



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização de Gestão em Enfermagem
Dissertação**

**Prevenção de Quedas -
Plano Nacional de Segurança do Doente**

Carla Maria Pintado Magueja

**Lisboa
2022**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização de Gestão em Enfermagem
Dissertação**

**Prevenção de Quedas -
Plano Nacional de Segurança do Doente**

Carla Maria Pintado Magueja



Orientador: Professor Doutor Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS.....	3
AGRADECIMENTOS	5
RESUMO	6
ABSTRACT	8
INTRODUÇÃO	10
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1. A SEGURANÇA DO DOENTE	13
1.1 Perspetiva Histórica.....	14
1.2 Cultura de Segurança.....	19
1.3 Erro, Incidente e Evento Adverso	22
2. A QUALIDADE EM SAÚDE.....	25
2.1 Modelos de Avaliação da Qualidade.....	25
2.2 A Qualidade no Plano Nacional de Saúde	28
3. QUEDAS.....	30
3.1 Quedas como um Indicador de Qualidade e Segurança	30
3.2 Classificação das Quedas e Fatores de Risco das Quedas.....	31
3.3 Principais Consequências Pós–Queda.....	32
3.4 Prevenção de Quedas	33
4. GESTÃO EM ENFERMAGEM	36
4.1 Quadro de Referência	37
4.2 Modelo Conceptual de Organização dos Cuidados de Enfermagem	37
PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO.....	40
1. PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	41
2. METODOLOGIA	42
2.1 Objetivo Geral.....	42
2.2 Objetivos Específicos	42
2.3 Tipo de Estudo	42
2.4 Necessidades a Responder/ Competências a Desenvolver.....	42
3. QUESTÕES ÉTICAS	43

4.	INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	44
5.	APRESENTAÇÃO DOS DADOS	45
6.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	59
	ANEXOS	66
	Anexo I – Formulário de solicitação de colaboração com a DGS	
	Anexo II – Declaração de sigilo e confidencialidade	
	Anexo III – Revisão Sistemática da Literatura sobre Prevenção de Quedas	
	Anexo IV – Formulário CQS	
	Anexo V – Formulário Prioridade II - PNSD	

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

AP- Ambiente da Prática

APA - American Psychological Association

DGS- Direção-Geral da Saúde

EAs – Eventos adversos

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa LASA

PNS- Plano Nacional de Saúde

PNSD- Plano Nacional de Segurança do Doente

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Objetivo Estratégico

OMS - Organização Mundial de Saúde

RIL- Revisão Integrativa da literatura

SNS - Serviço Nacional de Saúde

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Pedro Lucas, orientador deste mestrado, por ser o guia desta viagem. A consulta dos seus artigos científicos, a análise das suas correções e sugestões sobre esta temática foram essenciais para a elaboração desta dissertação.

Obrigada, Professor Pedro!

A todos os professores do Mestrado de Gestão em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pela dedicação na formação de enfermeiros.

Aos meus colegas do mestrado, pelas aprendizagens e pelo tempo em que estivemos juntos.

Às minhas colegas da UCC-Saudar, pelo desafio para não desistir!

À minha família, por ter aceitado pacientemente, todos os momentos adiados.

E por último, mas sem dúvida o mais importante, a Deus.

RESUMO

Introdução: As quedas constituem um problema de saúde pública, devido à sua prevalência e ao impacto que tem na vida dos indivíduos, famílias e sociedade. A prevenção de quedas é de abordagem difícil, devido à natureza multidimensional dos fatores de risco. Os estudos científicos têm demonstrado que existem intervenções que podem reduzir significativamente o número de quedas. Estas ações devem ser implementadas nas organizações de saúde, envolvendo os profissionais de saúde, o doente e família, com o objetivo de reduzir os danos causados pelas quedas sem comprometer a dignidade, a independência e a reabilitação do doente.

Objetivos: o objetivo do presente estudo é avaliar o OE6, prevenir a ocorrência de quedas, no âmbito do PNSD 2015-2020.

Metodologia: A investigação assenta num estudo do tipo quantitativo, descritivo, retrospectivo. O instrumento de recolha de dados foi definido e aplicado pela DGS, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2019, nas cinco ARS (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve).

Resultados: Constatou-se que no período em análise, entre 85% -100% das instituições hospitalares e ULS, implementaram medidas para a prevenção de quedas. Nos ACES houve uma tendência crescente na percentagem de instituições que fizeram a avaliação do risco de queda 53,5% (2015), para 89,5% (2019). Relativamente ao número de auditorias e notificações de incidentes relativos a quedas, houve uma tendência crescente, nas instituições respondentes verificou-se que as notificações aumentaram de 60% (2015), para 100% (2019), acerca das auditorias verificou-se que também houve um crescimento de 40% (2015), para 71,40% (2019).

Conclusão: Esta problemática do aumento do número de quedas tem de estar associada à valorização da segurança do doente por todos os profissionais, doente, família e sociedade, deve ser um eixo prioritário e estratégico, que deve ter o enfoque em práticas com abordagens consistentes e fundamentadas na evidência científica, na construção de um ambiente livre de culpa, trabalho em equipa e notificação de incidentes, associado à formação contínua e à inclusão do doente e família neste processo.

Palavras – Chave: quedas, segurança do doente, enfermagem, gestão em enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Falls constitute a public health problem, because of its prevalence and the impact they have in the lives of individuals, families and society. The prevention of falls has a difficult approach, because of its multidimensional nature of the risk factors. The scientific studies have demonstrated that there exist interventions that can significantly reduce the number of falls. These actions should be implemented in the health organizations, involving the health professionals, the patient and family, with the objective of reducing the damage caused by falls without compromising the dignity, the independence and rehabilitation of the patient.

Objectives: The objective of the present study is to evaluate the (OE6), preventing the occurrence of fall's, in the of the extent PNSD 2015-2020.

Methodology: The investigation bases itself in a study of quantitative and descriptive. The instrumental of collecting the data was defined and applied by the DGS during the period of January 2015 and December 2019 in the five ARS (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo and Algarve).

Results: It was observed that period in analyse , 85%-100% of the hospital institutions and ULS' applied measures of preventions to falls in the ACES there was a growing tendency in the percentage in the institutions that evaluated the risk of falls 53,5% (2015) to 89,5% (2019). Relating to the number of Auditing and notifications of incidents relating to falls, there was a growing tendency, in the institutions related deriving that the notifications had grown from 60% (2015) to 100% (2019) about the auditing confirmed that there was also a 40% growth of 40% (2015) to 71,40%(2019)

Conclusion: these problematic growth in the numbers of falls has to be associated to valorisation and security of the patient by all the Professionals, patient, family and society, it has to become a priority and strategic drive to call to attention practices with an enface that is consistent and substantiated in the scientific evidence, in the construction of a ambience of guilt free, the team work and notification of incidences, these be associated to continua's formation and including the patient and family in this process.

Key-Words: falls, security for the patient, nursing, nursing management.

INTRODUÇÃO

A presente dissertação, subordinada ao tema “Prevenção de Quedas”, enquadrado no Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) 2015-2020, foi elaborada no âmbito do Mestrado de Gestão em Enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob a orientação do Professor Doutor Pedro Lucas.

Os dados foram fornecidos pela Direção Geral da Saúde (DGS), no âmbito do protocolo celebrado com o Departamento de Administração em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). De acordo com este protocolo, e em consonância com o PNSD, optou-se pela utilização do termo doente, que no presente documento se refere aos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde (SNS) nos três níveis de cuidados.

Através desta investigação pretende-se compreender o nível de implementação do objetivo estratégico (OE) 6, prevenir a ocorrência de quedas, do PNSD 2015-2020, nas organizações em estudo, de um modo mais específico, pretende-se perceber qual a importância e o nível de implementação, atribuída à prevenção de quedas e concludentemente à segurança do doente, das instituições incluídas neste estudo e que pertencem ao Serviço Nacional de Saúde.

A realização deste estudo, dentro do PNSD (2015-2020), reveste-se de grande importância porque a análise das respostas ao inquérito aplicado nos Hospitais e nos Cuidados de Saúde Primários, deverá ter um impacto expressivo para as organizações de saúde, para os profissionais de saúde e assim contribuir para a garantia da segurança do doente, através de intervenções efetivas na prevenção de quedas.

Neste sentido, considera-se que esta temática se afigura como pertinente, não apenas num nível pessoal e académico, mas também de saúde e socioeconómico, uma vez que:

- Uma cultura de segurança nas organizações, constitui-se de extrema importância, para a prestação de cuidados de excelência. Esta corresponde ao somatório de valores individuais e de grupo, de atitudes e perceção de competências e de padrões de comportamento, que determinam o compromisso com a segurança;
- A segurança do doente é mais do que nunca, reconhecida como um problema crítico de Saúde Pública a nível global. Em resposta a esta preocupação, o Conselho da União Europeia e a Organização Mundial da Saúde (OMS), recomendam a avaliação da cultura de segurança como o primeiro passo, para a implementação de ambientes seguros em saúde;
- Os resultados do estudo podem contribuir para a realização de análises de benchmarking interno e externo, nas organizações, mas também podem constituir uma oportunidade de contribuir para a melhoria da cultura de segurança, em geral e da Prevenção de Quedas, em particular, promovendo assim a implementação de processos robustos ao nível da segurança do doente e da qualidade dos cuidados;

- Novas estratégias são necessárias para aumentar a segurança do doente e consequentemente prevenir as quedas. É da responsabilidade do enfermeiro gestor a identificação das necessidades de formação dos enfermeiros com o objetivo de fornecer competências e conhecimentos nesta área.

No que concerne às opções metodológicas, é possível verificar que esta investigação detém natureza quantitativa, assumindo como premissa orientadora do pensamento a procura do fenómeno que já foi previamente estudado, através de uma revisão integrativa da literatura, como o objetivo de: analisar a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem na prevenção de quedas. Na fase de recolha de informação, esta foi realizada pela Direção Geral da Saúde (DGS), através de inquéritos às instituições do Serviço Nacional de Saúde.

Define-se como pergunta de investigação: Quais as intervenções de enfermagem, que aumentam a segurança e diminuem o risco de quedas, nos doentes?

O objetivo geral deste estudo é avaliar o OE6, prevenir a ocorrência de quedas, no âmbito do PNSD 2015-2020. Os objetivos específicos foram definidos tendo por base as metas do PNSD 2015-2020:

- Analisar a evolução de quedas, nas instituições em estudo;
- Analisar o número de notificações de incidentes relativos a quedas das instituições em estudo
- Analisar o nível de implementação das medidas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas no âmbito do PNSD 2015-2020, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde;
- Comparar a implementação das medidas preventivas e a redução do número de quedas, nos doentes, das instituições em estudo;

Posto isto, no que respeita à estrutura desta dissertação, é constituída por duas partes. A primeira, referente ao enquadramento teórico, onde se alicerça teoricamente o assunto em estudo, analisando a qualidade em saúde e segurança do doente, a prevenção de quedas, as quedas e a gestão em enfermagem. Estas temáticas foram aprofundadas, através realizada uma revisão integrativa da literatura (RIL), (Apêndice I). A segunda parte, é constituída pelo estudo empírico, onde se identifica a problemática e justificação do estudo; a metodologia e as questões éticas. Por último, apresentam-se as conclusões finais, assim como as referências, anexos e apêndices referentes ao mesmo.

O trabalho encontra-se elaborado segundo as normas APA (American Psychological Association), e escrito de acordo com o novo acordo ortográfico.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A SEGURANÇA DO DOENTE

A segurança do doente é uma das dimensões fundamentais na qualidade dos cuidados. Representa uma preocupação global ao nível de todos os países e associa-se a velhos e novos desafios onde alguns países já conseguiram avaliar a dimensão do problema e a implementação de medidas, em outros países o processo está ainda no seu início e longe de uma resolução.

O foco da segurança do doente, assim como a melhoria dos cuidados exige das organizações e dos profissionais de saúde uma abordagem holística, com o objetivo de compreender as áreas das organizações de saúde que precisam de estar integradas e interagir adequadamente a fim de obter os melhores resultados em saúde.

Os benefícios de uma abordagem estratégica e coordenada sobre segurança do doente, abordando as causas comuns de danos e as abordagens para os prevenir, foram reconhecidos por líderes políticos e de saúde de todo o mundo. Este propósito culminou com a 74ª Assembleia Mundial de Saúde, em 2021, onde foi aprovada a decisão WHA7.4, para adotar o Plano de Ação Global de Segurança do Doente 2021-2030. A segurança do doente é definida como *“Uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados de saúde que reduzem riscos de forma consistente e sustentável, reduzem a ocorrência de danos evitáveis, tornam os erros menos prováveis e reduzem o impacto dos danos quando ocorrem”* (WHO, 2021).

Em 2020, o impacto global da pandemia de COVID 19 veio trazer um maior reconhecimento dos riscos para o doente. O impacto continuo nos sistemas de saúde, tornaram-se claros e totalmente quantificáveis, ao longo do tempo. Surgiram assim, importantes implicações para a segurança do doente, passando a dar-se mais importância aos esforços que promovem cuidados mais seguros, em todos os níveis. A segurança física e psicológica dos profissionais foi também amplamente comprometida. Fatores situacionais, como escassez de pessoal, redistribuição de pessoal para funções desconhecidas e “soluções alternativas”, todos contribuíram para os processos de prestação de cuidados, menos seguros. Mas, apesar desses efeitos e riscos negativos, a pandemia da COVID-19 proporcionou alguns benefícios, muitos adotaram instintivamente os principais atributos da segurança, como transparência, comunicação ativa, colaboração e rápida adoção de práticas de segurança do doente (WHO, 2021).

A segurança é uma medida fundamental, para que os doentes usufruam de cuidados com qualidade. As organizações investem, com a implementação de diversas medidas, para fornecer cuidados seguros, no entanto, esta é ainda uma meta difícil de alcançar de forma consistente. Esta falta de consistência, refere-se, por vezes à dificuldade que as organizações têm em influenciar os profissionais para uma cultura de segurança (Groves et al., 2020).

Neste contexto, a complexidade do ambiente de prática de enfermagem e dos cuidados de enfermagem, representam um desafio para atingir as metas sobre a segurança. Os enfermeiros têm uma capacidade única e detêm um lugar privilegiado nas equipas de saúde, devido à proximidade com o doente e frequência dos cuidados, que lhes permite compreender os processos de cuidados que podem afetar a segurança do doente (Groves, 2020).

Nesta lógica, o papel dos enfermeiros é assegurar cuidados seguros ao doente e prevenir eventos adversos. A adesão a estratégias organizacionais, bem como a recomendações científicas é necessária, para o sucesso de intervenções voltadas para a prevenção de erros na prática e para alcançar sistemas de saúde sustentáveis e seguros. Por outro lado, a falta de adesão e conformidade contraria as crenças, normas e expectativas profissionais sobre o papel do profissional de saúde. (Vaimoradi et al., 2020).

Numa revisão sistemática da literatura, publicada em 2020, no *International Journal of Environmental Research and Public Health*, onde foram analisados artigos científicos publicados entre 2010 e 2019. Esta revisão teve como objetivo sintetizar o conhecimento e explorar fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros aos princípios sobre segurança do doente, concluiu-se que a adesão aos princípios de segurança do doente foi afetada por vários fatores complexos e que se cruzam entre si. As variações nos objetivos, métodos e resultados dos estudos dificultaram a elaboração de uma conclusão decisiva sobre como melhorar a adesão dos enfermeiros, aos princípios de segurança do paciente. No entanto, com base nos resultados dessa revisão, as informações gerais, sobre os fatores que interferem na adesão dos enfermeiros são: o défice de conhecimentos dos enfermeiros sobre segurança do doente, a não integração do doente e família no processo de cuidados, a elevada carga de trabalho, a falta de equipamentos e sistemas de informação adequados para a comunicação e partilha de informações, a inexistência de *feedback* regular no local de trabalho e a não padronização dos processos de cuidado, são fatores que podem contribuir para a falta de adesão dos enfermeiros aos princípios de segurança do doente (Vaimoradi et al., 2020).

Comparativamente Bursiek (2016) enfatiza que uma cultura baseada no trabalho em equipa interdisciplinar é fundamental para prevenção e proteção do doente. Os ambientes de prática de cuidados favoráveis promovem uma cultura de segurança do doente, pela existência de uma efetiva comunicação entre os vários elementos da equipa e em que os cuidados são centrados no doente (Brewer et al., 2018). A literatura emergente reforça que o respeito, colaboração, comunicação e perceção do seu papel são fatores importantes que afetam a segurança do doente (Bursiek et al., 2016).

1.1 Perspetiva Histórica

Apresenta-se neste subcapítulo, alguns dos principais autores e contributos relevantes que cooperaram para a forma como são interpretadas e valorizadas as questões de segurança do doente, nos dias de hoje. Na história dos cuidados de saúde, podemos ver,

como determinadas descobertas foram fundamentais para o conhecimento que temos na atualidade. Noutras situações constatamos que algumas figuras importantes foram incompreendidas no seu tempo, vindo mais tarde, a ser reconhecidas. Noutros casos existiu uma oposição dos seus pares, porque as ideias, muitas vezes eram contra à corrente dominante.

Na pré-história e na antiguidade, a vida dos homens estava sempre à mercê da violência e das inúmeras doenças da época, para as quais não havia tratamento nem cura. Era por isso frequente o recurso aos deuses. A doença era, muitas vezes, considerada como uma punição ou mal de origem divina, sendo o sacerdote/curandeiro um dos meios para a cura (Trindade et al, 2019).

Na Babilónia dos anos 1792-50 A.C., o Código de Hammurabi, já incluía alguns artigos relacionados com o tratamento médico, reconhecendo que seu resultado também dependia da ação do médico e responsabilizando-o pelo erro ou dano na sua prática clínica. Também na antiga Índia, segundo as leis de Manú, os médicos podiam ser punidos se fizessem um diagnóstico errado, ou se tentassem tratar os casos considerados incuráveis, nestes casos, era considerado também, má prática (Trindade et al., 2019)

Na Grécia antiga, a cura da doença era uma prática comum, procurada no templo ou na multiplicidade de outras sugestões terapêuticas, dependendo do tratamento escolhido e da preferência individual. Coexistiam várias escolas de medicina, entre elas a escola de Cós, da qual fez parte Hipócrates, que viveu entre 460 e 377 a.C. considerado o pai da medicina. Hipócrates afirmava que, em sua prática, o médico deve dirigir os cuidados com a finalidade da recuperação do paciente, abstendo-se de toda a maldade e dano, esta é reconhecida como uma das primeiras referências claras à segurança do paciente (Trindade et al, 2019).

Na Europa, durante a Idade Média, a medicina baseava-se no respeito pela tradição e pelos mestres da Antiguidade, ficando, grande parte a cargo das ordens religiosas. Essas fundaram os primeiros hospitais e foram os essenciais agentes da preservação e difusão da prática e do ensino clínico, tanto no nível assistencial como, mais tarde (século XII), na criação das primeiras universidades (Porter, 2006).

A enfermeira inglesa Florence Nightingale, no século XIX, além de revolucionar a enfermagem e o seu ensino, incentivou mudanças dos cuidados, no sentido da melhoria da segurança do doente, com sua análise das condições dos hospitais ingleses. Durante a Guerra da Crimeia e a convite do governo britânico, chefiou uma pequena equipe, com os equipamentos necessários e com um trabalho árduo, mesmo contra a negligência dos médicos militares. Com a dedicação e profissionalismo, que devotava aos doentes reduziu drasticamente as mortes no hospital militar. A introdução de mudanças simples na higiene e alimentação dos soldados, provocou uma diminuição significativa no número de infeções e mortes. Embora tenha demonstrado, através de dados estatísticos, que sustentaram as suas conclusões e ter conseguido algumas modificações nos hospitais ingleses, no que respeita à

melhoria da qualidade dos cuidados, as suas recomendações não foram bem acolhidas por alguns elementos da classe médica (Trindade et al, 2019, Dias et al, 2019).

Outro exemplo de não aceitação de novas teorias, por desconhecimento dos seus fundamentos científicos, aconteceu com as propostas de Ignaz Semmelweis. Só após os trabalhos de Pasteur, Koch e Lister e das teorias de microrganismos e técnicas antissépticas, foram compreendidas e aceites. Este médico era responsável pela maternidade de um hospital universitário e ao analisar, a taxa de morte por infeção após o parto, verificou que esta era superior nas enfermarias em que as mulheres eram cuidadas pelos estudantes em relação àquelas nas quais os partos eram feitos por enfermeiras parteiras. Ao estudar essa diferença, identificou como causa o facto de os estudantes passarem de procedimentos de autópsias para a observação das parturientes, sem procederem à lavagem das mãos. Assim introduziu a obrigatoriedade da lavagem das mãos dos estudantes e médicos e a taxa de mortalidade passou a valores semelhantes aos verificou que a taxa de mortalidade desceu para valores idênticos aos das enfermarias das parteiras. (Trindade et al, 2019).

Ernest Amory Codman (1869-1940), cirurgião em Boston, é outra figura incompreendida pelos seus pares durante sua vida e percurso profissional. Ao propor, de forma clara, a monitorização sistemática dos resultados decorrentes da prestação de cuidados de saúde, materializando desta forma a denominada “*end results idea*”. Ao longo da vida, enquanto cirurgião desenvolveu um sistema de análise de resultados, de todos os doentes que operava, onde também eram reportados os erros ou falhas que ocorriam. Ao abordar o tema do erro e ao instituir o acompanhamento, durante um ano, dos doentes operados, Codman pretendia com este procedimento, avaliar se a intervenção cirúrgica tinha sido bem-sucedida, os benefícios da mesma para a saúde do doente e os efeitos adversos durante o processo. Em 1917, foram publicados, um grupo de padrões mínimos baseados nas categorias de Codman, que viriam a ser fundamentos dos padrões de acreditação hospitalar (Neuhauser, 2002, Lezzoni, 2003).

Avedis Donabedian (1919-2000), médico e professor, que estudou a qualidade na saúde, propõe a desconstrução do conceito de qualidade em eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Cada uma dessas dimensões pode ser medida e avaliada, isolada ou em conjunto, permitindo fazer uma avaliação objetiva da qualidade. Donabedian prova, no estudo “Epidemiologia da qualidade”, publicado em 1985, que os atributos estruturais se convertem em medidas indiretas da qualidade dos cuidados, assim como em indicadores de uma possível assistência deficiente (Trindade et al, 2019).

Os seus estudos tiveram um profundo impacto sobre os sistemas de saúde e alguns dos seus princípios ainda hoje são considerados atuais e de grande importância para excelência dos cuidados de saúde. O seu quadro conceptual fundamenta-se nos conceitos de estrutura, processo e resultado, sendo estas dimensões abordadas pela primeira vez, pelo autor em

1966 (Donabedian, 1966). Consideradas classicamente uma tríade, que corresponde às noções da teoria geral de sistemas:

A estrutura é constituída por características do local onde os cuidados são realizados. Inclui os recursos humanos, físicos, materiais e financeiros necessários para a prestação de cuidados, financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada.

O processo fundamenta-se no que é atualmente realizado na prestação de cuidados e é constituído pelas atividades que envolvem os profissionais de saúde e os doentes, com base em padrões estabelecidos.

O resultado é o produto final da assistência, no estado global do doente, melhoria dos conhecimentos do doente, alterações saudáveis no comportamento, satisfação e expectativas (Donabedian, 1988).

Essa linha de estudo foi aprofundada pelo médico americano Wennberg, que, no início do século XXI, comparou os cuidados médicos em diferentes zonas geográficas a doentes com a mesma patologia, tendo encontrado uma variação nos tratamentos administrados, que não dependia do tipo de doença, da evidência médica ou preferência dos pacientes, levando-o a atribuir essa responsabilidade ao comportamento do médico.

As pessoas notáveis, como Florence Nightingale e Ernest Codman que contribuíram de forma relevante para a qualidade dos cuidados e segurança do doente, há 150 e 100 anos atrás, no entanto, a recolha dos dados, para avaliação dos resultados, só viria a desenvolver-se a partir dos anos 70, como resposta ao crescimento dos custos na área da saúde e à necessidade de exigência e responsabilidade social. O estudo pioneiro que utilizou o método de revisão retrospectiva de processos clínicos para avaliar a incidência de eventos adversos em hospitais foi The Medical Insurance Feasibility Study (MIFS), realizado na Califórnia em 1974. Contudo, foi The Harvard Medical Practice Study (HMPS), realizado em 1984 em hospitais do Estado de Nova Iorque, que tornou conhecida a magnitude dos problemas de segurança do doente hospitalizado. O estudo de Harvard (HMPS) teve como objetivo obter mais e melhor informação sobre a incidência de eventos adversos e negligência entre os pacientes hospitalizados. Baseou-se no estudo retrospectivo de uma amostra aleatória de mais de 30 mil processos clínicos de doentes internados em 51 hospitais no ano de 1984. Os resultados indicavam que cerca de 3,7% dos doentes sofreram algum tipo de incidente, e a maioria poderia ter sido prevenida. Apesar de a maioria resultar em lesões menores, aproximadamente 2,6% tiveram problemas que implicaram incapacidade total e permanente ou morte. (Trindade et al, 2019).

O relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System*, elaborado pelo IOM em 2000, estimava a ocorrência de 44 mil a 98 mil mortes anuais nos Estados Unidos da América, causadas por eventos adversos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, e dessas cerca de metade seria evitável. O custo associado a esses eventos foi estimado entre 17 e 29 biliões de dólares em razão dos custos de cuidados adicionais, mas também pela perda de

rendimento e incapacidade. Este relatório alertou os profissionais de saúde, gestores da saúde, doentes, organizações e decisores políticos para a dimensão do problema e dos seus custos sociais e económicos, além do inevitável sofrimento dos doentes e famílias. Este relatório sugere algumas estratégias para fazer face a essa problemática. Entre essas estratégias salienta-se uma cultura de segurança nas organizações de saúde. A mudança de uma cultura de culpabilização do indivíduo para a cultura de aprendizagem com o erro, através da criação sistemas de notificação confidencial de eventos adversos. (IOM, 2001, Trindade et al., 2019).

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou o desafio da campanha para a segurança do paciente “Patient Safety” com o objetivo de coordenar, disseminar e promover a melhoria na segurança do doente a nível mundial. Essa campanha propunha a segurança do doente, como uma prioridade de saúde pública, procurando dar voz ao doente e família após a ocorrência de um evento adverso (Trindade et al., 2019).

Em 2005, da parceria entre a OMS e a Joint Commission International (JCI), surgiram as “Soluções de Segurança do Paciente” (Patient Safety Solutions) que pretendem ser um contributo para a sistematização de medidas preventivas e a implementação de políticas em áreas identificadas como problemáticas na segurança do paciente (Trindade et al, 2019).

Em Portugal em 2014, foi publicado um estudo sobre os eventos adversos em hospitais portugueses. Este estudo foi realizado em três hospitais da grande Lisboa, com uma amostra de 1669 processos clínicos, num universo de 47.783 e concluiu que a taxa de incidência de eventos adversos (EAs), estimava-se em 11,1%, dos quais 53,2% foram considerados evitáveis. A maioria dos EAs (61%), resultou em mínimo ou nenhum comprometimento ou deficiência, 10,8% foram associados à morte. Em 58,6% dos casos os EAs, o tempo de internamento foi prolongado em média 10,7 dias. Os custos adicionais totalizaram 470.380.00 € (Sousa et al., 2014).

Os mesmos autores publicam, em 2018, um estudo semelhante, mas mais abrangente, com uma amostra de 4250 processos clínicos para um universo de 180.000 internamentos, em nove hospitais públicos portugueses. O objetivo deste estudo foi a analisar as características do doente e do hospital que influenciam a incidência de EAs. Concluíram que a taxa de incidência era de 12,5% e algumas características do doente e do hospital influenciam a incidência de EAs. (Sousa, et al., 2018).

Estes e outros estudos, sobre segurança do doente têm sido desenvolvidos nos últimos 15 anos, sendo fundamentais para aumentar a segurança do doente, hierarquizar as prioridades de intervenção, definir importantes áreas de investigação e avaliar o impacto das soluções encontradas para a segurança do doente. Entre as estratégias para fazer face a esta problemática destaca-se a mudança de cultura nas organizações de saúde.

1.2 Cultura de Segurança

O conceito de cultura de segurança teve a sua origem, fora das organizações de saúde. Este termo difundiu-se a partir do acidente nuclear de *Chernobyl*, em 1986, considerado o pior acidente na história da geração da energia nuclear. Posteriormente, dois acidentes graves ocorreram: a explosão na plataforma *Piper Alpha*, localizada no Mar do Norte da Europa e o incêndio na estação de comboios King Cross, em Londres. Os relatórios de ambos os acidentes apontam para falhas humanas, administrativas e organizacionais, relacionadas com a cultura de segurança, como as principais causas dos acidentes (Flin et al., 2006; Reis, 2019).

Na saúde, foi a partir das publicações sobre segurança do doente, no Estudo da Prática Médica de Harvard e do relatório *To Err is Human* do Institute of Medicine. Ambos os estudos levaram à mobilização dos profissionais da saúde, gestores e, sobretudo da sociedade, por revelar os riscos decorrentes da prestação dos cuidados de saúde. As organizações, para serem mais seguras, devem requerer um esforço coletivo da organização e promover a disseminação de uma cultura de segurança positiva (Fassarella et al, 2019).

Segundo a OMS (2009), a cultura de segurança de uma organização de saúde é o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que dominam o compromisso com a segurança e o estilo e competência da gestão da segurança de uma organização de saúde.

A OMS suporta que a cultura nas organizações de saúde pode afetar todos os processos e defesas do sistema para melhor ou para pior. As organizações que prestam cuidados de saúde, apresentam pelo menos dois obstáculos para fortalecer a cultura de segurança, são eles: i) a crença que, quando se treina um profissional ele está pronto para a tarefa; ii) a tendência em estigmatizar e punir o erro, comparando-o com a incompetência. Torna-se assim difícil, para os prestadores de cuidados de saúde assumir os seus erros e aprender coletivamente com base neles (WHO, 2008). Junta-se, ainda, o facto de a organização de saúde ser configurada como organização profissional, em que os recursos humanos centrais à produção de cuidados detêm um conhecimento específico complexo que fornece grande autonomia de decisão e pouco controle no processo (Mintzberg, 1982).

A cultura de segurança nas organizações de saúde tem uma componente de perceção e outra, associada, de comportamento de segurança; elas devem estar interiorizadas nos profissionais, residir nas equipas e fazer parte integrante das organizações. Os seus valores devem ser comuns e baseados numa atitude permanente de notificação sem culpa, foco no sistema de aprendizagem, estratégias de melhoria, de proatividade em relação aos erros possíveis e ainda resiliência: Esta cultura de segurança será uma cultura “justa”, ou seja, responsabilizar sem culpabilizar (Fragata, et al., 2019).

As organizações de saúde devem incluir o envolvimento da doente e da família na sua segurança. O modelo de cuidados centrado no doente é o modelo que sustenta o envolvimento do doente em todo o processo de cuidados e pode ser definido como: “Os cuidados que respeitam e são responsivos às necessidades, desejos e preferências do paciente e asseguram que todas as decisões são guiadas pelos valores do doente” (IOM, 2001).

Num período de aumento exponencial das expectativas dos doentes e das suas famílias, a margem de aceitação do erro é muito pequena, pelo que as falhas na segurança do doente, não são bem aceites e muito menos compreendidas, isto é facilmente aceitável se tivermos em conta que os erros na área da saúde podem resultar em danos graves e até na morte. A segurança do doente deve ser uma área de valorização para todos os profissionais de saúde que deverá envolver uma transformação ao nível das organizações.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) assumiu um papel importante na problemática da segurança do doente, e, em 2009, publicou o relatório *Global Priorities for Patient Safety Research*, estabelecendo áreas deficitárias de investigação, destacando a implementação da cultura da segurança do paciente nos serviços de saúde. A Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) recomenda que as organizações de saúde realizem a avaliação de cultura de segurança com o objetivo de identificar a compreensão do profissional acerca da segurança do doente; diagnosticar e avaliar o estado atual da cultura da segurança do doente; identificar os pontos fortes e áreas de melhoria da cultura de segurança do paciente; examinar as tendências de mudança de cultura de segurança do paciente ao longo do tempo; avaliar o impacto de cultura de segurança do paciente em iniciativas e intervenções; e realizar comparações internas e externas (Fassarella et al, 2019).

Em Portugal, a DGS recomenda através da Norma nº005/2018, a avaliação bianual da cultura de segurança do doente a todos os funcionários e colaboradores das instituições hospitalares, através do questionário “*Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses*” (HSOPSC) traduzido e validado para Portugal a partir do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, da Agency for Healthcare Research and Quality.

Em 2015 a DGS, emite um relatório que visa apresentar e analisar os resultados do estudo realizado em cinquenta e cinco unidades hospitalares em Portugal, no ano de 2014, no âmbito da “*Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*”. O instrumento utilizado foi do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) na versão traduzida e adaptada culturalmente para Portugal. Os resultados divulgados neste relatório referem que: 17.928 funcionários participaram no estudo, o que corresponde a uma taxa de adesão global de 18,3%. A nível nacional, as dimensões que demonstram ser pontos fortes, são o *Trabalho em Equipa*, a *Aprendizagem Organizacional* – melhoria contínua e as expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a Segurança do Doente. Quanto às oportunidades

de melhoria, foram identificadas as dimensões *Resposta ao Erro não punitiva*, *Dotação de Profissionais* e *Frequência da Notificação* (DGS, 2015).

No mesmo ano, 2014, foi realizado outro estudo para avaliar a cultura de segurança organizacional de um hospital universitário português do Porto. Foram inquiridos 567 enfermeiros, representando 91,40% da população-alvo. A partir da perceção dos enfermeiros, utilizou-se o instrumento do Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). as dimensões que apresentaram uma percentagem elevada de respostas positivas foram: *Trabalho em equipe dentro das unidades* (78,69%) e *Expectativa e ações de promoção de segurança do paciente dos supervisores/gestores* (65,94%). Evidenciou que as maiores fragilidades recaíram sobre as dimensões *Resposta não punitiva ao erro*, *Frequência da notificação de eventos* e *Adequação de pessoal* (Fassarella et al, 2019).

Conclui-se que a percentagem de respostas do hospital universitário português foi superior, quando comparado com o próprio relatório nacional. Supõe-se que esse quantitativo foi alcançado pela escolha da técnica da colheita de dados no formato papel, diferente da técnica eletrônica adotada em âmbito nacional. No que concerne aos resultados dos questionários verificamos que são coincidentes nos dois estudos, as dimensões avaliadas pelos inqueridos como positivas: *Trabalho em Equipa*, *a Aprendizagem Organizacional* – melhoria contínua e as expetativas do supervisor/gestor e ações que promovem a Segurança do Doente, assim como as dimensões consideradas negativas dimensões *Resposta ao Erro não punitiva*, *Dotação de Profissionais* e *Frequência da Notificação*.

Em 2018, foi publicado um estudo que tinha como objetivo avaliar a cultura de segurança do doente com a aplicação do questionário (HSOPS), nos hospitais de todo o Mundo, através de uma revisão sistemática da literatura e meta análise. Onze estudos foram publicados antes de 2011 e quarenta e oito entre 2011 e 2015. Foram incluídos nesta revisão sistemática 29 estudos realizados na Ásia, 18 na Europa, 14 no Continente Americano, 2 na Eurásia e 1 no continente Africano. A dimensão *Resposta Punitiva ao Erros*, foi o que obteve menor pontuação, sendo a dimensão *Trabalho em Equipa* a que obteve maior pontuação. De referir ainda que foram identificadas como dimensões fracas, as dimensões que estão relacionadas com *Problemas de Comunicação* e das *Dotações de Pessoal* (Okuyama et al, 2018).

Eiras (2021), ao comparar Portugal com outros países, em relação aos hospitais, refere que numa análise mais atenta dos relatórios já publicados nos EUA (2014, 2016 e 2018), Espanha (2009), Suécia (2017) e Bélgica (2009, 2012 e 2016), não se apresentam grandes disparidades em relação aos resultados apresentados a nível nacional (2014, 2016 e 2018). Ao comparar os resultados, observou-se nos três momentos (2014, 2016, 2018) que Portugal acompanhou as tendências internacionais.

A cultura da culpabilidade é a dimensão identificada em todos os países, dos estudos identificados, na maioria dos hospitais que mediram a cultura de segurança usando o HSOPS. Esse comportamento interfere diretamente na frequência de eventos reportados pelos

profissionais de saúde, reduz o relatório de erros e a probabilidade de que medidas corretivas sejam implementadas. Comunicação eficaz, implementação de medidas para melhoria dos cuidados seguros, uma liderança eficaz e ambientes focados em aprender com os erros são fatores que podem levar à melhoria de uma cultura de segurança nas organizações (Fassarella et al, 2019; Callado et al, 2020; Okuyama et al, 2018).

1.3 Erro, Incidente e Evento Adverso

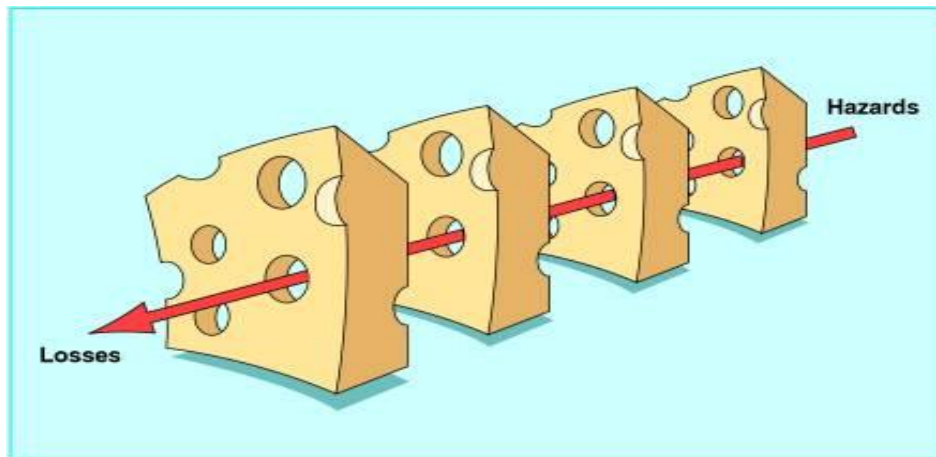
James Reason, um psicólogo Britânico, desenvolveu o Modelo Casual dos Acidentes (Modelo do Queijo Suíço), ao avaliar os inúmeros acidentes de aviação e indústrias nucleares, onde estes sistemas complexos preveem os fatos e antecipam o dano, por reconhecer o erro humano, como possível. Reason notou, que apenas a identificação de um erro na fase final do processo é suficiente para provocar dano. E ainda que quando ocorre, pode ter consequência de uma serie de erros, latentes nas etapas do sistema e que culminam num erro ativo. A relação entre os orifícios do queijo suíço e os erros, ocorre quando estas falhas se alinham na trajetória do orifício, sem interrupção ou identificação do dano em potencial, o que aumenta a probabilidade da ocorrência do erro (Bueno, et al, 2020).

Segundo Reason (2000), o problema do erro humano pode ser analisado sobre duas perspectivas: a abordagem da pessoa que se relaciona com atos inseguros, erros e violação de procedimentos. Esses erros decorrem de processos mentais anormais, como esquecimento, desatenção, falta de motivação, descuido e negligência nesta abordagem as medidas corretivas baseiam-se em procedimentos punitivos. A abordagem sistemática fundamenta que mesmo nas melhores organizações os Humanos são falíveis e os erros são esperados. As medidas corretivas baseiam-se em pressupostos de que embora não possam melhorar a condição humana, podemos mudar as condições sobre as quais os humanos trabalham. A ideia central é a defesa do sistema. Quando ocorre um evento adverso a questão não é quem errou, mas como as defesas falharam.

Evento adverso é diferente de erro, o primeiro é um dano ou prejuízo causado por um profissional de saúde e o segundo um engano que pode resultar em danos, os erros não causam forçosamente um dano ao doente, enquanto que os eventos adversos implicam a ocorrência de dano (Reason, 2000).

No modelo do “*queijo suíço*” conceptualizado por Reason (2000) as causas de um acidente e por analogia de um evento adverso, podem ser analisadas à luz deste modelo. Idealmente as defesas que separam a ocorrência de um acidente da ocorrência de um potencial acidente, devem estar intactas, mas na realidade são parecidas com as fatias de um queijo suíço cheias de buracos. Inversamente aos orifícios do queijo suíço, as lacunas no sistema de defesa estão continuamente a abrir, fechar e a mudar de posição. As aberturas do sistema são criadas por falhas ativas e latentes. (Reason, 2000). O perigo ocorre quando um conjunto de aberturas se alinha dando oportunidade de ocorrer o acidente.

Figura 1 – Legenda da Figura



Fonte: James Reason, BMJ, 2000

A evidência tem-nos demonstrado que os erros são frequentes na prática de cuidados de saúde e podem ocorrer em qualquer fase do processo de cuidados. O erro pode ser definido como: *“Falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano”* (DGS, 2011). São, por definição, não intencionais e podem manifestar-se por prática de ação errada ou por não conseguir praticar a ação certa, quer seja na fase de planeamento ou na fase de execução. Um erro pode dar origem a um incidente, definido como: *“evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em um dano desnecessário para o doente”*, assumindo assim a designação de incidente com dano ou evento adverso, quando o doente é lesado (DGS, 2011).

Os eventos adversos podem ser agrupados em incidentes relacionadas com o profissional, com os procedimentos e com o sistema. Nos incidentes relacionados com o profissional encontramos, por exemplo, as quedas do doente, a infeção hospitalar, as úlceras por pressão, os erros de administração de medicação e utilização de equipamentos e materiais. Os exemplos de situações relacionadas com os procedimentos podem ser os mesmos, modificando apenas a forma como é realizada a intervenção, pois o objetivo do procedimento não é corretamente planeado. Os incidentes relacionados com o sistema dependem de fatores institucionais, organizacionais, dos recursos materiais e equipamentos disponíveis. (DGS, 2011).

Atualmente são frequentes os relatos de erros e eventos adversos (Eas), que ocorrem nas organizações de saúde e que são transversais a todas as categorias profissionais. As consequências destes eventos, nos sistemas de saúde, têm impactos negativos para os doentes, famílias, profissionais, bem como para as organizações e sociedade. Para além disso, tais situações podem provocar danos ao doente que podem ser físicos, psicológicos e sociais, e incluem doença, lesão, sofrimento, deficiência ou morte (Neto et al, 2019).

Com o objetivo de reduzir estes eventos e aumentar práticas seguras, tem existido um grande investimento a nível mundial, com a implementação de ações que procuram uma

cultura de segurança para doentes e profissionais. Neste sentido é importante a percepção quotidiana das situações de risco, com o objetivo fundamental de prevenir, identificar e notificar EAs. No entanto, estas medidas, ainda não resultaram, numa diminuição do número de eventos adversos. Embora exista a percepção que a aprendizagem com os erros é insuficiente, mantem-se a importância da identificação e notificação dos mesmos. (Bos et al, 2019; Neto et al, 2019).

Num estudo Australiano, realizado em 2018 sobre a eficácia e sustentabilidade das recomendações, após análise dos Eas, concluiu-se que das 1137 avaliadas, apenas 8% eram de alta qualidade. O conhecimento das condições básicas de uma recomendação de alta qualidade, melhorará a qualidade das recomendações e, em última análise a segurança do doente (Bos et al., 2019).

Numa revisão sistemática da literatura, realizada em 2018, onde foram incluídos 11 estudos publicados entre 1990 e 2017 e que teve como objetivo priorizar recomendações após análise de eventos adversos com base em características objetivas, concluiu que os EAs resultam das variáveis diárias na prestação de cuidados de saúde. Compreender essa variação é um fator importante na análise dos EAs. Considera que uma abordagem proativa, a aprendizagem com as melhores práticas e ainda avaliar e reparar as lacunas na segurança do doente, através da conclusão do processo de aprendizagem que inclui: relatar os EAs, analisar, formular recomendações e avaliar o efeito das recomendações, todo este processo deverá ser realizado em equipa. Um desempenho inferior ou omissos em uma das etapas, tornará o processo inútil (Bos et al.,2019).

Esta abordagem baseada no trabalho em equipa, para a melhoria da segurança do doente, reduz os EAs e o dano ao doente. Existe um consenso de que o conhecimento e a experiência da equipa são recursos valiosos para a melhoria da qualidade e por vezes são negligenciados. Os gestores devem envolver a equipa, no diagnóstico e resolução dos problemas, é importante incorporar as soluções com mudanças sustentadas na prática dos cuidados. Uma comunicação eficaz que incentiva à reflexão individual em equipa tem-se revelado um dos mecanismos mais eficazes para explorar o conhecimento e a experiência pessoal. Por outro lado, a comunicação é uma ferramenta essencial para evitar o erro, a quebra nesse processo pode permitir prejuízos na compreensão, de informações vitais do doente, comprometendo a continuidade dos cuidados e consequentemente uma prática segura de cuidados (Curtin et al, 2019; Bos et al., 2019; Neto et al, 2019).

A implementação deste tipo de estratégias implica que as organizações de saúde devem nortear-se pelos princípios de uma cultura de segurança que torne todas as atividades de cuidados aos doentes, desde a entrada até à saída do sistema, seguras e redutoras do risco de sofrer eventos adversos.

2. A QUALIDADE EM SAÚDE

A qualidade no sistema de saúde assume cada vez maior relevância, a nível mundial, relacionado com o desenvolvimento de novas orientações políticas, centradas na exigência de responsabilidade perante a sociedade, nas estratégias de melhoria da qualidade, nas preocupações pela gestão do risco e segurança e pela avaliação do grau de satisfação dos doentes e dos resultados obtidos (Sousa et al, 2008).

Avaliar e, conseqüentemente, melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos assegurando a todas as pessoas acesso a cuidados de saúde, em tempo útil e com custos adequados torna-se atualmente o grande desafio para todos os profissionais de saúde. Para Donabedian (1980) a qualidade em saúde consiste na obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos para o doente e os menores custos.

2.1 Modelos de Avaliação da Qualidade

A avaliação da qualidade dos cuidados, iniciou-se em meados do século XIX, com Florence Nightingale, ao compreender a necessidade de compilar e divulgar os resultados estatísticos dos hospitais, perceber as diferenças e assim melhorar os cuidados prestados. Esta fundamentação teve por base a análise da mortalidade intra-hospitalar, em várias instituições inglesas, variavam entre 12,7% no *Royal Sea Bathing Infirmary* e os 90,8% dos hospitais do centro de Londres, durante a guerra da Crimeia. (Lezzoni, 2003). Nightingale verificou que os hospitais que tinham menores taxas de mortalidade situavam-se fora da cidade e simultaneamente, eram os que apresentavam melhores condições sanitárias, enfermarias com menos doentes e melhores condições sanitárias e de higienização. Controlar e melhorar estes aspetos que colocavam em risco os seus doentes, permitiu diminuir a taxa de mortalidade e melhorar a qualidade dos cuidados. Os contributos desta autora viriam a ser a pedra basilar da avaliação da qualidade, tendo sido adotada como patrona dos Administradores Hospitalares (Chun&Bafford, 2014; Maxwell, 1984; Oliveira, 2009).

Mas foi o médico libanês Avendis Donabedian, o primeiro grande teórico da qualidade em saúde, realizou estudos que tiveram um profundo impacto sobre os sistemas de saúde e alguns dos seus princípios ainda hoje são considerados atuais e de grande importância para excelência dos cuidados de saúde. O seu quadro conceptual fundamenta-se nos conceitos de estrutura, processo e resultado, sendo estas dimensões abordadas pela primeira vez, pelo autor em 1966 (Donabedian, 1966). Consideradas classicamente uma tríade, que corresponde às noções da teoria geral de sistemas (Donabedian, 1988).

Avedis Donabedian (1919-2000), médico e professor, que estudou a qualidade na saúde, propõe a desconstrução do conceito de qualidade em eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Cada uma dessas dimensões pode ser medida e avaliada, isolada ou em conjunto, permitindo fazer uma avaliação objetiva da

qualidade. Donabedian prova, no estudo “Epidemiologia da qualidade”, publicado em 1985, que os atributos estruturais se convertem em medidas indiretas da qualidade dos cuidados, assim como em indicadores de uma possível assistência deficiente (Trindade et al, 2019).

Os seus estudos tiveram um profundo impacto sobre os sistemas de saúde e alguns dos seus princípios ainda hoje são considerados atuais e de grande importância para excelência dos cuidados de saúde. O seu quadro conceptual fundamenta-se nos conceitos de estrutura, processo e resultado, sendo estas dimensões abordadas pela primeira vez, pelo autor em 1966 (Donabedian, 1966). Consideradas classicamente uma tríade, que corresponde às noções da teoria geral de sistemas:

Donabedian (1990), desenvolve o conceito de qualidade, com base nos estudos publicados em anos anteriores e menciona que este pode ser alargado a sete atributos dos cuidados de saúde que definem a sua qualidade: i) foco no cliente: as organizações dependem dos seus clientes e, conseqüentemente deverão compreender as suas necessidades, atuais e futuras, satisfazer os seus requisitos e esforçar-se para exceder as suas expectativas; ii) eficácia: capacidade dos cuidados em contribuir para a melhoria das condições de saúde; iii) eficiência: maior melhoria possível dos cuidados, ao menor custo possível; iv) efetividade: nível em que os cuidados melhoram as condições de saúde; v) aceitabilidade: conformidade entre os cuidados prestados e as expectativas, preferências, valores, cultura, do doente e família; vi) legitimidade: cuidados prestados cumprindo os princípios ético-deontológicos, valores, moral e as leis; vii) equidade: igualdade e justiça na distribuição de cuidados de acordo com as necessidades de saúde. Este modelo de Donabedian, dos anos 90 foi amplamente aceite, dando origem a vários movimentos de acordo com a dimensão mais valorizada na avaliação da qualidade.

Entre a década de 1970 e a primeira metade dos anos 90, foram privilegiadas as abordagens centradas na avaliação dos aspetos relacionados com a estrutura e o processo. Até meados dos anos 90 os vários estudos, parecem dar pouca relevância à relação existente entre as características da organização e os resultados de saúde. No entanto em 1998, o *Quality Health Outcomes Model*, concebido por Mitchell, Ferketich e Jennings, vem quebrar a visão tradicional de que a intervenção ou tratamentos produzem diretamente os resultados esperados (Mitchell et al., 1998). Baseado no modelo teórico de Donabedian (1966), estes autores propõem a avaliação da qualidade dos cuidados através do modelo linear constituído pela estrutura, processo e outcomes, estabelecendo uma correlação entre os resultados obtidos nos doentes e a estrutura da organização.

Neste modelo compreende-se por intervenções todos os processos clínicos e atividades realizadas direta e indiretamente e que afetam o doente. Por sua vez, as características dos doentes, tem uma importante relevância neste modelo, dado que existe uma crescente preocupação com a necessidade de apropriação das intervenções e os outcomes esperados, de acordo com as necessidades, capacidades e preferências dos doentes. No que concerne

aos outcomes, estes decorrem de todos os resultados que advêm deste processo dinâmico, desde dados estatísticos sobre a prevalência da mortalidade e morbidade, à satisfação dos doentes com os cuidados e à sua perceção relativamente à sua saúde, assim como os custos ao nível organizacional. Por fim, há que incluir ainda as características estruturais, estas relacionam-se com os fatores que contribuem para o desenvolvimento de todo este processo dinâmico, tendo a capacidade para o influenciar de forma positiva ou negativa, assim como direta ou indiretamente. Algumas destas características estruturais do sistema relacionam-se com as dotações de recursos humanos, a qualidade organizacional, a utilização de tecnologia e inovação assim como as qualificações dos profissionais, entre outros. (Mitchell et al., 1998).

É com base neste “novo paradigma” centrado na análise dos resultados, que emerge a definição de qualidade em saúde. A definição de qualidade em saúde, está sempre dependente da perspetiva e valores de quem a define, assim é importante uma definição que seja um referencial e no seio da comunidade mundial de saúde, tem sido especialmente usada a definição do Instituto de Medicina dos EUA, segundo esta, a definição de qualidade em saúde é:

“A medida em que os serviços de saúde são prestados aos indivíduos e às populações, aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os atuais conhecimentos dos profissionais” (IOM, 2001).

Para além desta definição, o Instituto de Medicina, estabelece seis dimensões gerais ou finalidades, da qualidade, afirmando que os cuidados devem ser: seguros, eficazes, centrados no doente, oportunos, eficientes e equitativos.

Com base, nesta definição a OMS, definiu como cuidados de alta qualidade: cuidados que são eficazes, são os cuidados de saúde baseados na evidência; seguros, evitando prejudicar as pessoas a quem os cuidados se destinam; centrados nas pessoas, que respondam às preferências, necessidades e valores dos indivíduos. Para além, destas premissas, para que os benefícios dos cuidados de saúde, sejam efetivos, as organizações devem ser: oportunas: reduzindo os tempos de espera e, por vezes, demoras prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam os cuidados; equitativas: prestando cuidados que não variem de qualidade em virtude da idade, sexo, género, raça, etnia, localização geográfica, religião, nível socioeconómico, questões linguísticas ou partidárias; integradas: prestando cuidados que sejam coordenados em todos os níveis e por todos os prestadores e disponibilizem toda o nível de serviços de saúde ao longo do ciclo de vida; eficientes: maximizando o benefício de recursos disponíveis e evitando o desperdício (OMS, 2020).

Ao implementar conceitos e estratégias a nível mundial sobre a qualidade em saúde, a OMS tem como missão desenvolver a nível oficializar uma “cultura da qualidade”, nas organizações de saúde, como meio para uma mudança sustentável e significativa. Entendendo-se de forma geral, a cultura da qualidade, como a existência, a todos os níveis

de um sistema de saúde, de um reconhecimento intrínseco e claro, do valor dos esforços desenvolvidos para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, sendo esses esforços sistematicamente promovidos dentro de um ambiente favorável que encoraje a participação, o diálogo, a transparência e a responsabilização (OMS, 2020).

É interessante compreender que a segurança do doente é identificada, desde há muito, como um ponto de acesso dos esforços para a melhoria da qualidade dos cuidados, podendo os cuidados seguros serem considerados como um barómetro do sucesso no sistema básico, para a melhoria da qualidade (OMS, 2020)

2.2 A Qualidade no Plano Nacional de Saúde

O Plano Nacional de Saúde (PNS) na revisão e extensão a 2020, define qualidade em saúde como:

“A prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão. Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível”. (PNS, 2015)

Segundo o PNS (2011-2016), a avaliação da qualidade em saúde é proposta num modelo com dez dimensões que permite discriminar de forma mais clara as áreas de intervenção (Campos et al, 2010), duas são comuns às propostas de Donabedian e oito às propostas pelo Institute of Medicine (2001). Ao serem identificadas as principais dimensões, o conceito de qualidade pode tornar-se mais explícito, permitindo discriminar melhor as áreas de intervenção.

As dimensões são: i) efetividade: é o grau em que uma determinada intervenção produz os efeitos desejados; ii) eficiência: é o grau em que os objetivos são atingidos, através da minimização da utilização de recursos; iii) acesso: pode ser definido com a inexistência de barreiras económicas, administrativas, geográficas ou culturais para a obtenção dos cuidados necessários; iv) segurança: tem a ver com a ausência de dano real ou potencial, provocado pelos cuidados de saúde; v) equidade: relaciona-se com a prestação de cuidados aos doentes de acordo com as suas necessidades sem discriminação pelo sexo, idade, nível económico, situação geográfica ou outros; vi) adequação: é o grau de conformidade dos cuidados prestados às necessidades dos doentes de acordo com os conhecimentos atuais; vii) oportunidade: é a possibilidade de o doente receber os cuidados que necessita de acordo com o tempo aceitável para a sua condição clínica; viii) cuidados centrados no doente: é a dimensão da qualidade que garante que as decisões relacionadas com a prestação e organização de cuidados têm como principal critério o interesse dos doentes, as suas expectativas, preferências e valores; ix) continuidade: é a garantia que não há interrupções no processo de cuidados do doente entre os diferentes níveis; x) respeito: é a forma como os

profissionais de saúde adequam os direitos dos doentes de acordo com a sua identidade (PNS 2011-2016).

Dada a multiplicidade de fatores que influenciam os resultados em saúde, que podem ser resumidos em estruturas e processos, os vários níveis de responsabilidade pela qualidade dos cuidados e as várias dimensões da qualidade podem ser conceptualizada através de uma matriz multidimensional que cruza três vetores e identifica as estratégias ligadas às estruturas, processos e resultados, com impacto em cada um, ou em vários níveis e nas várias dimensões da qualidade. (Campos, 2009). Nesta perspetiva, em todos os níveis deve existir uma responsabilidade pelas decisões que tomam. Os resultados em saúde, devem deixar de ser apenas uma área de interesse para os profissionais de saúde, e passar a dizer respeito, também aos gestores, políticos e a todos os decisores, em geral (PNS 2011-2016).

Figura 2 – Matriz da qualidade



Fonte: A Qualidade no Plano Nacional de Saúde 2011-2016, p.23

A avaliação da qualidade em saúde, visa a melhoria continua e o aumento da efetividade dos cuidados de saúde, aliada a um melhor desempenho pessoal e organizacional, constitui-se assim uma finalidade dos sistemas de saúde modernos. Respeito, colaboração, comunicação e perceção do seu papel são fatores importantes que afetam a segurança do doente (Bursiek et al., 2016).

Dada a complexidade atual dos cuidados de saúde, os desafios contínuos de dotação de recursos humanos limitados nas organizações tornam-se um desafio para a gestão em enfermagem. Assim os enfermeiros gestores devem estar abertos a novas abordagens na prevenção de quedas, aumentando assim a qualidade dos cuidados. Desenvolvendo estratégias que garantam que os enfermeiros compreendam o seu contributo na prevenção de quedas e tenham a oportunidade de desenvolver intervenções para atingir as metas da segurança do doente. Apreciar o enorme impacto da ação dos enfermeiros nos resultados na prevenção de quedas é o primeiro passo para apoiar os enfermeiros a priorizar a segurança dos doentes (Groves et al, 2018).

3. QUEDAS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define queda como contato não intencional com a superfície de apoio, resultante da mudança de posição do indivíduo para um nível inferior à sua posição inicial, sem que tenha havido fator intrínseco determinante ou acidente inevitável (WHO, 2007).

Podem ainda ser definidas como um evento traumático, multifatorial e habitualmente involuntário e inesperado, levando a consequências para o doente, família, profissionais, organizações de saúde e sociedade. Torna-se assim importante a sua correta caracterização evidenciando as suas especificidades (Almeida, et al., 2010).

As quedas são a segunda principal causa de morte acidentais ou não intencionais em todo o mundo. Adultos com mais de 65 anos são o que sofrem maior número de quedas fatais. A nível mundial a taxa de queda, nesta faixa etária é entre 28 e 35%, aumentando para 32 a 42% em pessoas com mais de 70 anos (DGS, 2019).

Em Portugal, em 2017 mortes motivadas por queda representaram 0,8% da mortalidade no país e atingiram mais homens (0,9% do total de óbitos de homens) do que mulheres (0,7% do total de óbitos de mulheres) (INE, 2017).

Por idade, cerca de 82% dos óbitos por queda foram pessoas com 65 e mais anos, e cerca de 70% de pessoas com 75 e mais anos. Em 2017, a idade média ao óbito por estas causas foi de 76,7 anos (73,0 para os homens e 81,6 para as mulheres). A taxa bruta de mortalidade devido a acidentes fatais, em 2017, foi de 8,2 óbitos por 100 mil habitantes (9,7 para os homens e 6,8 para as mulheres). Neste ano o número médio de anos potenciais de vida perdidos por esta causa foi de 16,5 anos (17,2 para os homens e 14,0 para as mulheres) (INE, 2017).

Face a esta realidade, as quedas que resultam em dano para o doente, limitando as suas atividades e em alguns casos provocando a morte, são relatadas como causadoras de sobrecarga dos recursos do doente, das organizações de saúde e da sociedade. Concomitantemente, os que sofreram uma queda estão mais suscetíveis de voltar a cair, porque o risco de novo acidente aumenta em cerca de um terço. Acresce ainda a hipótese de se instalar um síndrome pós-queda, que acompanha o doente e família. Torna-se assim urgente, políticas de saúde para deteção e mitigação das quedas (Özcanhan et al., 2019; Najafpour et al., 2019; Hill, et al., 2017).

3.1 Quedas como um Indicador de Qualidade e Segurança

Seguindo as recomendações do Conselho da União Europeia, Portugal integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade dos Cuidados criou o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, pelo Despacho nº1400-A/2015. Este plano insere-se no quadro de uma política pública de prevenção de incidentes de segurança associados à prestação de

cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), sendo o objetivo estratégico nº 6 (OE6), a Prevenção de Quedas. O Plano visa melhorar a prestação de cuidados de saúde em todos os níveis, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do SNS (PNSD, 2015).

Segundo a OMS (2007), entre 28 a 35% da população com idade igual ou superior a 65 anos sofre uma queda, todos os anos. Esta prevalência aumenta para 32 a 42% na população com idade superior a 70 anos. Verifica-se ainda uma prevalência maior, 30 a 50% na população que está institucionalizada, relativamente à que vive na comunidade.

Constata-se, assim, que as quedas são um problema que afeta predominantemente a pessoa idosa. Com o aumento da esperança média de vida é expectável existir também um aumento do número de quedas que podem traduzir-se em défices funcionais, cognitivos ou múltiplas incapacidades (Zhao et al, 2019).

Assim, e, de acordo com a DGS (2015), devem ser adotadas estratégias de intervenção, que consistem na prevenção de quedas, designadamente na avaliação e monitorização do risco da sua ocorrência, investindo-se assim na melhoria da qualidade de vida dos doentes e, simultaneamente, na redução dos custos para a sociedade em geral e para o SNS em particular.

3.2 Classificação das Quedas e Fatores de Risco das Quedas

Os doentes caem por diversas razões, e, para a implementação de medidas preventivas torna-se importante compreender a sua etiologia. De acordo com Morse (2009), as quedas podem ser classificadas em: acidentais ou fisiológicas e estas em previsíveis ou imprevisíveis.

- As **quedas acidentais** são associadas a perigos ambientais ou erros de avaliação do doente. Neste tipo de queda o doente pode escorregar, tropeçar ou perder o equilíbrio. Neste tipo de queda pode não estar associado um *score* de risco avaliado na Escala de Quedas de Morse (MFS), uma vez que este tipo de queda está relacionado com fatores ambientais. Este tipo de quedas constitui cerca de 14% do total de quedas;
- As **quedas fisiológicas previsíveis**, estão relacionadas com elevada predisposição individual, devido a alterações fisiológicas. Este tipo de quedas é responsável por 78% do total de quedas;
- As **quedas fisiológicas imprevisíveis**, podem ser atribuídas a causas fisiológicas, no entanto não podem ser antecipadas, até à primeira ocorrência. Da totalidade das quedas, 8% dizem respeito a este tipo.

De forma a maximizar a efetividade da prevenção de quedas nos doentes com elevado risco, torna-se premente identificar as causas que contribuem para este incidente. Sabe-se que a sua origem, resultada de uma complexa interação de fatores de risco. Os principais fatores refletem a diversidade de determinantes de saúde, que de forma direta ou indireta

afetam a qualidade de vida. Estes fatores podem ser classificados em quatro dimensões: biológica, comportamental, socioeconómica e ambiental (WHO, 2007; Dykes et al, 2021).

Os fatores biológicos relacionam-se com a idade, género e raça, não podendo estes serem modificados, estão diretamente relacionados com outros fatores como o declínio físico, capacidade cognitiva e as comorbidades. Os fatores comportamentais são potencialmente modificáveis através de estratégias de mudança comportamental porque relaciona-se com as ações humanas, as emoções, as escolhas individuais, são exemplo disto, os comportamentos de risco. Nos fatores ambientais agregam-se as condições físicas dos indivíduos e o ambiente, incluem a inexistência de estruturas de apoio à mobilidade ou barreiras à mobilidade no espaço físico. Por fim como fatores económicos elencamos o nível de escolaridade, rendimentos, condições habitacionais, isolamento social e a rede de apoio social (WHO, 2007; Zhao et al. 2019).

O NPSA (2007), refere que os doentes internados apresentam um risco acrescido de queda comparativamente com os que estão na comunidade, e isso ocorre devido à condição de saúde no momento, à medicação, que pode condicionar a sua mobilidade, e/ou a memória, assim como pela presença de um ambiente que lhe é estranho.

3.3 Principais Consequências Pós-Queda

As consequências decorrentes de uma queda podem ser divididas em três grandes grupos: físicas, psicológicas e sociais (Oliver et al, 2004; NPSA 2007; NHS 2009)

- **Consequências físicas**, são todas as lesões diretamente causadas pelo traumatismo, são exemplo as feridas, escoriações, hematomas, fraturas, hemorragias, morte e outras;
- **Consequências psicológicas**, relacionadas com o medo de voltar a cair, ansiedade, depressão, perda de autoestima, isolamento, sedentarismo, dependência. Este tipo de consequência leva, por vezes, ao declínio progressivo da atividade e, consequentemente à institucionalização;
- **Consequências sociais**, referem-se com o aumento dos custos com recursos humanos e materiais, devido ao aumento do tempo de internamento e, à necessidade de ajuda por diminuição da autonomia.

Para além destes custos, existem ainda outros adicionais, que são difíceis de quantificar e que estão relacionados com a continuidade dos cuidados após a alta, como por exemplo necessidade de cuidados continuados (Sousa et al., 2019).

A gravidade da queda pode ainda ser classificada em diferentes graus que segundo o NPSA (2007), é possível classificar da seguinte forma:

- **Sem lesão ou prejuízo**: quando não ocorreu qualquer dano físico para o doente;
- **Lesão leve**: quando resulta em dano ou ferimento que requer primeiros socorros,

pequeno tratamento, observação ou medicação extra;

- **Lesão moderada:** quando resulta em tratamento em ambulatório, algum tipo de cirurgia, ou internamento prolongado no hospital;
- **Lesão severa:** quando causa lesão permanente, como dano cerebral, resultando em diferentes incapacidades;
- **Morte:** quando a morte é causa direta da queda.

3.4 Prevenção de Quedas

Os estudos científicos têm demonstrado que existem intervenções que podem reduzir significativamente o número de quedas (Thomas et al., 2019; Bursiek et al., 2018; Zhao et al., 2019; Dyket et al., 2021; Fioritto et al., 2020). Estas ações devem ser implementadas nas organizações de saúde, envolvendo os profissionais de saúde, o doente e família, com o objetivo de reduzir os danos causados pelas quedas sem comprometer a dignidade, a independência e a reabilitação do doente (Patient Safety First, 2012, NPSA, 2007).

De acordo com a DGS (2015) que corrobora com o que os estudos (Hill et al., 2019; Jong et al, 2017; Zhao et al, 2019) que demonstram, prevenção de quedas deve iniciar-se com a avaliação e monitorização do risco. Existem diversos instrumentos para avaliar o risco de queda, no entanto a Escala de Quedas de Morse, é um instrumento validado para a população portuguesa e a recomendada pela DGS, para aplicar nas instituições de saúde. Assim foi publicada a 9 de dezembro de 2019, a Norma 008/2019. É um instrumento facilmente adaptável a diversos contextos e talvez por esse facto, seja utilizada um pouco por todo o mundo.

De acordo com a norma emanada pela DGS, esta deve ser aplicada, na admissão do doente e a sua reavaliação, independentemente do risco de queda, deve acontecer: i) sempre que ocorre alteração do estado clínico do doente; ii) no momento de transferência Intra ou inter-hospitalar; quando ocorre queda.

A Escala de Quedas de Morse é constituída por seis parâmetros de avaliação: i) história de queda; ii) diagnóstico secundário; iii) apoio para se deslocar/caminhar; iv) medicação endovenosa/cateter heparinizado; v) Marcha; vi) estado mental.

A cada um dos parâmetros corresponde um valor numérico, que após a sua soma, obtém-se um *score*. Quando o valor é inferior a 25, o doente apresenta baixo risco de queda. Quando o valor se situa entre 25 e 45, o doente apresenta risco moderado de queda. Por fim, se o valor obtido for superior a 45, o doente apresenta alto risco de queda. As intervenções devem incidir num plano preventivo individualizado que engloba diversas ações, de acordo com os fatores de risco identificados.

Contudo, a prevenção de quedas não se limita apenas à avaliação do risco de queda e à intervenção nos fatores de risco, mas deve assentar em três eixos fundamentais: **sensibilização**, das pessoas idosas, das famílias, comunidade, dos governantes e dos media,

avaliação dos determinantes de risco, **intervenção** na mudança de comportamento (Hill et al, 2019).

É importante que cada área do conhecimento compreenda o seu papel e responsabilidade na prevenção de quedas. A literatura contemporânea enfatiza uma **cultura baseada no trabalho em equipa interdisciplinar** para prevenção e segurança do doente. (Bursiek et al., 2016). Os ambientes de prática de cuidados favoráveis, promovem uma cultura de segurança do doente, pela existência de uma efetiva comunicação entre os vários elementos da equipa e em que os cuidados são centrados no doente. (Brewer et al.,2018). A literatura emergente reforça que o respeito, colaboração, comunicação e perceção do seu papel são fatores importantes que afetam a segurança do doente. (Bursiek et al.,2016).

É consensual que as intervenções na prevenção de quedas devem ser **baseadas na evidência científica**, a não adoção destes princípios pode traduzir-se em potenciais outcomes negativos. A implementação de guidelines melhora o conhecimento dos profissionais sobre a prevenção de quedas e leva a mudança de comportamento. As intervenções que são habitualmente uma rotina na organização, passam a ser questionadas pelos profissionais, quando não se baseiam na evidência científica. (Hang et al., 2016; Breimaire et al., 2015).

Os gestores são fundamentais para a integração e sustentabilidade da segurança do doente, facilitando todos os processos, nomeadamente criação de equipas com dotações seguras, implementação de guidelines e a formação. Os gestores devem assumir um compromisso com os profissionais, doentes e família na segurança do doente dentro das organizações. (Breimaire et al., 2015).

A formação interdisciplinar promove uma prática mais segura e uma cultura de segurança, esta deve ser baseada na evidência científica. Os momentos de partilha de conhecimentos permitem também uma melhor articulação entre os diversos elementos da equipa e um melhor conhecimento dos doentes. (Hill et al., 2015).

Programas individualizados para os doentes baseados, em princípios de mudança de comportamentos combinados com exercício físico, integrados no plano individual de cuidados do doente. Estes programas resultam na capacitação do doente para a implementação de estratégias comportamentais para reduzir as quedas, com o apoio da equipa. (Hill et al., 2015; Jong et al., 2017; Zao et al., 2019).

No que concerne ao **risco ambiental**, este deve ser avaliado quer em contexto hospitalar, quer domiciliário. Há evidências de que as quedas podem ser evitáveis através da intervenção a nível ambiental (Avin et al., 2015). Esta intervenção deve incidir sobre todos os fatores que afetam a segurança do doente, nomeadamente: iluminação adequada, pisos antiderrapantes, campanhas de acesso fácil aos doentes, barras de apoio para facilitar o autocuidado, ajustar a altura das camas, corrimões nos corredores e nas escadas para facilitar o apoio na marcha e no subir e descer as escadas.

As quedas pela sua prevalência e impacto na pessoa, família e comunidade constituem um problema de saúde pública (Avis et al, 2015). A prevenção de quedas é um desafio para as organizações e profissionais de saúde na identificação do risco e na implementação de medidas individuais preventivas, adequadas para aumentar a segurança e diminuir o risco de queda. São aspetos importantes a relação da equipa multidisciplinar, a comunicação, a formação, as intervenções centradas no doente, bem como o envolvimento da família. Evidenciamos ainda que a implementação de medidas adequadas ao aumento da segurança e diminuição do risco de quedas devem ser baseadas na evidência científica e na implementação de guidelines transversais para toda a equipa. (Turjama et al., 2020; Francis et, al, 2019; Jong et al, 2017; Hill et al., 201).

4. GESTÃO EM ENFERMAGEM

Liderar os esforços de qualidade e segurança do doente, dentro de uma organização de saúde, requer uma liderança que possua uma visão para uma prática de enfermagem que visa melhorar a experiência do doente, desenvolvendo iniciativas que promovam a saúde da população com uma prestação de cuidados seguros, oportunos, eficazes, eficientes, equitativos e centrados no doente. Melhorar a segurança e qualidade dos cuidados prestados nas organizações de saúde torna-se assim num desafio, ampliado pela complexidade e rápida mudança nesses ambientes (Jones, 2017).

Estes constrangimentos, causados pela atual estrutura de oferta de cuidados de saúde e os novos desafios que existem nos sistemas de saúde relacionados com a evolução constante e cada vez mais rápida do seu ambiente externo exigem uma resposta efetiva por parte dos gestores,

Neste processo de mudança, o enfermeiro gestor é uns dos principais atores, por assumir compromissos com a organização, com o doente a sua família e com os profissionais. Assim, deve adotar uma forma de gestão orientada para o doente, centrado no compromisso organizacional e na orientação para os resultados, com o foco na qualidade dos cuidados de enfermagem, o que implica competências e habilitações de gestão.

Recentemente publicada, a nova carreira especial de enfermagem integra a Carreira de Enfermeiro Gestor, reconhecendo a sua importante relevância nas organizações de saúde, a todos os níveis de intervenção, assumindo assim um papel dinâmico e preponderante na problemática da prevenção de quedas, uma vez que faz parte das suas funções, e de acordo com o Decreto-Lei 71/2019 de 27 de maio: Gerir os recursos humanos, otimizando às necessidades da pessoa/família/comunidade; Criar condições para um trabalho de efetiva articulação da equipa multidisciplinar e um ambiente da prática favorável; Garantir uma prática de enfermagem baseada em normas e na melhor evidência científica; Garantir a implementação dos processos de melhoria contínua da qualidade; Promover uma cultura de segurança na prestação de cuidados (DL. nº101, p.2628).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018) “*o exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional*” (OE, 2018), sendo “*...o responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem*” (OE, 2018, p.3478).

A estrutura dos cuidados de enfermagem deve corresponder às necessidades dos doentes para fornecer cuidados seguros e de alta qualidade. No entanto o modelo de organização deve também incluir o trabalho em equipa, que usa os seus conhecimentos e habilidades, permitindo uma abrangência em todos os domínios da prática (Dubois, 2012).

Melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados é um desafio permanente. Este desafio é aumentado pela elevada complexidade e rápidas mudanças do conhecimento científico. O

enfermeiro gestor tem um papel determinante na elaboração e implementação de estratégias eficazes de melhoria dos cuidados (Jones, 2017).

Isto significa, que os líderes de enfermagem atuais e emergentes, devem estabelecer formas eficazes para desenvolverem um conjunto de habilidades diferentes das atuais, através da criação de estratégias para uma visão de mudança, de forma a conceber novas formas de trabalho para responder aos atuais desafios, tendo como principais objetivos, responder às necessidades do doente, maximizar o desempenho organizacional, mantendo a motivação dos enfermeiros e das equipas (Cabral, 2018; Kok, 2021).

4.1 Quadro de Referência

O Modelo de organização dos cuidados de enfermagem de Dubois, onde os modelos conceptuais são reconhecidos como instrumentos chave para a organização e compreensão do sistema de prestação de cuidados (Dubois, 2012) e o modelo de resultados da qualidade em saúde onde a avaliação dos cuidados de enfermagem envolve os serviços prestados, isto é, os processos e as intervenções de enfermagem. O foco está nos resultados, ao invés, de nos processos, isto com o objetivo de avaliar os resultados dos cuidados de enfermagem na saúde do doente (Mitchell, 1998).

4.2 Modelo Conceptual de Organização dos Cuidados de Enfermagem

Em 2002, a Ordem dos Enfermeiros (OE), publica pelo Conselho de Enfermagem, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. O sexto enunciado descritivo refere-se à organização dos cuidados de enfermagem referindo: *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização de enfermagem”* (OE, 2002).

Neste âmbito, os enfermeiros gestores são desafiados a redefinir novos modelos de gestão de cuidados de enfermagem, que maximizem o uso dos recursos humanos disponíveis, garantindo a segurança, e cuidados de alta qualidade (Dubois, et al., 2012).

Os modelos conceptuais, são considerados instrumentos chave para organizar e compreender sistemas de prestação de serviços. Estes ajudam a identificar os principais componentes e processos de um determinado sistema e analisam as relações que se estabelecem com os recursos e processos existentes de forma a obter os resultados, num determinado contexto (Dubois et al., 2012).

Vários modelos têm surgido na literatura nos últimos anos, na tentativa de identificar as diferentes características dos modelos de organização dos cuidados de enfermagem. Porém, a falta de uma estrutura conceptual agregadora das diferentes dimensões dos cuidados de enfermagem, tem contribuído para fragmentação do conhecimento, nesta área. No contexto

atual de elevada complexidade dos cuidados de enfermagem e o seu ambiente, integrar uma prática realista exige uma atenção, não apenas na identificação dos papéis na dinâmica do cuidado ao doente, mas também os fatores relacionados às características do enfermeiro e do doente, ao ambiente ou contexto em que o cuidado é prestado, bem como a natureza do cuidado. Assim para estes autores os modelos de organização de cuidados de enfermagem devem refletir a sua influência em três parâmetros essenciais: o pessoal de enfermagem, o âmbito da prática e o ambiente da prática (Dubois et al., 2012).

No que respeita ao **pessoal de enfermagem** é um parâmetro importante porque as dotações seguras estão associadas a resultados favoráveis de saúde, para os doentes. No entanto isto não é suficiente, é necessário também avaliar e determinar o tipo de competências necessárias para dar resposta a um determinado contexto na prestação de cuidados (Dubois et al., 2012).

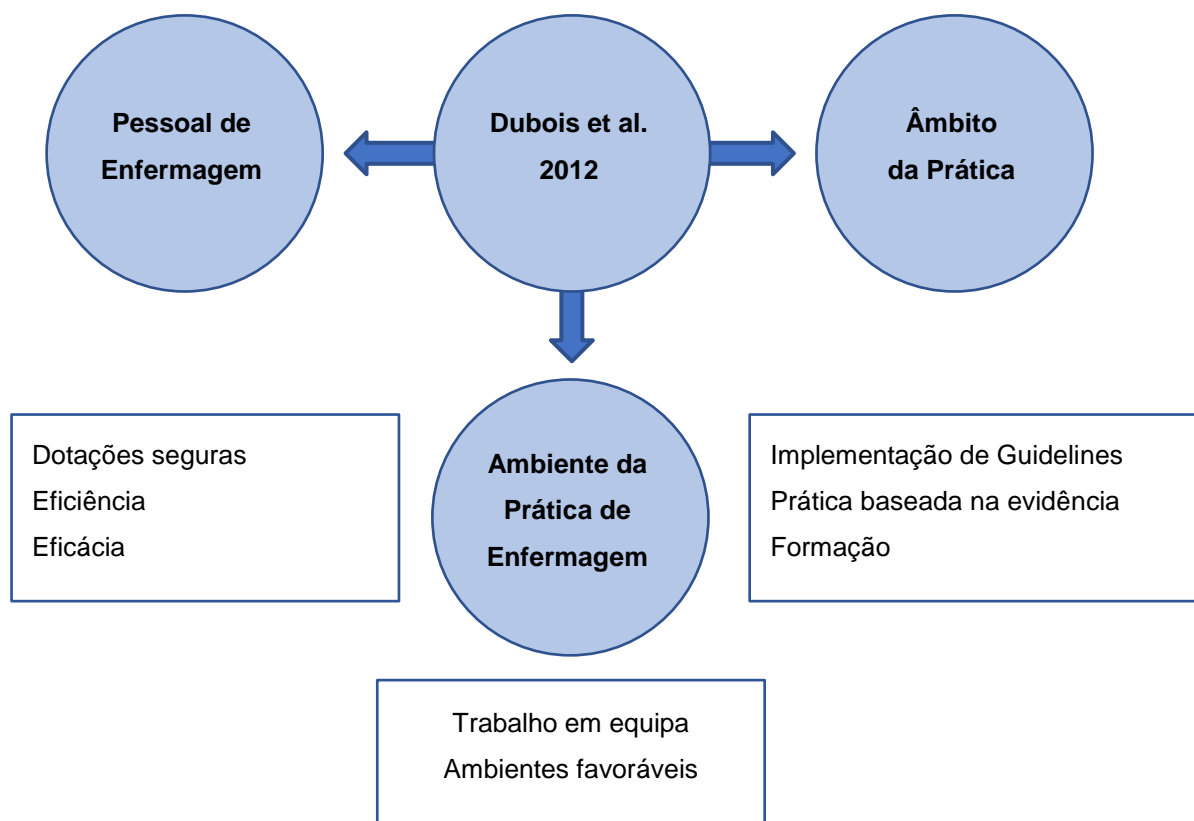
Relativamente ao **âmbito da prática**, é uma dimensão considerada essencial nos modelos de organização dos cuidados de enfermagem. Inclui uma prática de cuidados de enfermagem centrada no doente integrando nesse cuidado conhecimentos e capacidades, que incluem todo o domínio da prática (Dubois et al, 2012).

Por último, **o ambiente da prática** é outra dimensão fundamental. A prestação dos melhores cuidados de enfermagem não depende apenas do pessoal de enfermagem, nem do âmbito da prática, mas abrange também o ambiente em que os enfermeiros prestam os cuidados, sendo esta uma relação dinâmica em que um influencia o outro continuamente. Isto traduz-se na criação de ambientes favoráveis para a prática de enfermagem que traduzem cuidados seguros, de elevada qualidade (Dubois et al, 2012).

Para Lake (2002), os ambientes da prática de enfermagem, favoráveis caracterizam-se por adequação dos recursos humanos e materiais, pela participação ativa dos enfermeiros na governação clínica das organizações, pela existência de evidência de enfermagem para a qualidade dos cuidados e pelo bom relacionamento entre os vários grupos profissionais.

À luz das evidências científicas, das últimas décadas, os ambientes de prática favoráveis têm impactos significativos nos níveis de qualidade e segurança dos cuidados, bem como do bem-estar dos profissionais e na qualidade, produtividade e eficácia das organizações (Almeida et al, 2020).

Figura 3 – Esquematização explicativa dos parametros essenciais do modelo de Dubois et al., (2012), adaptado à gestão em enfermagem, na prevenção de quedas



Este modelo explicativo de Dubois, et al. (2012) adaptado à gestão de enfermagem, na prevenção de quedas, tem como objetivo transmitir a correlação de reciprocidade das três dimensões conceituais, enquadrando o perfil de competências do enfermeiro gestor. Adaptando estes modelo à problemática das quedas e baseados em estudos científicos que apontam que fatores organizacionais estão relacionados com as quedas dos doentes. Os hospitais universitários e Magnet® em geral têm menos quedas e quedas com lesões. Nestes hospitais, os enfermeiros frequentemente relatam percepções mais elevadas da qualidade do trabalho, ambiente da prática, liderança de enfermagem, trabalho em equipa, satisfação no trabalho, que contribuem para melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados do doente. Os enfermeiros gestores devem garantir a formação das equipas, a implementação de guidelines e de programas de prevenção de quedas baseados na evidência científica e centrados na pessoa. quedas (Dyket et al., 2021, Zhao, et al., 2015, Zhao et al., 2019).

PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO

1. PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

A segurança do doente, enquanto primeira dimensão da qualidade e componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, é uma preocupação emergente nas organizações de saúde, assumindo uma relevância particular nos últimos anos, tanto para os doentes e familiares que desejam sentir-se seguros e confiantes relativamente aos cuidados de saúde, como para os gestores e profissionais que querem prestar cuidados seguros, efetivos e eficientes (Dias, 2014).

Apesar do crescente interesse que a segurança do doente tem merecido, existe um longo caminho a percorrer, nesta área. O foco da segurança exige de todos uma abordagem multifatorial, onde a comunicação e a prática baseada na evidência são fatores importantes para garantir a segurança do doente e a melhoria dos cuidados de saúde.

As quedas de doentes pela sua frequência e gravidade, pelo menos em termos teóricos, deveriam ser totalmente evitáveis, mas na verdade não são, continuam a ter uma grande importância em matéria de segurança do doente (Uva et al, 2010).

Assim a realização deste estudo, dentro do PNSD (2015-2020), reveste-se de grande importância porque poderá ter um impacto expressivo para as organizações de saúde, para os profissionais de saúde e assim contribuir para a garantia da segurança do doente, através de intervenções efetivas na prevenção de quedas.

2. METODOLOGIA

A pergunta de investigação baseia-se no objetivo estratégico 6, do PNSD 2015-2020, assim definida: **Qual o nível de implementação do OE6 do PNSD 2015-2020 – Prevenir a ocorrência de quedas?**

2.1 Objetivo Geral

Foi definido o seguinte objetivo geral: Avaliar o OE6, prevenir a ocorrência de quedas, no âmbito do PNSD 2015-2020.

2.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos foram definidos tendo por base as metas do PNSD 2015-2020:

- Analisar a evolução de quedas, nas instituições em estudo;
- Analisar o número de notificações de incidentes relativos a quedas das instituições em estudo
- Analisar o nível de implementação das medidas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas no âmbito do PNSD 2015-2020, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde;
- Comparar a implementação das medidas preventivas e a redução do número de quedas, nos doentes, das instituições em estudo;

2.3 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo.

2.4 Necessidades a Responder/ Competências a Desenvolver

Durante este percurso académico, pretendo desenvolver as competências do perfil de gestor de cuidados de enfermagem. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015), o enfermeiro gestor é identificado como o “motor” do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da equipa, promovendo a construção de ambientes da prática favoráveis e a qualidade dos cuidados prestados ao cidadão. Pretendo ainda aprofundar conhecimentos e ter a capacidade de os integrar na minha prática do quotidiano, bem como a capacidade de comunicar resultados do conhecimento científico que contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

3. QUESTÕES ÉTICAS

A realização de um estudo de investigação deve ter sempre por base o respeito pelos princípios éticos. No domínio da ética ao gestor compete realizar a gestão dos recursos face às necessidades em cuidados de saúde das pessoas respeitando e defendendo os princípios do Serviço Nacional de Saúde, assim como o código de ética e deontológico do exercício de enfermagem (Decreto-Lei N°71/2019, 2019). Assim este estudo terá por base o respeito pelos princípios mencionados por Gray, Grove, & Sutherland, (2019):

- Princípio ético da beneficência, implica realizar o bem maximizando os benefícios para os participantes, procurando benefícios para a sociedade, colocando o bem-estar da pessoa, acima dos interesses da investigação;
- Princípio da não-maleficência, implica proteger o participante de qualquer incómodo ou prejuízo não causando dano. Respeitando este princípio, o investigador deve realizar uma avaliação ajuizada de possíveis riscos significativos aos quais vai estar exposto o participante procurando evitá-los.
- Princípio da fidelidade, de acordo com este princípio, o investigador por meio de uma relação de confiança com o participante deve garantir o respeito pela sua intimidade, anonimato e confidencialidade, certificando que as respostas não serão divulgadas e que as mesmas não permitem a sua identificação.
- Princípio da justiça o qual pressupõe que todos os participantes recebem a mesma informação, garantindo o direito a um tratamento justo e equitativo. Por sua vez a Declaração de Helsínquia (2013), corrobora a importância do respeito pelos princípios anteriormente referidos, indicando que para realizar um projeto de investigação devem ser considerados os riscos e incómodos, para os participantes, inerentes ao estudo e a investigação apenas deve ser realizada caso os benefícios esperados se sobreponham aos possíveis malefícios.

Foram submetidos à DGS o FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE COLABORAÇÃO COM O DQS (Anexo 1) decorrente do protocolo entre a ESEL e a DGS. Fizemos o pedido de autorização à DGS, nomeadamente o pedido de colaboração em projeto de investigação e Declaração de Sigilo e Confidencialidade (Anexo2), que responde ao dever ético e legal do investigador em desenvolver o seu estudo, com base na gestão segura de dados (Gray e Grove, 2017).

4. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Para examinar os fenômenos é importante a utilização de instrumentos válidos e confiáveis (Gray, Grove, & Sutherland, 2017).

No que se refere ao instrumento de recolha de dados deste estudo, este foi definido pela DGS, assim o instrumento de recolha de dados foi fornecido pela DGS e tem as seguintes questões:

- Implementou atividades no âmbito da prevenção de quedas?
- Realizaram-se avaliações do risco de queda no domicílio?
- Qual o número de notificações de incidentes relativos a quedas da instituição?
- Quantas auditorias internas foram realizadas no âmbito da prevenção de quedas?

Os dados da DGS que foram cedidos, estavam codificados não permitindo qualquer relação entre os mesmos e as fontes.

A informação cedida pela DGS foi tratada com todas as garantias de confidencialidade e sendo utilizada apenas para fins académicos, de que esta dissertação é exemplo.

5. APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Caracterização da amostra

Na tabela 1, podemos observar que, na ARS do Alentejo foram recolhidos dados em 17 instituições (5 ACES, 3 hospitais e 9 ULS, não se tendo recolhido dados em nenhum centro hospitalar). Na ARS do Algarve foram recolhidos dados em 14 instituições (11 ACES e 3 centros hospitalares, não se tendo recolhido dados em hospitais e ULS). Na ARS do centro recolheram-se dados em 88 instituições (29 ACES, 27 centros hospitalares, 22 hospitais e 10 ULS). Na ARS de Lisboa e Vale do Tejo recolheram-se dados em 137 instituições (64 ACES, 34 centros hospitalares e 39 hospitais, não tendo sido recolhidos dados em nenhuma ULS). Na ARS do Norte foi onde se recolheram dados em mais instituições (185, sendo 106 ACES, 40 centros hospitalares, 24 hospitais e 15 ULS),

Tabela 1 – Tipo de Entidade por ARS

		Tipo de entidade				Total
		ACES	Centro Hospitalar	Hospital	ULS	
ARS	ALENTEJO	5	0	3	9	17
	ALGARVE	11	3	0	0	14
	CENTRO	29	27	22	10	88
	LVT	64	34	39	0	137
	NORTE	106	40	24	15	185

Tabela 2 – Recolha de dados por ano e tipo de Entidade

		Tipo de entidade				Total
		ACES	Centro Hospitalar	Hospital	ULS	
Dados relativos a	2015	43	19	15	5	82
	2016	46	21	19	7	93
	2017	43	21	19	7	90
	2018	45	21	18	8	92
	2019	38	22	17	7	84
Total		215	104	88	34	441

Na tabela 2, podemos apurar que, nos 5 anos de recolha de dados houve algumas oscilações no número de instituições recolhidas. Nos ACES, em 2015 foram recolhidos dados em 43 instituições, em 2016 foram recolhidas em 46, em 2017 tornou-se a recolher dados em

43 instituições, em 2018 em 45 e em 2019 apenas em 38 instituições. Nos centros hospitalares a oscilação foi menor em 2016, 2017 e 2018 foram recolhidos dados em 21 instituições, em 2015 em 19 instituições e em 2019 em 22 instituições.

Nos hospitais foram recolhidos dados em 19 instituições, nos anos de 2016 e 2017, em 2015 foram recolhidos dados em 15 instituições, em 2018 em 18 instituições e em 2019 em 17 instituições. Nas ULS nos anos de 2016, 2017 e 2019 foram recolhidos dados em 7 instituições, em 2018 em 8 instituições e em 2015 apenas em 5.

Tabela 3 – Recolha de dados por ano e ARS

		ARS					Total
		ALENTEJO	ALGARVE	CENTRO	LVT	NORTE	
Dados relativos a	2015	2	3	16	24	37	82
	2016	4	4	18	30	37	93
	2017	4	3	18	28	37	90
	2018	4	4	18	29	37	92
	2019	3	0	18	26	37	84
Total		17	14	88	137	185	441

Na tabela 3, verificamos que na ARS do Norte, foram recolhidos dados ao longo dos 5 anos em 37 instituições. Na ARS do centro houve uma pequena oscilação, foram recolhidos dados em 18 instituições em 4 anos (2016-2019) e em 2015 apenas em 16. Em Lisboa e Vale do Tejo houve uma maior variação no número de instituições onde foram recolhidos dados (ao longo dos 5 anos entre 24 a 30 instituições). Na ARS do Algarve entre os anos de 2015 e 2018 foram recolhidos dados em 3 a 4 instituições e no ano de 2019 não houve recolha de dados em nenhuma das instituições. Na ARS do Alentejo nos anos de 2016 a 2018 foram recolhidos dados em 4 instituições, em 2019 em 3 instituições e em 2015 apenas em 2 instituições.

Objetivo 1: Analisar a evolução de quedas, em cada ano, face ao ano anterior, nas instituições em estudo

Tabela 4 – Evolução em cada ano, face ao ano anterior da ocorrência de quedas em cada Instituição

	2015 vs 2016	2016 vs 2017	2017 vs 2018	2018 vs 2019
ACES	N=43 Vs N= 46 QUEDAS: 53,5%→78,3% Aumento de 25,1% X ² = 6,104, p = 0,013*	N=46 Vs N= 43 QUEDAS: 78,3%→83,7% Aumento de 5,4% X ² = 0,429, p = 0,513	N=43 VS N=45 QUEDAS: 83,7%→82,2% diminuição de 1,5% X ² = 0,055, p = 0,814	N=45 VS N= 38 QUEDAS: 82,2%→89,5% Aumento de 7,3% X ² = 0,876, p = 0,349
CENTRO HOSPITALAR (X ² com correção de Yates por haver mais de 20% com fe < 5)	N= 19 VS N=21 QUEDAS: 94,7%→100% aumento de 5,3% X ² = 0,003, p = 0,960	N=21 VS N=21 QUEDAS: 100%→95,2% Diminuição de 4,8% X ² = 0,000, p = 1,000	N=21 VS N=21 QUEDAS: 95,2%→95,2% Manteve	N=21 VS N=22 QUEDAS: 95,2%→100% Aumento de 4,8% X ² = 0,001, p = 0,981
HOSPITAL (X ² com correção de Yates por haver mais de 20% com fe < 5)	N= 15 VS N=19 QUEDAS: 100%→94,7% Diminuição de 5,3% X ² = 0,000, p = 1,000	N= 19 VS N=19 QUEDAS: 94,7%→94,7% Manteve	N= 19 VS N=18 QUEDAS: 94,7%→100% Aumento de 5,3% X ² = 0,000, p = 1,000	N= 18 VS N=17 QUEDAS: 100%→100% Manteve
ULS (X ² com correção de Yates por haver mais de 20% com fe < 5)	N= 5 VS N=7 QUEDAS: 100%→85,7% Diminuição de 14,3% X ² = 0,000, p = 1,000	N= 7 VS N=7 QUEDAS: 85,7%→85,7% Manteve	N= 7 VS N=8 QUEDAS: 85,7%→75,0% Diminuição de 10,7% X ² = 0,000, p = 1,000	N= 8 VS N=7 QUEDAS: 75,0%→100% Aumento de 25% X ² = 0,435, p = 0,509

* Significativo para p ≤0,05

Ao analisarmos a tabela 4, confirmamos que nos ACES houve um aumento significativo na ocorrência de quedas 2015 para 2016 (aumento de 25,1%), de 2016 para 2017 continuou a aumentar o número de quedas embora tenha sido um aumento ligeiro (5,4%), de 2017 para 2018 houve uma pequena diminuição (1,5%) e de 2018 para 2019 tornou a verificar-se um aumento (7,3%).

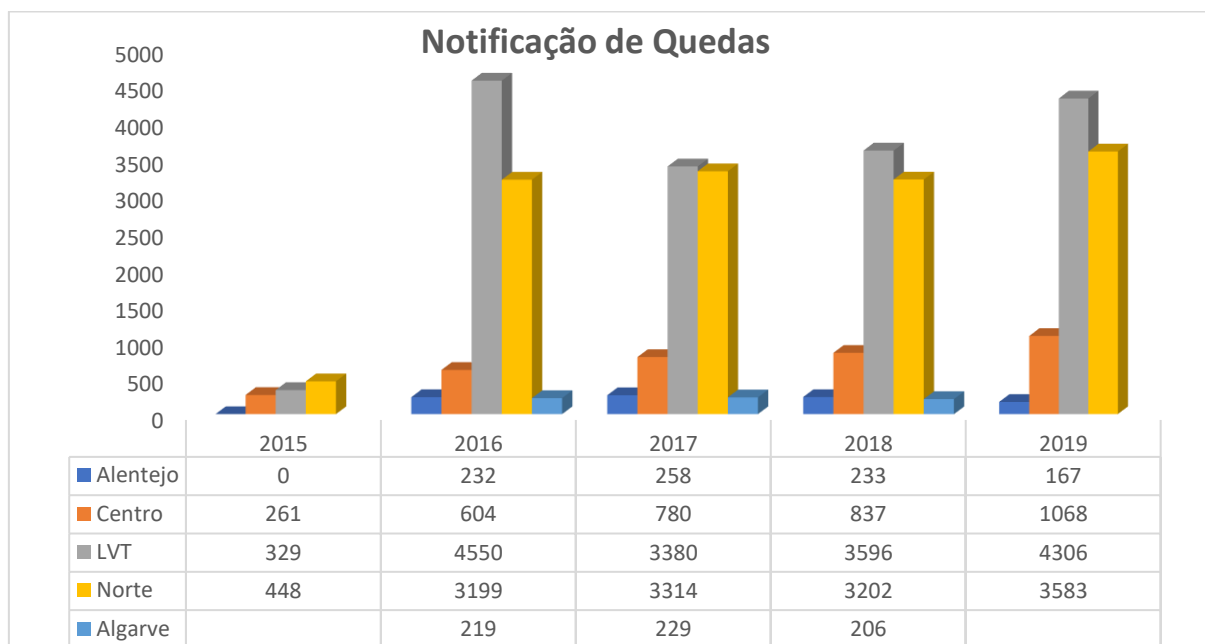
Nos Centros hospitalares não houve diferenças significativas na ocorrência de quedas de ano para ano: de 2015 para 2016 houve um aumento de 5,3%, de 2016 para 2017 houve uma diminuição de 4,8%, de 2017 para 2018 houve uma manutenção nas ocorrências, e de 2018 para 2019 houve um aumento de 4,8%.

Nos hospitais também não houve diferenças significativas na ocorrência de quedas de ano para ano: de 2015 para 2016 houve uma diminuição de 5,3%, de 2016 para 2017 houve uma manutenção das ocorrências de queda, de 2017 para 2018 houve um aumento de 5,3%, e de 2018 para 2019 houve manutenção das ocorrências.

Nas ULS as oscilações em cada ano face ao anterior foi maior em alguns anos comparativamente com outras instituições, contudo a reduzida dimensão da amostra fez com que as diferenças não fossem estatisticamente significativas: de 2015 para 2016 houve uma diminuição de 14,3% nas ocorrências de quedas, de 2016 para 2017 houve uma manutenção das ocorrências, de 2017 para 2018 houve uma diminuição de 10,7% e de 2018 para 2019 houve um aumento de 25%.

Objetivo 2: Analisar o número de notificações de incidentes relativos a quedas das instituições em estudo

Gráfico 1 – Notificação de quedas por ARS



Podemos observar no gráfico 1 que, em 2016 e 2017 houve um aumento em todas as ARS no número de notificações de quedas.

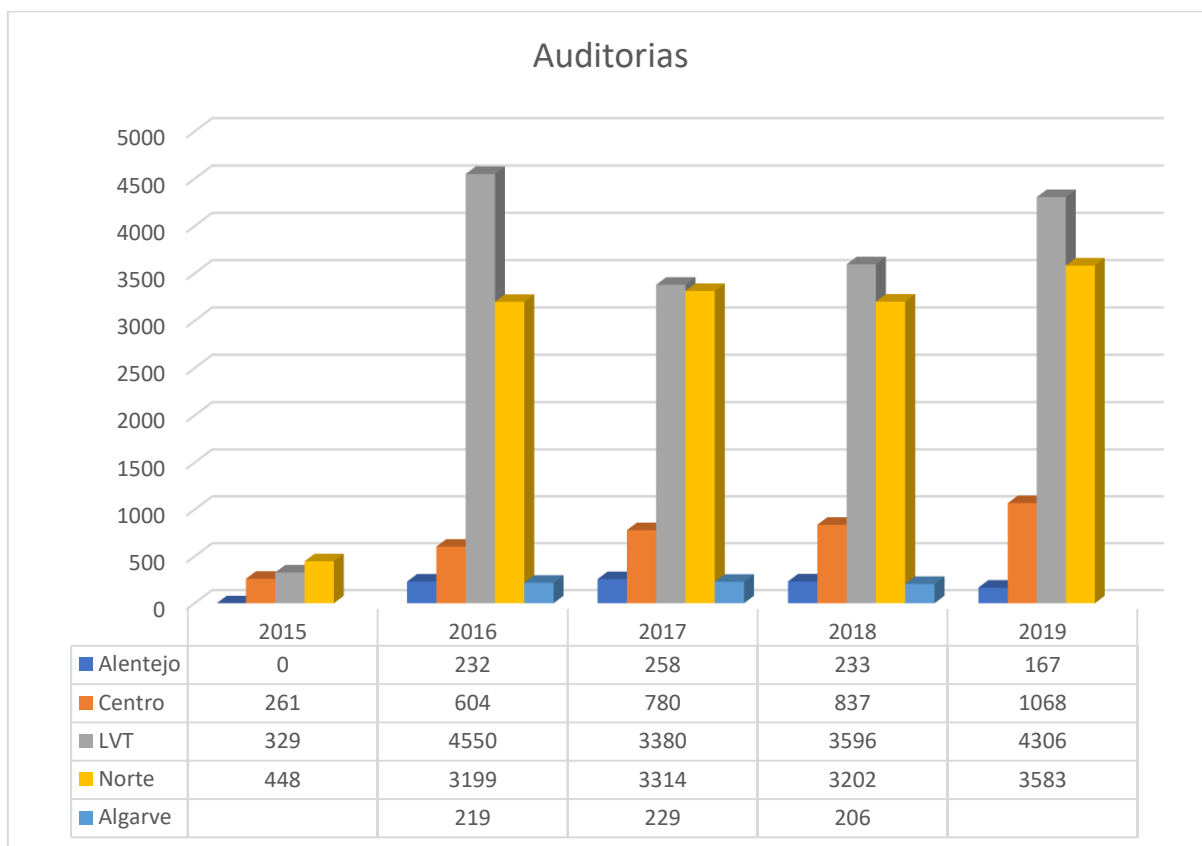
Em 2018 houve um aumento nas ARS do Centro, LVT, tendo havido diminuição ligeira nas ARS do Alentejo, Norte e Algarve.

Em 2019 a única ARS onde houve uma redução nas notificações de quedas foi na do Alentejo (de 233 para 167). Nas outras ARS em 2019 houve um aumento de notificações de quedas.

Em nenhuma ARS a meta de redução de 50% do número de quedas foi atingida em cada ano face ao ano anterior.

Objetivo 3 - Relacionar a existência de auditorias com a evolução do número de quedas nas instituições em estudo.

Gráfico 3 – Número de auditorias internas realizadas no âmbito da prevenção de quedas por ARS



Auditorias de Quedas – De 2015 para 2016 houve um aumento substancial do número de auditorias em todas as ARS (não havia dados de notificações em 2015 na ARS do Algarve).

Na ARS do Centro as auditorias foram aumentando ao longo dos anos.

Na ARS LVT: o número de auditorias desceu em 2017, tendo subido ligeiramente em 2018 e continuado a subir em 2019.

Na ARS do Alentejo: o número de auditorias subiu de 2016 para 2017, tendo descido ligeiramente em 2018, e descido substancialmente em 2019.

Na ARS Norte - o número de auditorias subiu de 2016 para 2017, tendo descido ligeiramente em 2018, e subido novamente em 2019.

Na ARS do Algarve só há dados referentes aos anos de 2016 a 2018 sendo o número de auditorias idêntico nesses anos.

Tabela 5 - Evolução das quedas e de auditorias em cada ano, face ao ano anterior em cada Instituição

		2015 vs 2016	2016 vs 2017	2017 vs 2018	2018 vs 2019
ACES	Quedas	53,5%→78,3%	78,3%→83,7%	83,7%→82,2%	82,2%→89,5%
		Aumento de 25,1%	Aumento de 5,4%	diminuição de 1,5%	Aumento de 7,3%
	Auditorias	Não Fizeram	Não Fizeram	Não Fizeram	Não Fizeram
CENTRO HOSPITALAR	Quedas	94,7%→100%	100%→95,2%	95,2%→95,2%	95,2%→100%
		aumento de 5,3%	Diminuição de 4,8%	Manteve	Aumento de 4,8%
	Auditorias	57,9% →61,9%	61,9%→61,9%	61,9%→66,7%	66,7%→77,3%
		aumento de 4%	Manteve	aumento de 4,8%	Aumento 10,6%
	Mediana 27→35	Mediana 35→172	Mediana 172→83	Mediana 83→22	
HOSPITAL	Quedas	100%→94,7%	94,7%→94,7%	94,7%→100%	100%→100%
		Diminuição de 5,3%	Manteve	Aumento de 5,3%	Manteve
	Auditorias	60,0%→68,4%	68,4%→78,9%	78,9%→83,3%	83,3%→94,1%
		aumento de 8,4%	aumento de 10,5%	Aumento de 4,4%	Aumento de 10,8%
	Mediana 8→28	Mediana 28→5	Mediana 5→39	Mediana 39→9,5	
ULS	Quedas	100%→85,7%	85,7%→85,7%	85,7%→75,0%	75,0%→100%
		Diminuição de 14,3%	Manteve	Diminuição de 10,7%	Aumento de 25%
	Auditorias	40,0%→71,4%	71,4%→85,7%	85,7%→87,5%	87,5%→71,4%
		Aumento de 31,4%	Aumento de 14,3%	Manteve	Diminuição de 16,1%
	Mediana 10→2	Mediana 2→33,5	Mediana 33,5→12	Mediana 12→34	

A tabela 5 podemos analisar que, no grupo dos Centros Hospitalares, nos anos em que houve um aumento do número de instituições com auditorias (2015 vs 2016; 2017 vs 2018; 2018 vs 2019) houve aumento do número de instituições com ocorrências de quedas em dois desses anos 2015 vs 2016, aumento de 5,2% e 2018 vs 2019, aumento de 4,8%. No ano de 2017 vs 2018 houve uma manutenção do número de quedas. No ano em que houve uma manutenção do número de instituições com auditorias (2016 vs 2017) o número de instituições com ocorrências de quedas diminuiu em 4,8%. Não se verifica assim neste grupo de instituições um padrão entre o aumento/diminuição de instituições com auditorias e o aumento/diminuição das instituições com ocorrência de quedas.

No grupo dos hospitais, houve em todos os anos um aumento do número de instituições com auditorias (aumentos a oscilar entre 4,4% e 10,8%), tendo havido dois anos em que a percentagem de instituições com ocorrência de quedas se manteve (2016 vs 2017 e 2018 vs

2019), um ano em que diminuiu (2015 vs 2016- diminuição de 5,3%) e um ano em que aumentou (2017 vs 2018- aumento de 5,3%). Mais uma vez não se observa um padrão de variação, até porque não temos nenhum ano com um cenário de diminuição de auditorias.

No grupo das ULS, nos anos em que houve um aumento do número de instituições com auditorias (2015 vs 2016 e 2016 vs 2017), houve uma diminuição do número de instituições com ocorrência de quedas (2015 vs 2016 – diminuição de 14,3%) e uma manutenção dessas ocorrências (2016 vs 2017). No ano que houve uma manutenção do número de instituições com auditorias (2017 vs 2018) houve uma diminuição do número de instituições com ocorrências de quedas (diminuição de 10,7%) e no ano em que houve uma diminuição do número de instituições com auditorias (2018 vs 2019) houve um grande aumento do número de instituições com ocorrência de quedas (aumento de 25%). Neste grupo de instituições já parece haver uma possível relação entre o aumento de auditorias e a diminuição ou manutenção de quedas, mas serão necessárias mais recolhas nos próximos anos para confirmar essa tendência.

Tabela 6 - Qui-Quadrado - Relação entre a percentagem de auditorias e percentagem de quedas nos 5 anos em análise

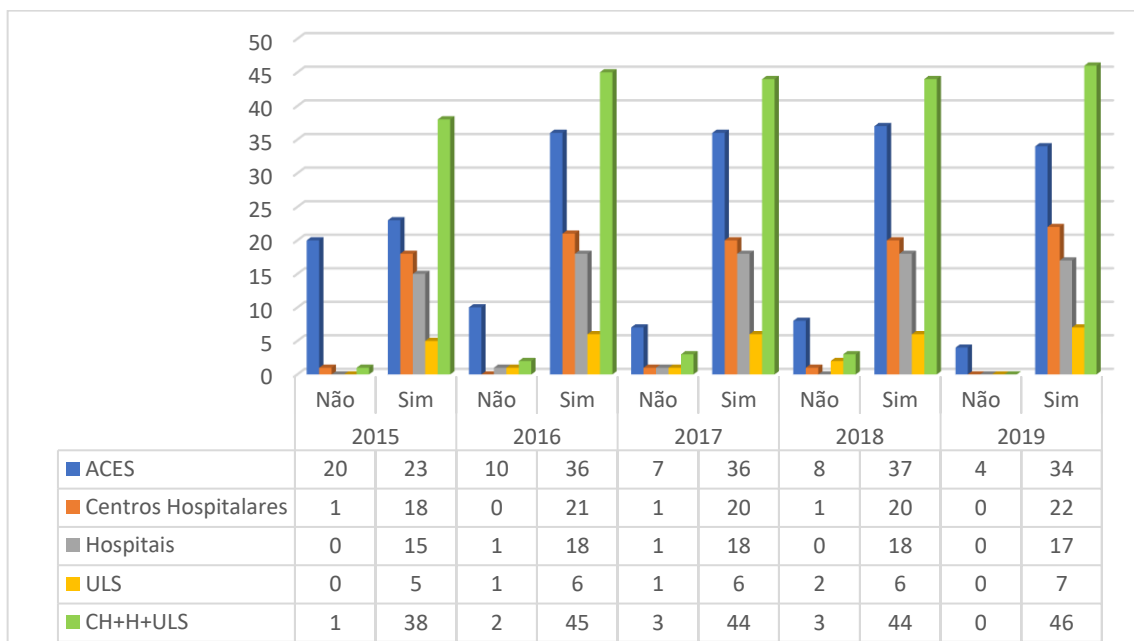
			Q21_quedas		Total
			Não	Sim	
Auditorias	Não	Freq	3	62	65
		%	4,6%	95,4%	100,0%
	Sim	Freq	6	155	161
		%	3,7%	96,3%	100,0%
Total	Freq	9	217	226	
	%	4,0%	96,0%	100,0%	

X² com correção de Yates= 0,000, p = 1,00

A tabela 6, onde analisamos o teste qui-quadrado que revelou não haver relação significativa entre as 2 variáveis. Constatou-se que no grupo de instituições onde se efetuaram auditorias (n=161) houve 96,3% de instituições com ocorrência de quedas, enquanto que no grupo de instituições que não efetuaram auditorias (n=65) a percentagem de instituições com ocorrência de quedas foi idêntica (94,5%).

Objetivo 4 - Comparar a implementação das medidas preventivas e a redução do número de quedas, nos doentes, das instituições em estudo.

Gráfico 4 - Número de entidades por tipologia que implementaram práticas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas de 2015 a 2019



No gráfico 4, observamos que nos **ACES** em nenhum dos anos em análise houve mais de 95% de instituições que realizaram avaliações do risco de queda nos domicílios (Percentagens a oscilar entre 53,5% em 2015 e 89,5% em 2019)

Nos **centros hospitalares** em 2015 a percentagem arredondada de instituições que implementaram práticas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas ficou foi de 95% (94,7%), nos anos de 2017 e 2018 a percentagem foi de 95,2% em 2016 e 2019 de 100%. A meta dos 95% foi assim atingida em todos os anos

Nos **hospitais**, nos anos de 2016 e 2017, a percentagem de instituições que implementaram práticas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas foi de 94,7%, sendo nos restantes anos de 100%. A meta foi assim atingida em todos os anos

Nas **ULS** em 2015 e 2019 a percentagem de instituições que implementaram práticas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas foi de 100%, em 2016 e 2017 foi de 85,7% e em 2018 de 75%. Apenas em 2 dos anos em análise a meta foi atingida.

Nos **CH+H+ULS** Em 2015 e 2016 houve mais de 95% de instituições implementaram práticas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas (97,4% e 95,7%). Em 2017 e 2018 a percentagem foi abaixo dos 95% (93,6%). Em 2019 todas as instituições implementaram esse tipo de práticas.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste estudo onde foram analisados os dados relativos ao objetivo estratégico 6 (OE6), do PNSD 2015-2019 – Prevenção de Quedas, sendo respondentes as cinco ARS (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), constatou-se que nas instituições onde foram recolhidos os dados, durante o período em análise o número de notificações de quedas foi de 35.001, existindo alguns anos em que houve instituições que não notificaram quedas. Verificamos ainda que relativamente ao aumento de quedas a maior percentagem foi de 25,1% (ACES 2015 vs 2016) e o menor aumento foi de 4,8% (CH 2018 vs 2019). No que concerne a diminuição de notificações de quedas verificamos um valor máximo é de 14,3% (ACES 2017 vs 2018) e mínimo de 10,7% (ULS 2015 vs 2016).

Esta problemática do aumento do número de quedas constitui um problema de saúde pública porque as quedas, são a 3ª causa de incapacidade crónica nos idosos, sendo considerada uma síndrome geriátrica, com ímpato negativo na funcionalidade e na qualidade de vida da pessoa que cai. O aumento da esperança média de vida, leva a que este tema seja do interesse da comunidade científica e dos profissionais de saúde, porque têm um ímpato negativo na funcionalidade, sendo resposável por uma elevada morbilidade, mortalidade, sofrimento e no aumento dos custos em saúde (Walker et al., 2016; Santos et al., 2019; Sousa et al.,2019).

É importante a monitorização da prevalência de ocorrência de quedas, ao longo do tempo, de modo a comparar a evolução do indicador, esta avaliação deve ser realizada em cada organização por unidades de saúde e sempre que se introduzem alterações, ao nível dos processos, é benéfico que estas sejam apresentadas anualmente e de forma individualizada para se compreender o impacto das medidas implementadas. Este procedimento reveste-se de especial importância dada a natureza multifatorial das quedas (Dias, 2014).

Na árdua tarefa de melhoria sustentada da prática de cuidados, os projetos mais bem sucedidos procuram fechar pequenos ciclos (Plan-do-study-act), centrados na identificação do problema, nas propostas de melhoria, implementação de medidas e na avaliação. As auditorias em saúde são ferramentas importantes, na identificação de problemas e na proposta de projetos de melhoria continua da qualidade. No presente estudo foram analisadas o número de auditorias internas realizadas no âmbito da prevenção de quedas e verifica-se que de 2015 para 2016 houve um aumento de auditorias em todas as ARS no entanto, em alguns dos anos seguintes essa tendência não se verifica, existe um decréscimo em alguns anos e em algumas ARS (ex: 2019 no Alentejo).

Quando aplicámos o teste Qui-Quadrado para compreender a relação entre a percentagem de auditorias e a percentagem de quedas nos 5 anos em análise, verificamos não haver relação significativa entre as duas variáveis. Constatou-se que no grupo das instituições onde se efetuaram auditorias (n=161), houve 96,3% de instituições com

ocorrência de quedas, enquanto que no grupo das instituições que não efetuaram auditorias (n=65), as instituições com ocorrência de quedas é idêntica 94,5%.

Estes resultados corroboram com os estudos analisados.

Stephenson et al. (2015), concluíram que os dados relativos à taxa de quedas indicaram melhorias observadas nos procedimentos para a prevenção de quedas, no entanto, isso não traduziu uma redução das quedas relatadas, mas houve mudanças nas práticas de cuidados com aplicação de medidas sugeridas pela equipa que realizou a auditoria. Assim os investigadores prevêem que a médio/longo prazo essas melhorias na prática de cuidados resultem em diminuição do número de quedas.

Hatamabadi et al. (2015), num estudo onde foram realizadas auditorias a hospitais de agudos, com o objetivo de verificar as medidas implementadas na prevenção de quedas, identificaram várias lacunas, entre as medidas implementadas para a prevenção de quedas e as recomendações nacionais e internacionais sobre a temática. Verificaram que após uma queda, não era analisados os fatores de risco e não introduziam medidas para alterar os fatores de risco modificáveis. Após auditoria com identificação dos problemas e sugestão de melhoria, concluíram que da implementação de medidas de melhoria para prevenir as quedas até à obtenção de resultados na diminuição do número de quedas não é imediato, requer tempo exige a aplicação de auditorias de forma sistemática para avaliar as medidas implementadas.

Figaro et al. (2019), neste estudo foram identificados os doentes com risco elevado de queda e as intervenções da equipa multidisciplinar implementadas para prevenir as quedas dos doentes. As auditorias permitiram aumentar a consciencialização da equipa sobre o risco de queda e fomentar uma prática ativa e reflexiva sobre os fatores que influenciam as quedas. Assim como um crescimento na aprendizagem entre a equipa e os auditores que levou à mudança de comportamento e ao objetivo, a segurança do doente.

Foram também auditados os doentes o que possibilitou um maior conhecimento sobre o risco de queda individual, passando o doente a ter um papel mais ativo na sua segurança e na qualidade dos cuidados.

Neste estudo também não houve uma significância estatística entre a realização de auditorias e a redução do número de quedas, no entanto podemos afirmar que sem significância estatística não é sinónimo de significado prático, porque os estudos demonstram que as intervenções baseadas na evidência, das equipas multidisciplinares são eficazes na prevenção de quedas (Palmon et al, 2018).

A ocorrência de quedas tem uma prevalência semelhante nas diversas organizações, mas isso não significa que este indicador não possa ser melhorada, especialmente o grau de lesões provocadas pelas quedas. Diversos estudos propõem intervenções eficazes na redução de quedas em contexto Hospitalar e de Cuidados de Saúde Primários.

Rimland et al. (2017), o estudo concluiu que idosos na comunidade que têm alto risco de queda é recomendada a avaliação da segurança em casa e a modificação dos fatores que influenciam essa segurança para reduzir o risco de queda.

Ueda et al.(2017), um estudo randomizado constituído por um grupo de intervenção e um grupo controle, concluíram que o grupo de intervenção em que houve intervenção no espaço físico e nas acessibilidades, teve 75% menos quedas em comparação com o grupo controle.

Maggi et al. (2018), a intervenção que incluía as alterações no ambiente físico com modificação dos fatores de risco, tem impacto na melhoria da qualidade de vida, porque diminui o risco da pessoa cair, assim como na manutenção no domicílio por mais tempo.

Zhao et al.(2017), neste estudo foram relacionados as características do hospital (tamanho, tipo de enfermaria e hospital universitário ou não universitário), as dotações da equipa de enfermagem e a avaliação do risco para a prevenção de quedas. Concluíram que relativamente às características, os hospitais universitários tem uma redução do número de quedas de 13%, relativamente aos hospitais não universitários. Os hospitais universitários tem uma cultura organizacional que enfatiza a qualidade dos cuidados e a segurança do doente. As dotações de enfermagem estão também relacionadas com diminuição do risco de queda e principalmente com a redução das lesões provocadas pelas quedas. A avaliação do risco de queda bem como a implementação de medidas para a prevenção do risco, está associado a uma redução do número de quedas. Este estudo concluiu ainda que o uso de restrições físicas está associado a um aumento do risco de cair, aumento de lesões após a queda e até a morte.

Bursiek et al.(2018), a literatura emergente sobre segurança do doente enfatiza consistentemente, o treinamento da equipa multidisciplinar para melhorar o respeito a colaboração a comunicação e a compreensão da sua função, traduzem-se na melhoria dos resultados para o doente. Este estudo piloto teve como objetivo o treinamento da equipa multidisciplinar na prevenção de quedas e concluiu que houve uma melhoria significativa na prevenção de quedas dos doentes em estudo, esta melhoria foi explicada pelas melhorias significativas no trabalho em equipa e no ambiente da prática de cuidados, nomeadamente na comunicação e na cooperação da equipa.

Dyket et al. (2021), os resultados deste estudos mencionam que nos hospitais as quedas dos doente podem ser evitadas com a implementação de programas baseados na evidência científica. Estes programas para serem sustentáveis e eficazes devem incluir a equipa multidisciplinar, o doente e a família e serem liderados pelos enfermeiros gestores.

Em resumo para prevenir a ocorrência de quedas importa cumprir os procedimentos para prevenir e minimizar a ocorrência de quedas através do:

- Envolvimento do utente, família e equipa multidisciplinar;
- Analise os dados e lesões resultantes da queda;
- Analise mensal da incidência de quedas;

- Realização de auditorias mensais relativas à implementação de medidas preventivas de quedas;
- Partilha de dados com a equipa multidisciplinar.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança do doente é uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde que de forma consistente e sustentável reduz os riscos, reduz a ocorrência de dano evitável, torna o erro menos provável e reduz seu impacto quando este ocorre (WHO,2020).

A necessidade de melhorar a segurança do doente nos sistemas de saúde tem sido progressivamente aceite como um valor central na prestação de cuidados de saúde.

Os cuidados de saúde seguros devem ser vistos como um direito humano básico, alcançar esse direito requer que os doentes sejam informados, envolvidos e considerados como parceiros plenos nos seus próprios cuidados. Esta realidade é ainda muito distante em muitas partes do mundo e particularmente em Portugal. A segurança do doente depende do seu envolvimento em todos os cuidados.

As quedas dos doentes são de etiologia multifatorial, onde se incluem fatores intrínsecos e extrínsecos ao doente, é importante um maior investimento na prevenção de quedas, sobretudo nos fatores de risco, que são reversíveis.

O uso de escalas de avaliação do risco de quedas pouco abrangentes e a visão predominante que a equipa de enfermagem é a responsável exclusiva pela prevenção de quedas tem contribuído para a implementação de programas pouco eficazes.

O envolvimento da equipa multidisciplinar traduz programas mais eficazes na prevenção de quedas.

Os enfermeiros gestores foram identificados em alguns estudos, como um elemento essencial redução dos danos associados às quedas dos doentes. Estes devem garantir a implementação e adesão da equipa às medidas implementadas para prevenção de quedas assegurando assim a segurança do doente.

No que concerne, à segurança do doente é basilar a implementação de novas estratégias para aumentar a segurança do doente e a qualidade dos cuidados. A identificação dos pontos fortes e fracos, auxilia no foco, nos aspetos que requerem atenção específica e na orientação de ações de melhoria. De acordo com a literatura científica sobre esta temática, conclui-se que é necessário fornecer competências e habilidades básicas aos profissionais de saúde sobre segurança.

A valorização da segurança do doente por todos os profissionais, doente, família e sociedade, deve ser um eixo prioritário e estratégico, que deve ter o enfoque em práticas com abordagens consistentes e fundamentadas na evidência científica, na construção de um ambiente livre de culpa, trabalho em equipa e notificação de incidentes, associado à formação continua e à inclusão do doente e família neste processo.

Os enfermeiros gestores devem promover o desenvolvimento de atividades formação institucionais, com o objetivo de incentivar os enfermeiros a implementarem programas de

prevenção de quedas individualizados, baseadas na evidência científica, onde incluem a equipa multiprofissional e o utente e família.

Embora existam inúmeros estudos científicos sobre esta temática, as quedas ainda continuam a ser um problema de saúde pública e por isso é ainda importante continuar a investigar sobre este tema, por forma a contribuir para a prevenção de quedas nas instituições de saúde.

Como limitações do presente estudo temos a salientar que os dados fornecidos pela DGS foram pouco abrangentes o que não permitiu uma análise mais alargada dos dados. A não identificação das organizações respondentes, impediu de estabelecer ligações e relacionar os resultados com as organizações, que teria sido mais enriquecedor, quer do ponto de vista académico, quer do ponto de vista do alcance dos resultados. No entanto consideramos ter atingido os objetivos no que concerne à prevenção de quedas ao analisamos os estudos científicos dos últimos cinco anos e demonstrar a evidência científica na prevenção de quedas.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Avin, KG, Hanke, TA, Kirk-Sanchez, N., McDonough, CM, Shubert, TE, Hardage, J., & Hartley, G. (2015). Gerenciamento de quedas em idosos residentes na comunidade: declaração de orientação clínica da Academy of Geriatric Physical Therapy da American Physical Therapy Association. *Fisioterapia*, 95 (6), 815-834;

Baris, VK, Seren, S. (2019). Views of Key Stakeholders on the Causes of Patients Falls and Prevention Interventions: A Qualitative Study Using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Journal of Clinical Nursing* 28 (3-4), 615-628. <https://doi.org/10.1111/jocn.14656>;

Breimaier, H. E., Halfens, R. J. G., & Lohrmann, C. (2015). Effectiveness of multifaceted and tailored strategies to implement a fall-prevention guideline into acute care nursing practice: a before-and-after, mixed-method study using a participatory action research approach. *BMC Nursing*, 14(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0064-z>;

Bueno, A. A. B., Caldas, C. P., Camerini, F. G., Fassarella, C. S., & Luna, A. A. (2020). Patient safety: potential drug-drug interactions caused by the overlapping of medications agreed by the nurse. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3).

Bursiek, A. A., Hopkins, M. R., Breitkopf, D. M., Grubbs, P. L., Joswiak, M. E., Klipfel, J. M., & Johnson, K. M. (2017). Use of High-Fidelity Simulation to Enhance Interdisciplinary Collaboration and Reduce Patient Falls. *Journal of Patient Safety*. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000277>;

CDC (2015), Preventing Falls: A Guide to Implementing Effective Community-Based Fall Prevention Programs. Disponível em: <https://www.cdc.gov/homeandrecreationalafety/pdf/falls/FallPreventionGuide-2015-a.pdf>

Chau, J. P., Lo, S. H., Choi, K. C., Chan, E. L., McHugh, M. D., Tong, D. W., ... Lee, D. T. (2015). A longitudinal examination of the association between nurse staffing levels, the practice environment and nurse-sensitive patient outcomes in hospitals. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1198-0>

Chiang, H.-Y., Hsiao, Y.-C., & Lee, H.-F. (2017). Predictors of Hospital Nurses' Safety Practices: Work Environment, Workload, Job Satisfaction, and Error Reporting. *Journal of Nursing Care Quality*, 32(4), 359–368. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000240>;

Cho, M. Y., Jang, S. J. (2020). Nurses' knowledge, attitude, and fall prevention practices at south Korean hospitals: a cross-sectional survey. *BMC nursing*, 19(1), 1-8.

Cunha, L.F., Baixinho, C.L., Henriques, M.A., Sousa, L.M., Dixe, M.A. (2021). Avaliação da eficácia de uma intervenção na equipe para prevenir quedas ao idoso hospitalizado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, Volume nº55, 1-8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019031403695>;

Carreira de Enfermagem: Decreto-Lei nº71/219. DR, 1ªserie- nº101- 27 de maio de 2019.

Dias, L. D. P., & Dias, M. D. P. (2019). Florence Nightingale e a História da Enfermagem. *Hist. enferm., Rev. eletrônica*, 47-63.

Dubois, C.; D'Amour, D.; Tchouaket, E.; Rivard, M.; Clarke, S. & Blais, R. (2012) A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Health Services Research*. 12, 1-15;

Dubois, C.; D'Amour, D.; Tchouaket, E.; Clarke, S.; Rivard, M. & Balis, R. (2013) Associations of patient safety outcomes with models of nursing care organization at unit level in hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*. 25(2), 110- 117;

Direção Geral da Saúde da Saúde (2011) –“Estrutura Coceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente” Lisboa. DGS. Lisboa. Portugal.

Direção Geral da Saúde (2011) – Plano Nacional de Saúde, extensão até 2020. DGS. Lisboa. Portugal;

Direção Geral da Saúde (2015) – Plano Nacional de Saúde (2011-2016). DGS. Lisboa. Portugal;

Direção Geral da Saúde (2015) – Plano Nacional de Saúde (2011-2016). DGS. Lisboa. Portugal;

Direção Geral da Saúde (2019) – Prevenção e Intervenção de Quedas do Adulto em Cuidados Hospitalares – *Norma da Direção Geral da Saúde nº 8 de 9 de dezembro de 2019*. Lisboa. Portugal: DGS;

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), pp. 166-203;

Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *Journal of American Medical Association*, 260(12), pp. 1743-1748.

Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of pathology & laboratory medicine*, 114(11), pp. 1115-1118;

Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press, 2003.

Drenkard, K. (2019). The Business Case for Magnet®. *Journal of Nursing Administration*, S4–S12;

Einck, J., & Francis, R. (2016). Safe patient handling and mobility online assessment tool available in October. *American Nurse*, 48(5), 10

Eiras, M. (2021). Portuguese Patient Safety Culture. In *Quality e Safety*. Lisboa.

Fassarella, C. S., da Silva, L. D., Camerin, F. G., Barbieri-Figueiredo, M. (2019). Organizational indicator of safety culture in a university hospital. *Enfermagem Uerj*, 27, NA.

Fragata, J; Sousa, P.; Santos, R. (2019). Organizações de Saúde seguras e fiáveis/confiáveis in P. Sousa e W. Mendes (coord). *Segurança do paciente: os riscos das organizações de saúde*. p.21-40. 1ª edição: Editora Saúde Pública.

Francis, C. J., Hang, J., Etherton, B. C., Ellis, A., & Hill, A. (2019). Evaluation of care staff knowledge, confidence, motivation and opportunity for preventing falls in residential aged care settings: A cross-sectional survey. *International Journal of Older People Nursing*, 14(2), N.PAG. <https://doi.org/10.1111/opn.12224>;

Grove, S.; Sutherland, S., Gray, J. (2019). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*. 8th Ed. Missouri: Elsevier.

Groves, P. S., & Bunch, J. L. (2018). Priming patient safety: A middle-range theory of safety goal priming via safety culture communication. *Nursing inquiry*, 25(4), 1-9.

Hammarlund, C.S., Hagell, P., & Westergren, A. (2016). Fall Risk and Its Associated Factors among Older Adults without Home-Help Services in a Swedish Municipality. *BMC Geriatr*. 2016; 16: 2. doi: 10.1186/s12877-015-0177-y;

Hill, A. M., Etherton-Ber, C., McPhail, S. M., Morris, M. E., Flicker, L., Shorr, R., ... Haines, T. (2017). Reducing falls after hospital discharge: a protocol for a randomised controlled trial evaluating an individualised multimodal falls education programme for older adults. *BMJ open*, 7(2).1-9

Hui-Ying Chiang, Ya-Chu Hsiao, & Huan-Fang Lee. (2017). Predictors of Hospital Nurses' Safety Practices: Work Environment, Workload, Job Satisfaction, and Error Reporting. *Journal of Nursing Care Quality*, 32(4), 359–368. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000240>.

Institute of Medicine. (2001). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: *National Academy Press*

Instituto Nacional de Estatística (2017) - *Causas de Morte - 2017*. Lisboa: INE, 2019. Acedido em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine>

Johnson, M., Kelly, L., Siric, K., Tran, D. T., & Overs, B. (2015). Improving falls risk screening and prevention using an e-learning approach. *Journal of Nursing Management* (John Wiley & Sons, Inc.), 23(7), 910–919. <https://doi.org/10.1111/jonm.12234>

Joint Commission Resources. (2006). *Temas e Estratégias para Liderança em Enfermagem*. (Artemed, Ed., & A. Thorell, Trad.) Porto Alegre: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

Jong, L. D., Kitchen, S., Foo, Z., & Hill, A.-M. (2018). Exploring falls prevention capabilities, barriers and training needs among patient sitters in a hospital setting: A pilot survey. *Geriatric Nursing* (New York, N.Y.), 39(3), 263–270. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.09.006>;

Kim, J., Kim, S., Park, J., & Lee, E. (2019) - Multilevel factors influencing falls of patients in hospital: The impact of nurse staffing. *Journal of Nursing Management* (John Wiley & Sons, Inc.), 27(5), 1011–1019. <https://doi.org/10.1111/jonm.12765>;

Larouzee, Justin, Coze, Jean-Christophe (2020) - *Good and bad reasons: The swiss cheese model and its critics*. Elsevier. *Safety Science*. June 2020. Volume 126. <http://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.104660>;

López-Soto, P. J., López-Carrasco, J. D. L. C., Fabbian, F., Moral, M. D., María, R., Segura-Ruiz, R., ... Rodríguez-Borrego, M. A. (2021). Chronoprevention in hospital falls of older people: protocol for a mixed-method study. *BMC nursing*, 20(1), 1-9.

Maggi, P., de Almeida Mello, J., Delye, S., Cès, S., Macq, J., Gosset, C., Declercq, A. (2018). Fall determinants and home modifications by occupational therapists to prevent falls: Facteurs déterminants des chutes et modifications du domicile effectuées par les ergothérapeutes pour prévenir les chutes. *Canadian journal of occupational therapy*, 85(1), 79-87. <https://doi.org/10.1177/0008417417714284>.

Martins, M. (2019). A qualidade do cuidado de saúde in P. Sousa e W. Mendes (coord). *Segurança do paciente: os riscos das orgnizações de saúde*. p.27-40. 2ª edição: Editora Saúde Pública

Maxwell, R. J. (1984). Quality assessment in health. *BMJ*, pp. 1470-1472.

Mitchell, P.; Ferketich, S. & Jennings, B. (1998) Quality Health Outcomes Model. *The Journal of Nursing Scholarship*. 30(1), 43-46.

Morse J. Preventing patient falls: establishing a fall intervention program. 2nd ed. New York: Springer Publ.; 2009.

National Center for Injury Prevention and Control. Preventing Falls: How to Develop Community-based Fall Prevention Programs for Older Adults. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2015. Disponível em: http://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/images/CDC_Guide-a.pdf;

National Health Service, Patient Safety First (UK). The “How to guide” for reducing harm from falls. London: NHS, PSF; 2009 acedido em 25 de outubro de 2020 disponível em: <https://www.solent.nhs.uk//media/1276/slips-trips-and-falls-policy.pdf>;

National Patient Safety Agency, National Health Service (UK). Slips, trips and falls in hospital: the third report from the patient safety observatory. London: NPSA, NHS, 2007. Acedido em 25 de outubro de 2020. Disponível em: <http://www.gestionerischio.asl3.liguria.it/pdf/npsa%20rapporto%20su%20cadute%20UK.pdf>

Neuhauser, D. (2002). Ernest Amory Codman MD. *BMJ Quality & Safety*, 11(1), 104-105.

Newman, B., Joseph, K., Chauhan, A., Seale, H., Li, J., Manias, E., ... Harrison, R. (2021). Do patient engagement interventions work for all patients? A systematic review and realist synthesis of interventions to enhance patient safety. *Health Expectations*, 24(6), 1905-1923.

Oliveira, P. C., Santos, O. P. D., Villela, E. F. D. M., Barros, P. D. S. (2020). Cultura de segurança do paciente no serviço de atenção domiciliar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento nº101/2015 - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Diário da República. 10 de Março de 2015, Vol. 2º Série nº 48, pp. 5948-5952

Özcanhan, M. H., Utku, S., & Unluturk, M. S. (2020). Neural network-supported patient-adaptive fall prevention system. *Neural Computing and Applications*, 32(13), 9369-9382.

Patient Safety First. (2012). Falls. Acedido em Safety First: <http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk>;

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2019). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. 9ª Edição. Porto Alegre: Artmed.

Porter, R. (Ed.). (2001). *The Cambridge illustrated history of medicine*. Cambridge University Press.

Prieto, M. M. N., Fonseca, R. E. P. D., Zem-Mascarenhas, S. H. (2021). Assessment of patient safety culture in Brazilian hospitals through HSOPSC: a scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74. 1-10.

Reiter-Palmon, R., Kennel, V., Allen, J., Jones, K. J. (2018). Good catch! Using interdisciplinary teams and team reflexivity to improve patient safety. *Group & Organization Management*, 43(3), 414-439.

Registered Nurse Association of Ontario (2017) – *Preventing Falls and Reducing Injury from Falls-Clinical Best Practices Guidelines*. Toronto.

Reason, James (2000) – *Human error: models and management*. *BMJ*. 2000 mar 18. [doi: 10.1136/bmj.320.7237.768](https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768);

Rimland, J. M., Abraha, I., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Soiza, R. L., Gudmundsson, A., ... Cherubini, A. (2017). Non-pharmacological interventions to prevent falls in older patients: Clinical practice recommendations—the SENATOR ONTOP Series. *European Geriatric Medicine*, 8(5-6), 413-418. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2017.07.013>.

Santana, R. & Costa, C. (2008). A integração vertical dos cuidados de saúde. Aspectos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, volume temático, p.29-56.

Santos BW, Baixinho CL. Intervenções de enfermagem no espaço físico da casa para prevenir a queda no idoso: Revisão Integrativa da Literatura. In: Costa AP, Sá AA., Castro P, Souza DN. Atas do

8º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa. 2019. Oliveira de Azeméis: Ludomedia, pp. 91-100. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/issue/archive>.

Sousa, P., Uva A.S., Serranheira, F, et al., (2018) - *Patient and hospital characteristics that influence incidence of adverse events in acute public hospitals in Portugal: a retrospective cohort study*. *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 30, Issue 2, March 2018, Pages 132–137. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx190>;

Sousa, P., Uva A.S., Serranheira, F, et al., (2014) – *Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety*. *BMC - Health Services Research*, pages 2-6. Acedido em 20/10/2020, disponível em: <file:///C:/Users/HP/Downloads/1472-6963-14-311.pdf> ;

Sousa, P; Lage, M; Rodrigues, V. (2019). Magnitude do problema e os fatores contribuintes do erro e do efeito adverso in P. Sousa e W. Mendes (coord). *Segurança do paciente: os riscos das organizações de saúde*. p.21-41. 2ª edição: Editora Saúde Pública;

Swenson, P. (2019). Fall prevention using proactive toileting: Acute care performance improvement success. *Nursing Management*, 50(12), 16–18. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000605176.95810.b4>

Sousa, P; Lage, M; Rodrigues, V. (2019). Magnitude do problema e os fatores contribuintes do erro e do efeito adverso in P. Sousa e W. Mendes (coord). *Segurança do paciente: os riscos das organizações de saúde*. p.95-114. 2ª edição: Editora Saúde Pública;

Trindade, L. Lage, M. (2019). A perspetiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente in P. Sousa e W. Mendes (coord). *Segurança do paciente: os riscos das organizações de saúde*. p.41-58. 2ª edição: Editora Saúde Pública.

Ueda, T., Higuchi, Y., Imaoka, M., Todo, E., Kitagawa, T., & Ando, S. (2017). Tailored education program using home floor plans for falls prevention in discharged older patients: A pilot randomized controlled trial. *Archives of gerontology and geriatrics*, 71, 9-13. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.02.010>.

Vaismoradi, M., Tella, S., A Logan, P., Khakurel, J., Vizcaya-Moreno, F. (2020). Nurses' adherence to patient safety principles: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6). 1-15.

Walker GM, Armstrong S, Gordon AL, Robertson K, Ward M, Conroy S, et al. The Falls In Care Home study: a feasibility randomized controlled trial of the use of a risk assessment and decision support tool to prevent falls in care homes. *Clínica Reab*. [Internet]. 2016 [acesso em 23 outubro 2020]; 30(10). Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0269215515604672>.

West, G. F., Rose, T., & Throop, M. D. (2018). Assessing nursing interventions to reduce patient falls. *Nursing* 2020, 48(8), 59-60.

WHO (2007) – *WHO Global Report on Falls- Prevention in Older Age* Mendes, K.D.S., Silveira, R.C.C.P., & Galvão, C.M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*.;17(4):758-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

WHO (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*.

Zhao, Y. (Lucy), Bott, M., He, J., Kim, H., Park, S. H., & Dunton, N. (2019). Evidence on Fall and Injurious Fall Prevention Interventions in Acute Care Hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 49(2), 86–92. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000715>;

ANEXOS

Anexo I – Formulário de solicitação de colaboração com a DGS

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE COLABORAÇÃO COM O DQS

REQUERENTE

Nome completo:

Morada completa:

N.º de identificação civil:

NIF:

Contato telefónico:

Email:

INSTITUIÇÃO

Instituição: **Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)**

Morada completa: **Avenida Professor Egas Moniz, 1600-190 Lisboa**

N.º de Pessoa Coletiva / NIF: **508 310 350**

Responsável pelo tratamento dos dados:

Coordenador / Orientador do estudo ou investigação: **Profª Filomena Gaspar**

N.º de identificação civil:

NIF:

Contacto telefónico:

Email: **mfgaspar@esel.pt**

PEDIDO DE COLABORAÇÃO EM PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Nome do Projeto: **Avaliação do PNSD 2015-2020 no âmbito do protocolo Escola Superior de Enfermagem**

de Lisboa/Direção Geral da Saúde – OE -

Objetivos do estudo/investigação:

Âmbito da participação da DGS: **disponibilização dos dados em estudo, anonimizados**

Entidades e Instituições participantes /patrocinadoras do estudo /investigação:

PEDIDO DE CEDÊNCIA DE DADOS ANONIMIZADOS

Solicito que me seja disponibilizado, para o seguinte contacto: **mfgaspar@esel.pt**

E relativo ao período entre _____ e _____, os seguintes dados (indicadores/ variáveis):

Relativo ao Objetivo Estratégico nº

Mais informo que os mesmos se destinam exclusivamente a: **estudo dos objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020**

Entidades e Instituições participantes /patrocinadoras do estudo /investigação:

Comprometo-me a:

- Utilizar os dados apenas para os fins acima identificados;
- Recorrer apenas à informação necessária e pertinente à finalidade acima identificada;
- Respeitar a legislação relativa à proteção de dados e ao segredo estatístico;
- Não utilizar os dados para fins comerciais;
- Não ceder, não encaminhar, não copiar, nem vender os dados a terceiros;
- Não falsear nem alterar os dados;
- Não utilizar os dados disponibilizados para apuramento de informação relacionada com determinado indivíduo ou instituição;
- Ser o único responsável pelos dados e indicadores que calcular a partir dos dados disponibilizados;
- Suportar eventuais encargos financeiros com a disponibilização e o eventual tratamento dos dados;
- Mencionar sempre a fonte dos dados (dados fornecidos pela Direção-Geral da Saúde) e identificar a respetiva base de dados;
- Dar conhecimento prévio à Direção-Geral da Saúde dos resultados do estudo / investigação, bem como das publicações geradas;
- Informar a Direção-Geral da Saúde de qualquer violação ou falha das normas de confidencialidade e de acesso que ponha em causa a proteção de dados.

Solicite e anexo os seguintes documentos (se aplicável)

- Protocolo de Investigação
- Autorização para realização do estudo por parte da entidade de acolhimento do investigador
- Aprovação pela Comissão de Ética
- Aprovação pela Comissão Nacional de Proteção de Dados

Data:

Assinatura:

AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR DO DQS

- Aprovo a participação do DQS no Projeto de Investigação acima mencionado e designo o colaborador _____ como ponto de contato para este projeto.
- Não aprovo a participação do DQS no Projeto de Investigação acima mencionado.
- Autorizo a cedência de dados, porque os dados solicitados são anonimizados, está protegida a sua confidencialidade, e a finalidade da cedência dos mesmos prende-se com razões de interesse público, científico e de investigação.
- Não autorizo a cedência de dados.

Data:

Assinatura:

Anexo II – Declaração de sigilo e confidencialidade

DECLARAÇÃO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

Carla Maria Pintado Magueja (nome), portador do documento de identificação n.º 8539813, colaborador (a) no Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde, relativamente aos dados pessoais sensíveis a que tem acesso, em virtude do desempenho da sua atividade profissional, compromete-se a:

- Não revelar os dados pessoais e clínicos a terceiros;
- Utilizar os dados pessoais e clínicos apenas para os fins estritamente necessários para o exercício das respetivas funções ou tarefas;
- Recorrer apenas aos dados pessoais e clínicos necessários e pertinentes para o exercício das respetivas funções ou tarefas;
- Não copiar, nem replicar informação com dados pessoais e clínicos;
- Respeitar a legislação relativa à proteção de dados pessoais, dados de saúde e ao segredo estatístico;
- Não utilizar os dados para fins comerciais;
- Não ceder, não encaminhar, não copiar, nem vender os dados a terceiros;
- Não falsear nem alterar os dados;
- Utilizar os dados disponibilizados para apuramento de informação relacionada com determinado indivíduo ou instituição apenas para os fins estritamente necessários para o exercício das respetivas funções ou tarefas;
- Informar a Direção-Geral da Saúde de qualquer violação ou falha das normas de confidencialidade e de acesso que ponha em causa a proteção de dados;
- Abster-se e informar a Direção-Geral da Saúde sempre que haja conflito de interesses;

Manter o dever de sigilo e de confidencialidade mesmo após o termo de funções, cessando tal dever apenas nos termos legalmente previstos.

Lisboa, 6/10/2020

Carla Maria Pintado Magueja

(Assinatura conforme consta no documento de identificação)

Anexo III– Formulário Prioridade II - PNSD

Prioridade: II. Reforço da segurança dos doentes

Segurança da comunicação	
3) Quantas auditorias internas sobre a transferência de informação nas transições de cuidados foram realizadas?	HH + ULS + ACES

Segurança cirúrgica	
4) Qual a taxa de não conformidade da utilização da LVSC da instituição? Anexe evidência	HH + ULS
5) Quais as taxas de complicações cirúrgicas dos incidentes inadmissíveis na instituição: a) do local cirúrgico errado b) do procedimento errado c) do doente errado d) da retenção de objetos estranhos no local cirúrgico e) por morte intraoperatória em doentes ASA1	HH + ULS
6) Quantas auditorias internas foram realizadas? Anexe evidência.	HH + ULS
7) Quantas notificações de incidentes relacionados com procedimentos cirúrgicos ocorreram na instituição? Anexe evidência.	HH + ULS

Segurança na utilização da medicação	
8) Tem lista de medicamentos LASA atualizada e divulgada? Sim/Não. Se sim, evidencie.	HH + ULS + ACES

1

9) Tem implementada estratégia institucional para o armazenamento e identificação de medicamentos LASA? Sim/Não. Se sim, evidencie.	HH + ULS + ACES
10) Quantas notificações de incidentes relacionados com a utilização de medicamentos LASA ocorreram na instituição? Evidencie	HH + ULS + ACES
11) Tem lista de medicamentos de alerta máximo atualizada? Sim/Não. Se sim, evidencie.	HH + ULS + ACES
12) Tem implementada estratégia institucional para os medicamentos de alerta máximo? Sim/Não. Se sim, evidencie.	HH + ULS + ACES
13) Quantas notificações de incidentes relacionados com a utilização de medicamentos de alerta máximo ocorreram na instituição? Evidencie.	HH + ULS + ACES
14) Quantas auditorias internas foram realizadas no âmbito de práticas seguras do medicamento na instituição? Evidencie.	HH + ULS + ACES
15) Foram implementadas outras medidas de melhoria na instituição no âmbito das práticas seguras do medicamento? Se sim, evidencie.	HH + ULS + ACES
16) Quais as iniciativas desenvolvidas no âmbito da reconciliação terapêutica? Evidencie.	HH + ULS + ACES

Identificação inequívoca dos doentes	
17) Tem implementada estratégia local para a identificação inequívoca do doente? Anexe evidência	HH + ULS + ACES

2

18) Quantas notificações de incidentes relacionadas com a identificação de doente ocorreram na instituição? Anexe evidência.	HH + ULS + ACES
19) Quantas auditorias internas foram realizadas no âmbito da identificação inequívoca do doente, na instituição? Anexe evidência.	HH + ULS + ACES
20) Que práticas seguras foram realizadas para assegurar a verificação entre a identificação do doente e o procedimento a realizar. Anexe evidência.	HH + ULS

Prevenir a ocorrência de quedas	
21) Implementou atividades no âmbito da prevenção de quedas? Sim/Não. Se sim, anexe evidência	HH + ULS
21) Realizaram-se avaliações do risco de queda nos domicílios? Se sim, anexe evidência.	ACES
22) Qual o nº de notificações de incidentes relativos a quedas da instituição? Anexe evidência.	HH + ULS
23) Quantas auditorias internas foram realizadas no âmbito da prevenção de quedas? Anexe evidência.	HH + ULS

Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão	
24) Implementou atividades no âmbito da prevenção de úlceras por pressão? Sim/Não. Se sim, anexe evidência.	HH + ULS + ACES
25) Qual o nº de notificações de incidentes relativos a úlceras por pressão da instituição? Anexe evidência.	HH + ULS
26) Quantas auditorias internas foram realizadas no âmbito da prevenção de úlceras por pressão Anexe evidência.	HH + ULS + ACES

3

Notificação, análise e prevenção e incidentes	
27) A instituição notifica incidentes nouro sistema sem ser no NOTIFICA? Anexe evidência.	HH + ULS + ACES
28) Indique quais as medidas preventivas implementadas, considerando os incidentes de segurança do doente notificados e analisados? Anexe evidência.	HH + ULS + ACES
29) Foram realizadas auditorias internas à análise de incidentes? Anexe evidência.	HH + ULS + ACES

Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos	
30) A Instituição monitorizou as infeções associadas aos cuidados de saúde mais relevantes, através dos programas de vigilância epidemiológica em rede Europeia e/ou Nacional:	HH + ULS
a) Programa de VE das Infeções do Local Cirúrgico (rede europeia) - HAI-Net-SSI	HH + ULS
b) Programa de VE das quatro infeções mais relevantes em Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos (rede europeia) - HAI-Net-ICU	HH + ULS
c) Programa de VE das quatro infeções mais relevantes em Unidades de Cuidados Intensivos de Neonatologia (rede nacional) - HAI-UCIN	HH + ULS
d) Programa de VE das Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea em serviços de internamento de unidades de cuidados de agudos (rede nacional) - HAI-VE-INCS	HH + ULS
31) A Instituição analisa regularmente os dados das IACS (ex: semestral/anual) e fornece informação regular de retorno aos profissionais de saúde e gestores? - se sim, anexe evidência	HH + ULS + ACES

4

32) A Instituição monitorizou e notificou atempadamente os microorganismos alerta e problema, através da rede europeia de VE, de acordo com a Norma da DGS/PPCIRA n.º 004/2013 de 08/08/2013, atualizada a 13/11/2015??	HH + ULS
32.1. A taxa de Staphylococcus aureus resistentes à meticilina (MRSA) no total de Staphylococcus aureus (considerando apenas as amostras invasivas (sangue e líquor) e excluindo os duplicados), calculada por 1000 dias de internamento, diminuiu do ano anterior para o ano atual, na Instituição - Se sim, em que percentagem?	HH + ULS
32.2. Está implementado na Instituição a Norma da DGS/PPCIRA para a prevenção e controlo da transmissão de MRSA, n.º 018/2014 de 09/12/2014, atualizada a 27/10/2015? - Se sim, em que percentagem de serviços clínicos? - Anexar evidência	HH + ULS + ACES
32.3. A Instituição aplica a grelha de avaliação do risco individual do doente na admissão, de modo a implementar as medidas de isolamento adequadas - se sim, em que percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento?	
33) A instituição tem implementado um programa de apoio à prescrição de antibióticos, de acordo com o Despacho n.º 15423?	HH + ULS + ACES
34) A Instituição recebeu os dados de consumo de antimicrobianos, analisou-os e forneceu informação de retorno aos prescritores/a todos os profissionais de saúde? - se sim, anexe evidência	HH + ULS + ACES
35) Verificou-se, na instituição, diminuição no consumo de carbapenemes do ano anterior para o ano atual? Se sim, anexe evidência.	HH + ULS+ACES
36) Verificou-se, na instituição, diminuição do consumo de quinolonas do ano anterior para o ano atual? Se sim, anexe evidência	HH+ULS + ACES
37.1) Feixe de intervenções para a prevenção da infeção do local cirúrgico a) se sim, indique a percentagem de serviços cirúrgicos aderentes? b) Se sim, indique se o (s) bloco (s) operatório (s) cumpre os respetivos critérios desta <i>bundle</i>	HH + ULS
37.2) Feixe de intervenções para a prevenção da infeção do trato urinário? - se sim, indique a percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento aderentes?	HH + ULS+ACES

5

37.3) Feixe de intervenções para a prevenção da infeção associada ao cateter intravascular? Se sim, indique a percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento aderentes	HH + ULS+ACES
37.4) Feixe de intervenções para a prevenção da pneumonia associada à intubação? Se sim, indique a percentagem de UCI/outros serviços clínicos aderentes em que esta <i>bundle</i> deva ser aplicada	HH + ULS
38) A Instituição aderiu à Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), nomeadamente:	HH + ULS + ACES
38.1) Módulo da Auditoria às PBCI - se sim, indique a percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento aderentes?	HH + ULS + ACES
38.2) Módulo de monitorização da adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos? - se sim, indique a percentagem de serviços clínicos aderentes/áreas de atendimento	HH + ULS + ACES
38.3) Módulo de monitorização do uso de luvas? - se sim, indique a percentagem de serviços clínicos/áreas de atendimento aderentes	HH + ULS + ACES
39) A Instituição elaborou um plano de ação na área da prevenção e controlo de infeção, das resistências aos antimicrobianos e prescrição de antimicrobianos?	HH + ULS + ACES
40) A Instituição elaborou um relatório de ação na área da prevenção e controlo de infeção, das resistências aos antimicrobianos e da prescrição antimicrobiana e disseminou a informação pelos gestores e grupos profissionais?	HH + ULS + ACES
41) A Instituição reuniu os critérios exigidos no Despacho 15423/2013 de 26 de novembro, sobre os recursos humanos e logísticos necessários ao cumprimento deste plano de ação? - indique os FTE* do GCL-PPCIRA, por grupo profissional (Coordenador, Médicos e Enfermeiros do Núcleo Executivo do GCL-PPCIRA) Anexar composição do GCL-PPCIRA e carga horária (FTE*) afeta aos seus membros	HH + ULS + ACES

6

42] A Instituição definiu um programa interno de formação, a abranger as temáticas da prevenção e controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos e prescrição de antimicrobianos, incluindo a formação dos recém-admitidos?

HH + ULS + ACES
