

Queda nas Instituições de Longa Permanência para Idosos: validação de protocolo

Falls in long-term care institutions for elderly people: protocol validation

Caída en Residencias Geriátricas: validación de protocolo

**Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho¹, Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe¹,
Maria Adriana Pereira Henriques¹**

¹ Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem. Lisboa, Portugal.

¹ Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde, Unidade de Investigação em Saúde. Leiria, Portugal.

Como citar este artigo:

Baixinho CRSL, Dixe MACR, Henriques MAP. Falls in long-term care institutions for elderly people: protocol validation. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017; 70(4):740-6. [Thematic Edition "Good Practices: Fundamentals of care in Gerontological Nursing"] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0109>

Submissão: 15-02-2017

Aprovação: 02-04-2017

RESUMO

Objetivos: Validar o conteúdo de um protocolo para a gestão do risco de queda em Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Método: Estudo metodológico, de abordagem quantitativa, utilizando a técnica de Delphi. O instrumento, construído com base na literatura, foi enviado por via eletrónica, para obter consenso entre os 14 peritos que respeitam os critérios de inclusão definidos.

Resultados: Os 27 indicadores do protocolo estão organizados em três dimensões: Preparar a Institucionalização (IRA = ,88); Gerir o Risco de Queda ao longo da Institucionalização (IRA = ,9) e Liderar a comunicação e formação (IRA = 1), com um CVI = ,91. Foram efetuadas duas rodadas para se obter consenso superior a 80% em todos os itens. **Conclusão:** Os valores obtidos no teste de fidedignidade (>0,8) atestam que o protocolo pode ser utilizado para atingir o fim que se pretende. A próxima etapa é a validação clínica do protocolo com idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Descritores: Acidentes por Quedas; Idosos; Prevenção de Acidentes; Enfermagem; Institucionalização.

ABSTRACT

Objectives: To validate the content of a fall management risk protocol in long-term institutions for elderly people. **Methods:** Methodological, quanti-qualitative study using the Delphi technique. The tool, based on the literature, was sent electronically to obtain consensus among the 14 experts that meet the defined inclusion criteria. **Results:** The 27 indicators of the protocol are organized in three dimensions: prepare for the institutionalization (IRA = .88); manage the risk of falls throughout the institutionalization (IRA = .9); and lead the communication and formation (IRA = 1), with a CVI = .91. Two rounds were performed to get a consensus superior to 80% in every item. **Conclusion:** The values obtained in the reliability test (>0.8) show that the protocol can be used to meet the intended goal. The next step is the clinic validation of the protocol with residents of long-term care institutions for elderly people.

Descriptors: Accidental Falls; Aged; Accident Prevention; Nursing; Institutionalization.

RESUMEN

Objetivos: Validar el contenido de un protocolo para gestión de riesgo de caídas en Residencias Geriátricas. **Método:** Estudio metodológico, de abordaje cualitativo, utilizando técnica de Delphi. El instrumento elaborado con base en la literatura fue enviado por vía electrónica para obtener consenso entre los 14 peritos que observan los criterios de inclusión definidos.

Resultados: Los 27 indicadores del protocolo están organizados en tres dimensiones: Preparar la Institucionalización (IRA = ,88); Gerenciar el Riesgo de Caída durante la institucionalización (IRA = ,9); y Liderar la comunicación y formación (IRA = 1), con un CVI = ,91. Fueron efectuadas dos rondas para obtener consenso superior al 80% en todos los ítems. **Conclusión:** Los valores obtenidos en el test de fidelidad (>0,8) certifican que el protocolo puede utilizarse para alcanzar el fin pretendido. La siguiente etapa será la validación clínica del protocolo con ancianos que moren en Residencias Geriátricas.

Descritores: Accidentes por Caídas; Ancianos; Prevención de Accidentes; Enfermería; Institucionalización.

AUTOR CORRESPONDENTE

Cristina Lavareda Baixinho

E-mail: crbaixinho@esel.pt

INTRODUÇÃO

As quedas são um problema para os idosos, com particular preocupação nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)⁽¹⁻³⁾, onde a incidência varia entre 34% e 67%⁽⁴⁾ e são causa de institucionalização e vão continuar a afetar os residentes que permanecem independentes, uma vez que estão a viver numa ILPI⁽⁵⁾.

Quando se trata de queda, a incidência de lesões é superior nos idosos institucionalizados⁽⁶⁾, comparativamente aos idosos que caem na comunidade, o que torna este acidente uma fonte importante de morbilidade e mortalidade nos idosos institucionalizados⁽³⁾. Estima-se que as quedas ocasionem de 6 a 9 mil hospitalizações em idosos institucionalizados, com uma média de 12 a 20 dias de hospitalização⁽⁷⁾.

O controlo deste flagelo é difícil pela complexa e multifatorial natureza do risco de queda. Todavia, numa população que envelhece rapidamente, emerge a necessidade de transferência do conhecimento como uma medida proativa e sistemática para a prevenção de quedas que integre políticas, prevenção e prática⁽⁸⁾, com uma abordagem multiprofissional. Os autores salientam que a prevenção pode ter vários formatos, mas precisa envolver os diferentes profissionais⁽⁷⁾.

Tanto a nível mais macro de definição de políticas de saúde, como a nível mais micro da prestação direta de cuidados ao idoso, os enfermeiros são os profissionais mais qualificados e bem posicionados para a identificação e estratificação do risco e para o planeamento, implementação e avaliação de programas de prevenção⁽⁴⁾, desempenhando um papel chave na garantia da qualidade dos cuidados nas unidades de cuidados de longa duração⁽⁴⁾.

Na interface entre a consulta e a análise dos resultados da investigação, verificamos que é emergente, para este problema de saúde pública, a delimitação e validação de um protocolo de intervenção para a gestão de risco de queda em ILPI que permita aos enfermeiros utilizar, na prática clínica, instrumentos e intervenções baseados na investigação e avaliar os resultados dos cuidados de enfermagem. É certo que a investigação tem sido produtiva na identificação de um conjunto de intervenções singulares e múltiplas com eficácia na diminuição da prevalência de quedas e suas lesões, mas não existe um protocolo de intervenção para a prática clínica dos enfermeiros, em ILPI, que permita uma abordagem sistémica e sistematizada para manter o idoso em segurança.

Pelo exposto, é objetivo deste estudo validar o conteúdo de um protocolo para a gestão do risco de queda em ILPI.

MÉTODO

Aspetos éticos

Este estudo faz parte de uma investigação sobre a gestão do risco de queda em equipamentos para idosos e tem a aprovação da Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa para a realização da investigação, tendo os pareceres sido positivos.

O contacto prévio para obter a autorização dos profissionais para integrar o painel e o reenvio do instrumento pelos participantes pressupõem a intenção de participação e, por

esse motivo, não foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Tipo de estudo

A gestão do risco de queda nas IPLIs é um processo complexo que implica manter o idoso em segurança ao longo de todo o período de institucionalização. Com o intuito de validar um protocolo de gestão do risco de queda para as IPLIs, submetemos a um grupo de peritos um conjunto de indicadores para avaliação da sua pertinência e contributo para a resolução deste grave problema de saúde pública.

Este estudo metodológico, de abordagem quantitativa, decorreu de fevereiro de 2015 a julho de 2016 e a Técnica de Delphi foi o método utilizado para obter consenso entre os peritos, relativamente às proposições apresentadas à análise. A opção metodológica ateu-se ao estado do conhecimento e ao objetivo do estudo. Essa técnica permitiu o acesso a pessoas geograficamente distantes, a produção de grande quantidade de ideias de alta qualidade e especificidade, a possibilidade da reflexão individual, sem as desvantagens das reuniões presenciais, e a integração e sinergia de ideias entre os especialistas⁽⁹⁾.

Amostra

A amostra intencional foi constituído por 14 peritos na área que cumpriam os critérios de inclusão pré-definidos: terem mais de cinco anos de atividade profissional, com investigação publicada na área do risco e/ou prevenção de quedas na população idosa. Optou-se por uma amostra heterogénea, defendida por alguns autores para assegurar a validade dos resultados, já que a multidisciplinaridade permite obter consensos preditivos mais válidos⁽¹⁰⁾.

Protocolo

Os indicadores sujeitos a avaliação pelo painel emergiram da revisão da literatura e dos resultados da investigação sobre este fenómeno nas IPLIs. A análise das intervenções com evidência na prevenção de queda, as que, sem evidência, são consideradas boas práticas e o referencial teórico das Transições de Meleis⁽¹¹⁾ permitiram organizar os indicadores, a priori, em 3 dimensões: preparar a institucionalização, gerir o risco de queda ao longo da institucionalização e liderar a comunicação e formação.

Foi efetuado um contacto prévio para explicar a finalidade do estudo e prevenir a abstenção dos participantes.

O questionário foi construído e enviado por meio do Google Drive[®]. Foi solicitado aos peritos que se pronunciassem em relação aos indicadores, pontuando entre (-1) não pertinente, (0) não tenho opinião e (1) pertinente.

Foi efetuado um pré-teste com cinco juizes, que não integram o estudo definitivo, para avaliar a legibilidade dos itens⁽⁹⁾.

Para obter consenso superior a 80% em todas as respostas, foram feitas duas rodadas⁽⁹⁻¹⁰⁾. Após o reenvio dos instrumentos da primeira rodada, efetuou-se a estatística descritiva das proposições e a análise das sugestões de alteração/reformulação dos itens. O nível de consenso e as sugestões foram integradas de acordo com o referencial teórico utilizado.

Os participantes tiveram *feedback* das respostas, e houve reformulação dos indicadores que obtiveram consenso inferior a 80% entre cada uma das rodadas⁽⁹⁾, de acordo com

as sugestões de reformulação dadas pelos participantes. Na segunda rodada, foram excluídas as questões que obtiveram consenso previamente estipulado de 80%⁽⁹⁻¹⁰⁾, não se introduziram novas questões porque elas não emergiram da análise de conteúdo efetuada às questões de resposta aberta.

Análise dos resultados

Para a Validação do conteúdo, foi utilizado o Content Validity Index, aplicado a cada um dos itens (CVII) e à totalidade do protocolo (CVI), e o Interrater Agreement (IRA) para avaliação da fidedignidade ou concordância interavaliadores. Para o cálculo do CVI dos itens e da totalidade do instrumento, foi dividido o número total de juízes que atribuiu uma pontuação de 3 ou 4 na escala de Lickert pelo número de juízes que avaliaram o item ou o instrumento⁽¹¹⁾. O IRA foi obtido pela divisão do número de itens que obtiveram acima de 80% entre os peritos do painel pelo total de itens de cada dimensão⁽¹¹⁾.

Recorreu-se ao SPSS, versão 21, para o tratamento estatístico dos dados.

As sugestões dadas pelos peritos foram analisadas à luz do referencial teórico e introduzidas na segunda rodada.

RESULTADOS

A amostra constituída por 14 peritos, todos do sexo feminino, é heterogénea do ponto de vista da formação pré-graduada (oito licenciadas em enfermagem, uma em medicina, duas em desporto, uma em psicologia e duas em fisioterapia) e pós-graduada, mas todas com investigação efetuada e publicada na área das quedas na população idosa. Os peritos são de nacionalidade portuguesa (oito) e brasileira (seis).

No Quadro 1, apresentam-se as dimensões e os indicadores de cada uma, sujeitos a avaliação pelo painel de peritos.

Quadro 1 – Concordância dos peritos (primeira rodada de avaliação) em relação aos itens de um protocolo de gestão do risco de queda, Lisboa, Portugal, 2016

	Dimensões do Protocolo de Gestão do Risco de Queda para as ILPIs*	CVII**	IRA***	CVI****	
Preparar a institucionalização					
1	Reúne com o idoso e família antes da entrada para a ILPI*.	0,86	0,77	0,91	
2	Aplica uma escala de avaliação do risco de queda.	0,93			
3	Aplica uma escala para avaliar as práticas e comportamentos do idoso na gestão do risco de queda.	0,86			
4	Descreve normas de boas práticas.	0,93			
5	Comunica a taxa de prevalência das quedas na ILPI*.	0,71			
6	Contratualiza o envolvimento da família na segurança do idoso.	0,86			
7	Informa o idoso da necessidade de reportar todos os episódios de queda.	0,93			
8	Formaliza a continuidade de cuidados com o enfermeiro de família.	0,79			
9	Entrega informação escrita sobre os critérios de roupa/calçado a trazer para a instituição.	1,0			
Gerir o Risco de Queda ao longo da Institucionalização					
10	Avalia o risco individual de queda com um instrumento de avaliação do risco.	1,0	0,9		
11	Controla o ambiente físico e equipamentos.	1,0			
12	Gere as atividades de vida diária do idoso.	0,93			
13	Gere os cuidados prestados pelos diferentes profissionais.	0,93			
14	Determina os mecanismos de delegação de tarefas a outros profissionais.	0,79			
15	Avalia as práticas e comportamentos dos profissionais na gestão do risco de queda.	1,0			
16	Avalia as práticas e comportamentos de gestão de risco de queda dos idosos.	0,86			
17	Seleciona produtos de apoio (à execução das atividades de vida diária) seguros.	0,86			
18	Monitoriza os episódios de quedas.	0,93			
19	Implementa estratégias para controlar as consequências da queda e prevenir o declínio de funcionalidade pós-queda.	1,0			
Liderar a comunicação e formação					
20	Decide, em equipe, as medidas preventivas a implementar.	1,0	1,0		
21	Comunica à família os fatores de risco individual de queda do idoso.	1,0			
22	Comunica à família as medidas implementadas.	0,86			
23	Avalia o impacto das medidas preventivas implementadas.	1,0			
24	Comunica e reporta os episódios de queda.	0,93			
25	Realiza estudos epidemiológicos.	0,93			
26	Regista, em plataforma nacional, os episódios de queda.	0,86			
27	Forma a equipe multidisciplinar.	1,0			

Nota: *Instituição de Longa Permanência para Idosos **Content Validity Index, aplicado aos itens do protocolo; ***Interrater Agreement, aplicado às dimensões do protocolo; ****Content Validity Index do protocolo

Após a devolução do formulário pelos peritos e análise das respostas, constatou-se que os itens 5, 8 e 14 não obtiveram consenso acima dos 80%, as sugestões de reformulação dadas pelos peritos foram consideradas, os itens reformulados e (re)enviados. Em relação ao item 5, uma perita (P) manifestou preocupação com a comunicação da prevalência de quedas ao idoso e a influência que poderia ter no medo de queda, sobretudo nos que já sofreram um episódio, e se essa informação teria impacto ou no medo de nova queda, ou mesmo na sua ocorrência nos primeiros dias de institucionalização e discordou da sua pertinência (P7); outra, que manifestou não ter opinião, salvaguardou que a baixa literacia tanto dos idosos como dos familiares poderia dificultar a compreensão desta informação e gerar ansiedade quanto à qualidade da ILPI escolhida (P11).

No que concerne ao item 8, uma perita referiu não ter opinião e duas consideraram não ser pertinente a inclusão do item. Uma respondente que considerou pertinente a sua inclusão sugeriu a reformulação porque nem toda a população tem um enfermeiro de família (P14).

Na avaliação do item 14, a sugestão foi para deixar claro que o enfermeiro tem de determinar os mecanismos de delegação de tarefas às ajudantes de ação direta (P3), e não a outros profissionais com autonomia profissional e um nível de diferenciação académico superior.

Os itens passaram a ter a seguinte redação: (5) Informa a família da taxa de prevalência de quedas na ILPI, (8) Garante a continuidade de cuidados, pedindo informação ao enfermeiro dos cuidados de saúde primários e (14) Determina os mecanismos de delegação de tarefas às ajudantes de ação direta. Ao fim da segunda rodada, os itens obtiveram, respetivamente, 93%, 93% e 86% de consenso (Quadro 2).

DISCUSSÃO

Um dos maiores, senão mesmo o maior desafio para a enfermagem, enquanto ciência e profissão, é a integração dos resultados da investigação à prática, com vista ao desenvolvimento da disciplina e com uma intervenção profissional

Quadro 2 – Concordância dos peritos, na segunda rodada (versão final), em relação aos itens de um protocolo de gestão do risco de queda, Lisboa, 2016

	Dimensões do Protocolo de Gestão do Risco de Queda para as ILPIs	CVII*	IRA**	CVI***	
Preparar a institucionalização					
1	Reúne com o idoso e a família antes da entrada para a ILPI.	,86	1	,93	
2	Aplica uma escala de avaliação do risco de queda.	,93			
3	Aplica uma escala para avaliar as práticas e comportamentos do idoso na gestão do risco de queda.	,86			
4	Descreve normas de boas práticas.	,93			
5	Informa a família da taxa de prevalência de quedas na ILPI.	,93			
6	Contratualiza o envolvimento da família na segurança do idoso.	,86			
7	Informa o idoso da necessidade de reportar todos os episódios de queda.	,93			
8	Garante a continuidade de cuidados, pedindo informação ao enfermeiro dos cuidados de saúde primários.	,93			
9	Entrega informação escrita sobre os critérios de roupa/calçado a trazer para a instituição.	1			
Gerir o Risco de Queda ao longo da Institucionalização					
10	Avalia o risco individual de queda com um instrumento de avaliação do risco.	1	1		
11	Controla o ambiente físico e equipamentos.	1			
12	Gere as atividades de vida diária do idoso.	,93			
13	Gere os cuidados prestados pelos diferentes profissionais.	,93			
14	Determina os mecanismos de delegação de tarefas às ajudantes de ação direta.	,86			
15	Avalia as práticas e comportamentos dos profissionais na gestão do risco de queda.	1			
16	Avalia as práticas e comportamentos de gestão de risco de queda dos idosos.	,86			
17	Seleciona produtos de apoio (à execução das atividades de vida diária) seguros.	,86			
18	Monitoriza os episódios de quedas.	,93			
19	Implementa estratégias para controlar as consequências da queda e prevenir o declínio de funcionalidade pós-queda.	1			
Liderar a comunicação e formação					
20	Decide, em equipe, as medidas preventivas a implementar.	1	1		
21	Comunica à família os fatores de risco individual de queda do idoso.	1			
22	Comunica à família as medidas implementadas.	,86			
23	Avalia o impacto das medidas preventivas implementadas.	1			
24	Comunica e reporta os episódios de queda.	,93			
25	Realiza estudos epidemiológicos.	,93			
26	Regista, em plataforma nacional, os episódios de queda.	,86			
27	Forma a equipe multidisciplinar.	1			

Nota: *Instituição de Longa Permanência para Idosos; **Content Validity Index, aplicado aos itens do protocolo; ***Interrater Agreement, aplicado às dimensões do protocolo; ****Content Validity Index do protocolo

mais eficiente, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população e diminuição dos custos associados a tratamento da doença/incapacidade, reabilitação e complicações associadas aos processos de saúde/doença, promovendo as diferentes transições⁽¹²⁾.

A queda na população idosa é um exemplo paradigmático da necessidade de introduzir a evidência na prática clínica do enfermeiro. O Protocolo apresentado ao painel de Peritos pretende facilitar a introdução da evidência na prática clínica dos enfermeiros e a tomada de decisão, bem como promover condições para uma transição saudável dos idosos institucionalizados que vivem diferentes tipos de transições, muitas vezes, simultâneas⁽¹²⁾.

A consulta da bibliografia permitiu organizar os protocolos em três dimensões: Preparar a Institucionalização, Gerir o Risco de Queda ao longo da Institucionalização e Liderar a comunicação e formação. Dos 27 indicadores submetidos a avaliação, 24 obtiveram um consenso superior a 80% na primeira rodada.

Na segunda rodada, houve alteração do número de participantes (n = 10). A quebra de respostas na ordem dos 29% vai ao encontro da bibliografia que relata que, no transcorrer do estudo Delphi, espera-se índice de abstenção de 20 a 30% na segunda rodada⁽¹⁰⁾. A perda de respondentes não afetou a validade e a qualidade dos resultados da pesquisa, uma vez que o painel é composto por *experts* sobre o tema e a literatura divulga amplamente como imprescindível a qualidade da composição do painel, não havendo necessidade de representatividade estatística em relação à quantidade de participantes do estudo⁽⁹⁾.

A preparação da institucionalização é pouco discutida na literatura, todavia os resultados da investigação referem que um em cada cinco idosos recém-admitidos cai nos primeiros dias de institucionalização⁽¹³⁾. A incidência é superior à dos residentes mais antigos, porque o idoso que chega a uma unidade residencial entra num ambiente desconhecido⁽¹²⁻¹³⁾, o espaço físico e a própria presença dos funcionários tornam o ambiente diferente do domicílio⁽⁵⁾, o que dificulta a identificação do risco e seu controlo⁽¹³⁾. Por outro lado, o ambiente desconhecido diminui a confiança do idoso na realização das AVDs⁽¹⁴⁾; a população que está institucionalizada é menos independente e mais frequentemente afetada por doenças crónicas comparada com os residentes na comunidade⁽⁵⁾.

A transição para a instituição é um momento de instabilidade, e a intenção do enfermeiro, neste processo, é interagir com o ser humano em torno de uma intenção que conduza a ação para promover, restaurar ou facilitar a saúde⁽¹²⁾.

Os peritos consideram pertinente que a preparação da institucionalização comece com uma reunião com o idoso e/ou família antes da entrada para a ILPI, em que seja logo aplicada uma escala de avaliação do risco de queda e que inclua a questão “Caiu nos últimos 12 meses?” para, deste modo, antecipar a necessidade de produtos de apoio ao autocuidado ou de auxiliares de marcha que permitam ao idoso manter-se em segurança. Valorizam a identificação atempada das práticas e comportamentos do idoso na gestão do risco de queda. Os estudos sobre o controlo dos fatores de risco comportamental são escassos comparativamente aos dos fatores de risco biofisiológico. Uma investigação recomenda a utilização da “Scale of Practices and Behaviors of Institutionalized Elderly to Prevent Falls” para avaliação das práticas e comportamentos dos idosos em relação à comunicação dos fatores de risco, às

práticas e comportamentos seguros no autocuidado e às práticas e comportamentos da acessibilidade do espaço físico⁽¹⁵⁾. Esta preparação deve incluir informação sobre as “normas de boas práticas” da instituição para a prevenção da queda, a contratualização do envolvimento da família na segurança do idoso, nomeadamente na escolha do vestuário e calçado que trazem para a instituição e que precisam ser seguros, também não podemos esquecer que muitos idosos institucionalizados saem para visitar a família e a queda pode acontecer nas casas dos familiares⁽¹⁶⁾ e, como fator de risco, deve ser comunicada aos profissionais da ILPI.

No que concerne ao item 8, uma perita referiu não ter opinião e duas consideraram não ser pertinente a inclusão do item. Saliencia-se que as três peritas não são profissionais de saúde, e este facto pode ter interferido na avaliação da pertinência do item. A transferência da informação entre níveis diferentes de cuidados é vital. Não se conhecendo estudos em ILPI que abordem este aspeto, existem estudos em meio hospitalar que advogam que, no momento da alta, é crucial prestar atenção à informação adequada para evitar as quedas recorrentes e as readmissões provocadas por elas⁽¹⁷⁾, porque os idosos têm baixo nível de conhecimento sobre as estratégias de prevenção de quedas a usar após a alta hospitalar, mesmo os que são classificados como alto risco⁽¹⁸⁾.

Na dimensão “Gerir o Risco de Queda ao longo da Institucionalização”, os indicadores são complexos porque a gestão do risco de queda nas ILPI é multifatorial⁽¹⁹⁾ e implica a gestão das atividades de vida diária do idoso no espaço, no tempo e na ação, e a gestão dos cuidados que são prestados por outros profissionais.

No tempo, porque tem de ser mantida ao longo de todo o período de institucionalização, com a noção de que o próprio tempo, associado aos processos de envelhecimento, com declínio progressivo da funcionalidade causado pelas alterações fisiológicas inerentes ao acumular de “mais anos” à idade e o aumento da probabilidade de ficar doente e/ou progressivamente dependente, tem traduções diretas no autocuidado, e os profissionais devem garantir a segurança e o bem-estar dos idosos⁽¹⁹⁾. Garantir a segurança passa pela definição de um circuito para fazer a delegação das tarefas a outros profissionais que permita detetar práticas pobres e lidar com situações em que a segurança possa estar comprometida⁽¹⁹⁾.

No espaço, pela necessidade de controlar os fatores extrínsecos ao risco de queda, desde o ambiente físico aos equipamentos e diversos produtos de apoio e sua manutenção nas devidas condições de utilização, o que implica processos desde a aquisição à utilização, passando pela manutenção e verificação regular dos mesmos. Uma ilustração do supracitado é a associação da queda, nos idosos institucionalizados, ao incorreto uso dos auxiliares de marcha⁽⁶⁾, pela sua inadequação ao tipo de marcha do idoso ou pelo facto de, muitas vezes, estarem danificados. O tropeçar nos auxiliares de marcha dos outros residentes é descrito frequentemente como causa de queda durante a marcha⁽¹⁾.

Na ação, sobre as práticas e comportamentos face ao autocuidado, tanto do idoso⁽¹⁵⁾ como dos outros profissionais monitorizando-as, melhorando-as e avaliando-as.

Após um episódio de queda, mesmo que não ocorra nenhuma lesão, os idosos podem desenvolver medo de cair novamente⁽²⁰⁾. Esta condição pode levar à limitação das suas atividades, o que conduz à redução da mobilidade e aptidão

física, aumentando, conseqüentemente, o risco de queda, por isso os peritos recomendam a monitorização dos episódios de queda e são unânimes na recomendação para a implementação de estratégias para controlar as conseqüências da queda e prevenir o declínio de funcionalidade pós-queda⁽¹⁶⁾.

A dimensão Liderar a comunicação e formação é a que obtém a melhor pontuação no IRA. A prevenção de quedas baseada na evidência é uma inovação que, por definição, representa novas formas de trabalho e estas requerem novo conhecimento, capacidades e habilidades que têm de ser ensinadas, apreendidas e utilizadas na profissão⁽²¹⁾, para que, no trabalho em equipe, os enfermeiros possam liderar os processos.

Na primeira rodada, todos os peritos consideraram que as medidas preventivas a se implementarem devem ser decididas em equipe. A literatura defende que a comunicação e o trabalho em equipe são cruciais para a prevenção de quedas, desde a avaliação do risco à implementação das medidas preventivas e comunicação dos episódios de quedas, que consideram que devem ser reportados mensalmente a toda a equipe, até porque as equipes têm um papel fundamental na implementação das melhores práticas⁽²¹⁾.

A comunicação é um elemento central de um programa de prevenção de quedas, melhorar a comunicação entre residentes e profissionais sobre as medidas preventivas e promoção da saúde pode assegurar que as intervenções apropriadas e específicas sejam desenvolvidas para diminuir a incidência de quedas⁽¹⁹⁾. Os peritos valorizaram a comunicação com a família, bem como o reporte dos episódios de queda a toda a equipe. Este reporte por parte do idoso aos profissionais é vital, porque as quedas recorrentes acontecem, majoritariamente, na própria altura⁽²²⁾ e a descrição do mecanismo do evento é importante para a implementação de medidas preventivas, pela própria relação entre o ambiente e a queda⁽²²⁾.

A existência de programas de educação sobre a prevenção de quedas baseada na evidência é essencial para os profissionais das ILPIs⁽⁸⁾. A existência de especialistas na área das quedas, cujo papel inclui assegurar que as melhores práticas sejam aplicadas, selecionar "coaches" com competências para ajudar os profissionais a melhorar o desempenho⁽²¹⁾, é um aspeto importante para o líder de qualquer programa de prevenção de quedas e eles devem ser incluídos na formação da equipe multidisciplinar.

Não podemos deixar de acrescentar que, nas ILPI, os programas de prevenção de quedas, para além de compreender a estrutura, o processo e o resultado, têm de ser sensíveis à natureza e propriedades das diferentes transições⁽¹⁰⁾ que os residentes podem estar a vivenciar, não só para se individualizar a gestão, mas também para promover uma eficiente comparação dos resultados.

Por último, salientamos a importância atribuída ao registo, em plataforma nacional, dos episódios de quedas, o que muito facilitaria a continuidade entre níveis de cuidados (P2).

Limitações do estudo

O envio do instrumento on-line aumentou a probabilidade de viés nas respostas dos peritos, não só pelos erros de interpretação, mas também pela possibilidade de as respostas serem influenciadas pela consulta de outras fontes. A escolha de uma amostra heterogênea pode dificultar a avaliação dos indicadores à luz do quadro de referência da enfermagem.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

O rigor na utilização da metodologia e o elevado consenso entre os peritos permitem-nos afirmar que os resultados são confiáveis e que o protocolo proposto pode ser implementado pelos enfermeiros, nas ILPIs, para diminuir a prevalência de quedas, garantindo que, desde a preparação da admissão do idoso, seja avaliado o risco de queda, sendo assim antecipadas possíveis complicações e medidas preventivas individualizadas. A liderança da equipa, em termos de comunicação e de formação, é uma medida crucial para garantir a segurança do idoso institucionalizado.

CONCLUSÃO

A segurança dos idosos e em particular a prevenção de quedas são um problema social, económico e político que deve ser motivo de preocupação para a sociedade, pelas conseqüências individuais, económicas com os gastos em saúde, e sociais, pelo impacto que a queda tem na funcionalidade do idoso.

Consideramos que o enfermeiro deve ser o gestor do programa de prevenção de quedas em ILPI. Os resultados da investigação associam a prevenção de quedas a intervenções singulares e multifatoriais, mas não se encontram protocolos validados para a atuação clínica dos enfermeiros que exercem atividade em ILPI.

Este estudo permitiu validar o conteúdo de um protocolo para a gestão do risco de queda em ILPI, organizado em três dimensões: Preparar a Institucionalização; Gerir o Risco de Queda ao longo da Institucionalização e Liderar a comunicação e formação. Baseado nos resultados da investigação, o protocolo validado por 14 peritos define 27 indicadores que devem orientar os cuidados à população idosa residente em ILPI para prevenir a queda e a sua recorrência. Os valores obtidos no teste de fidedignidade (>0,8) atestam que o protocolo pode ser utilizado para atingir o fim que se pretende. A próxima etapa é a validação clínica do protocolo com idosos residentes em ILPI.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos juizes que avaliaram o instrumento, pela disponibilidade, contributos e elevada qualidade do trabalho produzido.

REFERÊNCIAS

1. Nitz J, Cyarto E, Andrews S, Fearn M, Fu S, Haines T, et al. Outcomes from the implementation of a facility-specific evidence-based falls prevention intervention program in residential aged care. *Geriatr Nurs [Internet]*. 2012 [cited 2016 Apr 27];33(1):41-50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2011.11.002>

2. Bösner S, Keller H, Wöhner C, Sönnichsen A, Baum E, Donner-Banzhoff N. Prevention of falls by outdoor-walking in elderly persons at risk ("power"): a pilot study. *EUGMS* [Internet]. 2012 [cited 2016 Apr 27];3:28-32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurger.2011.06.008>
3. Burland B, Martens P, Brownell M, Doupe M, Fuchs D. The Evaluation of a Fall Management Program in a Nursing Home Population. *Gerontol* [Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 27];53(5):828-38. Available from: <https://doi.org/10.1093/geront/gns197>
4. Teresi JA, Ramirez M, Remler D, Ellis J, Boratgis G, Silver S, et al. Comparative effectiveness of implementing evidenced-based education and best practices in nursing homes: effects on falls, quality-of-life and societal costs. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 10];50(4):448-63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.07.003>
5. Deandrea S, Bravi F, Turati F, Lucenteforte E, Vecchia C, Negri E. Risk factors for falls in older people in nursing homes and hospitals: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 10];56(3):407-15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2012.12.006>
6. Grávalos GJD, Vásquez CG, Pereira VA, Payo RA, Araujo SA, Hermida SR. Factores asociados con la aparición de caídas en ancianos institucionalizados: un estudio de cohortes. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2009 [cited 2013 Apr 04];44(6):301-4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2009.06.013>
7. Speechley M. Knowledge translation for falls prevention: The view from Canada. *J Safety Res* [Internet]. 2011 [cited 2016 Apr 27];42(6): 453-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsr.2010.09.004>
8. Kalula SZ, Scott V, Dowd A, Brodrick K. Falls and fall prevention programmes in developing countries: Environmental scan for the adaptation of the Canadian Falls prevention curriculum for developing countries. *J Safety Res* [Internet]. 2011 [cited 2016 Nov 10];42(6):461-72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsr.2010.12.003>
9. Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflections on the use of delphi technique in research in nursing. *Rev Rene* [Internet]. 2012 [cited 2016 Apr 27];13(1):242-51. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027980026.pdf>
10. Wright JTC, Giovinazzo RA. Delphi uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Cad Pesq Admin* [Internet]. 2000 [cited 2016 Apr 27];1(12):54-65. Available from: <http://regeusp.com.br/arquivos/C12-art05.pdf>
11. Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. Construction and validation of an instrument to assess the Reception with Risk Rating. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2016 Nov 10];65(5):751-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/06.pdf>
12. Meleis AI. *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company; 2010.
13. Leland NE, Gozalo P, Teno J, Mor V. Falls in Newly Admitted Nursing Home Residents: A National Study. *JAGS* [Internet]. 2012 [cited 2016 Nov 10];60(5):939-45. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03931.x>
14. Pountney D. Preventing and managing falls in residential care settings. *NRC* [Internet]. 2009 [cited 2016 Nov 10];11(8):410-4. Available from: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/pdf/10.12968/nrec.2009.11.8.43320>
15. Baixinho CL, Dixe MA. Construction and validation of the scale of practices and behaviors of institutionalized elderly to prevent falls. *UJPH* [Internet]. 2016 [cited 2016 Apr 27];4(3):139-43. Available from: <http://dx.doi.org/10.13189/ujph.2016.040303>
16. Baixinho CL, Dixe MA. Falls in institutions for older adults: characterization of fall occurrences and associated risk factors. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 Apr 27];17(4). Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.31858>
17. Milisen K, Coussement J, Arnout H, Vanlerberghe V, De Paepe L, Schoevaerds D, et al. Feasibility of implementing a practice guideline for fall prevention on geriatric wards: a multicentre study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2012 [cited 2016 Apr 27];50(4):495-507. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.020>
18. Hill AM, Hoffmann T, McPhail S, Beer C, Hill KD, Oliver D, et al. Evaluation of the sustained effect of inpatient falls prevention education and predictors of falls after hospital discharge-follow-up to a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2011 [cited 2016 Nov 10];66(9):1001-12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/glr085>
19. Duffy A. The assessment and management of falls in residential care settings. *Br J Nurs* [Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 27];22(5):259-63. Available from: <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2013.22.5.259>
20. Sousa LMM, Marques-Vieira CMA, Caldeveilla MNGN, Henriques CMAD, Severino SSP, Caldeira SMA. Risk for falls among community-dwelling older people: systematic literature review. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2016 Apr 27];37(4):e55030. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.55030>
21. Fixsen D, Scott V, Blasé K, Naom S, Magar L. When evidence is not enough: the challenge of implementing fall prevention strategies. *J Safety Res* [Internet]. 2011 [cited 2013 Apr 04];42(6):419-22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsr.2011.10.002>
22. Ferreira DC, Yoshitome Y. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Reben*. [Internet]. 2010 [cited 2016 Apr 27];63(6):991-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/19.pdf>