialmente despertos para doentes com internamento recente, avaliando o estado cognitivo frequentemente.

Dos doentes que tiveram queda, excetuando o doente com queda e não confuso, todos os outros tiveram queda após tentativa de sair do leito. Noutros estudos identifica-se a mesma situação: doentes que tiveram episódio de queda ao tentar sair da cama (Ang, Mordiffi e Wong, 2011; Corsinovi [et al], 2009; Lovallo [et al], 2010). Os enfermeiros devem ter em conta que as grades podem constituir um fator facilitador para a ocorrência de queda, assim como um fraco equilíbrio (ex.: doentes com hemiparésia) associado a desorientação ou a fraca iluminação. Mais uma vez se reforça a necessidade de vigilância frequente destes doentes.

A maioria das quedas ocorridas registou-se no período noturno (n=3), sendo que os doentes referiram, após a queda, terem-se levantado do leito para tentar andar e assim satisfazer a necessidade de eliminação (2 doentes) ou para tentar andar sem fim específico (2 doentes), sofrendo de seguida uma queda. Um fator de risco de tipo fisiológico descrito pela literatura científica, anteriormente descrita, é a satisfação da necessidade de eliminação. Num estudo em idosos institucionalizados, metade das quedas esteve relacionada com a tentativa de satisfação da necessidade de eliminação, sendo que a maior parte ocorreu durante a tentativa de chegar à casa de banho (Hitcho [et al], 2004).

Existem determinados aspetos relacionados com o ambiente e que condicionam a pessoa com função cognitiva diminuída (como a diminuição da acuidade visual) - encontrar a casa de banho num hospital pode tornar-se impossível, em especial devido ao uso de grades nas camas, o que pode contribuir para uma incidência maior de incontinência nos hospitalizados (Caplan [et al], 1999). Estas pessoas necessitam, durante a hospitalização, de prestadores de cuidados com maior perícia técnica do que perante uma pessoa sem estas alterações (Caplan [et al], 1999). Todos os doentes com queda tinham alteração a nível da satisfação da necessidade de eliminação, necessitando de algum tipo de ajuda neste autocuidado.

É necessário que os enfermeiros estejam despertos para a satisfação de uma necessidade tão básica como é o caso da eliminação, o que pode prevenir Confusão nos idosos e evitar ocorrências de quedas pelo facto de tentarem sair de uma cama com grades para procurar a casa de banho (os enfermeiros devem minimizar a colocação de fraldas e de cateteres vesicais nos idosos e promover o uso frequente da arrastadeira – por exemplo, passar pelo doente de duas em duas horas a oferecê-la, assim como insistir na educação para a utilização da campainha, validando o seu uso frequentemente).

Sugere-se a necessidade de, por um lado, que os enfermeiros promovam a satisfação da necessidade de eliminação dos doentes com frequência; por outro, que haja um esforço efetivo e ativo da equipa multidisciplinar para o controlo dos fatores que possam estar na origem da confusão, e que façam com que haja doentes que se levantem a meio da noite do leito no hospital, tenham queda e não saibam especificar o motivo de “querer andar”.

No estudo de Lovallo [et al] (2010), a seguir à tentativa de sair da cama, a maior parte das quedas ocorre na ida para a casa de banho e só depois ocorrem a partir da cadeira de rodas. Os autores referem que é importante ter em conta as condições físicas ambientais e das ajudas técnicas para a avaliação do risco de queda. No entanto, estes fatores de risco não fazem parte de muitos dos instrumentos de avaliação do risco de queda existentes, pelo que a sua avaliação deve ser tida em conta pelos prestadores de cuidados, acrescentando ao *score* de risco de queda.

Pode afirmar-se que os aspetos observados neste estudo, embora não generalizáveis, corroboram a teoria, sendo que existe uma correlação moderada entre a Confusão e o Risco de Queda.

As variáveis foram analisadas através do coeficiente da correlação de Pearson (r), para avaliar o grau de associação entre as medidas, obtendo-se valores moderados e significativos para ($p < 0,01$) a relação entre os as variáveis confusão e risco de queda ($r = -0,768$). O coeficiente de correlação de Pearson é uma medida do grau de relação linear entre duas variáveis quantitativas. Este coeficiente varia entre os valores -1 e 1. O valor 0 (zero) significa que não há relação linear, o valor 1 indica uma relação linear perfeita e o valor -1 também indica uma relação linear perfeita mas inversa, ou seja quando uma das variáveis aumenta a outra diminui. Quanto mais próximo estiver de 1 ou -1, mais forte é a associação linear entre as duas variáveis.

Tabela 17 – Correlação de Pearson relativa à Escala de Neecham e ao Modelo de Hendrich II de Risco de Queda

		Totais Escala de Neecham (admissão)	Totais Modelo de Hendrich II de Risco de Queda (admissão)
Totais Escala de Neecham (admissão)	Correlação de Pearson	1	-0,768**
	Sig. (2-tailed)		0
	Nº	96	96
Totais Modelo de Hendrich II de Risco de Queda (admissão)	Correlação de Pearson	-0,768**	1
	Sig. (2-tailed)	0	
	Nº	96	96

** . A correlação tem significância ao nível 0.01 (2-tailed).

No estudo realizado, todos os doentes confusos têm elevado risco de queda no estudo; dos cinco doentes que sofreram queda, quatro tinham Confusão diagnosticada pela Escala de Confusão Neecham; se removermos a variável Confusão do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda, a consistência interna desce para níveis inaceitáveis.

Para o estudo da relação entre a variável idade e as variáveis confusão e risco de queda (Presença/ausência) utilizamos testes estatísticos não paramétricos: o teste U-Mann-Whitney (U) para avaliar a diferença de médias em duas amostras independentes.

Os resultados (Anexo X - Relação entre a variável Idade e as variáveis Confusão e Risco de Queda) permitem constatar a existência de diferenças com significado estatístico entre a variável “idade” e a presença/ausência de confusão ($p < 0,01$) e de risco de queda ($p < 0,01$). Em ambos os casos, verificamos que a idade dos doentes, é um fator de risco para a confusão e risco de queda.

Para avaliar as diferenças entre a validade discriminante na identificação diagnóstica, resultante da recolha de dados pelos enfermeiros sem recurso a instrumentos de medida validados e com o uso Modelo de Hendrich II de Risco de

Queda, os doentes foram divididos em dois grupos de acordo com a presença (ou ausência) do diagnóstico de enfermagem: risco de queda.

A capacidade dos métodos de avaliação de risco de queda para discriminar entre os doentes com uma elevada probabilidade de cair e doentes com baixa probabilidade de queda deve ser determinado calculando a sensibilidade, a especificidade, valor preditivo e valor preditivo negativo de cada método.

A sensibilidade mede a capacidade do método para identificar corretamente o risco de queda entre aqueles que o possuem. A sensibilidade é a fração dos que obtiveram resposta positiva no método entre aqueles que possuem o risco².

A especificidade mede a capacidade do método para excluir corretamente aqueles que não possuem o risco. A especificidade é a fração dos que obtiveram resposta negativa no método entre aqueles que não possuem o risco³.

O valor preditivo positivo (VPP)⁴ é usado para ajudar a prever qual a probabilidade de se ter queda se o resultado do método for positivo. Por seu lado, o valor preditivo negativo (VPN)⁵ é usado para ajudar a prever qual a possibilidade de não se ter queda.

O critério de referência utilizado para estes cálculos era o doente ter tido ou não uma queda durante a hospitalização. Para isso, procedemos ao cálculo destes itens tendo por base os resultados obtidos no momento da admissão, para os diferentes métodos em análise: julgamento clínico dos enfermeiros em relação à avaliação de risco de queda e Modelo de Hendrich II de Risco de Queda.

Através da tabela 18 podemos comparar os valores verificados neste estudo, entre a capacidade de avaliação de risco de queda (através do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda) e o julgamento clínico dos enfermeiros para prever doentes que caem. Os resultados mostram um valor elevado de sensibilidade nos dois métodos em análise (100%), o que traduz a capacidade dos métodos para identificar corretamente o risco de queda entre aqueles que o possuem.

Já quanto à especificidade verificamos que o julgamento clínico dos enfermeiros para excluir corretamente aqueles que não possuem o risco é muito fraco (5,5%), demonstrando que o método tem pouca capacidade para excluir corretamente aqueles que não possuem o risco. A utilização do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda

² Sensibilidade = $VP/VP+FN$

³ Especificidade = $VN/VN+FP$

⁴ Valor Preditivo Positivo = $VP/VP+FP$

⁵ Valor Preditivo Negativo = $VN/VN+FP$

apresenta uma especificidade moderada (37,4%) sobreponível a alguns estudos realizados com este instrumento de avaliação (Heinze [et al], 2008; Ivziku [et al], 2011; Caldevilla [et al], 2012). Como já referimos, a especificidade moderada de instrumentos de avaliação de risco é uma preocupação quando se avalia a utilidade clínica de tais ferramentas dado que muitos doentes que não têm quedas são identificados como de alto risco. Isto tem implicações para a implementação de intervenções de prevenção de quedas que são direcionadas para aqueles que têm alto risco de queda.

Quanto ao valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN) do julgamento clínico dos enfermeiros para predizer doentes que caem ou de não se ter queda, é muito fraca (5,5%). Por seu lado, a utilização do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda apresenta também um valor baixo de VPP (8,1%), sendo bastante mais elevado (34,7%) o valor preditivo negativo (VPN), ou seja, apresenta melhor capacidade para ajudar a prever qual a possibilidade de não se ter queda.

Tabela 18 – Capacidade de avaliação de risco de queda (através do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda) e o julgamento clínico dos enfermeiros

	<i>QUEDA</i>	
	Juízo clínico dos enfermeiros %	Utilização do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda %
Sensibilidade	100	100
Especificidade	5,5	37,4
Valor preditivo positivo (VPP)	5,5	8,1
Valor preditivo negativo (VPN)	5,5	37,4

Globalmente, podemos afirmar que a utilização do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda não é melhor em prever a queda do que os julgamentos clínicos dos enfermeiros. Contudo, o mesmo não se verifica para excluir corretamente aqueles que não possuem o risco e para prever qual a possibilidade de não se ter queda, onde o Modelo de Hendrich II de Risco de Queda apresenta valores moderados à semelhança de outros estudos.

CONCLUSÕES

Atualmente verifica-se uma preocupação crescente com a problemática do doente idoso confuso. Surgem, progressivamente, novas investigações, que vão dando resposta a muitas questões, nomeadamente no âmbito da Enfermagem.

Esta investigação visou contribuir com mais uma pequena parte do conhecimento para a melhoria dos cuidados de enfermagem no que diz respeito à pessoa confusa idosa internada numa instituição hospitalar. Verifica-se que os enfermeiros têm um relevante papel nos cuidados, desde o cuidar direto da pessoa até à formação de outros prestadores de cuidados, tudo para melhorar a qualidade de vida, em todos os aspetos referentes à sua saúde e à adaptação às transições que uma pessoa confusa atravessa – nas questões da segurança da pessoa e familiares, a manutenção da sua identidade e direitos, o autocuidado, os princípios da Beneficência e não Maleficência.

Cuidar de alguém confuso é um desafio. Por si só, diagnosticar a confusão com segurança e fiabilidade é um desafio. Para cuidar, temos de saber o que fazemos, como fazemos, a quem fazemos. Objetivar os cuidados de enfermagem é uma responsabilidade da profissão, uma necessidade premente para a sua valorização, para a visibilidade dos cuidados, para a satisfação dos doentes até atingir ganhos em saúde. A utilização de instrumentos de avaliação no contexto da prática permite adequar intervenções e distribuir recursos pelo princípio da Justiça, ou seja, sempre de acordo com a prioridade/necessidade emergente de cada um. Numa época de contenção de custos monetários forçada, é essencial que se adotem estas medidas.

A utilização de instrumentos de medida, no contexto da prática, especialmente no contexto de cuidados agudos, é uma forma de objetivar os cuidados de enfermagem, demonstrar a sua importância e permitir uma melhor avaliação dos resultados. Objetivar cuidados mas sem nunca objetivar a individualidade da pessoa – o que se pretende é a estratificação da população alvo de cuidados, dado que os seres humanos, todos diferentes nas suas crenças e valores, têm um conjunto de características comuns que os tornam seres humanos e que podem ser definidas.

Torna-se imperativo estratificar os doentes alvo de cuidados para conseguir distribuir recursos, atualmente limitados, ao mesmo tempo que se rentabilizam os mesmos. Sublinhe-se que, ao estratificar os doentes com base nestes diagnósticos de Enfermagem, não se pretende a sua objetivação, pretende-se sim encontrar respostas

eficazes para problemas comuns aos doentes institucionalizados e não destruir a sua individualidade como seres humanos. Verifica-se, no entanto, que os instrumentos de medida existentes para determinação do risco de queda têm baixa especificidade, ou seja, há muitos doentes a serem considerados como tendo alto risco para queda (Joanna Briggs Institute, 1998). Considera-se, assim, necessário produzir mais investigação, sob múltiplos contextos.

A utilização de escalas com elevada consistência interna, sensibilidade e especificidade (na avaliação da Confusão e do Risco de Queda) pode surgir, assim, como uma resposta eficaz e objetiva às necessidades dos enfermeiros aquando da realização de diagnósticos de Enfermagem. Encontrar escalas que se complementem na avaliação da Confusão e do Risco de Queda facilita a inter-relação de ambos os diagnósticos e permite uma visão global sobre a problemática. Com este trabalho pretendeu-se objetivar este problema através da utilização de instrumentos de medida fiáveis e válidos. As futuras intervenções poderão ser eficazes se o problema for objetivo, se estiver bem definido e representado.

O presente estudo centrou-se na problemática do risco de queda no doente confuso hospitalizado, nomeadamente na comparação entre o juízo clínico dos enfermeiros e a utilização de instrumentos de medida.

Tendo em conta os resultados obtidos nesta investigação, destacam-se as principais conclusões:

- A Confusão tem um peso elevado para o risco de queda;
- Segundo o juízo clínico dos enfermeiros, todos os doentes confusos têm risco de queda, sendo que, do total dos doentes, quase todos têm risco de queda;
- De acordo com a utilização dos instrumentos de medida, todos os doentes confusos têm risco de queda. A maior parte dos doentes tem risco de queda em grau elevado, mas existe um número significativo sem risco de queda (cerca de 1/3 dos doentes);
- Através da comparação entre os dois métodos, verifica-se que existe concordância na maior parte das avaliações dos enfermeiros e dos instrumentos de medida, tanto para a Confusão como para o Risco de Queda;

- Existe uma correlação entre a Confusão e o Risco de Queda, sendo esta uma relação linear perfeita mas inversa (ou seja, quando uma variável aumenta, a outra diminui);
- A idade é um fator de risco para a Confusão e para o Risco de Queda;
- Tanto o juízo clínico dos enfermeiros como a aplicação do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda têm uma sensibilidade de 100% (os doentes com risco de queda são assim corretamente identificados);
- O Modelo de Hendrich II de Risco de Queda tem uma especificidade moderada (de 37,4%), sendo que o juízo clínico dos enfermeiros tem uma especificidade baixa (de 5,5%), ou seja, o modelo identifica melhor os doentes sem risco;
- O modelo não prevê melhor a queda que o juízo clínico dos enfermeiros, mas exclui melhor aqueles sem o risco (tem um valor preditivo positivo semelhante mas um valor preditivo negativo muito superior que o do juízo clínico dos enfermeiros).

O estudo teve sérias limitações devido ao número reduzido de quedas. A amostra poderia ter sido maior se não se tivesse aplicado o consentimento informado, a pedido da Comissão de Ética da instituição onde se colheram os dados (não se conseguiu obter o consentimento em inúmeros doentes). Isto leva a uma reflexão sobre o que são atividades diagnósticas e sobre o que significa colher dados de saúde, tendo como objetivo final o estabelecimento de intervenções eficazes na prevenção da queda, o que leva ao benefício dos doentes de uma instituição de cuidados de saúde. Será que investigar atividades diagnósticas e dados de saúde carece de consentimento informado? Será que os resultados de uma investigação de dimensões superiores não se sobrepõem à aplicação de consentimento? Não se trata de um estudo experimental nem reuniu dados pessoais dos doentes. Será que o benefício não é superior se concluirmos que a utilização dos instrumentos de medida permite identificar mais doentes em risco de queda e a identificar corretamente aqueles sem risco?

Devido ao elevado peso que a Confusão tem para o Risco de Queda, é necessário que os enfermeiros estejam despertos para a problemática, dado que os doentes idosos, que são um grupo onde se verifica elevada prevalência destes diagnósticos, constituem uma significativa parcela dos doentes alvo de cuidados de enfermagem.

O futuro dos cuidados prestados na Saúde passa, significativamente, pelos cuidados aos idosos, dado que a confusão e o aumento do grau de dependência no autocuidado são fatores para a institucionalização de idosos (Cohen-Mansfield e Wirtz, 2009). Estas institucionalizações aumentam os custos humanos, pessoais e monetários na sociedade.

Com os resultados desta investigação, verifica-se existir uma ligeira discordância entre o juízo clínico dos enfermeiros e a avaliação dos instrumentos de medida. Por este motivo, e precisamente devido à possibilidade de incidentes graves (com risco de vida) relacionados com uma incorreta avaliação, ao tamanho da amostra, à necessidade sentida de dar visibilidade e, ao mesmo tempo, tornar objetivos os diagnósticos de Enfermagem, defende-se a utilização da Escala de Confusão Neecham no contexto da prática, acrescentando que esta escala também auxilia nas questões legais da prática, muitas vezes levantadas pelos doentes. Uma escala válida e fiável é sempre uma proteção para o profissional que a aplica. A subjetividade numa avaliação, por seu lado, é sempre questionável. Tal como a Escala de Confusão Neecham, também o Modelo de Hendrich II de Risco de Queda objetiva as avaliações do diagnóstico de Risco de Queda, o que contribui para a melhoria dos cuidados prestados aos doentes.

Deve ser feita a sensibilização dos profissionais das instituições de cuidados agudos e não agudos para esta questão, para se poderem definir estratégias de eficaz prevenção de quedas em doentes confusos institucionalizados, para se decidir o melhor para os mesmos doentes. Afinal de contas, todos esperamos chegar um dia à idade avançada com a melhor qualidade de vida possível.

A par da sensibilização dos profissionais, também devem ser delineadas estratégias que permitam constituir um recurso válido e eficaz para os idosos e prestadores de cuidados no domicílio, que muitas vezes são familiares sem experiência e formação e estão dispostos a *stress* com o qual não conseguem lidar. O apoio psicológico destes familiares e cuidadores de pessoas com risco de queda é muito importante, pois estes últimos podem experienciar fardo tanto físico como emocional (Tideiksaar, 2009).

A educação de idosos, familiares e cuidadores para o risco de queda deve compreender a sensibilização para a ocorrência de quedas, o conhecimento de fatores de risco e as estratégias para lidar com esses mesmos fatores (Tideiksaar, 2009).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIRD, Thomas; MCINTOSH, Michelle - Nursing Tools and Strategies to Assess Cognition and Confusion. **British Journal of Nursing** [em linha] 13:10 (2004) 621-6. ISSN: 0966-0461

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - **DSM-IV. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais**. 4ª ed. Lisboa: Climepsi Editores. 1996. 868 p. ISBN 972-95908-6-9

ANG, Emily; MORDIFFI, Siti Zubaidah; WONG, Hwee Bee - Evaluating the use of a targeted multiple intervention strategy in reducing patient falls in an acute care hospital: a randomized controlled trial. **Journal of Advanced Nursing** [em linha] 67:9 (2011) 1984-1992. ISSN: 1365-2648

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F - **Principles of Biomedical Ethics**. 5th ed. New York: Oxford University Press. 2001. 454 p. ISBN: 0-19-514331-0

BENNER, Patricia - **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora. 2001. ISBN: 972853597

BERNARDO, Ana - O Delírio em Cuidados Paliativos. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. ISSN: 0870-710. 19 (2003) 46-53.

BREDTHAUER, Doris; BECKER, C.; EICHNER, B.; KOCZY, P.; NIKOLAUS, T. - Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: A paradigm for elder abuse. **Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie** [em linha] 38:1 (2005) 10-18. ISSN: 1435-1269

CALDEVILLA, Maria Nilza; COSTA, Maria Arminda M.; TELES, Paulo; FERREIRA, Pedro M. - Evaluation and cross-cultural adaptation of the Hendrich II Fall

Risk Model to Portuguese. **Scandinavian Journal of Caring Sciences** [em linha] (2012) ISSN: 1471-6712

CAPLAN, Gideon A.; WARD, John A.; BRENNAN, Nicholas J.; COCONIS, Janis; BOARD, Neville; BROWN, Ann - Hospital in the home: a randomised controlled trial. **Medical Journal of Australia** [em linha] 170:4 (1999) 156-160. ISSN: 1326-5377

CENTER FOR DISEASE CONTROL - **Preventing Falls: How to Develop Community-based Fall Prevention Programs for Older Adults** [em linha] Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control, 2008. 95 p. Disponível em: http://www.cdc.gov/ncipc/preventingfalls/CDC_Guide.pdf

CHAPMAN Joanne; BACHAND, Deborah; HYRKA, Kristiina - Testing the sensitivity, specificity and feasibility of four falls risk assessment tools in a clinical setting. **Journal of Nursing Management** [em linha] 19:1 (2011) 133–142. ISSN: 1365-2834.

COHEN-MANSFIELD, Jiska - 1986. Agitated behaviors in the elderly. II. Preliminary results in the cognitively deteriorated. **Journal of American Geriatrics Society** [em linha] 34:10 (1986) 722-7. ISSN: 0002-8614.

COHEN-MANSFIELD, Jiska; WIRTZ, Philip W. - The Reasons for Nursing Home Entry in an Adult Day Care Population: Caregiver Reports Versus Regression Results. **Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology** [em linha] 22:4 (2009) 274-281. ISSN: 1552-5708

COLE, Catherine S.; WILLIAMS, Erin B.; WILLIAMS, Roger D. - Assessment and Discharge Planning for Hospitalized Older Adults with Delirium. **MEDSURG Nursing** [em linha] 15:2 (2006) 71-6. ISSN: 1092-0811.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS - **Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem**. Versão β2. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. 2002. 227 p. ISBN: 972-98149-5-3

CORSINOVI, Laura; BO, Mario; AIMONINO, Nicoletta Ricauda; MARINELLO, Renata; GARIGLIO, Frederico; MARCHETTO, Cristina; GASTALDI, Laura; FISSORE, Laura; ZANOCCHI, Mauro; MOLASCHI, Mario - Predictors of falls and hospitalization outcomes in elderly patients admitted to an acute geriatric unit. **Archives of Gerontology and Geriatrics** [em linha] 49:1 (2009) 142–145. ISSN: 0167-4943.

COTTER, Valerie T. - Restraint Free Care in Older Adults with Dementia. **The Keio Journal of Medicine** [em linha] 54:2 (2005) 80-84. ISSN: 1880-1293.

CREDITOR, Morton C. - Hazards of Hospitalization of the Elderly. **Annals of Internal Medicine** [em linha] 118: 3 (1993) 219-223. ISSN: 1539-3704

CSOKASY, Judie - Assessment of Acute Confusion: Use of the NEECHAM Confusion Scale. **Applied Nursing Research** [em linha] 12:1 (1999) 51-55. ISSN: 1532-8201.

DAVENPORT, Rick; VAIDEAN, Georgeta D.; JONES, Carol B.; CHANDLER, Michelle; KESSLER, Lori; MION, Lorraine; SHORR, Ronald I. - Falls following discharge after an in-hospital fall. **BMC Geriatrics** [em linha] 9:53 (2009) ISSN: 1471-2318.

DEFLOOR, Tom; GRYPDONCK, Maria - Validation of pressure ulcer risk assessment scales: a critique. **Journal of advanced nursing** [em linha] 48:6 (2004) 613-21. ISSN: 1365-2648

EDWARDS, Nancy - Differentiating the three D's: Delirium, Dementia and Depression. **Medsurg Nursing** [em linha] 12:6 (2003) 347-357. ISSN: 1092-0811

FABRÍCIO, Suzele; RODRIGUES, Rosalina; JÚNIOR, Moacyr - Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Revista de Saúde Pública** [em linha] 38:1 (2004) 93-99. ISSN: 1518-8787

FILHO, Eurico; NETTO, Matheus - **Geriatrics - Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. 1ª ed. São Paulo: Atheneu. 2004. 447 p. ISBN: 85-7379-035-0

FORTIN, Marie Fabienne - **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**. 1ª ed. Loures: Lusodidacta. 2009. 595 p. ISBN 978-989-8075-18-5

Hahn, Karen - Think Twice... About Falls. **Nursing** [em linha] 17:8 (1987) 65-66. ISSN: 0360-4039

Hahn, Karen - Think Twice... About Confusion. **Nursing** [em linha] 19:5 (1989) 122-5. ISSN: 0360-4039

Hall, Geri; WAKEFIELD, Bonnie - Acute Confusion in the Elderly. **Nursing** [em linha] 26:7 (1996) 33-7. ISSN: 0360-4039.

HAMERS, J.P.; HUIZING, A. R. - Why do we use physical restraints in the elderly? **Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie** [em linha] 38:1 (2005) 19-25 ISSN: 1435-1269

HARRISON, Paul; GEDDES, John; SHARPE, Michael - **Guia Prático de Psiquiatria**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores. 2006. 403 p. ISBN 972-796-237-8

HEALEY, Frances; OLIVER, David; MILNE, Alisoun; CONNELLY, James - The effect of bedrails on falls and injury: a systematic review of clinical studies. **Age and Ageing** [em linha] 37:4 (2008) 368 -378. ISSN 0002-0729

HEINZE, Cornelia; HALFENS, Ruud J.; ROLL, Stephanie; DASSEN, Theo - Psychometric evaluation of the Hendrich Fall Risk Model. **Journal of Advanced Nursing** [em linha] 53:3 (2006) 327-332. ISSN: 0309-2402

HEINZE, Cornelia; DASSEN, Theo; HALFENS, Ruud; LOHRMANN, Christa - Screening the risk of falls: a general or a specific instrument? **Journal of Clinical Nursing** [em linha] 18:3 (2008) 350–356. ISSN: 1365-2702

HEINZE, Cornelia; DASSEN, Theo; HALFENS, Ruud - The reliability of the Hendrich Fall Risk Model in a geriatric hospital. **International Journal of Older People Nursing** [em linha] 3:4 (2008) 252–257. ISSN: 1748-3735

HELD, Jeanne L. - Managing Acute Confusion. **Nursing** [em linha] 25:1 (1995) 75. ISSN: 0360-4039

HENDRICH, Ann - Predicting Patient Falls: Using the Hendrich II Fall Risk Model in Clinical Practice. **American Journal of Nursing** [em linha] 107:11 (2007) 50-58. ISSN: 0002936X

HENDRICH, Ann; BENDER, Patricia S.; NYHUIS, Allen - Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: A Large Concurrent Case/Control Study of Hospitalized Patients. **Applied Nursing Research** [em linha] 16:1 (2003) 9-21. ISSN: 0897-1897

HITCHO, Eileen B.; KRAUSS, Melissa J.; BIRGE, Stanley; DUNAGAN, William Claiborne; FISCHER, Irene; JOHNSON, Shirley; NAST, Patricia A.; CONSTANTINOU, Eileen; FRASER, Victoria J.. 2004. - Characteristics and Circumstances of Falls in a Hospital Setting: A Prospective Analysis. **Journal of General Internal Medicine** [em linha] 19:7 (2004) 732–739. ISSN: 1525-1497

IMMERS, Henny; SCHUURMANS, Marieke; BIJL, Jaap - Recognition of delirium in ICU patients: a diagnostic study of the NEECHAM confusion scale in ICU patients. **BMC Nursing** [em linha] 13:4 (2005) ISSN: 1472-6955

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Anuário estatístico de Portugal. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. 2004. 448 p. ISBN 972-673-793-1.

IVZIKU, Dhurata; MATARESE, Maria; PEDONE, Claudio - Predictive validity of the Hendrich fall risk model II in an acute geriatric unit. **International Journal of Nursing Studies** [em linha] 48:4 (2011) 468–474. ISSN: 0020-7489

JOANNA BRIGGS INSTITUTE - Falls in Hospitals. **Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals** [em linha] 2:2 (1998) 1-6. ISSN 1329 - 1874

JOHANSSON, Inger; HAMRIN, Elisabeth; LARSSON, Gerry - Psychometric testing of the Neecham Confusion Scale among patients with hip fracture. **Research in Nursing & Health** [em linha] 25:3 (2002) 203–211. ISSN: 1098-240X

KARGER, B.; FRACASSO, T.; PFEIFFER, H. - Fatalities related to medical restraint devices. **Forensic Science International** [em linha] 178:2 (2008) 178-184. ISSN: 0379-0738

KIM, Emily A.; MORDIFFI, Siti Z.; BEE, Wong H.; DEVI, Kamala; EVANS, David - Evaluation of three fall-risk assessment tools in an acute care setting. **Journal of Advanced Nursing** [em linha] 60:4 (2007) 427-435. ISSN: 0309-2402

KLEINPELL, Ruth; FLETCHER, Kathy; JENNINGS, Bonnie - Chapter 11: Reducing Functional Decline in Hospitalized Elderly [em linha] *In* Hughes, Rhonda. **Patient Safety and Quality: an evidence-based handbook for nurses**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. 2008. 1400 p.

KRAUSS, Melissa J; EVANOFF, Bradley; HITCHO, Eileen; NGUGI, Kinyungu E.; DUNAGAN, William Claiborne.; FISCHER, Irene; BIRGE, Stanley; JOHNSON, Shirley; COSTANTINOU, Eileen; FRASER, Victoria J - A Case-control Study of Patient, Medication, and Care-related Risk Factors for Inpatient Falls. **Journal of General Internal Medicine** [em linha] 20:2, (2005) 116-122. ISSN: 0954-6820

LAKATOS, Barbara; CAPASSO, Virginia; MITCHELL, Monique T.; KILROY, Susan M.; LUSSIER-CUSHING, Mary; SUMNER, Laura; REPPER-DELISI, Jennifer; KELLEHER, Erin P.; DELISLE, Leslie E.; CRUZ, Constance; STERN, Theodore A. - Falls in the General Hospital: Association With Delirium, Advanced Age, and Specific Surgical Procedures. **Psychosomatics** [em linha] 50:3 (2009) 218-226. ISSN: 0033-3182

LAI, Claudia Ky - Nurses using physical restraints: Are the accused also the victims? – A study using focus group interviews. **BMC Nursing** [em linha] 6:5 (2007) ISSN: 1472-6955

LAITINEN, Heleena - Patients' Experience of Confusion in the Intensive Care unit following cardiac surgery. **Intensive Critical Care Nursing** [em linha] 12:2 (1996) 79-83. ISSN: 0964-3397

LEE, J.S.; HUI, E.; CHAN, F.; CHI, I.; WOO, J - Associated factors of falls in nursing home residents in Hong Kong and the role of restraints: a cross-sectional survey using the Resident Assessment Instrument (RAI) 2.0. **Aging clinical and experimental research** [em linha] 20: 5 (2008) 447-453. ISSN 1594-0667

LESLIE, Douglas L.; MARCANTONIO, Edward R.; ZHANG, Ying; LEO-SUMMERS, Linda; INOUE, Sharon K. - One-Year Health Care Costs Associated With Delirium in the Elderly Population . **Archives of Internal Medicine** [em linha] 168:1 (2008) 27-32. ISSN: 1538-3679

LOVALLO, Carmella; ROLANDI, Stefano; ROSSETTI, Anna Maria; LUSIGNANI, Maura - Accidental falls in hospital inpatients: evaluation of sensitivity and specificity of two risk assessment tools. **Journal of Advanced Nursing** [em linha] 66: 3 (2010) 690–696. ISSN: 1365-2648

LUNDSTRÖM, Maria; EDLUND, Agneta; KARLSSON, Stig; BRÄNNSTRÖM, Benny; BUCHT, Gösta; GUSTAFSON, Yngve - A Multifactorial Intervention Program Reduces the Duration of Delirium, Length of Hospitalization, and Mortality in Delirious Patients. **Journal of American Geriatrics Society** [em linha] 53: 4 (2005) 622-8. ISSN: 0002-8614.

LYDER, Courtney; VAN RIJSWIJK, Lia. Pressure ulcer prevention and care. **Ostomy Wound Management** [em linha] Supplement April (2005) 2-19. ISSN: 0889–5899

MADOR, Julie E.; GILES, Lynne; WHITEHEAD, Craig; CROTTY, Maria - A randomized controlled trial of a behavior advisory service for hospitalized older patients with confusion. **International Journal of Geriatric Psychiatry** [em linha] 19: 9 (2004) 858–863. ISSN: 1099-1166

MALUSO-BOLTON, Tina - Terminal Agitation. **Journal of Hospice and Palliative Nursing** [em linha] 2:1 (2000) 9-20. ISSN: 1539-0705.

MARCANTONIO, Edward R.; KIELY, Dan K.; SIMON, Samuel E.; JOHN, Orav E.; JONES, Richard N.; MURPHY, Katharine M.; BERGMANN, Margaret A. - Outcomes of Older People Admitted to Postacute Facilities with Delirium. **Journal of the American Geriatrics Society** [em linha] 53:6 (2005) 963-969. ISSN: 0002-8614

MARQUES, Paulo – **O doente idoso com confusão e a ação de Enfermagem.** Lusodidacta. 2012. ISBN: 978-972-8930-82-0

MARSHALL, Melissa - Postoperative Confusion: Helping your Patient Emerge from the Shadows. **Nursing** [em linha] 23:1 (1993) 44-7. ISSN: 0360-4039

MATSUSHITA, Toshiko; MATSUSHIMA, Eisuke; MARUYAMA, Michio - Early Detection of Postoperative Delirium and Confusion in a Surgical Ward Using the NEECHAM Confusion Scale. **General Hospital Psychiatry** [em linha] 26:2 (2004) 158-163. ISSN: 0163-8343

MATTHEWS, Ernest A.; FARRELL, Gerald A.; BLACKMORE, A. M. - Effects of an Environmental Manipulation Emphasizing Client-Centred Care on Agitation and Sleep in Dementia Sufferers in a Nursing Home. **Journal of Advanced Nursing** [em linha] 24:3 (1996) 439-47. ISSN: 03092402

MCAVAY, Gail J.; VAN NESS, Peter H.; BOGARDUS, Sidney T. Jr; ZHANG, Ying; LESLIE, Douglas L.; LEO-SUMMERS, Linda S.; INOUE, Sharon K. - Older adults discharged from the hospital with delirium: 1-year outcomes. **Journal of American Geriatrics Society** [em linha] 54:8 (2006) 1245-50. ISSN: 0002-8614

MILBRANDT, Ernest B. - Costs Associated with Delirium in Mechanically Ventilated Patients. **Critical Care Medicine** [em linha] 32:4 (2004) 955-62. ISSN: 1530-0293

MILISEN, Koen; BRAES, Tom; FICK, Donna M.; FOREMAN, Marquis D. - Cognitive Assessment and Differentiating the 3 Ds (Dementia, Depression, Delirium). **Nursing Clinics of North America** [em linha] 41:1 (2006) 1-22. ISSN: 0899-5885.

MILLER, Judy; NEELON, Virginia; CHAMPAGNE, Mary; BAILEY, Donald; NG'ANDU, Nicholas; NELYEA, Michael; JARRELL, Elisa; MONTOYA, Lisa; WILLIAMS, Addie - The Assessment of Acute Confusion as Part of Nursing Care. **Applied Nursing Research** [em linha] 10:3 (1997) 143-151. ISSN: 1532-8201

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Direção Geral da Saúde - **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. 2004. 19 p.

MORITA, Tatsuya; TSUNODA Junichi; INOUE Satoshi; CHIHARA Satoshi; OKA Kiyoshi - Communication Capacity Scale and Agitation Distress Scale to Measure the Severity of Delirium in Terminally Ill Cancer Patients: a Validation Study. **Palliative Medicine** [em linha] 15:3 (2001) 197-206. ISSN: 1477-030X.

MYERS, Helen, NIKOLETTI, Sue - Fall risk assessment: a prospective investigation of nurses' clinical judgement and risk assessment tools in predicting patient falls. **International Journal of Nursing Practice** [em linha] 9:3 (2003) 158-65. ISSN: 1440-172X

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY - **Slips, trips and falls in hospital - The third report from the Patient Safety Observatory**. London. 2007. 69 p. Disponível em: www.npsa.nhs.uk

NAUGHTON, Bruce; SALTZMAN, Susan; RAMADAN, Fadi; CHADHA, Noshi; PRIORE, Roger; MYLOTTE, Joseph M. - A Multifactorial Intervention to Reduce Prevalence of Delirium and Shorten Hospital Length of Stay. **Journal of American Geriatrics Society** [em linha] 53:1 (2005) 18-23. ISSN: 0002-8614

NEELON, Virginia; CHAMPAGNE, Mary T.; CARLSON, John R.; FUNK, Sandra - The NEECHAM Confusion Scale: construction, validation and clinical testing. **Nursing Research** [em linha] 45:6 (1996) 324-30. ISSN: 0029-6562

NEVES, Hugo; SILVA, Abel; MARQUES, Paulo - Tradução e adaptação cultural da escala de confusão de NEECHAM. **Revista de Enfermagem Referência** [em linha] III:3 (2011) 105-112. ISSN: 0874-0283

NEVILLE, Stephen; GILMOUR, Jean - Practice. **Kai Tiaki Nursing New Zealand** [em linha] 13:9 (2007) 22-24. ISSN: 1173-2032

NEYENS, Jacques; DIJCKS, Béatrice; HAASTREGT, Jolanda; DeWITTE, Luc; VAN DEN HEUVEL, Wim; CREBOLDER, Harry; SCHOLS, Jos -The Development of a Multidisciplinary Fall Risk Evaluation Tool for Demented Nursing Home Patients in the Netherlands. **BMC Public Health** [em linha] 6:74 (2006) 1-15. ISSN: 1471-2458

NOWELS, David E. ; BUBLITZ, Caroline; KASSNER, Cordt T.; KUTNER, Jean S. - Estimation of Confusion Prevalence in Hospice Patients. **Journal of Palliative Medicine** [em linha] 5:5 (2002) 687-692. ISSN: 1557-7740

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. 2004. 24 p.

PADILHA, José Miguel - **Preparação da Pessoa Hospitalizada para o Regresso a Casa: Conhecimentos e Capacidades para uma Eficaz Resposta Humana aos Desafios de Saúde**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. 2006. 229 p. Tese de Mestrado

PEREIRA, Alexandre - **SPSS – Guia Prático de Utilização**. 6ª ed. Lisboa: Edições Sílabo (2006) 243 p. ISBN 972-618-425-8

PIMENTA GRACA, J; ABECASIS, P. - Fatores Preditivos de Morbilidade e Mortalidade Hospitalar. **Acta Médica Portuguesa** [em linha] 15 (2002) 177-184. ISSN: 1646 – 0758

POLIT, Denise; BECK, Cheryl - **Nursing Research: Principles and Methods**. 7ª ed. Philadelphia: Lippincott, Williams e Wilkins. 2004. 769 p. ISBN: 0-7817-3733-8

RAHN, A. - Delirium Management in the Hospital: Diagnosis and Treatment. **Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie** [em linha] 41:6 (2008) 440-6. ISSN: 0948-6704

ROCKWOOD, Kenneth; COSWAY, Sylvia; CARVER, Daniel; JARRETT, Pamela; STADNYK, Karen; FISK, John - The Risk of Dementia and Death after Delirium. **Age and Ageing** [em linha] 28:6 (1999) 551-556. ISSN: 1468-2834

RUBENSTEIN, Laurence - Falls in Older People: Epidemiology, Risk Factors and Strategies for Prevention. **Age and Ageing** [em linha] 35:S2 (2006) ii37-ii41. ISSN: 1468-2834

RUBIN, B.; DUBE, A.H.; MITCHELL, E. - Asphyxial deaths due to physical restraint. A case series. **Archives of Family Medicine** [em linha] 2: 4 (1993) 405-8. ISSN: 1063-3987

RUSSO, Allison; ELIXHAUSER, Anne - Hospitalizations in the elderly population. **Statistical Brief, nº 6. Agency for Healthcare Research and Quality** [em linha] Rockville, Md (2006) Disponível em: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb6.pdf>

SEGATORE, Milena; ADAMS, Debra - Managing Delirium and Agitation in Elderly Hospitalized Orthopaedic Patients: Part I – Theoretical Aspects. **Orthopaedic Nursing** [em linha] 20:1 (2001) 31-46. ISSN: 1361-3111

SEGATORE, Milena; ADAMS, Debra - Managing Delirium and Agitation in Elderly Hospitalized Orthopaedic Patients: Part II – Interventions. **Orthopaedic Nursing** [em linha] 20:2 (2001) 61-75. ISSN: 1361-3111.

SCHWENDIMANN, René; BUHLER, Hugo; DeGEEST, Sabina; MILISEN, Koen - Falls and consequent injuries in hospitalized patients: effects of an interdisciplinary falls prevention program. **BMC Health Service Research** [em linha] 7:6 (2006) 69. ISSN: 1472-6963

SOUSA, Sílvia; MORAES, M. E.; BEATO, V.; CORREDOURA, A.S.; RODRIGUES, G.; SOARES, M.; LOURENCO, T.; GOMES, C; GODINHO, F; OLIVEIRA, L; SANTOS, A.P.; SOARES, C.; RIBEIRO, T; JORDAO, L; MENITRA, G; AGUJAR, P;

TERRELL, Kevin M.; WEAVER, Christopher S.; GILES, Beverly K.; ROSS, Mary J. - ED Patient Falls And Resulting Injuries. **Journal of Emergency Nursing** [em linha] 35:2 (2009) 89-92. ISSN: 1527-2966.

TIDEIKSAAR, Rein - Chapter 8: Falls. *In* Bonder, Bette; Bello-Haas, Vanina. **Functional Performance in Older Adults**. 3rd ed. USA: Davis Company (2009) 877 p. ISBN-13: 978-0-8036-1688-2.

TRUMAN, Brenda; ELY, Wesley - Using the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit. **Critical Care Nurse** [em linha] 23:2 (2003) 25-38. ISSN: 0279-5442.

VAN GEMERT, Liesbeth A.; SCHUURMANS, Marieke J. - The Neecham Confusion Scale and the Delirium Observation Screening Scale: Capacity to discriminate and ease of use in clinical practice. **BMC Nursing** [em linha] 6: 3 (2007) ISSN: 1472-6955.

VASSALLO, Michael; SHARMA, Jagdish C.; ALLEN, Stephen C. - Characteristics of Single Fallers and Recurrent Fallers among Hospital In-Patients. **Gerontology** [em linha] 48:3 (2002) 147-150. ISSN: 0304-324X

VASSALLO, Michael; VIGNARAJA, Raj; SHARMA, Jagdish C.; BRIGGS, Roger; ALLEN, Stephen C. - Predictors for falls among hospital inpatients with impaired mobility. **Journal of the Royal Society of Medicine** [em linha] 97:6 (2004) 266-69. ISSN: 1758-1095

VASSALLO, Michael; STOCKDALE, Rachel; SHARMA, Jagdish C.; BRIGGS, Roger; ALLEN, Stephen - A Comparative Study of the Use of Four Fall Risk Assessment Tools on Acute Medical Wards. **Journal of the American Geriatrics Society** [em linha] 53:6 (2005) 1034-1038. ISSN: 1532-5415

VRIES, Oscar J.; LIGTHART, Gerard J.; NIKOLAUS, Thorsten - Differences in Period Prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of European hospitals and nursing homes. **The journals of gerontology** [em linha] 59A:9 (2004) 922 -923. ISSN: 1079-5006

WASYNSKI, Christine - Confusion Assessment Method. **Journal of Gerontological Nursing** [em linha] 28:4 (2002) 4. ISSN: 0098-9134

WICKS, Gill - Purat: Is Clinical Judgement an effective alternative? **Wounds** [em linha] 2:2 (2006) 14-24. ISSN: 1044-7946

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Global Health Observatory** [em linha] 2008. Disponível em: <http://apps.who.int/ghodata/?vid=720>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Violence and Injury Prevention and Disability – Falls** [em linha] 2010. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/falls/en/index.html

ANEXOS

ANEXO I – ESCALA DE CONFUSÃO NEECHAM

ESCALA DE CONFUSÃO NEECHAM

Nº doente: _____ AVALIADO POR: _____

DATA: _____ HORA: _____

NÍVEL I – PROCESSAMENTO

PROCESSAMENTO – ATENÇÃO: (Atenção-Alerta-Reacção)

- 4** Atenção/alerta total: responde imediata e correctamente à chamada pelo nome ou toque – olhos, virar de cabeça, reconhece completamente o que o rodeia, responde aos estímulos ambientais de forma normal.
- 3** Atenção/alerta diminuída ou aumentada: atenção diminuída quer à chamada, toque ou a estímulos ambientais ou hiper-alerta, hiperactivo a estímulos/objectos circundantes
- 2** Atenção/alerta inconstante ou inadequada: requer chamada ou toque repetidos para obter/manter contacto visual/atenção; capaz de reconhecer objectos/estímulos, embora possa adormecer entre estímulos.
- 1** Atenção/alerta perturbada: abre olhos em resposta a sons ou toque; pode parecer amedrontado, incapaz de responder/reconhecer contacto ou pode mostrar-se retraído/agressivo.
- 0** Despertar/resposta deprimida: pode ou não abrir os olhos; só se obtém o mínimo de consciência após estímulos repetidos; incapaz de reconhecer contacto.

PROCESSAMENTO – ORDEM (Reconhecimento-Interpretação-Acção)

- 5** Capaz de obedecer a uma ordem complexa: “Ligue a luz de chamar os enfermeiros” (Tem de procurar o objecto, reconhecê-lo e executar a ordem)
- 4** Resposta lenta a ordem complexa: requer incitamento ou estímulos repetidos para seguir/executar a ordem. Executa a ordem complexa de forma lenta ou com demasiada atenção.
- 3** Capaz de obedecer a uma ordem simples: “Levante a mão ou o pé Sr.” (Usar apenas 1 parte do corpo)
- 2** Incapaz de obedecer a uma ordem directa: obedece imediatamente a ordens por toque ou pista visual – bebe do copo colocado perto da boca. Responde de forma calma ao contacto, tranquilização ou segurar a mão do enfermeiro
- 1** Incapaz de obedecer a uma ordem mesmo que guiada visualmente: responde com expressões faciais atordoadas ou assustadas, e/ou resposta de afastamento/resistência, comportamento hiper/hipoactivo; não responde a leve apertar de mão pelo enfermeiro.
- 0** Hipoactivo, letárgico: respostas motoras mínimas aos estímulos ambientais

PROCESSAMENTO – ORIENTAÇÃO: (Orientação, memória de curto prazo, conteúdo pensamento/discurso)

- 5** Orientado em relação ao tempo, lugar e pessoa: processos do pensamento, conteúdo da conversação ou perguntas são adequados. Memória de curto prazo intacta
- 4** Orientado em relação às pessoas e ao espaço: distúrbio mínimo na memória/recordação, conteúdo e resposta a perguntas na maioria adequadas; pode ser repetitivo, necessária estimulação para manter o contacto. Geralmente coopera.
- 3** Orientação inconsistente: voltado para si próprio, reconhece a família, mas a orientação quanto a tempo e lugar é variável. Utiliza pistas visuais para se orientar. Perturbações de pensamento/memória são comuns, poderá sofrer alucinações ou ilusões. Cooperação passiva com pedidos (comportamentos de protecção cognitivos cooperantes)
- 2** Desorientado e memória/recordação perturbada: orientado para si próprio/reconhece a família. Poderá questionar acções do enfermeiro ou recusar pedidos/procedimentos (comportamentos de protecção cognitivos de resistência). Conteúdo da conversação/pensamento perturbado. Ilusões e/ou alucinações são comuns.
- 1** Desorientado, reconhecimento perturbado: reconhece, de forma inconsistente, pessoas conhecidas, família, objectos. Sons/discurso inadequados.
- 0** Processamento de estímulos deprimido: resposta mínima a estímulos verbais

NÍVEL 2 – COMPORTAMENTO

COMPORTAMENTO – APARÊNCIA:

- 2** Controla a postura, mantém a aparência, higiene: vestido e arranjado de forma adequada, asseado, limpo. Postura na cama/cadeira normal.
- 1** Postura ou aparência alteradas: algum desarranjo na roupa/cama ou aparência pessoal, ou alguma falta de controlo de postura, posição.
- 0** Postura e aparência anormais: desarrumação, falta de higiene, incapaz de manter a postura na cama.

COMPORTAMENTO – MOTOR:

- 4** **Comportamento motor normal:** movimento, coordenação e actividade adequados, capaz de descansar tranquilamente na cama, movimento de mãos normal.
- 3** **Comportamento motor lentificado ou hiperactivo:** quieto demais ou com pouco movimento espontâneo (mãos/braços cruzados ou sobre o peito ou ao longo do corpo) ou hiperactivo (mexer para cima/baixo, agitado). Pode ter tremores nas mãos.
- 2** **Movimento alterado:** inquieto ou com movimentos rápidos. Movimentos manuais parecem anormais – apanhar objectos da cama ou da coberta, etc. Pode necessitar de assistência para movimentos intencionados.
- 1** **Movimentos inapropriados, disruptivos:** puxar tubos, tentar passar por cima das grades de protecção, acções intencionais frequentes.
- 0** **Movimentos deprimidos:** movimentos limitados a não ser que seja estimulado; movimentos de resistência.

COMPORTAMENTO – VERBAL:

- 4** **Inicia discurso de forma adequada:** capaz de conversar, consegue iniciar e manter uma conversa. Discurso normal para problema diagnosticado, tom de voz normal.
- 3** **Início de discurso limitado:** respostas a estímulos verbais são simples e curtas. Discurso claro para o problema diagnosticado, tom de voz pode ser anormal e o ritmo pode ser lento.
- 2** **Discurso inadequado:** pode falar para si próprio ou não fazer sentido. Discurso não claro para problema diagnosticado.
- 1** **Discurso/sons perturbados:** sons/tom alterados. Balbucia, grita, diz palavras ou está anormalmente em silêncio.
- 0** **Sons anormais:** grunhidos ou outros sons distorcidos. Não há discurso claro.

NÍVEL 3 – CONTROLO FISIOLÓGICO**AVALIAÇÕES FISIOLÓGICAS:**

Valores registados:	Normal:	
_____ Temperatura	(36-37°)	_____ Períodos de apneia/hipopneia presentes? 1=sim, 0=não
_____ TA sistólica	(100-160)	_____ Prescrita terapia de oxigénio? 0=não, 1=sim, mas desligado, 2= sim, ligado no
_____ momento		
_____ TA diastólica	(50-90)	
_____ Freq. cardíaca (FC)	(60-100)	
_____ Regular/ Irregular	(circular um)	
_____ Ciclos respiratórios	(14-22) (Contar durante 1 minuto)	
_____ Saturação O ₂	(93 ou acima)	

ESTABILIDADE DAS FUNÇÕES VITAIS: (Contar anomalias da TA sist. e/ou TA diast. como um valor; contar Ritmo Cardíaco anormal e/ou irregular como um; contar apneia e/ou respiração anormal como um; e temperatura anormal como um.)

- 2** TA, RC, TEMP, RESPIRAÇÃO normais com pulso regular
- 1** Qualquer um dos parâmetros anteriores anormal
- 0** Dois ou mais dos parâmetros anteriores anormais

ESTABILIDADE DE SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO:

- 2** Sat. O₂ normal (93 ou acima)
- 1** Sat O₂ entre 90 e 92 ou está a receber oxigénio
- 0** Sat. O₂ abaixo de 90

CONTROLO DE CONTINÊNCIA URINÁRIA:

- 2** Mantém o controlo da bexiga
- 1** Incontinente nas últimas 24 horas ou tem penny-rose
- 0** Incontinente no momento, ou necessita de algaliação intermitente ou permanente ou tem anúria

_____ Pontuação NÍVEL 1: Processamento (0-14 pontos)	Pontuação total de: 0-19	Indica: Confusão moderada a severa
_____ Pontuação NÍVEL 2: Comportamento (0-10 pontos)	25-26 27-30	Confusão ligeira ou início de desenvolvimento de confusão "Não confuso", mas com alto risco de confusão "Não confuso", ou função normal
_____ Pontuação NÍVEL 3: Controlo Fisiológico (0-6 pontos)		
_____ NEECHAM TOTAL (0-30 pontos)		

ANEXO II

MODELO HENDRICH II DE RISCO DE QUEDA

MODELO HENDRICH II DE RISCO DE QUEDA ©

Factores de risco	Pontos	Resultado
Confusão/desorientação/impulsividade	4	
Depressão sintomática	2	
Eliminação alterada	1	
Tonturas/vertigens	1	
Género (masculino)	1	
Anti-epilépticos prescritos/administrados <small>(ácido valpróico-valprolim), (carbamazepina-carbamazepina, tegretol), (fenitoína-fenitoína, hidantina) (fenobarbital-luminal, luminaletas, bialminal), (gabapentina-gabapentina, gabamox, neurontin), (lamotrigina- lamictal), (topiramato-topamax), (valproato de sódio-depakine, diplexil) e outros</small>	2	
Benzodiazepinas prescritas/administradas <small>(alprazolam-alprazolam), (clonazepam-rivotril), (clorazepato dipotássico- medipax, tranxene), (diazepam-diazepam, bialzepam, metamidol, valium), (flurazepam-morfex), (lorazepam-lorazepam, lorenin, ansilor), (midazolam- dornicum, midazolam), (oxazepam-serenal), (triazolam-halcion) e outros</small>	1	
Teste “Levantar e andar” (Assinalar apenas uma opção) <small>* Caso não seja possível avaliar, registar o facto no processo do doente com indicação de data e hora</small>		
Capaz de se levantar num movimento único – Sem perda de equilíbrio ao andar	0	
Ergue-se à primeira tentativa	1	
Ergue-se após várias tentativas	3	
Incapaz de se levantar sem ajuda durante o teste	4	
Um resultado de 5 ou mais = Risco elevado de queda		
FINAL		RESULTADO

Hendrich A.L Bender, P.S. & Nyhuis A. (2003) Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: A Large Concurrent Case/Control Study of Hospitalized Patients. Applied Nursing Research 16 (1), 9-21.

A todos os factores de risco é atribuída uma pontuação (ver pontos), que devem ser assinalados na coluna **RESULTADO**. Caso não se verifique o factor de risco, assinalar ZERO na coluna **RESULTADO**.

Factor de risco	Definição
Confusão/ Desorientação/ Impulsividade	Desorientação quanto à data, local e/ou pessoa. Incapacidade de reter ou receber instruções. Apresenta dificuldades de discernimento a nível pessoal ou de segurança: alterações/perturbações momentâneas no que toca a atenção, cognição, actividade psicomotora, nível de consciência e/ou ciclos de sono/vigília. Este poderá ser um estado neurológico progressivo, induzido por medicação ou de origem comportamental. Doentes com quadro de AVC (hemisfério esquerdo) poderão apresentar um comportamento impulsivo e imprevisível em resultado das lesões cerebrais.
Depressão sintomática	Avaliação de enfermagem conclui que o doente aparenta estar deprimido, desanimado, melancólico, não interage convenientemente e/ou chora, mostra-se alheado, ou o próprio doente indica que se sente deprimido. Constata-se uma perda geral de interesse pela vida. Diagnóstico clínico de depressão - Se a depressão se encontrar sob controlo terapêutico (via medicamentosa e/ou terapia) NÃO são contabilizados pontos .
Eliminação alterada	Eliminação alterada relativamente ao padrão clínico, como incontinência, nictúria, polaiquíria, incontinência de urgência ou de esforço, diarreia ou eliminação intestinal motivada pelo uso de catárticos. Se cateter urinário NÃO são contabilizados pontos . Quando o cateter for removido, poderá existir um período de elevado risco até que se restabeleça a eliminação normal.
Tonturas Vertigens	O doente refere tonturas e/ou vertigens. Poderá registar-se uma trajectória oscilatória do corpo quando o doente se levanta (movimento circular ao erguer-se). Isto é muitas vezes observado no idoso, com dificuldades ao nível da marcha e do equilíbrio, podendo ocorrer em resultado de efeitos secundários da medicação.
Género (masculino)	Homem – O factor “Sou capaz sozinho” e/ou “Não quero a ajuda de uma enfermeira”.
Antiepilépticos administrados/prescritos	(ácido valpróico-valprolim), (carbamazepina-carbamazepina, tegretol), (fenitoína-fenitoina, hidantina) (fenobarbital-luminal, luminaletas, bialminal), (gabapentina-gabapentina, gabamox, neurontin), (lamotrigina- lamictal), (topiramato-topamax), (valproato de sódio-depakine, diplexil) e outros.
Benzodiazepinas administradas/prescritos	(alprazolam-alprazolam), (clonazepam-rivotril), (clorazepato dipotássico-medipax, tranxene), (diazepam-diazepam, bialzepam, metamidol, valium), (flurazepam-morfex), (lorazepam-lorazepam, lorenin, ansilor), (midazolam-dormicum, midazolam), (oxazepam-serenal), (triazolam-halcion) e outros.
Teste “Levantar e andar” (Assinalar apenas uma opção)	
* Caso não seja possível avaliar, registar o facto no processo do doente com indicação de data e hora	
Com o doente sentado numa cadeira (<u>preferencialmente</u>) ou lateralmente na cama, colocar as palmas das mãos, sobre as coxas e pedir que se levante sem ajuda, atribuindo uma pontuação de acordo com as orientações abaixo, <u>assinalando apenas uma opção</u> . - Se o doente não puder realizar este teste (caso de prescrição de repouso), pontuar todos os factores de risco anteriores e se obtiver um resultado de 5 ou mais (sem o teste “Levantar e andar”) e estiver em condições de TENTAR levantar-se, deverá ser considerado como “risco elevado de queda” . - Se não estiver em condições de se levantar, mas possuir pontos de risco, deverá ser considerado como de “risco elevado de queda pendente” , sendo colocado sob as directrizes de prevenção de quedas assim que estiver em condições de TENTAR levantar-se. - Se o doente estiver em estado comatoso ou em coma induzido (medicamentoso) e não seja possível efectuar a avaliação do risco de queda, documentar como “impossibilidade de avaliar o risco de queda devido a _____” e registar no processo. Assim que o estado do doente se alterar, a avaliação do risco deverá ser realizada conforme descrito.	
Capaz de se levantar num movimento único – Sem perda de equilíbrio ao andar	
Ergue-se à primeira tentativa	
Ergue-se após várias tentativas	
Incapaz de se levantar sem ajuda durante o teste	

ANEXO III

FORMULÁRIO DE COLHEITA DE DADOS

DEMOGRÁFICOS

Género: _____ Idade: _____

Nº doente: _____

Antecedentes Pessoais:

Patologias –

Terapêutica Medicamentosa –

Diagnósticos de Enfermagem na admissão (data _____):

Grau de Dependência –

Confusão –

História de Queda Anterior –

Deficiência Sensorial –

Outro (considerado relevante) -

ANEXO IV

**AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DO CENTRO
HOSPITALAR BARREIRO-MONTIJO**

Autorizada
At. Helena Almeida
20/03/12

De: Enf.^a Sandra Margarida Gaiato Risso
Para: Conselho de Administração do HNSR, E.P.E.
C/c: Sr.^a Enf.^a Directora Helena Almeida
Assunto: Pedido de Autorização para Aplicação de duas escalas de avaliação de Confusão e de Risco de Queda

Reunião CES d
12.03.09

Ao SA Director do Serv. Medicina Interna
A SAZ enf. chefe do mesmo serviço.
Tendo a Comissão de Ética emitido parecer favorável remete-se para emissão de parecer desse serviço.

Sandra Margarida Gaiato Risso, Enfermeira com o n.º mec. 31815, desempenhando funções no Serviço de Medicina, vem por este meio solicitar a V. Exas. nova autorização para a aplicação de dois instrumentos de colheita de dados nesta instituição, no âmbito da Dissertação de Mestrado em Enfermagem, ministrado pela Universidade Católica Portuguesa. A Dissertação de Mestrado subordina-se ao tema "Risco de Queda em Clientes Confusos". Este trabalho toma por objecto de estudo o conhecimento da magnitude do risco de queda em clientes confusos e a sua relevância para o exercício profissional dos enfermeiros, tendo por finalidade contribuir para a melhoria da qualidade da prática profissional dos enfermeiros, através da definição de estratégias que permitam a redução de quedas em clientes confusos.

Helena Almeida
20.03.09
ENFERMEIRA-DIRECTORA
Helena Almeida Eni.^a

Pretende-se aplicar a tradução validada para Portugal de duas escalas internacionais a uma amostra composta por todos os clientes admitidos no serviço de Medicina do HNSR, num período temporal previsto de seis meses. Uma das escalas, Escala de Confusão NEECHAM (Anexo I), pretende avaliar a presença, grau e risco de Confusão dos clientes. A outra escala, Modelo Hendrich II de Risco de Queda (Anexo II), que se encontra em validação para a população institucionalizada em geral, pretende avaliar o risco de queda. Pretende-se saber se esta escala é válida e fiável para populações de clientes confusos, dado que a confusão é factor para risco de queda.

A todos os sujeitos da amostra será efectuado o devido pedido de consentimento informado (Anexo III), que será explicitado no momento da sua assinatura. No caso de sujeitos incapazes psíquica ou fisicamente, o pedido será efectuado à pessoa significativa (de referência do sujeito).

Para além da aplicação das escalas, proceder-se-á à colheita de dados de saúde anonimizados do processo clínico, para melhor enquadramento e caracterização da amostra. Será ainda efectuada uma consulta do processo clínico até ao dia da alta, para consulta de registos de eventuais quedas.

Nada a opor, considerando que o de todo o interesse a no-62m e conclusões do Resolho do Dest. ta-Sulbe. 25/3/09
Decc. Fracalossi

09/03/25

*Concinto q o pedido
foi emitido na Tabela
pela Sr. Helena Almeida
para o Conselho de Administração
do HNSR, E.P.E. para o dia
09/03/25*

2009/03/19

Helena Almeida

ANEXO V

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Escola Superior de Biotecnologia

3º Curso de Mestrado em Enfermagem

Chamo-me Sandra Margarida Gaiato Risso, sou enfermeira no serviço de Medicina I, onde se encontra internado, e encontro-me a realizar um estudo (dissertação) no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, intitulado “Risco de Queda em Doentes Confusos”.

Com este estudo pretendo conhecer a dimensão do risco de queda em utentes admitidos neste serviço, para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem na redução da ocorrência de quedas nesta população.

Pretendo aplicar duas escalas de avaliação de confusão e de risco de queda a todos os utentes admitidos neste serviço num período de seis meses. Como foi dito, estas escalas serão aplicadas a qualquer pessoa. Quero frisar que, por lhe aplicar uma escala de avaliação de confusão, não quero dizer que o considere confuso, aliás, pretendo obter uma amostra de utentes não confusos para poder estabelecer relações entre os dados.

A escala de avaliação de confusão é já utilizada em Portugal; a escala de avaliação de risco de queda está, de momento, a começar a ser utilizada. Ambas as escalas são preenchidas por mim. Não lhe farei entrevistas nem lhe pedirei para preencher mais nenhum documento.

Irei proceder também à colheita de dados de todos os participantes do estudo (i.e., sexo, idade, medicação que toma...) para melhor caracterizar globalmente a população.

Garanto a confidencialidade dos seus dados e o cumprimento de todos os procedimentos deontológicos da investigação científica. Os seus dados só serão divulgados globalmente, em números, e não será identificado em nenhuma parte do estudo.

Muito obrigada pela sua colaboração e disponibilidade,

Declaro que fui claramente esclarecido sobre os objectivos e que aceito participar livremente neste estudo,

ANEXO VI

RESUMO GLOBAL DOS DOENTES COM QUEDA

Tabela 4 – Resumo global dos doentes com queda

	Doente 1	Doente 2	Doente 3	Doente 4	Doente 5
Sexo	Masculino	Feminino	Masculino	Masculino	Masculino
Idade	75	80	69	70	74
Neecham admissão	25	19	14	28	16
HIIFRM admissão	6	10	10	11	11
Neecham alta	26	20	16	29	18
HIIFRM alta	6	10	10	11	11
História de queda anterior	Não	Não	Sim	Não	Sim
Deficiência Sensorial	Disartria	Não	Disartria	Diminuição da acuidade visual	Disartria
Avaliação da Confusão pelos enfermeiros	Confusão	Sem Confusão	Confusão	Sem Confusão	Confusão
Dias de internamento	40	23	9	36	29
Dia da queda	13º	Admissão	4º	26º	Admissão
Hora da queda	0	6	8	11	1
Motivo da queda	Andar para ir ao sanitário	Andar	Andar para ir ao sanitário	Falta postura	Andar

ANEXO VII

**CONSISTÊNCIA INTERNA DA ESCALA DE CONFUSÃO
NEECHAM (SE ITEM ELIMINADO)**

Consistência interna da Escala de Confusão Neecham

	Média da escala se item eliminado	Variância da escala se item eliminado	Correlação item- total corrigida	Alfa de Cronbach se item eliminado.
Processamento Atenção	18,63	43,937	,876	,899
Processamento Ordem	18,14	37,864	,908	,892
Processamento Orientação	18,19	37,176	,891	,895
Comportamento Aparência	20,99	44,713	,846	,901
Comportamento Motor	19,04	40,402	,803	,901
Comportamento Verbal	18,94	40,847	,911	,893
Estabilidade das Funções Vitais	20,87	52,112	,197	,934
Estabilidade de Saturação de Oxigénio	20,25	53,510	,188	,930
Controlo de Continência Urinária	21,03	44,988	,704	,908

ANEXO VIII

CONSISTÊNCIA INTERNA DO MODELO DE HENDRICH II DE RISCO DE QUEDA (SE ITEM ELIMINADO)

Consistência interna do Modelo de Hendrich II de Risco de Queda se item eliminado

	α Cronbach se item eliminado
HIIFRM Admissão Confusão	,262
HIIFRM Admissão Depressão	,520
HIIFRM Admissão Eliminação	,408
HIIFRM Admissão Tonturas	,516
HIIFRM Admissão Masculino	,495
HIIFRM Admissão Antiepiléticos	,472
HIIFRM Admissão Benzodiazepinas	,542
HIIFRM Admissão Get Up And Go Test	,211

ANEXO IX

TESTE DE KOLMOGOROV-SMIRNOV

Teste de Kolmogorov-Smirnov

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

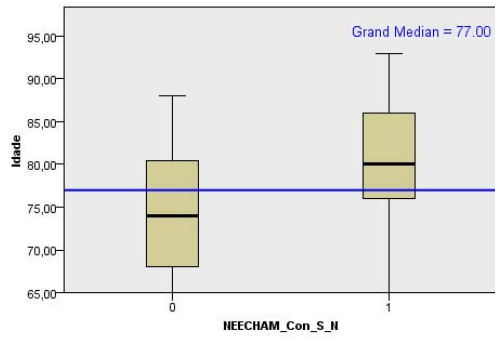
		Idade	NEECHAM_ Admissao_ Total	HIIFRM_ Admissao_ Total	Sexo	NEECHAM_ Con_ S_ N	Risco_ HIIFRM_ S_ N	Queda	Confusao_ Enfermeiros	Risco_ Queda_ Enfermeiros
N		96	96	96	96	96	96	96	96	96
Normal Parameters ^{a, b}	Mean	77,25	21,98	6,59	,54	,49	,65	,05	,44	,95
	Std. Deviation	7,516	7,406	3,687	,501	,503	,481	,223	,499	,223
Most Extreme Differences	Absolute	,062	,209	,160	,362	,345	,415	,540	,372	,540
	Positive	,062	,139	,116	,319	,345	,265	,540	,372	,408
	Negative	-,055	-,209	-,160	-,362	-,335	-,415	-,408	-,308	-,540
Kolmogorov-Smirnov Z		,605	2,052	1,565	3,543	3,385	4,068	5,292	3,648	5,292
Asymp. Sig. (2-tailed)		,858	,000	,015	,000	,000	,000	,000	,000	,000

a. Test distribution is Normal.
b. Calculated from data.

ANEXO X

RELAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL IDADE E AS VARIÁVEIS CONFUSÃO E RISCO DE QUEDA

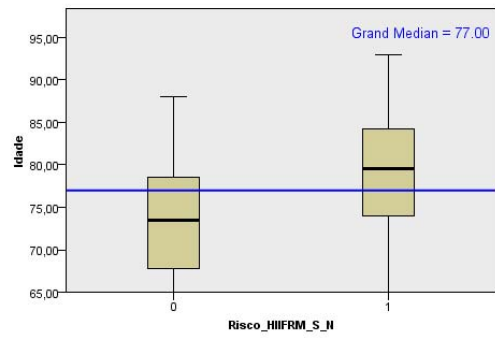
Independent-Samples Median Test



Total N	96
Median	77,000
Test Statistic	15,008
Degrees of Freedom	1
Asymptotic Sig. (2-sided test)	.000
Chi-Square	13,467
Yates's Continuity Correction Degrees of Freedom	1
Asymptotic Sig. (2-sided test)	.000

1. Multiple comparisons are not performed because there are less than three test fields.

Independent-Samples Median Test



Total N	96
Median	77,000
Test Statistic	9,702
Degrees of Freedom	1
Asymptotic Sig. (2-sided test)	.002
Chi-Square	8,417
Yates's Continuity Correction Degrees of Freedom	1
Asymptotic Sig. (2-sided test)	.004

1. Multiple comparisons are not performed because there are less than three test fields.