

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E
TECNOLÓGICA EM SAÚDE - ICICT

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DIRECIONADA
AOS IDOSOS VÍTIMAS DE QUEDAS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE
TRAUMATOLOGIA**

FABIANE RODRIGUES GONÇALVES

ORIENTADORA: PROFa.Ma. MARISTELA VARGAS LOSEKANN

PORTO ALEGRE

2016

FABIANE RODRIGUES GONÇALVES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DIRECIONADA
AOS IDOSOS VÍTIMAS DE QUEDAS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE
TRAUMATOLOGIA**

Projeto de Pesquisa apresentado como pré-requisito parcial de conclusão do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Parceria da Fundação Oswaldo Cruz com o Grupo Hospitalar Conceição, para obtenção do Certificado de Especialista.

ORIENTADORA: PROF^a.Ma. MARISTELA VARGAS LOSEKANN

PORTO ALEGRE

2016

FABIANE RODRIGUES GONÇALVES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DIRECIONADA
AOS IDOSOS VÍTIMAS DE QUEDAS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE
TRAUMATOLOGIA**

Projeto de Pesquisa apresentado como pré-requisito de conclusão do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Parceria da Fundação Oswaldo Cruz com o Grupo Hospitalar Conceição, para obtenção do Certificado de Especialista.

Porto Alegre, ____ de dezembro 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof: _____

Prof: _____

Aprovado em:

RESUMO

Há mais de duas décadas existe uma preocupação mundial com o crescimento acelerado da população idosa, tendo como resultado o desenvolvimento de Políticas Públicas com o objetivo de assegurar um atendimento de saúde adequado a essa população. Promover a educação em saúde para os idosos vítimas de queda, com a participação conjunta dos profissionais de saúde, familiares e cuidadores, possibilitará prevenir a perda da capacidade funcional, por meio da preservação da sua independência física e psíquica, reabilitação funcional e o bem-estar físico, mental e social. O objetivo deste estudo é o de criar e implementar um guia de orientações para o cuidado no domicílio aos idosos vítimas de queda. Pretende-se desenvolvê-lo em uma unidade de internação da Traumatologia de um Hospital Público de Porto Alegre/RS. Trata-se de uma pesquisa-ação com abordagem qualitativa, em que, inicialmente, irei realizar um levantamento das orientações fornecidas ao paciente e ao familiar no momento da alta hospitalar, com base do documento Nota de Alta. Estima-se um tempo médio de 60 dias para a coleta das informações, sendo que serão incluídas as Notas de Alta de idosos com 60 anos ou mais, vítimas de traumas ocasionados por quedas e internados na unidade traumato-ortopedia. Os dados coletados serão transcritos em um quadro de coleta de dados com as seguintes categorias: orientações fornecidas, intercorrências descritas e motivo da internação. A partir da categorização dos dados pretendo elencar o tipo de orientação fornecida pela equipe para posteriormente realizar um levantamento bibliográfico, que servirá para apoiar a análise dos dados e a construção do guia de orientações. A elaboração do guia contará com as contribuições da equipe do setor no processo, na validação e divulgação para a população envolvida será por meio de *folders* e do site oficial do Grupo Hospitalar Conceição. A coleta de dados se dará somente posterior à aprovação no Comitê de Ética e os dados da pesquisa serão mantidos sob sigilo.

Palavras-chave: Ferimentos e lesões; Acidentes por quedas; Assistência integral à saúde do idoso; Educação em saúde.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 6 |
| 2 OBJETIVOS..... | 11 |
| 3 REFERENCIAL TEÓRICO..... | 12 |
| 4 METODOLOGIA | 17 |
| 5 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO | 24 |
| 6 ORÇAMENTO DO PROJETO | 25 |
| REFERÊNCIAS..... | 26 |
| APÊNDICE A – QUADRO PARA COLETA DE DADOS DA NOTA DE ALTA | 29 |
| APÊNDICE B - ENTREVISTA | 30 |
| ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 31 |

1 INTRODUÇÃO

Há mais de duas décadas existe uma preocupação mundial com o crescimento acelerado da população idosa, considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como aquela pessoa com mais de 60 anos, tendo resultado o desenvolvimento de Políticas Públicas para assegurar um atendimento de saúde mais adequado para essa população.

Com o intuito de assegurar e promover à população idosa os seus direitos sociais, uma atenção específica, condições para ampliar sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, foi instituída a Política Nacional de Saúde do Idoso em 1994 e regulamentada em 1996. Esta Política reafirma o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde. Sendo assim, qualquer política destinada à população idosa deve levar em conta, entre outros aspectos, a necessidade de preservação de sua autonomia (BRASIL, 2013).

Cabe destacar que são diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Manutenção e recuperação da capacidade funcional;
- Atenção integral à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- Acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando os critérios de riscos;
- Estimulo à participação e fortalecimento do controle social;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na saúde da pessoa idosa;
- Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso para profissionais de saúde, gestores e usuários;
- Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006, p. 7).

Conforme dados do Censo e Projeção da População, até 2012 o Brasil possuía 20.889.849 idosos, a perspectiva para 2060 é que a população de idosos possa atingir 73.551.010 (BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS, 2012).

Paralelo ao crescimento acelerado da população idosa e a busca pelo envelhecimento dinâmico, com autonomia, independência, acesso às informações,

segurança, promoção e prevenção de doenças e agravos, cresce neste grupo a susceptibilidade às quedas. As quedas são responsáveis por fraturas, hospitalização prolongada, complicações de lesões e recidivas. Além das consequências inerentes à queda, podem trazer alterações aos idosos como a perda da autonomia e independência para as atividades de vida diária, diminuição das atividades sociais, sentimentos de fragilidade e insegurança. Tais necessidades impactam no meio social e financeiro necessitando que o estado e a sociedade façam investimentos em uma vida saudável para este grupo social crescente com necessidades específicas (OLIVEIRA, FM de e colaboradores, 2013).

Atualmente no Brasil, o idoso enfrenta diversos obstáculos para garantir sua assistência à saúde, como dificuldade de comunicação, isolamento familiar, dificuldade de adaptação às novas tecnologias, desrespeito, precariedade de investimento público e programas específicos. Neste sentido, promover a educação em saúde para idosos vítimas de queda, com a participação conjunta dos profissionais de saúde, idosos, familiares e cuidadores garantirá não só o que estabelece a Política Nacional da Pessoa Idosa (1994), mas também, possibilitará prevenir a perda da capacidade, através da preservação da sua independência física e psíquica, reabilitação funcional e o bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1994).

Este estudo faz parte do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICTS), uma parceria da Fundação Oswaldo Cruz e Grupo Hospitalar Conceição. Tem como objetivo, através de uma pesquisa-ação, criar e implementar em um hospital de trauma um guia de orientações para o cuidado no domicílio aos idosos vítimas de queda, bem como conhecer as principais orientações que são oferecidas na alta hospitalar e as principais complicações apresentadas.

1.1 JUSTIFICATIVA

A cidade de Porto Alegre/RS, de acordo com dados do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) possui 1.416.714 habitantes, destaca-se por forte desenvolvimento social, econômico e cultural (BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS, 2012).

Por outro lado, a cidade enfrenta diversos desafios como o aumento da expectativa de vida, alta da criminalidade, superlotações das emergências hospitalares, crescentes problemas de trânsito, elevados índices de obesidade e tabagismo, além da incidência das doenças do aparelho circulatório, o acidente vascular cerebral e adoecimento por causas externas.

As causas externas são as quedas, as agressões, os homicídios, as queimaduras, lesões provocadas por acidentes de trânsito, afogamentos, envenenamentos e os suicídios. Esses eventos são definidos como causas externas, pois se originam de forma inesperada, como consequência imediata de uma violência ou outro agravo à saúde.

As mudanças no perfil epidemiológico e demográfico que vêm ocorrendo fazem com que novas necessidades de saúde venham surgindo, e a prevenção de traumas é uma delas. O País atualmente conta com a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), eixo norteador nas portas de entrada dos estabelecimentos de saúde, tendo como foco a priorização das ações para pessoas vítimas de trauma, acidente vascular cerebral e dor torácica, em função da mortalidade precoce e das sequelas resultantes dessas patologias. A RUE tem papel importante na articulação com diferentes pontos de atenção como: Atenção Primária à Saúde, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) 24hs e atenção em hospital. De forma ágil e qualificada, minimiza mortes e complicações decorrentes dos agravos citados, direcionando os usuários através dos fluxos, aos estabelecimentos adequados e preparados garantindo o melhor tratamento à saúde (BRASIL, 2013).

As quedas, tipo de trauma cada vez mais presente na vida dos idosos, têm levado com frequência este grupo aos serviços de emergências e criado a necessidade de internações e intervenções. Estudos apontam que entre os idosos que tiveram uma queda, metade deles terão nos próximos doze meses um a dois eventos novos de queda.

No Rio Grande do Sul em 2014 foram notificadas 1.781 mortes provocadas por causas externas entre idosos, sendo a maioria na faixa etária de 60-69 anos de idade, em segundo lugar, entre 70-79 anos. Na capital gaúcha houve em 2015, 2.224 internações oriundas de quedas, na faixa etária de 60 a 80 anos ou mais (BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS, 2014, 2015).

Embora o Brasil tenha adotado um sistema articulado e preparado para o atendimento a vítimas com riscos de vida, percebe-se a necessidade de aprofundar nas instituições de saúde e com os trabalhadores ações educativas que visem difundir entre os usuários e familiares atitudes preventivas para minimizar a ocorrência de quedas, as recidivas, a internação e, conseqüentemente, a superlotação hospitalar.

A internação hospitalar tem forte impacto na vida do idoso. Durante a hospitalização o usuário, os familiares e/ou cuidadores devem ser preparados para a nova realidade, reforçando como prioridade o cuidado à saúde e promovendo ações educativas para prevenção de novos traumas e reintervenções. A recuperação da saúde após o trauma exige do usuário e de seus familiares, paciência, força de vontade, mudança de hábitos e novos aprendizados.

É imprescindível a inserção dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de atendimentos de emergência, como agentes transformadores do processo saúde/doença, através da educação popular para educar os idosos, os familiares e os cuidadores acerca das quedas, bem como agir na prevenção de novos eventos, semelhante ao que percebemos em campanhas que visam à prevenção de acidentes no domicílio com crianças e com fogos nas datas comemorativas.

A construção de um guia educativo que contenha uma síntese de informações acerca dos cuidados necessários no domicílio, com a contribuição de todos os

profissionais envolvidos na assistência ao idoso vítima de queda, contribuirá para facilitar o trabalho em equipe, diminuir as intercorrências, trará maior tranquilidade à continuidade do cuidado, fortalecerá a prevenção secundária durante e após a internação evitando-se casos de trombose, infecções e pneumonias.

A inexistência de uma rotina pré-estabelecida para ofertar as orientações no momento da alta hospitalar e a ausência de um material educativo que reúna informações essenciais para o cuidado pós-trauma no idoso impossibilita a continuidade do cuidado e favorece ao aumento das recidivas e internações. Em função disso, torna-se relevante realizar a pesquisa com esta temática.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Criar e implementar na Unidade de Internação da Traumatologia de um Hospital Público de Porto Alegre (RS) um guia de orientações para o cuidado no domicílio aos idosos vítimas de quedas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer as principais orientações que são oferecidas no momento da alta hospitalar aos idosos vítimas de queda e aos seus familiares/cuidadores;
- Conhecer as principais complicações apresentadas pelos idosos vítimas de queda durante o período de hospitalização.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 QUEDAS NOS IDOSOS

No Brasil o trauma é a terceira maior causa de óbito na população em todas as faixas etárias, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares e as neoplasias. No período de 2012 a 2014, foram registradas, no país, 468.630 oriundas do trauma (BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS, 2014).

O trauma é considerado um conjunto de eventos não previstos e indesejáveis que atinge indivíduos neles envolvidos, de maneira mais ou menos violenta, podendo provocar alguma lesão ou dano nos diferentes segmentos corpóreos. A classificação do trauma tem origem de dois grupos: o trauma fechado que envolvem os acidentes automobilísticos (atropelamentos, colisão, capotagem), quedas, agressões físicas e explosões e o trauma penetrante provocados pelos ferimentos por arma de fogo e os ferimentos por arma branca (ROTONDO et al, 2012, p. 15).

O trauma é mais frequente entre os jovens e adultos, porém quando o idoso é acometido apresenta maiores consequências devido à redução das reservas fisiológicas, doenças crônicas cardíacas, respiratórias e metabólicas que podem comprometer a capacidade de resposta do doente idoso ao trauma (BROSKA, 2013).

Na população idosa há maior incidência de traumas de origem não violenta, como as provocadas por quedas. A queda é uma mudança de posição inesperada, não intencional, que faz com que o indivíduo permaneça em um nível inferior a posição inicial com a incapacidade de correção em tempo hábil. Da mesma forma, a queda pode ter origem acidental, aquela de evento único, decorrente de uma causa extrínseca ao indivíduo, como um piso escorregadio, má iluminação, escadas, calçados inadequados. Por outro lado, pode haver as quedas recorrentes, devido à presença de fatores etiológicos intrínsecos, como as doenças crônicas, idade avançada, poli farmácia, déficits sensoriais, distúrbios do equilíbrio corporal, entre outros (GONTIJO, 2011).

Estudo realizado no Hospital Cristo Redentor, no município de Porto Alegre, cujo objetivo foi conhecer o perfil de idosos atendidos por trauma grave, evidenciou

que dos 61 boletins de atendimento, a idade média dos pacientes foi de 72,2 anos e predominância do sexo masculino (55,7%), e a principal causa de trauma foram as quedas (60,7%); com politraumatismo (27%); seguido do trauma craniano (24%). O destino dos idosos que sofreram traumas foi a internação hospitalar em 60,6% dos casos, sendo que desses 39,4% necessitaram de cuidados no Centro Cirúrgico e ou Unidade de Terapia Intensiva (GONÇALVES, 2014).

Em outro estudo realizado na cidade de São Jose do Rio Preto (SP) a queda apareceu em 69,72% dos casos, tendo a fratura de fêmur vinculada à queda na maioria dos casos, seguido do trauma craniano e outros tipos de trauma (OLIVEIRA, KA de e colaboradores, 2013).

As pesquisas mostram que as quedas ocorrem em ambos os sexos; porém, há o predomínio de idosos do sexo feminino neste cenário. Evidenciam ainda, um processo de feminização na velhice, demonstrando o predomínio da população feminina entre a população idosa, provavelmente, por diferenças nos índices de mortalidade na população masculina e aumento da expectativa de vida na população feminina. Conforme descrito por Oliveira (2013), os idosos aposentados, do lar, que desenvolvem suas atividades nas proximidades do domicílio, apresentam maior ocorrência de quedas do que os idosos que permanecem vinculados ao mercado de trabalho, estes por sua vez, são acometidos pelos acidentes automobilísticos (OLIVEIRA, KA de e colaboradores, 2013).

A ocorrência de quedas aumenta com o avançar da idade, pois o processo de envelhecimento por si só leva a um déficit motor, representado por menor velocidade, reflexos, força, agilidade, instabilidade, representando um importante fator de risco para quedas e atropelamento entre idosos (BROSKA; FOLCHINI; RUEDIGER, 2013).

Os idosos tendem a subvalorizar as quedas não considerando como sendo consequência do envelhecimento, e por isso, não tem percepção de seu risco aumentado para acidentes e lesões. A falta de conhecimento sobre os riscos e a vulnerabilidade às quedas, bem como outros traumas devem ser esclarecidas e orientadas pelo profissional de saúde proporcionando a promoção e prevenção de acidentes e suas complicações.

As quedas podem trazer aos idosos sérias consequências físicas, psicológicas e sociais. As consequências mais comuns evidenciadas nos estudos são: síndrome pós-queda, as fraturas, dentre as quais estão fêmur, rádio, clavícula, e outras, como coluna, úmero, escápula e patela. Além das fraturas, podem ter outras consequências como, por exemplo, o abandono de atividades, modificações de rotinas, ficar imobilizado, mudança de domicílio e rearranjo familiar (RIBEIRO, 2008, *apud* GONTIJO, 2011).

Pedrosa (2015) diz que as complicações acometem, principalmente, indivíduos com 70 anos ou mais que sofreram fratura de fêmur, sendo esta a maior responsável pelas causas de óbitos no estudo. O trauma craniano foi o tipo mais evidente entre os idosos, acometendo 20,3% deles, levando a uma considerável incidência de óbito.

Dentre outras complicações presentes no trauma, pesquisadores afirmam que a infecção é predominante na fase inicial de injúria, a pneumonia a mais comum, seguida de infecção do trato urinário, trombose e sepse (SOUZA, 2013 *apud* PEDROSA e colaboradores, 2015).

3.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Para Ceccim e Ferla (2009), Educação Permanente em Saúde (EPS) é entendida como produção de conhecimento no cotidiano das instituições de saúde, diante da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança. Neste sentido, a educação possui importância evidente para a promoção a saúde, sendo utilizada como veículo transformador de práticas e comportamentos individuais, e no desenvolvimento da autonomia e qualidade de vida do usuário (JANINI; BESSIER; VARGAS, 2015).

Na opinião de Gontijo (2011), a ação educativa precisa ser resolutiva, sendo necessária a discussão dos conhecimentos por meio de um mecanismo de comunicação que facilite a compreensão e estimule sua prática tornando o idoso e

sua família participantes ativos do processo de promoção de sua saúde. Através das ações educativas é possível prover mudanças em comportamentos e atitudes dos idosos, pois respeita os valores e crenças, compartilha os saberes dos idosos e propicia um espaço em que outros idosos, família e comunidade, aprendam, ensinem e produzam novos conhecimentos ao levar em conta os aspectos do envelhecimento (MALLMANN e colaboradores, 2015).

Na opinião de Mallmann (2015), a educação em saúde possibilita aos idosos e a comunidade melhoria nas suas condições de saúde, promoção e prevenção de agravos e os debates acerca das necessidades apresentadas. Nesse sentido, da mesma forma que há uma propagação de promoção à saúde relacionado as práticas de hábitos saudáveis de vida, poderia-se também abrir a discussão para produção de materiais educativos pelos trabalhadores de saúde, com a intenção de garantir a divulgação de informações e cuidados que são relevantes para manter a saúde e reabilitar o idoso após o trauma.

Figueiredo e colaboradores, (2012) afirmam que a prática de atividades saudáveis são condicionantes para o alcance da independência, ajudam os idosos a atender suas necessidades de segurança, espaço social, autoestima, autonomia e identidade pessoal. As intervenções adotadas permitem a discussão e a reflexão de questões peculiares a uma determinada população, como a saúde, qualidade de vida, autoestima e vulnerabilidade, transformando-os em agentes educativos (JANINI; BESSIER;VARGAS, 2015; MALLMANN e colaboradores, 2015).

Para Janini e colaboradores, (2015) as práticas de educação em saúde nas instituições de saúde, não devem se limitar apenas na transmissão de conhecimento, mas deve estabelecer a aproximação entre assistidos e profissionais, promovendo a participação ativa dos atores envolvidos. A autora reforça que a educação em saúde é um importante instrumento promocional de estímulo ao autocuidado, desenvolvendo possibilidades que conscientizem e empoderem os idosos para melhor qualidade de vida.

Segundo Carvalho (2014) os profissionais que atuam na assistência à saúde necessitam de qualificação em sua formação para atender a população idosa e suas necessidades, que se diferencia das apresentadas pelos jovens. As ações de

cuidado à pessoa idosa deve ir além da visão reducionista da doença, mas ter o foco na saúde sob uma perspectiva geral. Assim, a promoção da saúde e a educação em saúde encontram-se intimamente vinculadas e contribuem para o envelhecimento ativo (GAUTÉRIO e colaboradores, 2013).

O Estatuto do Idoso, Lei nº 10. 741, em seu Artigo nº18 estabelece:

As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo treinamento e capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores, familiares e grupos de autoajuda (BRASIL, 2013 p.15).

Sendo assim, os serviços de saúde devem discutir com os trabalhadores as medidas educativas para a manutenção e a melhoria do estado de saúde não só do idoso, mas também da família, do seu grupo social e de sua comunidade (FIGUEIREDO, 2012).

A comunicação com os idosos e sua família talvez seja uma dos maiores desafios para equipe de saúde, pois envolve ações de mandar a mensagem de forma adequada, interpretar e compreender as informações dos idosos. Para Figueredo (2012) dependendo da condição em que se encontram a comunicação de ser modificada para haver melhor escuta e compreensão do que o profissional está falando e eles se interessarem pelos assuntos abordados. Neste momento cabe ao trabalhador escolher uma linguagem compreensível, principalmente a falada, evitando a utilização de termos científicos e/ou técnicos e sim, optar por outras ferramentas que possam tornar a mensagem clara. Por vezes será necessário desenvolver sinais, símbolos e imagens para facilitar a compreensão. O envolvimento mútuo dos profissionais da saúde com o idoso, a família ou cuidador é imprescindível, pois além de identificar a melhor maneira de comunicação com ele, poderá contribuir na construção da melhor prática de educação em saúde para ambos.

4 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa-ação, é o tipo de pesquisa com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 1986).

Será elaborado um guia de orientações para o cuidado no domicílio e direcionado aos idosos com enfoque na prevenção de quedas e envolvendo os profissionais que atuam no serviço de traumatologia de um hospital de trauma do município de Porto Alegre.

Para elaboração do guia, buscarei conhecer as principais orientações que são fornecidas aos idosos, seus familiares e cuidadores no momento da alta hospitalar através documento Nota de Alta. Este documento faz parte do prontuário eletrônico do paciente e possui, além das orientações de cuidados, o registro das complicações e as intercorrências apresentadas pelos idosos durante a internação hospitalar.

A alta hospitalar na unidade de internação da traumatologia é assinada pelo médico assistente que recebe a autorização da equipe da traumatologia através do *round*¹. As condutas médicas adotadas como por exemplo: resultado de exames, medicações, tipo de tratamento a ser seguido no domicílio ou agendamento para acompanhamentos no ambulatório são registradas em documento específico, a Nota de Alta.

A Enfermeira da unidade é a responsável pelas explicações específicas e detalhadas que estão descritas neste documento. Por vezes, quando há impossibilidade da enfermeira realizar a alta hospitalar, os técnicos de enfermagem assumem essa atribuição. Durante o processo de alta hospitalar, são revisados e repetidos aos idosos e familiares às informações que constam na Nota de Alta, como os cuidados com o membro operado e com a tala gessada, medicações,

¹ *round*: reunião da equipe médica e/ou assistencial para discussão de condutas gerais e específicas acerca dos pacientes internados.

curativos, retirada de pontos, uso de apoios para locomoção, retorno à emergência caso haja intercorrências (sem especificações) e agendamento de consultas. Neste momento, os enfermeiros e técnicos em enfermagem relembram cuidados à saúde e com o membro operado, que foram seguidas durante a hospitalização.

Os dados contidos na Nota de Alta servirão como base para a elaboração do produto - Guia de orientações - resultante da pesquisa e será validado pela equipe assistencial do serviço de traumatologia para ser utilizado como material de orientação para pacientes e familiares que estão com dificuldades no cuidado e evitar recidivas e reinternações.

A elaboração do guia de orientações visa qualificar o momento da alta hospitalar, ou seja, fornecerá à equipe um material para facilitar o trabalho de orientações e, ao mesmo tempo, servirá para esclarecer os idosos, familiares e cuidadores de forma mais didática e simples, como implementar no domicílio os cuidados determinados que constam na Nota de Alta e outros cuidados necessários para dar continuidade na reabilitação funcional.

4.1 LOCAL DA PESQUISA

Pretende-se desenvolver a pesquisa em uma unidade de internação da Traumatologia de um Hospital Público do município de Porto Alegre/RS. Essa unidade localiza-se no Hospital Cristo Redentor, instituição especializada em trauma e que faz parte do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) tem caráter público, atendimento 100% coberto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), localizada na zona norte da cidade de Porto Alegre. Diariamente, esta instituição acolhe vítimas de acidentes de trânsito, acidentes domésticos, quedas, queimaduras e agressões; trazidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, serviços terceirizados, meios próprios, da cidade de Porto Alegre, região metropolitana e interior do estado.

Com 264 leitos, o Hospital Cristo Redentor é especializado em traumatologia, neurocirurgia, bucomaxilofacial, cirurgia do trauma em geral, cirurgia vascular, cirurgia plástica e queimados. A unidade de internação da Traumatologia possui uma unidade pediátrica e outra adulta.

A unidade de internação adulta é dividida em dois setores, o 3ºA e o 3ºB. A divisão dos setores ocorre devido à separação do público masculino e o feminino, logo, as internações masculinas ficam no 3ºA e as femininas no 3ºB. A unidade de internação masculina possui 50 leitos e a feminina 35 leitos.

Atualmente a unidade possui 85 leitos com acomodação em cada quarto de 2 a 4 pacientes. A média de permanência é de 7 dias, sendo a taxa de ocupação de 75,2% de janeiro de 2016 a novembro de 2016.

Os pacientes com fraturas ósseas, frequentemente de membros superiores e inferiores, são provenientes da emergência, ambulatório e transferência de outras instituições reguladas pela Secretaria Estadual de Saúde.

A equipe de saúde é composta pelos seguintes profissionais: 5 Enfermeiras (três Enfermeiras durante o turno do dia e 2 enfermeiras a noite); 13 Técnicos de enfermagem (oito técnicos de enfermagem no turno do dia e cinco técnicos para o turno da noite). Os Enfermeiros e Técnicos de enfermagem são divididos entre os dois setores. Além da enfermagem, outros profissionais participam da equipe de saúde no setor, que são os médicos titulares e residentes da traumatologia, gessistas, médico clínico, farmacêuticos, fisioterapeutas, assistentes sociais e o serviço de nutrição e dietética.

4.2 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Primeiramente pretendo realizar o levantamento das orientações fornecidas ao paciente e ao familiar no momento da alta hospitalar, através da Nota de Alta. Para isso será necessário sintetizar as informações e condutas deste documento voltadas ao cuidado dos idosos vítimas de queda. Espera-se, através das informações contidas na Nota de Alta, obter o diagnóstico situacional do setor. Estipula-se coletar dados de aproximadamente 60 Notas de Alta em um tempo estimado neste projeto de 60 dias.

Para sistematizar as informações será desenvolvido um quadro de coleta de dados com as seguintes variáveis: orientações encontradas na Nota de Alta, intercorrências descritas na Nota de Alta e motivo da internação (Apêndice A).

No segundo momento, para conhecer como as orientações são passadas aos pacientes e familiares, serão convidados alguns profissionais da equipe assistencial do serviço de traumatologia para responderem uma entrevista (Apêndice B) de forma voluntária e que será contabilizada como horas de formação profissional. O objetivo da entrevista é obter informações que ajudarão no desenvolvimento futuro do guia de orientações, através da compilação de conteúdos específicos e relevantes apontados pelos entrevistados.

Em função do número de profissionais do setor, a coleta ocorrerá de forma intencional, com a participação de profissionais da equipe médica, enfermagem, fisioterapia, nutrição e dietética, gessistas e serviço social. Os colaboradores ficarão livres na escolha da participação ou não.

As entrevistas ocorrerão durante o horário de trabalho do entrevistado, no turno diurno, em uma sala reservada, fora da unidade dos entrevistados, para não ter interferência do meio, sendo o tempo determinado pelo entrevistado (CRESSWELL, 2010). Utilizarei o método de entrevista não estruturada, individual, composta por uma pergunta aberta. As entrevistas serão realizadas pela pesquisadora, gravadas em áudio e transcritas posteriormente na íntegra, sendo elencadas as categorias emergentes.

No terceiro momento, pretendo relacionar as informações obtidas no quadro de coleta de dados, na pesquisa bibliográfica e nas entrevistas realizadas com os profissionais para montar o guia de orientações.

A pesquisa bibliográfica será por meio da internet nos bancos de dados da Scientific Electronic Library Online (Scielo), Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde (BIREME), Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências em Saúde (LILACS), além dos sites do Ministério da Saúde, Secretária Municipal da Saúde, protocolos, manuais e leis. Serão selecionados artigos publicados nos últimos cinco anos (2010-2016), optando-se por literatura na língua portuguesa que abordem

sobre acidentes por quedas em idosos, cuidados pós-trauma e ações educativas para prevenção das quedas.

Os descritores utilizados para a busca nos bancos de dados serão: ferimentos e lesões, acidentes por queda, assistência integral à saúde do idoso e educação em saúde.

Dessa forma, pretendo realizar uma construção coletiva de um guia de orientações, pois este reunirá não só a síntese de informações para o cuidado dos idosos vítimas de queda, como as contribuições dos profissionais que participam diretamente na assistência.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Notas de Alta de idosos com 60 anos ou mais, com trauma por queda, da unidade de internação da traumatologia, acompanhado de familiar e/ou cuidador e membros da equipe assistencial do serviço da traumatologia que prestam cuidados a esses idosos internados.

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Notas de alta incompletas ou mal preenchidas e membros da equipe assistencial da traumatologia que não queiram participar ou que estejam em afastamento por licença saúde.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados iniciará após o preenchimento do Quadro de Coleta de Dados da Nota de Alta (Apêndice A). As informações contidas nas Notas de Altas e distribuídas entre as três variáveis (orientações, intercorrências e motivo da internação) serão quantificadas. As mais recorrentes serão utilizadas para a

confeção do Guia de orientações, juntamente com os dados obtidos nas entrevistas e na revisão bibliográfica.

No material resultante da transcrição das entrevistas realizadas com os trabalhadores e transcritas na íntegra, buscarei as categorias emergentes a partir do que estes consideram relevantes no momento da alta hospitalar.

Para qualificar as informações que farão parte do Guia de orientações pretende-se ainda, realizar um levantamento bibliográfico por meio de artigos científicos, protocolos e manuais localizados em bases de dados. O objetivo desse levantamento será de complementar os dados, discutir com que existe na literatura e ao mesmo tempo, relacionar com o que a instituição dispõe, para então, priorizar o conteúdo que fará parte do Guia de orientações.

4.6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS PRODUZIDO PELO PROJETO

O resultado deste projeto, ou seja, o guia de orientações resultante da análise de dados, será apresentado para a Gerência da Unidade de internação da Traumatologia, para suas contribuições e sugestões. Após a aprovação por parte dos gestores, o Guia de orientações será divulgado através de *folders* e site oficial do Grupo Hospitalar Conceição para que todos os funcionários conheçam e utilizem o material.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DO PROJETO

Este estudo será encaminhado para avaliação e aprovação ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e só iniciará após a obtenção da carta de aprovação.

A pesquisa cumprirá os critérios de sigilo e confidencialidade, conforme a Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde. Os trabalhadores que participarem das entrevistas individuais receberão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE). O TCLE em (Anexo A) somente será utilizado nestas ocasiões, pois o presente estudo é documental, com base em prontuários, documento disponível online e que contém dados confidenciais, não sendo divulgado nenhum tipo de informação que possa identificar o paciente, como nome ou número do registro.

6 ORÇAMENTO DO PROJETO

| Material | Valor Unitário | Quantidade | Total |
|--|----------------|--------------------------------------|------------------------|
| Folha A4 Branco | R\$ 4,00 | 100 | R\$ 4,00 |
| Caneta esferográfica azul ou preta | R\$2,50 | 2 | R\$ 5,00 |
| Xerox | R\$0,20 | 50 | R\$ 10,00 |
| Marcadores de textos | R\$ 2,00 | 2 | R\$ 4,00 |
| Folders | R\$ 0,20 | 300 | R\$ 60,00 |
| Computador | R\$ 2.000,00 | 1 | R\$ 2.000,00 |
| Impressão de material | 0,25 | 50 | R\$ 12,50 |
| Serviços Terceirizados | | | |
| Revisão de Português | 100,00 | 1 | 100,00 |
| Outras Despesas | | | |
| Alimentação | R\$18,00 | 10 refeições | R\$180,00 |
| Transporte | R\$13,60 | 20 passagens/2x semana | R\$272,00 |
| Mão de obra da pesquisadora para construção do guia de orientações | R\$15,00 | 120hs/ 2x na semana/ 4 horas por dia | R\$1.800,00 |
| | | | Total: 4.447,50 |

OBSERVAÇÃO: os custos iniciais para construção do guia de orientações serão de responsabilidade da pesquisadora. Após a aprovação, validação por parte da gestão para a implementação, pretende-se solicitar a instituição subsídio para confecção e disponibilização do material *online*.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. 3.ed. Brasília, DF: Ed., 2013. Disponível em: <www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>. Acesso em: 15 set. 2016.

_____. **Lei n. 8842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 15 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Morbidade Hospitalar do SUS por causas externas (quedas)**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/firs.def>>. Acesso em: 19 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Estadual de Saúde. **Mortalidade Rio Grande do Sul por causas externas**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/firs.def>> Acesso em: 19 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.2.528, de 19 de outubro de 2006**. Dispõe sobre a aprovação da política nacional de saúde da pessoa idosa, revoga a Portaria n.1.395 de 10 de dezembro de 1999 e dá outras providencias, Disponível em: <<http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoalDosa.pdf>>. Acesso em : 06 out.2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no sistema único de saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <www.bvs.saude.gov.br/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencia.pdf> Acesso em: 15 set.2016.

BROSKA JÚNIOR, Cesar Augusto; FOLCHINI, Augusto Bernardo; RUEDIGER, Ricardo Rydygier. Estudo comparativo entre o trauma em idosos e não idosos atendidos em um hospital universitário de Curitiba. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 281-286, ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912013000400005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 07 out. 2016.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed,2010.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de; TONINI, Teresa. **Gerontologia: atuação da enfermagem no processo do envelhecimento**. São Paulo: Yendis, 2012.

GAUTÉRIO, Daiane Porto et al. Ações educativas do enfermeiro para a pessoa idosa: estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. esp. 2, p. 824-828, dez. 2013.

GONÇALVES, Fabiane Rodrigues. **Perfil de idosos atendidos por trauma grave em um hospital de referência em urgência e emergência**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado)-Universidade Luterana do Brasil, Canoas, 2014.

GONTIJO, Karina Cardoso Pena. **Proposta de intervenção na prevenção de quedas dos idosos no ambiente domiciliar**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso. (Especialização)-Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, 2011. Disponível em: <www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3129.pdf>. Acesso em: 22 set. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População idosa residente**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def>>. Acesso em: 25 set. 2016.

JANINI, Janaina Pinto; BESSIER, Danielle; VARGAS, Alessandra Barreto de. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 480-490, abr./jun. 2015. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00480.pdf> Acesso em: 26 jun. 2016.

MALMANN, Danielli Gavião et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1763-1772, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601763&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 25 jun. 2016.

OLIVEIRA, Fabiana Maria Rodrigues Lopes et al. Caracterização do trauma em idosos atendidos em serviços de atendimento móvel de urgência. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Fortaleza, v. 14, n. 5, p. 945-950, ago. 2013. Disponível em: <www.redalyc.org/articulo.oa?id=324028789011>. Acesso em: 22 jun. 2016.

OLIVEIRA, Kleber Aparecido et al. Causas de traumas em pacientes idosos atendidos em unidade de emergência. **Revista da Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 7, n. 4, p. 1113-1119, abr. 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/4411/pdf_2376>. Acesso em: 07 out. 2016.

PEDROSA, Ivanilda Lacerda et al. Características e fatores prognósticos de idosos internados por trauma. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 9, n. 2, p. 540-547, fev. 2015. Disponível em:

<<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5555/11425>>. Acesso em: 06 out.2016.

PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. Educação em Saúde In: CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. **Dicionário da educação profissional em saúde** [online] 2 ed. rev.ampl – Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>. Acesso em: 16 nov.16.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Censo demográfico**. Porto Alegre, 2010. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/turismo/default.php?p_secao=256>. Acesso em: 25 out. 2016.

ROTONDO, Michael F. et al. **Advance trauma life support (ATLS). Suporte avançado de vida no trauma**. Chigaco: American College of Surgeon, 2012.

SOUZA, Jose Gomes de; IGLESIAS, Antonio Carlos R.G. Trauma no idoso. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 79-86, jun. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v48n1/a34v48n1>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 1986.

APÊNDICE B – ENTREVISTA

1. A importância de entrevistar os diferentes profissionais que atuam na assistência ao idoso vítima de queda, é permitir conhecer as diferentes orientações que são fornecidas durante a alta hospitalar. Sendo assim, que tipo de orientações você fornece na alta hospitalar?

2. Para contribuir na elaboração do guia de orientações, qual orientação da sua área de atuação é relevante para o cuidado dos idosos pós-queda?



ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa da Escola GHC, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde, intitulada **PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DIRECIONADA AOS IDOSOS VÍTIMAS DE QUEDAS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TRAUMATOLOGIA**, que tem como objetivo principal Criar e Implementar na Unidade de internação da Traumatologia de um Hospital Público de Porto Alegre (RS) um guia de orientações para o cuidado no domicílio aos idosos vítimas de trauma. O tema escolhido se justifica pela importância da construção de um guia de orientações que contenham uma síntese de informações acerca dos cuidados necessários no domicílio aos idosos vítimas de queda, contribuindo na educação desses idosos, seus familiares e, ao mesmo tempo, facilitando o trabalho em equipe.

O trabalho está sendo realizado pela pesquisadora Fabiane Rodrigues Gonçalves e sob a supervisão e orientação da PROFa. Ma. MARISTELA VARGAS LOSEKANN. Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma entrevista individual, em uma sala reservada, gravada em áudio, transcrita posteriormente, com duração estabelecida por você, para responder duas perguntas pré-estabelecidas sobre o tema. Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variados. Esta pesquisa envolve riscos mínimos aos seus participantes e os benefícios esperados são de facilitar o trabalho de orientações, diminuir as intercorrências, trazer maior tranquilidade na continuidade dos cuidados pós-trauma e fortalecer a prevenção secundária durante e após a internação. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela pesquisadora principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/12).

Eu _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;

- De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha atuação profissional e nem para o atendimento na instituição;
- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;
- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Fabiane Rodrigues Gonçalves, telefone 51- 33574130, e-mail: fabiane_rgoncalve@yahoo.com.br e endereço: Domingos Rubbo, 20, térreo, setor da emergência, das 19h às 22hs.
- Também que, se houver dúvidas quanto às questões éticas, poderei entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 51.3357-2407, endereço Av. Francisco Trein, 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, das 09hs às 12hs e das 14:30 às 17h

Declaro que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, ____, de _____, de 20__.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do profissional

Nome:

Nome: