

Alterações da actividade motora

Cuidar da pessoa com agitação motora



Lino Miguel Almeida Janeiro

Enfermeiro Graduado

Centro Hospitalar de Lisboa – Zona Central

Hospital de S. José

Neurocirurgia 1, Unidade de Cuidados Intensivos

Sónia Cláudia dos Santos Marta

Enfermeira Graduada

Centro Hospitalar de Lisboa – Zona Central

Hospital de S. José

Unidade de Urgência Médica

RESUMO

Na prática quotidiana de enfermagem hospitalar, a temática do internamento é uma realidade tão banal que, frequentemente, nos esquecemos de parar para reflectir um pouco sobre o representa para cada pessoa estar internada, e analisar algumas das suas consequências.

Entre estas, poderemos destacar os sentimentos de insegurança e perda, muitas vezes capazes de bloquear a capacidade de adaptação e defesa da própria pessoa, podendo conduzir a comportamentos patológicos caracterizados por reacções negativas como a hostilidade, aborrecimento, confusão, alienação, agitação motora ou mesmo agressividade.

Esta realidade é documentada por diversos trabalhos e estudos realizados, que nos demonstram a elevada incidência de doentes confusos e agitados, nomeadamente em internamento hospitalar. Este tipo de situação carece por parte dos profissionais de enfermagem de uma intervenção técnica diversa e adequada à situação.

Entre estas intervenções, podemos encontrar as medidas restritivas à mobilização dos doentes. Estas são em muitos casos utilizadas quando, supostamente, a pessoa pela gravidade ou alteração do seu estado clínico não tem, num dado momento, capacidade de compreender a necessidade de determinadas terapêuticas ou procedimentos, tendo como objectivo impedir complicações evitáveis que potencialmente poderiam colocar a sua integridade ou vida em risco.

Contudo, esta intervenção requer uma justificação ética na medida em que pode existir um potencial conflito entre a percepção do que é melhor para o doente, por parte da equipa responsável pelo tratamento e a salvaguarda dos seus direitos, liberdades, interesses, autonomia e conforto.

Nestas situações, uma outra preocupação ética adicional é a necessidade de proteger o pessoal de actos que o doente em delírio/agitação possa cometer, pois embora este tenha o direito à autonomia e à qualidade dos cuidados, os prestadores têm também direito à sua segurança no local de trabalho.

Estamos pois perante um enorme leque de factores, condicionantes ou questões a analisar e das quais é ainda indissociável uma outra realidade, ou seja, não podemos menosprezar o facto de que "dentro" que cada profissional de enfermagem, está uma pessoa com princípios, valores ou interesses, que também se irrita ou descontrola, porque cuidar de alguém é um momento único, mas também complexo e stressante.

Como tal, cuidar de doentes confusos, com períodos de agitação motora ou mesmo agressividade, exige por parte dos profissionais de enfermagem uma resposta terapêutica cuidada, o que implica um profundo conhecimento, interesse e saber.

Integrado nesta problemática, através do presente artigo, procuraremos apresentar e analisar alguns dados e estudos elaborados nesta área, capazes de despoletar em cada um de nós, uma reflexão e discussão profunda, na certeza que não existem razões únicas e indiscutíveis, mas sim princípios e linhas orientadoras de conduta sobre as quais poderemos enquadrar a nossa prática, a qual é única, pessoal e irrepetível.

PALAVRAS-CHAVE:

Agitação, pessoa, cuidar

Cuidar da pessoa com agitação motora, desde sempre, suscitou-nos, enquanto profissionais de enfermagem, uma enorme complexidade e angústia.

Mas porquê? Será por esta ser uma situação particular? Por ser pouco frequente na nossa prática diária?

Mas ao olhar para diversos autores e estudos realizados, é possível constatar que não. Num estudo realizado por Mello em 2000, diz-nos que 20% dos idosos hospitalizados e 10 a 15% de doentes internados em Serviços de Medicina ou Cirurgia desenvolvem quadros de confusão e agitação motora.



Um outro estudo apresentado por Pitta em 2005, chega a conclusões similares, e diz-nos que 20 a 30% dos doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos desenvolvem quadros de agitação motora e confusão.

Poderemos então, questionarmo-nos se estes dados poderão também caracterizar a realidade Portuguesa. É certo que não dispomos de muitos dados sobre esta temática em Portugal, mas um estudo sociográfico de âmbito nacional sobre os recursos e condições de trabalho dos enfermeiros portugueses, realizado em 1997, concluiu que estas situações são uma realidade presente nos serviços hospitalares, em muitos casos associadas a episódio de agressividade para com os profissionais de saúde.

"relativamente à comparação por tipo de serviços, o estudo revelou que as situações de agressão física assumem maior expressão nos serviços de urgência (56,1%) e de psiquiatria/neurologia (53,6%). Na comparação por tipo de hospital constatou-se que a menor incidência de agressões físicas se regista nos Serviços dos Hospitais Gerais Centrais (16,4%), sendo a maior incidência nos Hospitais Psiquiátricos (56,3%) (...) quantos aos grupos profissionais agredidos, verificou-se que predominam os enfermeiros, em 64,7% das situações, apresentando os restantes grupos percentagens bastantes mais reduzidas." (Domingues, 2002, p. 11-12)

Perante esta realidade *"seria de esperar que o nível de conhecimentos que o enfermeiro (...) acumulou sobre este tipo de situações o habilite a prestar a estes doentes os cuidados mais adequados."* (Silva et al, 1997, p. 21)

Verificamos, no entanto, que nem sempre assim acontece. Disso é retrato um outro estudo apresentado por Ballone em 2003, que identifica o *"défice de conhecimentos ou má prática da equipa de saúde"*, como a terceira causa de confusão e agitação motora da pessoa em internamento hospitalar.

Opinião já apresentada por Silva et al. (1997, p. 21) ao afirmar que "quase sempre, a solução passa pela limitação de movimentos do doente, que frequentemente conduz à sua imobilização ao leito".

Como tal, "cada profissional de enfermagem tem de aprender a mobilizar melhor os seus recursos internos e a desenvolver respostas terapêuticas" face a estas situações geradoras de grande stress e ansiedade na equipa de saúde. (Domin-gues, 2002, p. 11)

Confrontados com esta temática, importa antes de mais proceder à sua análise, enquadramento e implicações daí resultantes.

Melo (1977) define agitação como um "acto ou efeito de agitar; movimento; alvoroço; desassossego; perturbação; confusão; motim" e motora como "tudo o que produz movimento ou dá impulso; agente; toda a potência ou força que imprime movimento; o que induz, instiga ou dirige."

Desta forma, falar de agitação motora implica movimento, força, perturbação.

Outro autor diz-nos que a agitação motora pode ser resultado de graus diversos de confusão, ansiedade, dor; perturbações graves das capacidades cognitivas, desconhecimento do meio exterior, alteração sensorio/perceptiva, alteração súbita de rotinas, entre outras. (Ballone, 2003)

De entre estas, destaca a confusão como a principal causa de agitação motora na pessoa. Podemos então concluir, que ao falarmos de uma pessoa com agitação motora, poderemos estar perante uma situação clínica que envolve alterações diversas do estado de consciência.

Apesar do referenciado, como nos diz Silva et al. (1997, p.21):

"a confusão é uma perturbação do estado de consciência e, quem alguma vez, se deteve sobre este, sabe como é difícil definir consciência e suas perturbações, pelo que o ideal é a não utilização de rótulos, mas sim a descrição, em termos objectivos, daquilo que o doente é capaz de fazer."

A este respeito Hoeman (2002, p.638), diz-nos que a pessoa confusa com agitação motora poderá apresentar "dificuldades de orientação, memória, raciocínio, resolução de problemas e motivação (...) não colaborar, ter um discurso que foge às normas sociais e serem fisicamente ameaçadores (...) a impulsividade e a falta de auto-controle podem determinar agressões auto-dirigidas ou dirigidas aos outros".

Este tipo de comportamentos pode ter "lugar na unidade de internamento de utentes agudos, no serviço de reabilitação ou na comunidade" (Hoeman, 2002, p.638).

Apesar disto, a nossa análise incidirá sobre as situações ocorridas em unidades de saúde, já que, como refere Cabete (1999, p.35), o internamento hospitalar é uma fonte de stress importante para a pessoa, uma vez que pode representar para esta:

- Ameaça à vida e à integridade corporal;
- Exposição e vergonha;
- Desconforto devido à dor, frio, cansaço e alterações da eliminação;

- Privação da satisfação sexual;
- Restrição de movimentos;
- Isolamento;
- Risco de alterações financeiras;
- Risco de antipatia ou rejeição dos outros devido à sua situação;
- Incerteza quanto ao futuro;
- Separação da família e amigos;
- Dependência de outros para o bem-estar, entre outros.

Como tal, "mesmo as pessoas (...) muito funcionantes podem tornar-se desorientadas, agitadas e confusas quando estão doentes ou são transferidas para um novo ambiente e não podem conservar a independência a nível da necessidade de segurança" (Cabete, 1999, p.35).

Este tipo de alteração do estado de consciência poderá ser resultado de diversas etiologias, as quais são apresentadas no quadro n.º 1.

Quadro n.º 1

Principais etiologias dos estados confusionais

Endócrinas
• hipo/hipertiroidismo, doença de Addison, síndrome de cushing
Metabólicas
• hipo/hiperglicémia, distúrbios hidroelectrolíticos, insuf. renal e hepática
Intoxicações
• álcool, cocaína, opiáceos, ...
Abstinência
• álcool, benzodiazepinas, barbitúricos, ...
Vasculares
• IC, EAM, encefalopatia hipertensiva, ...
Infeções
• sífilis, tuberculose, toxoplasmose, citomegalovírus, ...
LOE
• tumores do SNC, metástases, hematoma subdural, ...
Nutricionais
• deficiência de vitaminas (tiamina, ácido fólico, ...)
Doenças auto-imunes
• lúpus eritematoso, vasculites
Epilepsias
• convulsões psicomotoras, estado pós-ictal
Condições agravantes
• > 65 anos, crianças, história anterior de abuso de substâncias psicoactivas ou TC
• Privação de sono e a privação ou hiper estimulação sensorial

Fonte: Adaptado de Pitta (2005)

Estas alterações do estado de consciência caracterizam-se por graus diversos de infatigabilidade, irritabilidade, ansiedade, perturbações do sono, agitação/letargia, alucinações, tremor ou agressividade. (Hall et al, 1997)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Importa não só conhecer a problemática como implementar medidas para minimizar os efeitos desta situação, uma vez que, segundo Domingues (2002, p.11), citando Farrell, apesar do enfermeiro desconhecer qual a probabilidade de vir a estar envolvido no seu local de trabalho, com incidentes deste género, estes são, no entanto, muito frequentes, "e que constituiria surpresa era que tal não se verificasse, uma

vez que os doentes internados para além de vivenciarem uma situação geradora de stress - a doença - encontram-se num ambiente que lhes é estranho."

Teixeira e Morais (2002, p.24) definem os objectivos dos cuidados de enfermagem à pessoa com agitação motora:

- Colaborar com a equipa de saúde, de forma segura e terapêutica
- Identificar a causa subjacente
- A intervenção deve seguir uma forma organizada e sequencial
- Proteger a pessoa e outros de possíveis lesões
- Estabelecer uma relação de confiança com a pessoa
- Facilitar a expressão verbal dos seus sentimentos e não de uma forma fisicamente agressiva ou violenta
- Prevenir a actuação de impulsos agressivos por parte da pessoa
- Prevenir, se possível, a destruição do meio envolvente
- Promover o contacto e assistência familiar
- Administrar terapêutica, se necessário

Para tal poderemos definir e implementar quatro grandes áreas de actuação:

Comunicação eficaz

- Estabelecer um clima de confiança (dar informações correctas e honestas e responder às questões minimiza o medo e evita a perda de confiança)
- Explicar antecipadamente a razão do procedimento
- Orientar a pessoa para a realidade
- Abordar a pessoa pelo nome
- Identificar-se sempre que aborda a pessoa
- Utilizar voz baixa, calma e tranquilizadora
- Usar termos simples
- Procurar identificar qual a necessidade ou preocupação da pessoa

Reorganização do ambiente

- Reduzir a iluminação agressiva
- Iluminação ambiente deve simular os ciclos dia/noite
- Manter um ambiente sossegado e seguro
- Evitar níveis de ruído sempre que possível e adequado (especialmente à noite)
- Minimizar estímulos que possam precipitar a agitação
- Ajudar a reconhecer o ambiente físico
- Medidas de conforto (almofadas ou dispositivos de suporte)
- A pessoa deve estar localizada o mais próximo possível da equipa de saúde
- Retirar objectos que possam causar dano
- Redução/eliminação de obstáculos à circulação
- Ajuste da cama (posição baixa)
- Os quartos individuais poderão em muitos casos ser mais prejudiciais do que benéficos, devido ao isolamento e insegurança que provocam

Medidas de conforto, segurança e alívio da dor

- Evitar a alteração do padrão do sono
- Manter a dignidade e a privacidade
- Conhecimento progressivo das pessoas e locais
- Evitar mudanças de ambiente
- Ter uma cama adequada
- Proporcionar objectos pessoais
- Envolver a família/pessoas significativas (permite que todos se sintam úteis, o que minimiza os sentimentos de impotência e ansiedade da família e dá segurança e satisfação à pessoa)

- Empatia com a equipa de saúde
- Administração de terapêutica, se necessário
- Manutenção de uma vigilância regular

Contenção e imobilização

- Grades da cama
- Imobilização física
- Imobilização química

O recurso a medidas de contenção e imobilização, deve ser alvo de particular cuidado e critério por parte do enfermeiro, pois alguns estudos recentes identificam diversos constrangimentos, limitações, complicações ou condicionalismo relativo ao uso inapropriado, recorrente ou exagerado destas medidas.

No que diz respeito, por exemplo, ao uso de grades de protecção nas camas, um uso em muitos casos tão vulgar e banal da nossa prática diária, alguns autores alertam-nos para o facto de que o seu uso inadequado pode ser responsável por traumatismos graves, encarceramento ou mesmo morte do doente.

De acordo com a Agency for Healthcare Research & Quality (AHRQ), num estudo realizado nos E.U.A. entre 1985 e 2005, em que num total de 50 Unidades Hospitalares referenciadas, foram identificados um total de 691 incidentes relacionados com o uso de grades de protecção nas camas do qual resultaram a morte de 413 pessoas por lesão fatal.

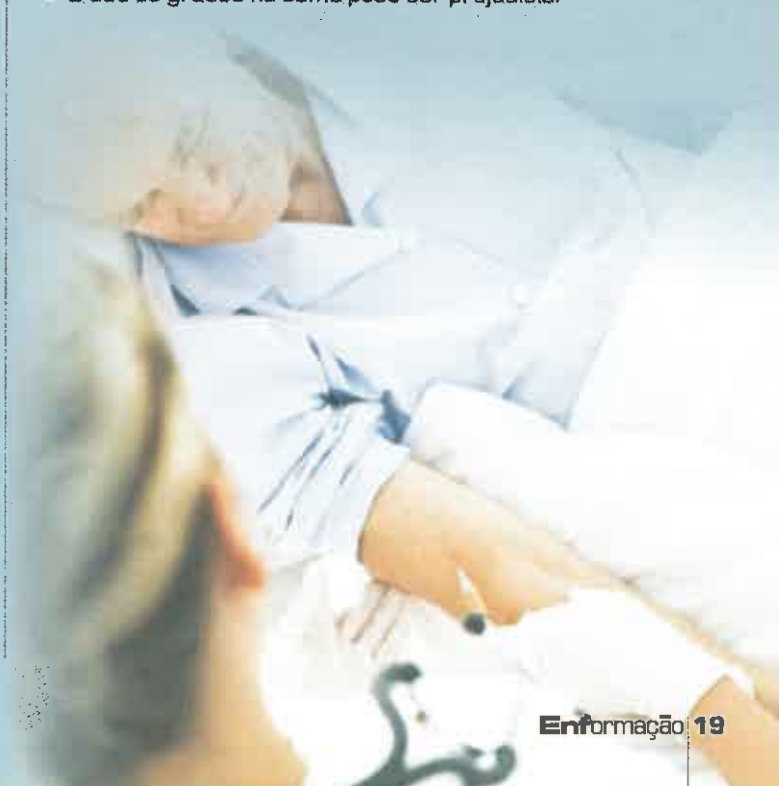
Lesões (es) ligeiras (s)	Lesões (es) graves (s) não fatal (s)	Lesões (es) fatal (s)
158	120	413

Fonte: Adaptado de Agency for Healthcare Research & Quality (AHRQ)

Com base em alguns destes dados, a Royal College of Nursing, diz-nos que o uso de grades de protecção é uma medida de contenção física, e como tal só deve ser usada em doentes/situações de risco, nos quais a implementação de outras medidas não mostrou eficácia.

Bogardus e tal (2003), na sua obra diz-nos que estudos recentes indicam que o uso de medidas de restrição física não diminuem a ocorrência de lesões, uma vez que:

- Não impede a ocorrência de danos físicos
- Podem agravar as lesões traumáticas
- O uso de grades na cama pode ser prejudicial



Mais recentemente nos E.U.A. a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization's (JACHO) (2005), nas guidelines de actuação diz-nos que o uso de medidas de contenção física só poderá ser utilizada em emergências nas quais a haja risco efectivo e eminente da pessoa provocar danos graves em si mesma, na equipa de saúde ou nas instalações e equipamentos do Serviço, e em que o uso de outras medidas tenham sido insuficientes ou ineficazes.



Apesar disto, e sabendo que cuidar de doentes agitados e confusos poderá representar um enorme desafio para a equipa de saúde, acabamos por temer que, como nos diz Silva et al (1997, p.22) *"pelo que nos tem sido dado observar ao longo da nossa experiência profissional (...) o estado confusional de um doente e aceite com demasiada passividade (quase poderemos dizer indiferença). A atitude perante um doente admitido já confuso ou um outro que fica confuso após algumas horas, ou dias (...) é muito semelhante, para não dizer a mesma, na grande maioria dos casos (...) a nossa experiência diz-nos que os enfermeiros têm chegado à mesma conclusão: limitam os movimentos do doente. Começam pelos membros superiores e, se necessário, fazem os mesmos aos inferiores"*.

Esta realidade é apresentada em diversos estudos realizados sobre esta temática: *"Ludwick e O Toole (1996), Shedd e outros (1995), relatam o uso da imobilização como uma prática corrente em enfermagem francamente questionável (no primeiro estudo, 84% dos enfermeiros afirmaram ter imobilizado o último doente confuso que tiveram; no segundo estudo verificou-se que mais de 40% dos doentes confusos estavam imobilizados)"*. (Cabete, 1999, p.37).

Estes dados deixam-nos algo perplexos, tanto mais que, como nos diz Cabete (1999, p.37) citando Berthaux e Aquino, importa tentar dar *"referências ao doente confuso e agitado e não imobilizá-lo, afirmando que a imobilização não fará outra coisa senão agravar a agitação"*.

A esta realidade importa não esquecer as complicações resultantes do uso de medidas de contenção e imobilização, apresentadas de forma sumária no quadro seguinte.

Físicas

● Imobilidade

- Privação sensorial / Úlceras de pressão
- Infecção nosocomial / patologia respiratória diversa
- Retenção urinária / incontinência / obstipação
- Diminuição da massa muscular / reabsorção óssea

● Tentativas da pessoa para se libertar

- Abrasões / Equimoses / Lacerações cutâneas
- Fracturas / Morte

Psíquicas

- Agravamento do estado confusional
- Humilhação / Perda da auto-estima
- Desmoralização / perda de memória / Sentimento de abandono
- Depressão / Medo / Raiva

Fonte. Adaptado de Silva et al (1997, p. 23)

Bradley e Dufton, citados por Silva et al (1997, p.23), *"citam um estudo em que doentes sujeitos a medidas de limitação de movimentos enquanto hospitalizados continuam a referir queixas sobre a situação oito meses depois"*.

"Senti-me como um cão e gritei toda a noite. Magoou-me ter que estar amarrado. Senti-me como se não fosse ninguém, era lixo... O hospital é pior que uma cadeia." Depoimento de um indivíduo de 72 anos que descreve assim os seus sentimentos referentes ao período em que foi imobilizado ao leito pela equipa de saúde do serviço. (Silva, et al, 1997, p.23) Este tipo de actuação e procedimento por parte do enfermeiro, poderá ser considerado do ponto de vista ético, dificilmente aceitável, uma vez que desrespeitamos completamente a autonomia, direitos e liberdades da pessoa ao nosso cuidado, consignados na Carta dos Direitos do Doente Internado (*"1. - o doente internado tem direito a ser respeitado pela dignidade humana"*) e no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (*"As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa e do enfermeiro"* Artigo 78º - Ponto 1 e *"Salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o auto cuidado, com o objectivo de melhora a sua qualidade de vida"* Artigo 81º - Alínea C)

Estamos pois perante uma situação delicada na qual importa analisar e avaliar diversos factores, circunstâncias ou causas, de forma a actuar em conformidade. *"O enfermeiro tem o dever de avaliar a situação, procurar a causa mais provável para a confusão do doente, ponderar as opções possíveis e seleccionar a menos gravosas para o doente. A situação deve ser avaliada sob, pelo menos três ângulos: o doente, o do tratamento necessário e o do enfermeiro"*. (Silva et al, 1997, p.24)

Não existem soluções tipo e muito menos soluções milagre. Importa sim dar a melhor resposta à situação real, de forma a promover uma correcta adequação e qualidade dos cuidados prestados à pessoa.

Entre estes poderá, mesmo ser necessário o recurso a medidas de contenção e imobilização, as quais carecem de procedimentos e cuidados adequados, preferencialmente de acordo com guidelines de actuação ou protocolos de cuidados definidos para o Serviço. Disto é exemplo o quadro n.1, no qual são apresentados algumas destas normas.

Restrição de Movimentos

- Discuta a situação com um colega
- Informe o médico responsável
- Pondere as vantagens e inconvenientes
- Explique ao doente o que vai fazer
- Utilize os dispositivos mais adequados
- Limite o menos possível
- Avalie o doente frequentemente

Suspenda

- As medidas de restrição de movimentos pelo menos de 2/2 horas

Avalie

- Frequentemente a necessidade de manutenção das medidas de restrição de movimentos e suspenda-as logo que deixem de ser necessárias

Registe

- Motivos
- Acções empreendidas para evitar as medidas de restrição de movimentos
- Tipos de medidas aplicadas
- Horário de início
- Comunicação ao médico
- Complicações

Breve nota de consulta para o enfermeiro que tem que restringir os movimentos do um doente

Fonte: Silva et al (1997, p. 26)

De acordo com Hall et al (1997), estes quadros de confusão e agitação apresentam uma elevada taxa de morbilidade, entre a qual podemos destacar:

- Queda
- Auto-agressão
- Agressão ao pessoal hospitalar
- Hospitalizações prolongadas
- Síndromes cerebrais orgânicos crónicos com deficiência permanente
- Progressão para torpor
- Coma
- Convulsões
- Morte, entre outros

De entre estes a queda assume particular relevo, sendo mesmo responsável pela maioria das complicações associadas a estes casos.

Nos E.U.A. a queda é considerada por si só um facto de elevada importância, sendo mesmo considerada a "*Adverse Event*" mais comum.

Segundo dados da Agency for Healthcare Research & Quality (AHRQ), em 1999 foram registados nos Hospitais Americanos um total de 620 quedas graves, das quais 60% resultaram em fracturas graves e 7% em morte.

De acordo com outros dados fornecidos por esta Agência, actualmente nos E.U.A. 35% a 45% de pessoas com mais de 65 anos tem pelos menos uma queda por ano. Este risco aumentou na população internada em lares de 3ª idade ou Instituições Residenciais, onde a taxa é superior a 50%. Destes, em 25% das quedas, resultam lesões graves que necessitam de cuidados diferenciados e internamento hospitalar.

De acordo com este estudo 2/3 destas quedas poderiam ser evitadas.

Esta realidade acarreta consigo além de diversas contingências pessoais, familiares ou institucionais, enormes custos para a economia Americana, a qual, de acordo com dados cedidos pela AHRQ, poderá em 2020, ultrapassar os 32.4 bilhões de dólar/ano em cuidados de saúde.

Com base nestes dados, foram desenvolvidos em diversas Unidades de saúde os designados "Patient Safety Program". Estes são compostos por iniciativas em diversas áreas, as quais são apresentadas de forma esquemática no seguinte quadro:

Dotação de pessoal qualificado

- Formação diversa / Equipa multidisciplinar

Dotação de diversos recursos

- Camas articuladas
- Iluminação adequada
- Boas acessibilidades / redução de obstáculos...

Avaliação do risco

- Morse Fall Scale
- Medicação associada

Guidelines para a prevenção de quedas

- Equipa multidisciplinar

Programas de exercícios diários (reabilitação)

Registo de ocorrência (Reporting)

De entre estas, gostaríamos de destacar a implementação da avaliação de risco de queda através da "Morse Fall Scale", na qual se encontram definidos um total de 6 itens de avaliação da condição da pessoa.

Morse Fall Scale

VA National Center for Patient Safety Fall Prevention and Management™

1. History of falling: immediate or within 3 months	No = 0	Yes = 25
2. Secondary diagnosis	No = 0	Yes = 15
3. Ambulatory aid	None, bed rest, wheel chair, nurse = 0 Crutches, cane, walker = 15 Furniture = 30	
4. IV/Heparin Lock	No = 0	Yes = 20
5. Gait/Transferring	Normal, bed rest, immobile = 0 Weak = 10 Impaired = 20	
6. Mental status	Oriented to own ability = 0 Forgets limitations = 15	

Risk Level	MFS Score	Action
No Risk	0 - 24	None
Low Risk	25 - 50	See Standard Fall Prevention Interventions
High Risk	≥ 51	See Standard Fall Prevention Interventions

VA National Center for Patient Safety Fall Prevention and Management™

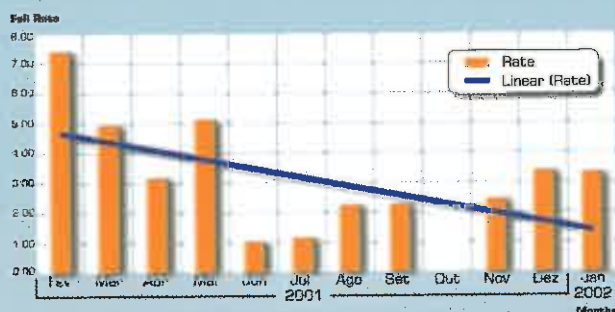
Com base nestes resultados é possível identificar o risco de queda da pessoa como: Elevado, Baixo ou Sem Risco. Esta avaliação permite então a selecção das guidelines de actuação para a prevenção de quedas, definidas para cada Unidade ou Serviço.

No quadro seguinte é apresentado uma dessas guidelines utilizadas numa Unidade de Cuidados Intensivos

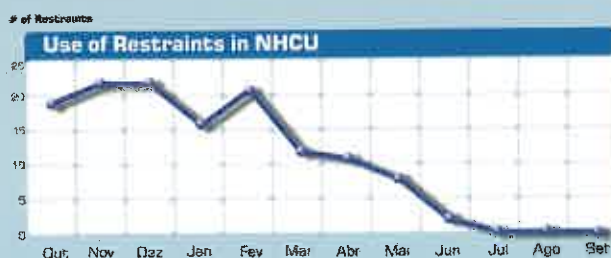
Intervention Strategies									
Intervention	Level of Risk			Area of Risk					
	High	Mid	Low	Program Falls	Altered Elimination	Muscle Weakness	Muscle Weakness	Medication Problems	Overweight
Low beds	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Non-slip grip footwear	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Assign patient to bed that allows patient to exit toward stronger side	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Lock movable transfer equipment prior to transfer	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Individualize equipment to patient needs	X	X	X	X	X	X	X	X	X
High risk fall room setup	X	X		X	X	X	X	X	X
Non-skid floor mat	X	X		X	X	X	X	X	X
Medication review	X	X		X	X	X	X	X	X
Exercise program	X	X		X	X	X	X	X	X
Toileting worksheet	X	X		X					
Color armband / Falling Star etc	X			X	X	X	X	X	X
Perimeter mattress	X			X	X	X	X		
Hip protectors	X			X		X	X		
Bed/ chair alarms	X			X		X	X		

Note: when not to use interventions, nor is it required to be used. Facilities should use their best judgment in implementing recommendations.

Através da introdução destes programas foi possível diminuir o risco destas ocorrências e suas consequências. Disto é exemplo o gráfico seguinte:



Foi também possível a redução do uso de medidas de contenção e imobilização, como demonstra o gráfico seguinte.



Estes resultados vêm reforçar a importância da introdução de novos instrumentos, novas formas de trabalhar, novas orgânicas e dinâmicas institucionais.

CONCLUSÃO

O internamento desencadeia frequentemente estados de confusão e agitação, pelo que é importante agir preventivamente.

É fundamental manter uma atitude de ajuda e de suporte, respeitando os padrões básicos de vida de cada indivíduo, promovendo a sua autonomia, permitindo-lhe que tome decisões. Compreender a pessoa na sua individualidade e circunscrição, estabelecendo com ele uma relação de ajuda e confiança, é um passo significativo para minimizar os efeitos nocivos de um internamento.

Importa não esquecer que para os profissionais de saúde em geral, e de enfermagem em particular, o facto de conviverem, em alguns casos constantemente, com este tipo de situações no seu local de trabalho tem contribuído, crescentemente, para uma atitude de "aceitação" e passividade. Torna-se então premente agir o mais rapidamente possível para contrariar o arrastar deste "clima de inevitabilidade".

Neste âmbito é fundamental a preparação e formação de profissionais neste âmbito, bem como definir e introduzir novas dinâmicas, instrumentos ou recursos de forma a dar uma melhor resposta a esta problemática, capazes de desenvolver competências e cuidados que permitam responder de forma terapêutica face à pessoa com alterações da actividade motora por confusão e agitação, no sentido de diminuir a incidência deste tipo de ocorrências.

Não existem soluções "tipo" ou mesmo ideais, cada caso é um caso, cada pessoa é uma pessoa, e é nessa singularidade que devemos actuar. Como tal, este artigo não é mais de uma reflexão sobre toda uma problemática única e complexa, e que não se esgota aqui, mas como nos diz Cabete (1997, p.37) **"em suma, o que temos de essencial a fazer é viver uma relação de ajuda no encontro com cada ser humano, materialização do acto do cuidar, simultaneamente simples e complexo: a razão e a essência de ser enfermeiro!"**

Referências Bibliográficas

- BOLANDER, Verolyn Rae -- Sorensen e Luckmann - Enfermagem fundamental - Abordagem Psico-fisiológica Lisboa Lusodidacta, 1998 ISBN 972-98810-6-5
 CABETE, Dulce Gaspar - O impacto do internamento no idoso, parte I de II Nursing Lisboa Pedro Serra Pinto ISSN 0871-8198 N.º 139, 1999 p. 33-37
 DOMINGUES, Cármen C. - A agressividade em enfermagem: uma realidade não valorizada ou um meio oculto? Sinais Vitais Coimbra Formaseu ISSN 0872-8844 N.º 43, 2002 p. 11-14
 HESBEEN, Walter - A reabilitação - Criar novos caminhos Loures Lusociência, 2003 ISBN 972-8383-43-6
 HOEMAN, Shirley P - Enfermagem de Reabilitação Aplicação e Processo 2ª Edição Loures Lusociência, 2000 ISBN 972-8383-13-4
 HONORÉ, Bernard - A Saúde em Projecto Loures Lusociência, 2002 ISBN 972-8383-31-2
 PHIPPS, Wilma J. et al - Enfermagem Médico-Cirúrgica Loures Lusociência, 2003 ISBN 972-8383-85-7
 SILVA, António M. V. A. et al - Restrição de movimentos em doentes confusos Nursing Lisboa Pedro Serra Pinto N.º 110, 1997 p. 21-28
 TEIXEIRA, Vitor Manuel C., MORAIS, Paula Abreu de Sousa Moraes - Urgência psiquiátrica o utente agressivo Nursing Lisboa Pedro Serra Pinto ISSN 0871-8198 N.º 164, 2002 p. 22-26