

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem em Supervisão Clínica

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA - CONTRIBUTOS PARA A
IMPLEMENTAÇÃO DA SUPERVISÃO CLÍNICA EM
ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação académica orientada pela Professora Doutora Sandra Sílvia da Silva Monteiro dos Santos Cruz e co-orientada pelo Professor Doutor António Luís Rodrigues Faria de Carvalho

Mariana Isabel Guedes Azevedo Silva

Porto 2015

"Eu tenho uma espécie de dever, dever de sonhar, de sonhar sempre, pois sendo mais do que um espetáculo de mim mesmo, eu tenho que ter o melhor espetáculo que posso. E, assim, me construo a ouro e sedas, em salas supostas, invento palco, cenário para viver o meu sonho entre luzes brandas e músicas invisíveis."

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS E DEDICATÓRIAS

Demonstro, apenas em uma página, os agradecimentos a inúmeras pessoas que contribuíram para a realização desta dissertação de mestrado, desejando que pudesse escrever um parágrafo a cada um, pela importância que tiveram neste momento tão marcante da minha vida. Contudo, o espaço não me permite, mas ocupam uma extensão enorme no meu coração e nas minhas memórias. Deste modo, dirijo-me, de forma muito especial:

Aos meus orientadores: Professora Doutora Sandra Cruz e Professor Doutor Luís Carvalho, pela paciência, partilha e por acreditarem sempre, transmitindo-me força e serenidade, por se constituírem um exemplo de sabedoria, humildade e mestria. À ULSM, E.P.E., pela oportunidade concedida e por toda a disponibilidade demonstrada. Às equipas de enfermagem, pela disponibilidade e bondade, em especial às enfermeiras chefes dos respetivos serviços, que sempre demonstraram interesse em auxiliar e colaborar com este estudo. Aos clientes, que tão generosamente colaboraram na colheita de dados, pela partilha de histórias e experiências.

Para a Nadine Simões, um muito obrigado pela colaboração na colheita de dados e por toda a amizade. Pela motivação e partilha, aos colegas de mestrado. Um especial agradecimento às minhas mentoras e responsáveis do futuro título de mestre, Fátima Pinho e Marisa Lourenço. Mais do que um exemplo, são fonte de poder e crer na enfermagem, e as minhas “mães” profissionais para a vida. Obrigada! À equipa da sempre, da Unidade de Convalescença, pela fonte inspiradora e saudade que deixam. A todos os meus amigos, pelo carinho, palavra amiga e por acreditarem sempre em mim.

Dedico e agradeço por todo o apoio e amor incondicional, à minha mãe, irmã, sobrinho e restante família. Ao Carlos, por todo o amor e conforto, pela paciência e força, pelo que ele é e representa para mim. Para a minha estrela, motivação maior de tudo o que sou e luto para ser.

ABREVIATURAS E SIGLAS

- ♦ ACES - Agrupamento de Centros de Saúde de Matosinhos
- ♦ ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
- ♦ CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- ♦ DGS - Direcção-Geral de Saúde
- ♦ DP - Desvio-Padrão
- ♦ EA - Evento Adverso
- ♦ EQM - Escala de Quedas de Morse
- ♦ ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto
- ♦ ICN - *International Council of Nurses*
- ♦ MS - Ministério da Saúde
- ♦ MUEQM - Manual de Utilização da Escala de Quedas de Morse
- ♦ N - Frequência Absoluta
- ♦ OE - Ordem dos Enfermeiros
- ♦ OMS- Organização Mundial de Saúde
- ♦ QeS - Qualidade em Saúde
- ♦ RFM - Restrição Física da Mobilidade
- ♦ SAPE® - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
- ♦ SC - Supervisão Clínica
- ♦ SCE - Supervisão Clínica em Enfermagem
- ♦ SNS - Serviço Nacional de Saúde
- ♦ SPSS® - *Statistical Package for Social Sciences*
- ♦ ULSM, E.P.E. - Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Entidade Pública Empresarial
- ♦ VD - Variável Dependente
- ♦ VI - Variável Independente

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1.1 Queda	26
1.1.1. <i>Queda: do Conceito à Prevenção</i>	26
1.1.2 <i>Prevenção de Quedas e Contenção Física</i>	35
1.2. A Prevenção de Quedas para a Segurança e Qualidade dos Cuidados	41
1.3. O Papel do Enfermeiro na Segurança e Qualidade dos Cuidados	45
1.4. A Supervisão Clínica em Enfermagem e a Prevenção de Quedas	48
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	57
2.1. Justificação do Estudo	57
2.2. Finalidade e Objetivos	59
2.3. Hipóteses de Investigação	61
2.4. Variáveis	62
2.5. Desenho do Estudo.....	63
2.6. Contexto do estudo.....	64
2.7. População e Amostra	66
2.8. Instrumento de Recolha de Dados	68
2.9. Tratamento de Dados	72
2.10. Questões Éticas	74
3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	77
3.1. Apresentação e Análise dos Resultados.....	78
3.1.1. <i>Caraterização Sociodemográfica dos Enfermeiros</i>	79
3.1.1.1 <i>Contenção Física de Clientes: Medidas Usualmente Adotadas pelos Enfermeiros</i>	81
3.1.2. <i>Caraterização da Amostra</i>	85
3.1.2.1 <i>Fatores de Risco de Queda da Amostra: Análise</i>	89
3.1.3. <i>Monitorização do Risco de Queda: Os Resultados</i>	92

3.1.4. <i>Cuidados de Enfermagem Prestados aos Clientes - Intervenções de Enfermagem e Risco de Queda: O Realizado, o Observado e o Adotado pelo Perito</i>	95
3.1.4.1 <i>Intervenções de Enfermagem e Risco de Queda: Correspondências</i>	99
3.1.5. <i>Da Prática aos Registos</i>	102
3.2. Discussão dos Resultados	106
3.3. Dados Relevantes da Observação Participante	125
3.4. Contributos para um Modelo de SCE	130
CONCLUSÃO	135
BIBLIOGRAFIA	141
ANEXO I: Questionário de caracterização sócio-demográfica dos enfermeiros e de medidas adotadas por estes, face à contenção física de clientes	155
ANEXO II: Questionário de Avaliação do Risco de Queda - Enfermeiro	159
ANEXO III: Grelha de Observação de Avaliação do Risco de Queda - Investigador	163
ANEXO IV: Grelha de Análise dos Registos de Enfermagem (SClínico) ..	167
ANEXO V: ‘Avaliar condição de risco de queda’ - scores	171
ANEXO VI: Autorização para a realização do estudo	173
ANEXO VII: Protocolo de Prevenção e Monitorização: Risco de Queda	175

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Variáveis do estudo	62
TABELA 2: Serviço onde os enfermeiros desempenham funções	80
TABELA 3: Medidas adotadas pelo enfermeiro, face à contenção física de clientes	82
TABELA 4: Diagnóstico segundo Grupos de Diagnóstico Homogéneo	86
TABELA 5: Distribuição da amostra pelos três serviços cirúrgicos	88
TABELA 6: Fatores de Risco	90
TABELA 7: Comparação do risco de queda em cada serviço	94
TABELA 8: Avaliação do risco de queda	94
TABELA 9: Intervenções de enfermagem: ER, IO e IA e IA	96
TABELA 10: Comparação entre IR e IA	100
TABELA 11: Comparação entre IO e IA	101
TABELA 12: Análise documental registos SClínico	103

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Caracterização demográfica da amostra segundo o género	85
GRÁFICO 2: Prestador de cuidados definido	87
GRÁFICO 3: Presença e ausência de risco de queda na admissão	88
GRÁFICO 4: Risco de queda em cada um dos serviços	93

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Procedimentos de colheita de dados	72
--	----

RESUMO

As quedas representam a primeira causa de morte por acidente nos idosos. A relevância do fenómeno cair emergiu associada aos programas de acreditação em saúde, representando um indicador da qualidade.

A Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) permite o desenvolvimento de conhecimentos e de competências, o exercício de uma prática baseada na evidência e a reflexão sobre a mesma, promovendo a qualidade e a segurança dos cuidados.

Esta dissertação, integrada no projeto C-S2AFECARE-Q, pretende ser um contributo para a implementação do modelo de SCE.

Este estudo partiu da pergunta: “Quais os aspetos a incluir no modelo de SCE de forma a promover a segurança e a qualidade dos cuidados em relação à avaliação do risco de queda?”.

Procedeu-se a uma investigação quantitativa de carácter exploratório-descritivo, de natureza transversal, com base numa amostra não probabilística, e de conveniência, constituída por 182 clientes admitidos nos serviços de Cirurgia B, Cirurgia C e Ala I da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E (ULSM, E.P.E).

Em síntese, pretendeu-se comparar os resultados da avaliação do risco de queda e dos fatores que constituem risco entre a avaliação dos enfermeiros e do investigador; comparar as intervenções propostas e realizadas pelos enfermeiros e as que seriam adotadas pelo investigador e a perceção de necessidade de contenção física; analisar a conformidade dos processos de monitorização, planificação e execução dos cuidados; propor protocolo de prevenção de queda; propor contributos para a operacionalização do modelo de SCE que potencialize as competências dos enfermeiros na prevenção de quedas.

Procedeu-se à colheita de dados em quatro momentos: questionário de caracterização sociodemográfica dos enfermeiros e de medidas adotadas por estes, face à contenção física de clientes; questionário de avaliação do

risco de queda pelo enfermeiro responsável pelo cliente; observação participante; análise documental de dados do processo clínico informático SClínico - registos de enfermagem.

Da análise efetuada, conclui-se que existe necessidade de formação no âmbito do risco de queda e de medidas de contenção física, uma vez que se detetaram inconformidades na monitorização do risco de queda, nas intervenções referidas como implementadas comparativamente à observação, à documentação realizada e às reais necessidades dos clientes.

É crucial uma tomada de atenção mais efetiva sobre os fatores de risco de queda, tendo-se constatado diferenças relevantes na avaliação do enfermeiro e do investigador. Identificou-se, também, os fatores que constituem maior risco de queda para os clientes que integram a amostra, sendo eles o *Andar com dispositivo médico*, o uso de *Medicação com atuação ao nível do sistema nervoso central* e as *Alterações visuais e auditivas*.

Na identificação dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes constatou-se que, na sua maioria, as intervenções se direcionam para a gestão do ambiente físico e avaliação do risco de queda, encontrando-se disparidades entre o que os enfermeiros referem executar e o que realizam e documentam. Contudo, verificou-se correspondências nas intervenções selecionadas, entre o enfermeiro e o investigador.

Terminamos propondo um protocolo para prevenção de quedas.

Palavras-Chave: Quedas; Enfermagem; Supervisão Clínica em Enfermagem; Qualidade dos Cuidados

ABSTRACT

Title: Assessment of the risk of fall - Contributions to the implementation of the clinical supervision in nursing

The falls are the leading cause of death by accident in the elderly. The relevance of the phenomenon fall emerged linked to the accreditation programs in health, representing an indicator of quality.

Clinical supervision in nursing (CSN) enables the development of knowledge and skills, the exercise of a based practice evidence and the reflection on it, promoting the quality and safety of care.

This dissertation, integrated in the project C-S2AFECARE-Q, is intended to be a contribution to the implementation of a model of CSN.

This study started from the question: "What are the aspects to be included in a model of CSN in order to promote the safety and quality of care in relation to the assessment of the risk of falling?".

It was conducted an exploratory-descriptive quantitative research, on the basis of a anon-probabilistic convenience sample, constituted by 182 clients admitted in the surgery wards B, C and Ala I of the Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E (ULSM, E.P.E).

In summary, it was intended to compare the results of the assessment of the risk of falling and the factors that constitute risk for the nurses and the assessment conducted by the researcher; to compare the proposals and interventions made by nurses and those that would be adopted by the researcher and the lack of need for physical restraint; to review the compliance of monitoring processes, planning and implementation of care; to propose a prevention protocol; to propose contributions in respect of a model of CSN that develop the skills of nurses in preventing falls.

The data collection was made in four moments: nurses' socio-demographic characterization questionnaire and their adopted measures for the physical restraint; questionnaire on the risk of fall assessment

conducted by the nurse responsible for the client; participant observation; documentary analysis of data from the *SClínico* clinical process (computer nursing records).

From the analysis performed, we conclude that there is a need for training under the risk of falling and of measures of physical restraint, once we spotted mismatches in the monitoring of the risk of falling, in the interventions referred to as implemented compared to observation, to documentation and to the real needs of the clients.

It is crucial to have a more effective attention on the risk factors of falling, as relevant differences were found in the evaluation of the nurse and the researcher. We also identified the factors that were most at risk of falling to clients, such as to *Walk with medical device*, the use of *Medication with performance at the level of the central nervous system* and *Visual and auditory changes*.

In the identification of nursing care provided to clients it was found that, in most cases, interventions were directed to the management of the physical environment and assessment of the risk of falling, and disparities between what nurses refer to run and the carrying out and documenting. However, there were found matches with the selected interventions, between the nurse and the researcher.

We finish proposing a protocol for prevention of falls.

Keywords: Falls; Nursing; Clinical Supervision in Nursing; Quality of Care

INTRODUÇÃO

A queda é um evento adverso, induzindo consequências físicas, psicológicas e sociais. Pode ser definida como *“um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo útil”* (Saraiva et al., 2008, p.29). A sua ocorrência pode originar diversos tipos de traumatismos com necessidade de cuidados, sendo que, quando estas ocorrem durante o internamento hospitalar, podem prolongá-lo, assim como aumentar o grau de dependência dos clientes, resultando num acréscimo de custos económicos e de recursos humanos (Almeida et al., 2010). As quedas representam a primeira causa de morte por acidente nos idosos, traduzindo-se em incapacidade e isolamento, e aumentam a comorbilidade (Baixinho e Dixe, 2014). A Organização Mundial de Saúde (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2012) refere que as quedas são a segunda principal causa de morte devido a lesões acidentais ou não intencionais em todo o mundo, enunciando que mundialmente morrem cerca de 424 000 pessoas e cerca de 37,3 milhões de quedas/ano necessitam de cuidados médicos. Segundo Haines et al. (2012) o número de quedas em ambiente hospitalar varia entre três e 20 quedas por dia a cada 1000 clientes internados.

No ano de 2008, em Portugal, verificou-se que as quedas provocaram 74,8% dos mecanismos de lesão mais identificados a nível hospitalar (Lamas, 2012).

De acordo com Gillespie e Handoll (2009) através de uma revisão sistemática da literatura, aproximadamente 30% das pessoas com idade superior a 65 anos cai a cada ano na comunidade, sendo que a nível institucional este valor é bem mais elevado. Em Portugal, no âmbito do projeto EVITA (Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes - INSA), Contreiras e Rodrigues (2014), verificaram que 68,7% dos acidentes domésticos e de lazer correspondem a quedas. Do mesmo modo, no âmbito do projeto ADELIA (Acidentes Domésticos e Lazer - Informação Adequada) desenvolvido pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2006-2008), concluiu-se que a queda foi o mecanismo de lesão mais reportado em 2006 com 67%, em 2007 com 70,9% e em 2008 com 74,2% das notificações, sendo que nos hospitais correspondem ao evento adverso mais declarado (Rabiais et al., 2011).

O progresso clínico e organizacional tem incrementado a capacidade e qualidade do desempenho dos profissionais de saúde, mas também as expectativas dos clientes (Prisco e Biscaia, 2001). Surgiu no nosso País o conceito de qualidade e segurança dos cuidados, associado a programas de acreditação em saúde. Daqui resultou a relevância do fenómeno 'Cair' e da sua prevenção, uma vez que representam um indicador de qualidade assistencial, dado o seu impacto na qualidade de vida das pessoas (Lamas, 2012). As instituições hospitalares da região Norte e Centro iniciaram assim estudos de incidência e prevalência de quedas, pretendendo desenvolver programas de prevenção e sistemas de notificação de risco (Lamas, 2012; Barbosa, 2013).

Neste contexto, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 do Ministério da Saúde (MS), no Despacho n.º 5613/2015 publicado em Diário da República 2ª série, nº 102 de 27 de maio de 2015 (p. 13551) define a Qualidade em Saúde (QeS) como a *“prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão.”*

O enfermeiro, no seu exercício profissional, visa a excelência e a qualidade dos cuidados, dirigindo as suas intervenções para a prevenção de eventos adversos (EA), como por exemplo as quedas (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2001; Barbosa, 2013). Por conseguinte, as estratégias de prevenção focalizadas na educação, na formação e na criação de ambientes mais seguros são fundamentais. O mesmo sucede para a necessidade de desenvolver investigações e mensurações nesta área, desenvolvendo políticas eficazes para diminuir o risco de queda (OMS, 2012).

A intervenção dos enfermeiros na segurança dos clientes é reconhecida pela OMS (2003), orientando os mesmos para o desenvolvimento de uma atitude preventiva, para a gestão dos riscos potenciais e para a adoção de medidas de precaução, regularizando e comunicando a informação aos profissionais de saúde sobre a potencialidade de um risco. Neste sentido, os enfermeiros devem utilizar instrumentos de avaliação do risco de queda, identificar os fatores de risco e implementar medidas baseadas na melhor evidência científica (Lamas, 2012). Outro fator a ter em consideração é a necessidade de desmistificação da ocorrência de queda como um erro dos enfermeiros, apelando para a compreensão de que este é um indicador multifatorial da qualidade dos cuidados, pelo que a ocorrência de uma queda não deverá ser subestimada a todos os níveis (Almeida et al., 2010).

De acordo com o que foi anteriormente referido, surge a relevância da SCE enquanto “(...) processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica” (OE, 2010, p.5). O mesmo é referido por outros autores que acrescentam que o enfermeiro é o responsável por garantir a qualidade e segurança dos cuidados, até mesmo nas situações clínicas mais complexas (LoËnnqvist, 1983; Hawkins e Shohet, 1996; Bond e Holland, 1998 cit. por Hyrkäs et al., 2001).

A SCE adquire ainda um papel de normalização da prática ao otimizar os conhecimentos e capacidades dos elementos envolvidos no processo supervisivo. Desta forma, a Supervisão Clínica (SC) é o cerne para a

melhoria dos padrões clínicos e da qualidade dos cuidados (Butterworth e Woods, 1999), sendo uma condição indispensável para a prestação de cuidados de excelência (Edwards et al., 2006).

A implementação de medidas que promovam a qualidade e segurança dos cuidados, na área do foco de atenção 'Cair', prevê a execução de um plano de prevenção de quedas que antevê um envolvimento e comprometimento efetivo de toda a equipa de enfermagem. A SCE pode assim ser a base promissora para o incremento da qualidade e da segurança dos cuidados prestados tendo, como objetivo máximo, resultados benéficos para os clientes, assim como, para os profissionais.

Este estudo, integrado no projeto "Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados (C-S2AFECARE-Q)", incorpora a problemática da avaliação do risco de queda em contexto hospitalar e a sua prevenção. O projeto C-S2AFECARE-Q consiste num "(...) *processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte aos profissionais (...), com vista à satisfação profissional, à segurança dos clientes e à qualidade dos cuidados de enfermagem (...)*" (Rocha, 2014, p. 106). Este projeto, assente numa parceria institucional entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e a ULSM, E.P.E., tem como objetivo a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados através da promoção de uma cultura de SC de pares. Permite compreender, no contexto da prática clínica, os efeitos da SC, perspetivar o processo de operacionalização e o impacto da implementação de um modelo de SCE.

Tendo por base esta exposição encarou-se que a pertinência de abordar e estudar esta temática poderá oferecer contributos para a operacionalização do modelo de SCE, cujo objetivo é potencializar as competências dos enfermeiros na prevenção de quedas e garantir a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem. Dados estes pressupostos, a investigação desenvolvida pretende dar resposta à seguinte questão de partida: "Quais os aspetos a incluir no modelo de SCE de forma a promover a segurança e a qualidade dos cuidados em relação à avaliação do risco de queda?".

Face ao exposto, os objetivos deste estudo foram:

- avaliar o risco de queda dos clientes internados, identificado pelo enfermeiro, no serviço de Cirurgia B, Cirurgia C e Ala I da ULSM, E.P.E.;
- comparar o risco de queda dos clientes internados no serviço de Cirurgia B, Cirurgia C e Ala I da ULSM, E.P.E.;
- comparar o risco de queda dos clientes internados no serviço de Cirurgia B, Cirurgia C e Ala I, diagnosticado pelo enfermeiro e pelo investigador no momento da observação do cliente;
- comparar o risco de queda dos clientes no momento de admissão no serviço de Cirurgia B, Cirurgia C e Ala I, registado pelo enfermeiro e analisado pelo investigador;
- comparar a avaliação do enfermeiro e do investigador relativamente a fatores de risco de queda;
- identificar os fatores que constituem maior risco de queda;
- identificar os cuidados de enfermagem prestados aos clientes internados no serviço de Cirurgia B, Cirurgia C e Ala I da ULSM, E.P.E. para o risco de queda;
- estabelecer correspondências entre as intervenções que o enfermeiro afirma realizar e as intervenções que o investigador adotaria face ao risco de queda;
- estabelecer correspondências entre as intervenções que o investigador observou e as intervenções que o investigador adotaria face ao risco de queda;
- identificar as intervenções usualmente adotadas pelos enfermeiros face à contenção física dos clientes;
- comparar a perceção do enfermeiro e do investigador face à necessidade de contenção física dos clientes;
- analisar a conformidade dos processos de monitorização, planificação e execução dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes internados no serviço de Cirurgia B, Cirurgia C e Ala I da ULSM, E.P.E. para o risco de queda;

- propor um protocolo de prevenção de queda de clientes em ambiente hospitalar;
- propor contributos para a operacionalização do modelo de SCE que potencialize as competências dos enfermeiros na prevenção de quedas.

A investigação situa-se no paradigma de investigação quantitativo de carácter exploratório-descritivo, de natureza transversal, com base numa amostra não probabilística e de conveniência constituída por cento e oitenta e dois clientes.

Procedeu-se à colheita de dados empregando procedimentos que foram realizados no mesmo dia e preferencialmente no mesmo turno: preenchimento de um questionário de caracterização sociodemográfica dos enfermeiros e de medidas adotadas por estes, face à contenção física de clientes; preenchimento de um questionário de avaliação do risco de queda pelo enfermeiro responsável pelo cliente; observação participante com colheita de dados recorrendo a uma grelha de observação; colheita e análise documental de dados do processo clínico informático SClínico - registos de enfermagem. Após a colheita de dados realizou-se o tratamento dos mesmos recorrendo-se à análise estatística para este efeito.

A eleição da problemática para esta investigação surgiu de uma pesquisa bibliográfica que se apresentou abrangente, face aos conceitos de queda, risco de queda, SC, qualidade e segurança dos cuidados. No entanto, revelou-se escassa quanto a uma variada evidência científica que demonstrasse relações entre o risco de queda e SCE, ou mesmo contributos da SC para a prevenção de quedas em ambiente hospitalar, sendo que este é considerado um indicador da qualidade e segurança dos cuidados. Pretende-se, deste modo, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, retirando contributos para a operacionalização do modelo de SCE que potencialize as competências dos enfermeiros nestas áreas, capacitando-os da sua participação ativa no processo, reforçando a importância do seu papel de forma a otimizar o seu exercício profissional.

Para a concretização e fundamentação desta dissertação foi fundamental recorrer a pesquisas bibliográficas, como obras e trabalhos de

investigação, assim como pesquisa *online* em bases de dados creditadas (*Nursing Reference Center*, Repositório da Universidade do Porto, *PubMed*, *Scielo*, *B-On*, *Elsevier*, *BMC Nursing*, *Cinahl*), no motor de busca Google Académico e em livros publicados sobre a temática da SCE, assim como em dissertações de mestrado e teses de doutoramento. Os descritores utilizados foram: “Quedas, Enfermagem, Supervisão Clínica em Enfermagem e Qualidade dos Cuidados”, selecionando-se a opção *full text*, no período de 2005 a 2015. A literatura publicada antes de 2005 apenas foi incluída quando contribuiu para a discussão da evidência mais recente.

Procurando uma apresentação lógica e organizada deste trabalho, assente numa metodologia descritiva, baseado numa análise crítico-reflexiva, considerou-se a sua organização em quatro grandes capítulos. O primeiro capítulo aborda o enquadramento teórico do tema estudado, apresentando uma revisão da literatura existente sobre o tema quedas, contenção física, qualidade e segurança dos cuidados e prevenção de quedas, o papel do enfermeiro na dinâmica dos temas abordados e SCE.

No segundo capítulo encontra-se o enquadramento metodológico, apresentando-se o conjunto dos meios e atividades inerentes, de forma a operacionalizar a conceção da investigação.

No terceiro capítulo expõe-se os resultados obtidos, a análise e a respetiva discussão dos mesmos. Apresentam-se contributos, fruto da análise da observação participante, que emergiram de uma reflexão não avaliativa do contexto em estudo. Apresenta-se também a proposta de protocolo de prevenção de quedas, para os serviços de cirurgia da ULSM, E.P.E., e contributos para o modelo de SCE. No último capítulo apresenta-se a conclusão onde se dá relevo aos aspetos mais significativos da investigação, às limitações e sugestões para futuras investigações.

Os resultados obtidos neste estudo traduzem um contributo para a operacionalização do modelo de SCE, que apoia os enfermeiros na construção de um plano de prevenção de quedas e a sua integração na prática clínica. Este modelo deverá permitir desenvolver cuidados de enfermagem com maior qualidade e segurança, com resultados favoráveis

para a saúde dos clientes. Ambiciona-se, também, estimular a reflexão crítica, fomentando a prática baseada na evidência, contribuindo para a adoção de estratégias de atuação e prevenção de quedas, que se repercutirão na qualidade e segurança dos cuidados.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A queda em contexto hospitalar é o evento acidental mais reportado e, por representar um indicador de qualidade, adquiriu uma maior relevância, estando associada aos programas de acreditação em saúde.

A exigência crescente e a evolução nos serviços de saúde originam pressões para se fazer mais com menos recursos. Acresce que as questões da qualidade estão na ordem do dia e são transversais ao nosso quotidiano. A QeS, um aspeto incontornável das atuais políticas de saúde, tem um impacto muito forte nas atividades desenvolvidas pelos profissionais, pelos resultados obtidos e pelos recursos utilizados. Esta corresponde ao grau de desenvolvimento da prestação de cuidados de saúde, quer aos indivíduos, quer à comunidade, bem como, ao tipo de metas definidas tendo em conta os conhecimentos científicos atuais.

A SCE surge em Portugal associada à formação profissional, aos programas de acreditação da qualidade, ao acompanhamento das práticas clínicas e às preocupações com as condições de exercício e saúde dos profissionais (Pinho, 2012). Neste sentido, a SC é uma das dimensões relevantes dos processos da qualidade e da acreditação, tendo em conta os ganhos que proporciona a nível assistencial. Mais do que promover e desenvolver a qualidade dos serviços de saúde, verifica-se a possibilidade de lhe dar sustentabilidade através de programas de melhoria contínua de qualidade (Abreu, 2007).

Neste capítulo, resultante da revisão da literatura, abordar-se-ão os aspetos relacionados com as quedas, com a qualidade e segurança dos cuidados, focando o tema da contenção física de clientes e valorizando o enfermeiro enquanto agente potenciador para a SCE, destacando-se aspetos relacionados com o papel da SCE na prática profissional de enfermagem, que se traduzem na prestação de cuidados de saúde seguros e com qualidade. É também intenção realçar a relação entre a SCE, a segurança e qualidade dos cuidados com o risco de queda.

1.1 Queda

De acordo com estudos realizados, a dinâmica do crescimento da população residente em Portugal, nas duas últimas décadas, tem sido caracterizada pela diminuição do saldo natural, inversão da tendência dos saldos migratórios e pelo agravamento do envelhecimento demográfico (Carrilho, 2010).

Face ao exposto, e a par da melhoria dos processos terapêuticos e das condições socioeconómicas das populações, observa-se um aumento exponencial de pessoas idosas com doenças crónicas, e, conseqüentemente, em situação de dependência (Petronilho, 2009).

De acordo com os dados do sistema nacional de notificação de incidentes, em Portugal, 21% do total dos incidentes notificados, são relacionados com quedas (MS, 2015).

1.1.1. Queda: do Conceito à Prevenção

A prevenção de quedas constitui um desafio na atualidade, dado o aumento do número de idosos, o maior envolvimento dos clientes nos

cuidados que lhe são prestados, a diminuição da dotação de enfermeiros e um ambiente inadequado para a execução de cuidados por parte dos prestadores de cuidados (Hendrich, 2006). Neste contexto, considera-se de especial relevo, abordar o fenómeno queda pela incidência e prevalência nos cuidados de saúde.

Para Morse (2009), uma queda define-se como um evento em que o cliente cai involuntariamente no chão ou noutra superfície mais baixa. Na versão 2.0 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o conceito de queda surge como foco *“Cair: descida de um corpo de um nível superior para um nível mais inferior, devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical”* (International Council of Nurses [ICN], 2011, p.42).

Num estudo descritivo quantitativo com o objetivo de determinar a taxa de prevalência, incidência e características de episódios de queda em idosos institucionalizados, numa instituição de longa permanência na região de Lisboa e Vale do Tejo, Baixinho e Dixe (2014) constataram que dos 123 episódios de quedas identificados de 99 idosos, 40,9% sofreu pelo menos uma queda, sendo que desses, 23 sofreram duas ou mais quedas. Concluiu-se também que caem mais mulheres (Sivan et al., 2010; Ávila, 2012; Lopes, 2015), e pessoas com mais idade, principalmente no período da noite e no quarto, quando se levantam (Johnson et al., 2011). Importa ressaltar que em alguns estudos (Rabaias et al., 2011; Lamas, 2012;) as diferenças entre os sexos não foram significativas. Correa et al. (2012), num estudo descritivo, identificaram aspetos relevantes para a compreensão da ocorrência de quedas, referindo que o índice de quedas foi mais elevado em unidades de internamento clínico, neurologia e oncologia, locais onde os clientes apresentaram um maior tempo de internamento, com patologia complexa e com uma idade mais avançada. Os mesmos autores (p.72) citam Hitcho et al. (2004) para justificar esta ideia *“Características da complexidade dos pacientes, das circunstâncias e das atividades desenvolvidas podem contribuir para a ocorrência de quedas”*.

No estudo de Correa et al. (2012) verificou-se que as quedas foram principalmente da própria altura (56,3%) e em 58,8% dos casos, o cliente estava acompanhado. Os fatores de risco associados foram o uso de terapêutica que altera o sistema nervoso central, idade superior a 60 anos e dificuldades na marcha. Mais recentemente, nos estudos de Lopes (2015) e Lamas (2012) corroborou-se que a idade é um fator relevante no risco de queda, devendo ser alvo de atenção dos profissionais de saúde.

Tendo em conta a etiologia das quedas, Morse (2009) classificou-as como:

- ♦ Quedas acidentais - representam cerca de 14% do total de ocorrências e decorrem geralmente de fatores externos ao cliente, não sendo por isso possível a sua previsão. Os fatores ambientais são quase sempre a origem do acidente (por exemplo: quedas provocadas por derrame de água ou urina no chão);
- ♦ Quedas fisiológicas não antecipáveis - com origem em causas fisiológicas inesperadas não podendo ser previstas antes da ocorrência (por exemplo: quedas decorrentes de síncope, hipotensão, convulsões, entre outras). Estima-se que representem cerca de 8% de todas as quedas.
- ♦ Quedas fisiológicas antecipáveis - ocorrem em clientes com alterações fisiológicas e com risco de queda identificado pela Escala de Quedas de Morse (EQM). São as mais frequentes, representando cerca de 78% do total de quedas. Segundo a autora, a prevenção deve centrar-se neste tipo de quedas, identificando os fatores de risco e implementando medidas protetoras.

No que refere aos fatores de risco para as quedas, a *National Patient Safety Agency* (2007) aponta que os mais concorrentes são a mobilidade (astenia, desequilíbrio na marcha, deficiências motoras), o estado mental (confusão mental, desorientação, depressão, défices cognitivos), as necessidades fisiológicas (incontinência ou recorrer frequentemente ao quarto de banho), as histórias de quedas (as quedas surgem em cerca de 16 a 52% dos clientes que já tiveram quedas), a medicação que atua a nível do sistema nervoso central e a nível cardiovascular e a idade (clientes com

idade superior a 60 anos têm maior risco de queda, sendo significativamente superior em clientes com mais de 80 anos) (Rubenstein, 2006). Os fatores de risco podem ainda ser agrupados e classificados em intrínsecos e extrínsecos (Santos et al., 2003 e Saraiva et al., 2008). Em termos de fatores intrínsecos, estes estão diretamente relacionados com o próprio cliente e incluem as alterações fisiológicas relacionadas com o envelhecimento (diminuição da força muscular e deformidades ósseas, distúrbios vestibulares e propriocetivos, diminuição dos reflexos posturais e da capacidade funcional, marcha senil, alteração do sono com sonolência diurna e insónia noturna), as doenças associadas (doenças cardiovasculares, neurológicas, endócrino-metabólicas, osteo-articulares, pulmonares e geniturinárias) e os efeitos causados pelo uso de terapêutica (diuréticos e outros anti-hipertensores, psicofármacos e anti-parkinsonianos podem propiciar quedas uma vez que diminuem as funções motoras; os bloqueadores de canais de cálcio, benzodiazepinas e vasodilatadores aumentam risco de queda devido às suas propriedades sedativas e bloqueio alfa-adrenérgico que levam a alterações psicomotoras e hipotensão postural) (Coutinho e Silva, 2002; Santos et al., 2003; Saraiva et al., 2008; Woolcott et al., 2009). No estudo de Cunha (2013), no hospital de Braga, a investigadora concluiu que 79,2% das quedas reportadas estavam associadas a fatores do próprio cliente, como a idade, patologias associadas e alterações fisiológicas. Outros exemplos relevantes na ocorrência de quedas incluem fraqueza muscular, marcha instável e diminuição da acuidade visual (Kearns et al., 2012).

Acrescenta-se ainda a realização de atividades de autocuidado sem a supervisão de enfermeiros, comportamentos desadequados dos clientes e comportamentos de enfermagem (adequação do ensino ao cliente, supervisão do cliente e a utilização de equipamentos adaptativos para mobilizar o cliente) como exemplos importantes para a ocorrência de quedas (Sivan et al., 2010; Johnson et al., 2011).

Por outro lado, os fatores extrínsecos dependem de circunstâncias sociais e ambientais que incluem a iluminação inadequada, as superfícies

escorregadias, os tapetes soltos ou com dobras, os degraus altos ou estreitos, os obstáculos no caminho, a ausência de barras de apoio nos corredores e no quarto de banho, o calçado inadequado, as roupas largas e compridas, o mobiliário inadequado, a ausência de tapetes de segurança nas casas-de-banho e as ajudas técnicas em mau estado de conservação ou utilizadas inadequadamente (Santos et al., 2003; RNAO, 2005; Saraiva et al., 2008). Conclui-se assim que a intervenção de enfermagem deverá contemplar a implementação de medidas de prevenção da queda, controlando os fatores intrínsecos e eliminando fatores extrínsecos, ressaltando que nem todos os fatores de risco são passíveis de serem modificados ou eliminados.

De acordo com Baixinho e Dixe (2014), em 51,2% dos casos as quedas apresentaram consequências, sendo as mais frequentemente descritas, escoriações e hematomas. Segundo os mesmos autores, também podem incluir fratura, medo de cair, ansiedade, depressão e perda de confiança, conduzindo a uma maior incapacidade, dependência e isolamento. No que se refere às condutas após o evento, dominaram a observação, a avaliação médica, os exames auxiliares de diagnóstico, a avaliação médica especializada e a administração de terapêutica (Correa et al., 2012).

Quedas em clientes internados estão também associadas ao aumento da duração de internamento hospitalar, uma maior hipótese de readmissões hospitalares e institucionalização dos clientes, em lares, por exemplo. O acumular de quedas e de lesões decorrentes destas, num panorama com aumento exponencial de idosos, representa um risco aumentado de epidemia e de gastos dos recursos de saúde (Baixinho e Dixe, 2014).

Quer para o idoso, quer para a família, como para o país, as consequências e custos de uma queda são relevantes, pois traduzem-se num aumento de procura de cuidados de saúde, anos de vida perdidos, aumento de dependência que acarreta riscos de manifestação de outras complicações subjacentes, como as úlceras de pressão e outros efeitos da imobilidade. Estes factos, para além de condicionarem a qualidade de vida,

propiciam o risco de novas quedas, devido a alterações de equilíbrio, força muscular e alterações cognitivas (Almeida et al., 2010; Barbosa, 2013).

Neste seguimento, Correa et al. (2012), referem também que as quedas provocam inúmeros danos, como por exemplo comprometimento da recuperação, casos de ansiedade da equipa assistencial, perda de confiança na instituição, prejuízo da imagem institucional e processos legais. Realça-se que estes eventos podem acarretar prejuízos que, muitas vezes, não são traduzíveis em números. Nas equipas de saúde pode haver uma sensação de que algo deveria ter sido feito para evitar a queda e que alguém é responsável (Oliver et al., 2004).

Correa et al. (2012), no seu estudo descritivo em que objetivaram apresentar os resultados de um protocolo de gestão de quedas num hospital privado na cidade de São Paulo (Brasil), verificaram que o índice de variabilidade mensal apresentou diminuições subsequentes à implementação das intervenções, e elevações após ações de gestão e de treino. As ações efetuadas basearam-se no índice de quedas e na caracterização dos eventos, o que possibilitou redirecionar intervenções voltadas para os clientes com maior predisposição para cair e reforço de ações educacionais. Verificaram também que o índice de quedas apresentou grande variabilidade mensal, diminuindo com a implementação de intervenções no âmbito da prevenção de quedas, traduzindo-se estas ações como efetivas. Os autores advertem que não se deve proceder a comparações entre instituições, uma vez que os dados obtidos serão congruentes apenas com o contexto no qual foram auferidos, pois refletem as estruturas e processos da qualidade dos cuidados (Correa et al., 2012).

Na literatura são referidos diversos tipos de programas de intervenção com eficácia comprovada na prevenção de quedas. A reabilitação, de forma a minimizar a dependência física a longo prazo dos idosos, requer que a equipa multiprofissional tenha como objetivo reduzir a dependência dos clientes e promover a sua autonomia durante a recuperação da doença aguda. A queda é uma consequência indesejável mas, provavelmente, inevitável em clientes que estão numa fase de recuperação após episódios

de doença aguda. Neste âmbito, podem ser adotadas medidas simples para reduzir a incidência de quedas sem necessidade de restrição física, sedação, supervisão excessiva ou outras medidas que ponham em causa a dignidade e a independência dos clientes (Correa et al., 2012). Programas de exercício físico efetivo, por enfermeiros especialmente habilitados, reduziram em 30% as quedas em idosos, como puderam constatar Robertson et al. (2001) e Oliver et al. (2004).

Outras intervenções para a prevenção de quedas em idosos são apontadas, destacando-se a evidência relatada no ensaio clínico randomizado de Cameron et al. (2012) que, para além de relatarem os benefícios do exercício físico, acrescentam o uso de suplementos de vitamina D como efetivos na redução das taxas de queda. O mesmo foi validado por Shimada et al. (2009) e Johnson et al. (2011) nos seus estudos.

Segundo os estudos de Shimada et al. (2009), um programa de intervenção multifatorial baseia-se em intervenções de enfermagem realizadas na prática clínica diária. Os autores referem também que, um dos motivos que poderá influenciar a taxa de incidência de quedas, é a dotação de enfermeiros, referindo que é essencial uma dotação adequada às necessidades dos clientes, de forma a prevenir quedas e a prestar cuidados de qualidade. Outro estudo de intervenção multifatorial é referido por Von Renteln-Kruse e Krause (2007) e Sivan et al. (2010). Nestes estudos foi adotado um programa de intervenção que combina exercícios de equilíbrio, força e resistência adequados às necessidades dos clientes, gestão do ambiente, gestão da medicação e a utilização adequada de óculos para corrigir défices de visão.

As intervenções/programas de prevenção de quedas referidos anteriormente foram eficazes, não só em contexto hospitalar, mas também ao nível comunitário (Sivan et al., 2010), verificando-se uma diminuição da taxa de incidência de quedas em cerca de 19% após um programa de intervenção multifatorial (Von Renteln-Kruse e Krause, 2007).

O National Health Services (National Health Services [NHS], 2007) e Correa et al. (2012) apontam que os protocolos se constituem como

ferramentas que contribuem para a sistematização da prática de enfermagem, favorecendo a melhoria processual na procura pela excelência dos cuidados. Estes protocolos recomendam medidas preventivas, de modo a diminuir a probabilidade da ocorrência e gravidade das quedas, auxiliando a racionalização de recursos e redução de custos.

No estudo de Correa et al. (2012), após a implementação de um protocolo institucional, de ações administrativas ou educacionais, verificou-se que ocorreu uma diminuição do índice de quedas. A revisão sistemática efetuada por Chang et al., 2004 (cit. por Dempsey, 2008) constatou que a intervenção mais eficaz na prevenção de quedas é a correta avaliação do risco de queda e a aplicação de programas de gestão de prevenção das mesmas. Neste sentido, os enfermeiros desempenham um papel essencial na identificação dos indivíduos com risco de queda, e conseqüente implementação de intervenções de enfermagem ajustadas à situação (Barbosa, 2013), baseando a prática na evidência e na formação contínua (Almeida et al., 2010).

A evidência refere que existem ganhos em saúde através da avaliação e prevenção de quedas, dos fatores associados, da implementação de intervenções, da prática baseada na evidência, da investigação, da formação dos profissionais e da criação de guias de boas práticas/*guidelines* (Almeida et al., 2010).

A taxa de incidência de quedas em contexto hospitalar é um indicador da qualidade dos cuidados, e o risco de queda um diagnóstico de enfermagem, ao qual está subjacente a avaliação efetuada através de uma escala. Para Oliver et al. (2004) a prevenção de risco de queda pode exigir a utilização de ferramentas (escalas) de avaliação de risco validadas ou, alternativamente, a atenção voltada para fatores de risco comuns em todos os clientes. A utilização de escalas é fundamental pois auxilia na tomada de decisão, ajusta as intervenções de enfermagem a cada cliente, planeia os cuidados e a transmissão de informações entre profissionais de saúde (Cruz et al., 2014). Segundo estes autores, a intervenção mais efetiva na prevenção de quedas é a sua avaliação precoce através de uma escala e a

implementação de um modelo multifatorial de gestão deste risco de queda. Surge assim a necessidade da utilização de escalas de avaliação do risco de queda (Cruz et al., 2014).

As escalas de avaliação de risco de queda conferem valores numéricos a fatores de risco que, quando somados, atribuem um baixo, médio ou elevado risco de cair (Morse, 2009). Costa-Dias et al. (2014) apontando um relatório elaborado pela Inspeção Geral das Atividades em Saúde sobre quedas em hospitais de Soares e Almeida (2008), referem que a EQM constitui-se a escala mais empregada em hospitais portugueses e de uso recomendado pela Direção Geral de Saúde (DGS), apesar de a sua utilização não ter sido validada para a população portuguesa. Deste modo, foi intenção dos autores acima citados avaliar a reprodutibilidade da EQM e validar a mesma, para que a avaliação do risco de queda seja realizada de uma forma segura e adequada à realidade portuguesa.

Na realização da primeira parte do projeto C-S2AFECARE-Q, que decorreu no Centro Hospitalar do Médio Ave - Unidade de Santo Tirso, no estudo de Lamas (2012) sobre o risco de queda, em que a autora procurou obter contributos para um modelo de SCE, detetou-se uma não conformidade entre a implementação do protocolo de quedas e a avaliação do risco de queda segundo a EQM (Cruz et al., 2014). No contexto deste estudo foi identificada a necessidade e a dificuldade na avaliação do risco de queda, através da aplicação da EQM (Lamas, 2012; Barbosa, 2013). Neste sentido, foi realizado um estudo desenvolvido por Barbosa (2013), o qual procedeu à elaboração de um Manual de Utilização da Escala de Quedas de Morse (MUEQM), visando a melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados de enfermagem (Barbosa, 2013).

As escalas são instrumentos que permitem identificar os fatores ambientais, sociais e individuais que constituem risco para a saúde do cliente. Através desta deteção é possível ajustar as intervenções de enfermagem aos perigos detetados e, por conseguinte, evitar quedas, ao limitar os perigos potenciais. A avaliação do risco de queda permite identificar a possibilidade deste EA ocorrer (Barbosa, 2013).

1.1.2 Prevenção de Quedas e Contenção Física

A contenção física, a qual também denominada na literatura por restrição física da mobilidade (RFM) de clientes em meio hospitalar, persiste em ser uma prática comum. Na prática diária, o uso de técnicas de contenção é comum para prevenir quedas, para evitar a exteriorização de dispositivos médicos e salvaguardar a segurança dos clientes e de quem os rodeia. Contudo, e apesar da contenção física de clientes minimizar alguns riscos, a sua adoção pode conduzir a outros, ou seja, a EA.

Hamers e Huizing (2005) e Demir (2007), nos seus estudos definem contenção física como qualquer restrição à liberdade de movimento da pessoa. A Joint Commission International (JCI, 2009) define-a como um qualquer método manual, dispositivo físico ou mecânico, material ou equipamento que imobiliza ou reduz a capacidade do cliente para mover livremente os braços, pernas, corpo ou cabeça.

Marques (2012) refere que o recurso à contenção física de clientes é frequente nas unidades de cuidados de clientes agudos, assim como de cuidados continuados, sendo estas medidas utilizadas constantemente com a finalidade de prevenir danos e proteger os clientes.

Estudos realizados sobre a contenção física de clientes indicam que, as taxas de prevalência situam-se entre 7,4% e 17% nos serviços hospitalares de internamento, e 3,4% a 21% dos clientes encontram-se em fase aguda da doença (Costa, 2013). Em Portugal, apesar de na atualidade a investigação deste tema assumir particular importância, apenas foi encontrado um estudo realizado num hospital central (Faria et al., 2012) que teve como população um universo de 552 clientes internados em vários serviços dessa mesma instituição hospitalar; desse universo foi constituída uma amostra de 110 clientes sujeitos a contenção física (19,9%).

Após pesquisa bibliográfica conclui-se que Portugal, quando comparado com outros países, não tem investido na investigação nesta área, assumindo-se quase como desconhecida a realidade portuguesa, o que nos constrange em termos de pesquisa e comparação. Assim, o estudo português, referido anteriormente, ao caracterizar o tema, atribui-lhe uma representatividade de 19,9%, o que o converte como consensual relativamente com outros estudos internacionais nesta área, apesar da distância temporal e das diferentes culturas envolventes. Posto isto, os resultados conseguidos no estudo português permitem depreender que a contenção física é uma prática comum em Portugal.

A contenção física de clientes revela-se sempre preocupante e assume-se com um tema discordante na prática de enfermagem. *“As questões éticas e os possíveis efeitos indesejáveis, que muitas vezes são coincidentes com o que se pretende evitar, têm-se traduzido em numerosas campanhas e políticas de redução de medidas de RFM.”* (Costa, 2013, p.11), deparando-se os enfermeiros com o dilema de manter a segurança dos clientes que têm a seu cargo ou gerir os riscos associados a medidas de contenção física (Costa, 2013).

A DGS na circular normativa N.º: 08/DSPSM/DSPCS de 25/05/07 (p.2) define contenção física como *“a restrição dos movimentos da pessoa doente, em situações de agitação psicomotora, confusão mental ou agressividade / violência em relação a si próprio e / ou a outros”*. Deste modo, a contenção começa com a restrição de movimentos num determinado espaço - contenção ambiental, conduzindo a pessoa para um espaço isolado, sem exposição a outros, que não profissionais de saúde envolvidos (OE, 2006). Devem, numa primeira abordagem, ser implementadas medidas como a contenção ambiental e técnicas comunicacionais, permitindo que o cliente exprima sentimentos e emoções, com o propósito de estabelecer uma interação entre enfermeiro e cliente, dando espaço ao cliente para libertar a tensão vivida e se consciencializar com a situação (DGS, circular normativa n.º 08/DSPSM/DSPCS, 2007; OE, parecer n.º 226, 2009). As mesmas fontes referem que a adoção de medidas

de contenção física deve ser a última opção de abordagem e só depois de garantir que todas as outras medidas não se revelam produtivas. Salvaguarda-se também na orientação da DGS (021/2011) que o consentimento informado deverá ser pedido ao cliente, desde que este se encontre com as condições necessárias para tal, ou então, ao seu representante legal, caso seja possível.

Se o enfermeiro, em interação com o cliente, se apercebe de um ato verbal ou comportamental como agressivo, elabora um juízo clínico com base na avaliação realizada (CIPE, 2009; OE, parecer nº 226, 2009). A avaliação clínica do comportamento do cliente possibilita decidir se este comportamento é consumado como catarse ou libertador (tendo em conta que muitas vezes é sob esta forma que o cliente se protege de perigos e sofrimentos), ou se estas condutas são hostis ou destrutivas para o próprio ou para outros, sendo inevitável recorrer a medidas de contenção (OE, parecer nº 226, 2009).

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, os enunciados descritivos remetem para a promoção da saúde e prevenção de complicações, sendo imperioso que o enfermeiro identifique os problemas potenciais do cliente e que no uso das competências de enfermagem e tendo em conta o seu mandato social, prescreva, implemente e avalie intervenções de forma a impedir distúrbios ou minimizar os efeitos indesejáveis destes.

A orientação nº 021 de 2011 da DGS refere que medidas de contenção física devem ser realizadas sob prescrição médica e que o seu registo deve constar no processo clínico do cliente. Contudo, em situações de urgência, os enfermeiros podem proceder à contenção física, estando esta atuação de acordo com a orientação acima referida, com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e com o Código Deontológico do Enfermeiro, devendo estas medidas ser comunicadas ao médico logo que possível, para que este avalie a situação clínica do cliente.

Os motivos e causas que conduzem a adoção de medidas de contenção física auxiliam na compreensão deste fenómeno. Hamers e Huizing (2005)

afirmam que a motivação para a adoção de certas medidas de contenção está relacionada com a prevenção de quedas, tendo por base os estudos de Werner (2002), Capezuti (2004) e Hamers (2004). Na opinião dos enfermeiros que participaram nesses estudos, e de acordo com os autores, o risco de queda é de facto um fator determinante para imobilizar clientes. Assumem também que a proteção de dispositivos médicos é igualmente uma razão importante para o uso de restrições da mobilidade. Marques (2012) cita Karlsson (2000) que atribui o uso de dispositivos de restrição ao receio sentido pelos enfermeiros com medidas de segurança dos clientes e também à urgência de controlo de comportamentos desadequados.

Costa (2013), no seu estudo quantitativo onde estudou os EA resultantes de contenção física de clientes mais sensíveis à prática de enfermagem de reabilitação, referencia Marques (2012), justificando o uso de medidas de restrição física devido a *“(...) um inadequado número de enfermeiros, que se traduz em falta de tempo para o desenvolvimento de todas as atividades. Esta foi também uma questão abordada e assumida pela DGS”* (Costa, 2013, p. 20). A mesma autora, na continuação do seu raciocínio, afirma ainda que *“Os doentes com estas características têm necessidade de uma vigilância mais apertada, logo há necessidade de um maior número de profissionais, daí a resistência de alguns profissionais na redução destas medidas”*.

Pela análise de alguns estudos conclui-se que os profissionais de saúde justificam frequentemente o uso de medidas de restrição, tendo como foco o cliente, para controlo comportamental, de agitação e agressividade, tendo como objetivo último manter a segurança dos mesmos. Contudo, sabemos pela prática clínica, e tal como confirma a DGS (2007) em circular normativa e Costa (2013, p. 20) que *“(...) tal como observado em muitos lares ou hospitais, as limitações físicas podem também ser usadas por conveniência dos técnicos de saúde (...)”* com o propósito de organizar o seu turno, gerindo melhor o seu tempo, por outro lado, para impedir que os clientes incomodem os outros clientes, e também, na maioria dos casos, para impedir os clientes de exteriorizar os dispositivos médicos ou de

retirar as roupas. O mesmo afirmaram Choi et al., 2003 e Hamers e Huizing, 2005 nos seus estudos. Como refere Costa (2013, p.20) “*A sensação de segurança transmitida pelo uso destes métodos torna-se superior a qualquer efeito negativo que este possa provocar.*”

Os locais e tipos de contenção física prendem-se com a finalidade da restrição, ou seja, restrição parcial ou total dos movimentos, podendo ser na cama, no cadeirão ou cadeira de rodas. Já a localização anatómica da contenção física adquire um importante significado, pois interfere diretamente na capacidade que o cliente tem para se movimentar, implicando a capacidade de regular os seus próprios mecanismos de controlo.

Hamers e Huizing, 2005 e Bredthauer et al., 2005 concluíram que em todos os clientes em fase aguda, o local mais utilizado para a contenção física era a cama, utilizando para tal, a colocação de grades laterais ou pela restrição dos membros superiores e inferiores. Costa (2013) refere, que o uso da cadeira é menos frequente e que, ainda menos frequente, é a implementação de restrição física a todo o corpo.

Costa (2013, p.21) refere que em termos de localização anatómica, esta “*(...) pode ser a nível do tronco, com colete de imobilização ou um cinto, cintura pélvica, das extremidades ou dos membros (punho ou tornozelo) com imobilizadores de punho/tornozelos, das mãos com luvas sem dedos e a todo o comprimento do corpo com as grades laterais da cama.*”. A autora menciona diversos estudos que confirmam as ideias acima expostas, do qual referenciamos o estudo de Gallinagh et al. (2002) que compreende, além das grades no leito, os tampos de mesa, a roupa de cama, os cintos, os coletes, os imobilizadores de membros e a manipulação de mobiliário.

Reportando à realidade portuguesa, o estudo já aqui mencionado de Faria et al. (2012), com uma amostra de 110 doentes submetidos a um ou mais tipos de restrição, classifica o local mais frequente (92,7%) a cama, seguidamente a cadeira de rodas (6,7%) e o sofá (0,95). Neste estudo, identificaram-se também três tipos de restrições, sendo que 58,5% são referentes às grades, 29,6% aos imobilizadores de punho e o uso de lençóis

com 11,9%, com o uso de mais do que um tipo de restrição em certos casos. Relativamente à localização anatómica, a mais frequentemente utilizada (50%) são os membros superiores, seguida do tronco (30%), um dos membros superiores (18,3%) e por fim a imobilização dos quatro membros (1,7%) (Costa, 2013).

Por fim, remete-se para o efeito não desejado resultante de uma intervenção, de um qualquer ato médico ou até da ausência do mesmo, o denominado EA (Fragata e Martins, 2004). Medidas de contenção física principalmente em idosos podem causar efeitos negativos na sua saúde. Somado às complicações da imobilização prolongada, a ocorrência de outros EA criam o risco de asfixia, morte e lesões por quedas, mesmo que estas medidas sejam implementadas para prevenir quedas em clientes com elevado risco de queda (Costa, 2013).

Por outro lado, uma das consequências que mais impacto tem são os dilemas éticos que os enfermeiros enfrentam, pois se utilizam medidas de contenção para garantir a segurança dos clientes, sabem que correm o risco de provocar, por exemplo, lacerações, hematomas e até estrangulamentos. Outros EA, considerados como indiretos, incluem o aumento da taxa de mortalidade, desenvolvimento de úlceras de pressão, quedas, diminuição da força e prolongamento do tempo de internamento (Costa, 2013).

No estudo de Costa (2013, p.96) validou-se que os clientes

“(...) sujeitos a longos períodos de imobilização (...)”, desenvolvem graves problemas relacionados com a imobilidade, nomeadamente: compromisso da mobilidade dos membros superiores e inferiores relacionados com a diminuição da força muscular, edema, hematomas, degeneração óssea, ausência de movimentos, compromisso do equilíbrio e coordenação e padrão de marcha disfuncional”.

A autora concluiu também que outra consequência relaciona-se com a privação sensorial, diminuta interação e estimulação sensorial, que podem originar ou agravar a confusão do cliente. Costa (2013, p.93) refere ainda que,

“Quando associadas á imobilidade estas privações conduzem a alterações maiores no que diz respeito a concentração mental, orientação no espaço e no tempo e outras funções intelectuais. Os

utentes poderão ver aumentada a ansiedade, hostilidade, insónia entre outras, o que conduz a um compromisso do julgamento, da habilidade para resolver problemas, da habilidade psicomotora e memória, que por sua vez vai levar uma redução da participação nas AVDs (...)”.

No estudo de Costa (2013) não foi possível tirar conclusões objetivas sobre o risco de queda pois as variações ocorridas na EQM foram diminutas.

Em termos de EA, que surgem como consequência da implementação de medidas de contenção física, manifestam-se sempre na qualidade de vida, conduzindo a uma diminuição da mesma, pelas alterações nas atividades de vida diária e participação social dos clientes.

1.2. A Prevenção de Quedas para a Segurança e Qualidade dos Cuidados

Em Portugal, a preocupação com o risco de queda surgiu dos processos de acreditação hospitalar (Barbosa, 2013) de modo a garantir elevados padrões de qualidade em saúde.

Os programas de acreditação de qualidade a que as instituições de saúde são sujeitas evidenciam e levantam questões relativas à qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Estes programas visam a adequação dos processos a um conjunto de padrões que objetiva garantir a segurança, qualidade e melhoria do desempenho hospitalar (JCI, 2008).

Num estudo com o objetivo de analisar artigos científicos sobre a qualidade do cuidado de enfermagem e auditoria operacional, Moretti e Kolhs (2013) citam Manzo et al. (2011) para definir a qualidade como um conjunto de características que visam responder às necessidades do cliente de um modo confiável, acessível e num determinado tempo. Este conceito pode ser analisado por processos de acreditação que têm como objetivo avaliar periodicamente as instituições de saúde, tendo em conta padrões previamente estabelecidos (Bonato, 2011 cit. por Moretti e Kolhs, 2013).

Pelos processos de acreditação em que é realizada a avaliação dos serviços de saúde há necessidade de se proceder à tradução quantitativa da qualidade dos serviços prestados, daí o uso de indicadores. Um indicador é algo que traduz um valor estatístico ao desempenho de um processo ou alcance de uma meta, devendo ser objetivo, claro, e útil para os processos de melhoria. Na área da enfermagem, um indicador é visto como um resultado do cuidado prestado (JCI, 2008; Corrêa et al., 2009 cit. por Moretti e Kolhs, 2013). A qualidade dos cuidados de enfermagem reflete-se na segurança do cliente, constituindo-se um desafio para a excelência na QeS. Os processos de qualidade, pela sua dinâmica e fundamental contributo na melhoria da qualidade na assistência em saúde, contribuem também para a satisfação dos clientes e confiabilidade nos cuidados prestados.

Neste sentido, a qualidade exige a reflexão constante sobre a prática, expondo os objetivos intrínsecos à enfermagem e o delineamento das estratégias, com vista à reformulação dos métodos e técnicas que não se adequam, com benefícios para os clientes e suas famílias. Ao pensar na qualidade em enfermagem emergem questões sobre a prática clínica e sobre as condições do exercício profissional. Evidencia-se a necessidade de desenvolver estratégias institucionais que garantam o acompanhamento dos enfermeiros no exercício da sua prática, com vista a promover o seu desenvolvimento pessoal e profissional - processos de SCE (Abreu, 2002).

Qualidade e segurança, na criação de sistemas de saúde que garantam a acessibilidade, efetividade e eficácia, são considerados fatores major (Silvério et al., 2012). Serviços de saúde com qualidade são aqueles que gerem os seus recursos eficazmente, tendo em conta as vigências e necessidades de saúde da população, garantindo a segurança, não só na qualidade assistencial mas também na habilidade para conseguir atingir bons níveis de confiabilidade e garantia de serviço.

A QeS, implica a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cliente assim como o melhor desempenho possível. Esta requer uma atitude proactiva, não só na resposta às necessidades dos

clientes mas também na prevenção de acontecimentos adversos. É neste contexto que surge a segurança do cliente enquanto prioridade máxima na melhoria dos cuidados de saúde, sendo uma das principais dimensões da qualidade (Barbosa, 2013). A segurança é uma dimensão estruturante da QeS e da gestão de risco, e a avaliação da qualidade baseia-se em indicadores de processo, de resultado e de estrutura comparando-os com o ideal (Cruz et al., 2014).

Um dos direitos dos clientes é a qualidade dos cuidados, a qual funciona simultaneamente como um dever para os profissionais de saúde (Barbosa, 2013).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (MS, Despacho nº 1400-A/2015), publicado em Diário da República, visa melhorar a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, promovendo a segurança e a qualidade dos serviços de saúde, sendo um dos objetivos estratégicos a prevenção da ocorrência de quedas.

O índice de quedas é considerado um indicador sensível aos cuidados de enfermagem e indicador de segurança do cliente, sendo estes representativos de estruturas e processos da prática clínica, com relevância para a qualidade e segurança dos clientes e ambiente (NHS, 2007; World Health Organization [WHO], 2008).

Pela proximidade dos cuidados e pelo conhecimento holístico sobre os seus clientes, os enfermeiros são considerados os profissionais de saúde de eleição para promover e garantir a segurança destes, com destaque na prevenção de quedas. Nas equipas de saúde, o enfermeiro assume um papel central na garantia da qualidade dos cuidados, uma vez que é graças à sua capacidade integrativa para coordenar todas as necessidades dos clientes que este garante a qualidade de todos os cuidados prestados por si ou por outros profissionais de saúde (Hughes, 2008). É fundamental habilitar os enfermeiros de modo a capacitá-los na prestação de cuidados com sensibilidade, segurança, maturidade e responsabilidade, de modo a que as estratégias adotadas estejam voltadas à prevenção de agravamento do estado de saúde dos clientes, neste caso, as quedas.

A *European Forum of National Nursing and Midwifery Associations* (NMA) e a OMS (2003) emanaram uma posição conjunta que destaca as áreas de intervenção dos enfermeiros, reconhecendo o seu papel crucial na segurança das pessoas. Posto isto, a gestão e a ocorrência de quedas vinculam-se a questões de segurança e qualidade, sendo designativas do processo assistencial de enfermagem.

No estudo de Correa et al. (2012, p.71), os autores salientam que apesar do índice de quedas ter sido monitorizado por enfermeiros, “ (...) a efetiva adoção como indicador da qualidade e da segurança da assistência ao paciente e a sistematização de ações preventivas e de controle só ocorreram no contexto institucional do processo de acreditação da qualidade (...) ” evidenciando que estes processos se podem constituir como possibilidades estratégicas para os enfermeiros, com o objetivo de aperfeiçoamento de medidas de gestão e de assistência. Contudo, na revisão bibliográfica efetuada por Moretti e Kolhs (2013), após elencar os principais procedimentos de enfermagem significativos de qualidade em saúde, verificou-se que existe défice na sistematização e nos registos, assim como em cuidados relacionados com as quedas. Constatou-se ainda, no estudo quantitativo de Baixinho e Dixe (2014) que, por exemplo, a documentação sobre medidas de segurança (antes e após a queda) é desvalorizada pelos enfermeiros. Deste modo, os autores consideram que o evento ‘Cair’ é subvalorizado no contexto da equipa, uma vez que constataram que os enfermeiros ao documentar não identificavam os fatores de risco para a queda, a atividade do idoso no momento da queda, nem mesmo as medidas de segurança adotadas antes de a queda acontecer.

Num estudo-piloto de avaliação da cultura de segurança do cliente em hospitais portugueses, realizado pela DGS em 2011, 73% dos profissionais de saúde inquiridos, em sete hospitais, diziam não notificar incidentes. Neste contexto, e de acordo com Baixinho e Dixe (2014), o registo metódico é essencial, pois traduz a documentação de cuidados com qualidade permitindo comparar resultados, estabelecer intervenções prioritárias e

desenvolver tomadas de decisão mais eficazes, bem como, qualificar o cuidado de enfermagem.

1.3. O Papel do Enfermeiro na Segurança e Qualidade dos Cuidados

A Enfermagem tem vindo a conquistar uma posição considerável na comunidade científica da área da saúde, progredindo na complexificação e dignificação da profissão mas igualmente na qualidade e eficácia dos cuidados prestados. Face ao exposto urge sensibilizar e capacitar os enfermeiros para a importância da sua atuação nesta área. Importa ainda fomentar o *empowerment*, desenvolvendo um conjunto de competências relevantes para a prestação de cuidados de saúde de excelência, expresso numa maior autonomia de decisão, responsabilidade, autoconfiança, proatividade e cooperação (Pereira, 2010).

Considera-se uma mais-valia, para esta exposição, remeter para o modelo de aquisição de competências do profissional de enfermagem, proposto por Patrícia Benner. Este modelo defende que o enfermeiro passa por cinco níveis de proficiência para o desenvolvimento de competências (iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito), que conduzem a um aumento do desempenho profissional. Importa que os enfermeiros reflitam sobre a fase na qual se encontram, de modo a desenvolverem as suas competências e assim conseguir atingir o estágio de perito (Benner, 2005).

O *empowerment* e o desenvolvimento de competências pressupõem a aquisição de aprendizagens significativas. A aprendizagem é o conceito basilar do desenvolvimento de conhecimentos e de competências, pois é através desta que o indivíduo adquire novos conhecimentos, desenvolve competências e modifica comportamentos, ao interligar e integrar

conhecimentos teóricos e práticos. Através desta é possível criar aprendizagens significativas ao relacionar/interligar conhecimentos prévios e prática clínica, ou seja, consoante o conhecimento é integrado nas estruturas de aprendizagem, e lhe é atribuído um novo significado relacionado com o conhecimento anterior, são produzidas aprendizagens mais significativas e duradouras (Ausubel, 2000).

A aprendizagem significativa só ocorre se o supervisionado estiver disposto a aprender (relacionado com a motivação), se o conteúdo a aprender for potencialmente significativo e se já existir uma estrutura cognitiva de conhecimentos prévios. As aprendizagens significativas são essenciais para a manutenção dos conteúdos ensinados.

Subjacente ao processo supervisão está a necessidade de ajustar as estratégias às expectativas dos supervisionados, otimizando o seu desenvolvimento teórico e interpessoal (Barbosa, 2013).

Acrescentamos ainda, o conceito de enfermeiro como gestor de risco, pois este constitui-se “(...) *um elemento-chave da organização, capaz de dinamizar a área e de conferir credibilidade e autenticidade ao programa de gestão do risco em vigor.*” (Silvério et al., 2012, p.5). A ele são atribuídas características de visibilidade e liderança, pelo provável desempenho em vários campos de ação, sublinhando-se a identificação e análise de áreas problemáticas, criando secundariamente medidas específicas de prevenção e controlo de risco (Silvério et al., 2012).

A gestão do risco clínico surge devido à incidência de EA que constituem desafios para a qualidade dos cuidados, custos financeiros e custos para os serviços de saúde, significando um empenho extra dos sistemas de saúde de modo a prevenir estes eventos e aumentar, assim, a qualidade dos cuidados e segurança dos clientes (OE, 2006; WHO, 2008). Segundo a OE (2011, p. 2) *“a segurança dos clientes deve ser a preocupação, o objetivo e a obrigação prática de todos os enfermeiros, com vista à proteção dos direitos dos clientes a cuidados seguros bem como da sua dignidade”*.

Numa reflexão teórica e concetual acerca das intervenções do enfermeiro na gestão do risco clínico nas Unidades de Cuidados

Continuados Integrados, Silvério et al. (2012) apontam a intervenção baseada na prevenção de quedas, pela avaliação dos clientes com maior risco de queda e consequente implementação de estratégias de prevenção. Neste seguimento, segundo os autores, os enfermeiros devem apostar na formação sobre prevenção de quedas, habilitar os clientes e famílias para medidas preventivas e avaliar o processo e intervenções adotadas para a sua redução.

Segundo os estatutos da OE e o Código Deontológico, os enfermeiros têm o dever de exercer com conhecimentos científicos e técnicos adequados, empregando medidas com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados e dos serviços de enfermagem. Nas equipas multidisciplinares, os enfermeiros são os profissionais que mais tempo passam junto dos clientes, o que deixa transparecer que os cuidados de enfermagem estão ineludivelmente associados na segurança dos clientes, tanto como fatores protetores ou como fatores ameaçadores (DGS, 2009).

Pela análise da evidência constata-se a necessidade de formação dos enfermeiros sobre quedas, de modo a aumentar o conhecimento e competências nesta área (Bunn et al., 2014). Na literatura é referido que cerca de 35% dos enfermeiros não receberam formação sobre prevenção de quedas (Bunn et al., 2014). Um outro estudo, efetuado por Josefsson et al. (2008), constatou que os enfermeiros que trabalhavam em cuidados gerais a idosos referiam falta de conhecimentos/competências sobre quedas e traumatismos provocados por estas. No mesmo estudo é referido que um programa de formação sobre quedas poderia produzir ganhos na aquisição de conhecimentos e competências, colmatando as necessidades sentidas por estes enfermeiros.

1.4. A Supervisão Clínica em Enfermagem e a Prevenção de Quedas

Este subcapítulo pretende conjugar e esclarecer as várias temáticas atrás explanadas, que foram abordando a SCE, de forma a promover o entendimento existente entre SCE, qualidade e segurança dos cuidados e risco de queda.

A SCE emergiu de uma série de acontecimentos e factos importantes, começando assim a conquistar uma manifesta posição na área da saúde, nomeadamente nas instituições de saúde, encontrando-se variados conceitos e definições na literatura. A definição que usualmente é mencionada, de entre as conceções apresentadas na literatura, é a definição do *Department of Health* (DoH) do Reino Unido que descreve a SCE como um processo formal de suporte e acompanhamento da prática profissional do enfermeiro, que promove, através da utilização de processos de reflexão e análise da prática clínica, o desenvolvimento de conhecimentos e competências essenciais à tomada de decisão autónoma, aumentando desta forma a proteção e a segurança dos cuidados prestados ao cliente (DoH, 1993, cit. por McKeown e Thompson, 2001). De facto, o conceito de SCE tem sido alvo de profundas reflexões, existindo autores que referem que as funções de *mentorship* e *preceptorship*, focalizadas respetivamente na orientação de estudantes de enfermagem e de enfermeiros recém-formados, são também apontadas como estruturas fundamentais da SC no sentido de garantir a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem (Hyrkäs et al., 1999).

A individualidade e a imprevisibilidade dos cuidados de enfermagem ressaltam a importância do papel do supervisor clínico. O enfermeiro, com o apoio de estratégias e processos de orientação, com ajuda e acompanhamento das práticas clínicas (Fonseca, 2006), terá maior

confiança nos cuidados que presta, refletindo-se, conseqüentemente, na qualidade dos mesmos.

Considerando o referido anteriormente, a SCE assume um papel de destaque no desenvolvimento de competências, conhecimentos e valores profissionais, através de uma crescente autonomização e responsabilização dos enfermeiros pelos cuidados de saúde prestados, permite a reflexão da prática clínica e salvaguarda não só os valores e interesses do supervisionado mas também a organização do processo supervisory (Faugier e Butterworth, 1994; RCN, 2002; Hyrkäs et al., 2006; NCPDNM, 2008; OE, 2010).

A SCE de acordo com Garrido et al. (2008, p.15)

“(...) é um processo baseado no relacionamento profissional, entre um enfermeiro, que executa práticas clínicas, e um supervisor clínico de enfermagem. Envolve o supervisor que transmite o seu conhecimento, experiência e valores aos colegas, para o desenvolvimento da prática, permitindo aos profissionais estabelecer, manter e melhorar padrões, bem como promover a inovação na prática clínica.”

No que respeita às necessidades de SC é de extrema importância que estas sejam colmatadas pois, através da SC, é possível criar oportunidades para refletir e discutir aspetos da prática clínica. Tal irá refletir-se em decisões assertivas, desenvolvimento e aperfeiçoamento da prestação de cuidados, otimização do bem-estar, da satisfação dos enfermeiros, diminuição do *burnout*, promoção do desenvolvimento pessoal e profissional, melhorando a qualidade dos cuidados prestados (Josefsson et al., 2008). Os mesmos autores, no seu estudo, concluíram que é fundamental promover a formação contínua, dado o impacto desta na qualidade dos cuidados prestados e no exercício da prática de enfermagem baseada na evidência.

A formação dos profissionais permite não só aumentar os seus conhecimentos e competências, mas também criar um ambiente de segurança na prestação de cuidados, através da coresponsabilização profissional e da elaboração e implementação de guias de boas práticas sobre quedas (Almeida et al., 2010). Assim, a formação e a investigação constituem-se fatores que contribuem para a promoção da qualidade dos

cuidados. A SCE surge como essencial nestes processos, pois constitui-se como um instrumento que objetiva a melhoria dos cuidados, a segurança e proteção dos clientes e proporciona um aumento da satisfação pessoal. (Abreu, 2007). Neste sentido, *“supervisão clínica, enquanto processo dinâmico, reflexivo e integrativo, desempenha, ou deve desempenhar, um papel central na busca constante de aperfeiçoamento e como Enfermeiros é nosso objetivo conseguir o melhor para os clientes e o melhor para a Enfermagem”* (Barbosa, 2013, p.18).

Através da SC é possível promover o desenvolvimento de conhecimentos e competências, não só pela vertente formativa, a qual é considerada o alicerce da SC, mas também da vertente de suporte, o que permite aumentar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Quanto à vertente normativa, esta permite garantir a segurança dos clientes, avaliar e assegurar a qualidade dos cuidados, melhorar o exercício profissional e a gestão de projetos. A SC possibilita o desenvolvimento não só das competências profissionais mas também das competências humanas e pessoais, através da reflexão e da experimentação. Desempenha ainda um papel crucial na prevenção do risco clínico (Barbosa, 2013).

No contexto da implementação de um modelo de SC, cabe a SC de pares, que

“é um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem, a proteção e segurança dos utentes e o aumento da satisfação profissional” (Maia e Abreu, 2003 cit. por Abreu, 2007, p.177).

Para além disso, a SC de pares fomenta a satisfação laboral e a sensação de bem-estar, prevenindo o *burnout* (Bégat e Severinsson, 2006; Edwards et al., 2006; Hyrkäs et al., 2006), melhora a comunicação entre os profissionais, reduz o absentismo (NCPDNM, 2008) e facilita o recrutamento e a retenção de enfermeiros altamente qualificados (Davey et al., 2006; Lynch e Happell, 2008; NCPDNM, 2008).

Consolidando esta ideia, destaca-se a perspetiva de Walsh et al. (2003), que salientam a importância da SC de pares enquanto instrumento essencial no desenvolvimento de cuidados de enfermagem com qualidade, recorrendo a processos reflexivos na, para e sobre a prática clínica com a finalidade de obter mais ganhos em saúde. Os efeitos da SC no aumento da qualidade dos cuidados são notórios, pelo que foi definida como área alvo pela OMS.

Considera-se importante, dado o foco do estudo, voltar a reportar para o tema dos erros em saúde, considerando a SCE como estratégia potenciadora para a prevenção e/ou mesmo diminuição do erro clínico.

Em Portugal, assim como em alguns outros países, mantém-se uma cultura da culpa pelos erros sucedidos, inexistindo uma abordagem analítica objetiva, refletindo o erro, o que torna a sua difusão complicada e também com um cariz acusatório (Fragata e Martins, 2004.) Os mesmos autores analisam também a ocorrência do erro como um fenómeno contínuo, que resulta de um acumular de vários EA, sendo que estes, podendo terminar ou não em erro, em grande parte constituem um sinal para o erro. A descrição do erro enuncia a palavra reflexão, ou seja, refletir sobre a importância de relatar e tratar os erros e os EA, através, sobretudo, de estratégias de SCE. Concorda-se que só assim será uma realidade progredir para uma real conceção da gestão do risco, detetando e notificando o erro, de forma a contribuir para a qualidade dos cuidados.

Soma-se a este fenómeno do erro, a reação que despoleta nos próprios profissionais de saúde, acarretando sentimentos de diminuição de satisfação, desmotivação, sentimentos de culpa que concomitantemente podem por em causa a segurança e qualidade dos cuidados. Para além disto, a ocorrência do erro compreende muitas vezes custos, como, por exemplo, o aumento do tempo de internamento.

A importância da SC na prevenção de quedas relaciona-se com o facto de a SCE fomentar a segurança e a qualidade dos cuidados, o que permite melhorar os indicadores e os cuidados no que respeita à prevenção de quedas (Barbosa, 2013). O enquadramento de um modelo de SC, na área da

prevenção de quedas, deverá assentar em momentos formativos sobre o tema, sessões de SCE individuais e/ou em grupo, que vão de encontro às exigências e dúvidas particulares dos enfermeiros, que garantam estratégias de desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo, que promovam o desenvolvimento de competências e de adaptabilidade pessoal e organizacional, que fomentem momentos de decisão e adoção de estratégias em equipa, que desenvolvam o trabalho e relações e uma prática baseada na melhor evidência disponível. O *feedback*, a análise crítico-reflexiva das práticas, assim como, a análise da documentação dos cuidados de enfermagem e a formação contínua poderão também ser somadas às estratégias que irão colaborar para a prevenção do risco de queda e concomitantemente para a segurança e qualidade dos cuidados.

Através das sessões de supervisão clínica é possível adequar a formação sobre a avaliação do risco de queda, esclarecer dúvidas e uniformizar a identificação correta do risco de queda pela equipa, fomentando a perícia profissional dos enfermeiros nesta área. A formação dos enfermeiros sobre esta temática é uma estratégia fundamental para a prevenção de quedas, uma vez que permite diminuir as interpretações subjetivas da aplicação da escala adotada nos serviços de saúde (Barbosa, 2013).

Dada a conjuntura atual, no que se refere aos custos inerentes aos cuidados em saúde, e pelo que já foi referido precedentemente sobre as consequências das quedas, importa ressaltar que através da SCE é possível diminuir estes gastos, através da melhoria da qualidade dos cuidados e, conseqüentemente da prevenção de quedas.

Após a análise das dissertações de mestrado (Lamas, 2012; Barbosa, 2013) e de doutoramento (Cruz, 2012) verifica-se que a implementação de um modelo de SCE permite incentivar o desenvolvimento profissional e da enfermagem enquanto ciência. Através da implementação de um modelo de SC, com sessões individuais de SC, é possível dar resposta às necessidades particulares de cada enfermeiro, promover e desenvolver o seu pensamento crítico, a sua reflexão, a sua capacidade de adaptação e de flexibilidade. Por sua vez, com sessões de supervisão clínica em grupo,

podem ser debatidas questões, partilhar experiências e discutir casos clínicos. As sessões de SC têm uma enorme importância na melhoria dos cuidados, ao incentivarem a reflexão sobre a prática clínica de cada enfermeiro. Estas estratégias podem ainda incentivar a formação contínua e a investigação por parte da equipa de enfermagem, assegurando que esta desenvolve a sua prática clínica baseada na melhor evidência científica disponível (Cruz et al., 2014).

Da implementação de um modelo de SCE advém ainda os seguintes benefícios: melhoria dos cuidados, aumento da eficiência, diminuição dos erros, aumento da performance profissional dos enfermeiros, redução do *burnout*, aumento da satisfação dos enfermeiros, a integração da teoria na prática, aumento da confiança, da autoestima e da empatia (Cruz et al., 2014).

No contexto das quedas, a adoção por um modelo de SCE é justificada pelo desenvolvimento que produz, estimulando o pensamento crítico-reflexivo dos enfermeiros e as suas habilidades de compreensão das características individuais dos clientes, de monitorização rigorosa do risco de queda e do planeamento dos cuidados de enfermagem, tendo em conta as reais necessidades do cliente (Lamas, 2012). No seu estudo, Lamas (2012) concluiu que os resultados obtidos despertam para a necessidade de implementação de um modelo de SCE, que contribuirá para a motivação e preparação dos enfermeiros de forma a apropriar estratégias para a prevenção de quedas, garantindo a qualidade e segurança dos cuidados.

Lamas (2012), na sua investigação, extraiu dados que constituem contributos para um modelo de SCE que reforça a atuação dos enfermeiros na prevenção de quedas, pelo desenvolvimento das suas competências. No estudo, a autora concluiu que, em relação à contenção física dos clientes, os resultados mostraram uma situação de inconformidade entre a prática da instituição hospitalar e as normativas da DGS. A autora aponta possíveis explicações face a esta situação, sendo que a solução seria possível através de um modelo de SCE recorrendo por exemplo, à formação. Outra situação de não conformidade surge na implementação do protocolo de prevenção

de quedas do serviço, constatando-se que o procedimento não estava a ser aplicado de forma correta a todos os clientes, constituindo assim uma situação de risco para os mesmos. A mesma apresenta como possível explicação desta situação o défice de formação sobre a utilização da EQM, referindo que a realização de formação sobre a utilização do instrumento poderá garantir a qualidade e segurança dos cuidados.

O modelo de SCE poderá capacitar os enfermeiros, incentivando-os no desenvolvimento, na implementação, na verificação e controlo de intervenções, de protocolos do serviço e de estratégias a adotar. Somando a isto, pela estimulação das competências críticas e reflexivas do enfermeiro, conseguir-se-á um planeamento de cuidados efetivo e sensível à prevenção de quedas. Cabe ao supervisor colaborar com os enfermeiros, mostrando o caminho, a fim de encontrar estratégias para integrarem as intervenções e os protocolos na sua prática clínica.

Com o objetivo de avaliar o processo de implementação do protocolo de prevenção de quedas pela equipa de enfermagem, Lamas (2012) considerou importante estudar as diferenças na monitorização do risco de queda e no processo de implementação de intervenções de enfermagem. Encontrou diferenças estatisticamente significativas que revelaram novamente situação de inconformidade no que respeita ao que os enfermeiros pensam ser importante na sua intervenção e ao que efetivamente documentam. A autora afirma que

“Estas situações põem em causa a segurança e a continuidade dos cuidados, oculta o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros e coloca em dúvida se estes implementam adequadamente o protocolo de quedas do serviço por desconhecimento, por falta de formação, por falta de tempo ou dificuldade em o gerir e/ou por falta de recursos humanos.” (Lamas, 2012, p.79).

Conclusões semelhantes de inconformidade foram observadas no momento em que os enfermeiros, apesar de considerarem pertinente adotar intervenções para prevenção de quedas, não implementam todas as intervenções recomendadas pelo protocolo de quedas e não procedem ao registo das intervenções.

No seguimento desta investigação foi realizada uma nova investigação, que visou a elaboração de um MUEQM (Barbosa, 2013), com o objetivo de transpor as inconformidades detetadas no estudo de Lamas (2012) face à aplicação desta escala, e um estudo sobre o impacto da implementação de um modelo de SCE na avaliação do risco de queda (Lopes, 2015) que, à semelhança de Rocha (2014), revelou que um modelo de SCE constitui um motor para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Conclui-se que há factos que favorecem a ocorrência de queda, mas a prevenção e as ações educacionais direcionadas ao cliente, cuidador e equipa multidisciplinar poderão auxiliar a diminuir a incidência deste evento. Os enfermeiros têm um papel primordial a desempenhar ao contribuírem para o aumento do conhecimento sobre os métodos de avaliação do risco de queda e a sua prevenção (Dempsey, 2008).

É igualmente indispensável a produção de evidência sobre o evento queda e contributos da SCE neste contexto, de forma a imperar cuidados com qualidade, baseados em intervenções eficazes e realistas.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A construção do conhecimento deve-se ao desenvolvimento da investigação científica, com um desenho de estudo em que todos os detalhes surgem planificados, justificados e clarificados, onde se expõe o percurso metodológico e as decisões adotadas nesta etapa, que se constituem decisivos para a continuidade deste processo (Fortin,2009).

No processo de investigação deverá existir uma fase metodológica, em que se explana a justificação do estudo, a sua finalidade e objetivos, se define o desenho da investigação, a população do estudo, o plano de amostragem, os instrumentos de colheita de dados, os métodos de colheita e de tratamento de dados e ainda se alude às considerações éticas (Fortin, 2009). A fase metodológica é essencial no desenvolvimento de uma investigação, pois os resultados finais são condicionados pelo método e forma como se obtiveram os dados (Polit e Beck, 2011).

2.1. Justificação do Estudo

As quedas representam a primeira causa de morte por acidente nos idosos. A relevância do fenómeno 'Cair` emergiu associado aos programas de acreditação em saúde, pois representa um indicador da qualidade (Lamas, 2012).

A SCE permite o desenvolvimento de conhecimentos e de competências, o exercício de uma prática baseada na evidência e a reflexão sobre a mesma, promovendo a qualidade e a segurança dos cuidados (Barbosa, 2013).

Considerou-se pertinente estudar a temática da avaliação do risco de queda, procurando contributos para a operacionalização do modelo de SCE que potencialize as competências dos enfermeiros na prevenção de quedas, e que assegure condições clínicas que garantam a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem. Neste seguimento, pretende-se também, a partir das futuras conclusões do estudo, propor um protocolo de prevenção de quedas, pois a parceria entre ESEP e a ULSM, E.P.E., no âmbito do Projeto C-S2AFECARE-Q - Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados, prevê extrair benefícios que promovam e garantam a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde.

O projeto C-S2AFECARE-Q na ULSM, E.P.E. surge da proposta de um grupo de investigadores da ESEP à referida instituição hospitalar, com o objetivo de otimizar a qualidade e segurança dos cuidados através da implementação de um modelo de SCE sustentado nas necessidades e práticas dos enfermeiros da instituição, com o propósito de observar a evolução de indicadores de Enfermagem já estabelecidos pela OE, em áreas de interesse para os serviços participantes no projeto. O indicador monitorizado neste projeto é o risco de queda, determinado como sensível aos cuidados de enfermagem.

As anteriores experiências de SCE, e demais investigações, realizadas na ULSM, E.P.E. constituíram um contexto privilegiado e produtivo, não só pelo contacto antecedente com uma estrutura de SCE, mas também pela motivação e esforços empreendidos pelos profissionais e órgãos de gestão da instituição.

O C-S2AFECARE-Q consiste num projeto de investigação-ação com o objetivo de criar uma cultura de supervisão de pares, e pretende ser um contributo para a segurança e qualidade dos cuidados, através do desenvolvimento de um modelo de SCE.

O projeto contempla três fases distintas e tem como participantes os Serviços de Cirurgia. Pretende implementar um modelo de SCE que visa dar resposta às exigências do exercício profissional dos enfermeiros, desenvolver estratégias de orientação e monitorização das necessidades do supervisionado, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados e promover a segurança dos clientes através da correta avaliação do risco de queda e sua prevenção (ESEP, 2011).

A primeira fase do projeto decorreu entre dois de outubro de 2014 e 31 de março de 2015 e incidiu sobre a avaliação do risco de queda dos clientes do Serviço de Cirurgia B, Cirurgia C e Ala I da ULSM, E.P.E. Foram também identificadas as principais necessidades em SC dos enfermeiros dos serviços participantes, com vista à promoção da segurança e qualidade dos cuidados na área de intervenção pré-definida. A presente investigação é o resultado desta primeira fase do projeto.

Aquando da segunda fase, irá ser implementado o modelo de SCE e, numa terceira fase, irão ser identificados os contributos do modelo implementado para a segurança e qualidade dos cuidados, analisando a área de intervenção pré-definida para o projeto, o risco de queda.

2.2. Finalidade e Objetivos

A finalidade do estudo encontra-se evidenciada na fixação dos objetivos, pois estes caracterizam-se pela definição do resultado a atingir (Imperatori e Giraldes, 1992). Os objetivos são as apresentações concisas e precisas dos resultados esperados, devem ser claros e realizáveis, de acordo com os recursos existentes.

Para clarificar a finalidade deste estudo, devem definir-se objetivos, enunciados orientadores da investigação, indicativos dos propósitos/metastas que o investigador pretende alcançar. Os objetivos expressam nitidamente as variáveis-chave, a população alvo e a orientação que a investigação deve

tomar, dando indicações sobre o tipo de estudo a empreender (Fortin,2009). Posto isto, os objetivos de um trabalho de investigação devem “(...) *indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue*” (Fortin, 2009, p.160), pelo que é crucial que sejam formulados de uma forma clara e precisa no sentido de servir de orientação à tomada de decisão associada ao percurso metodológico (Polit e Beck, 2011).

Pretende-se, deste modo, atingir os seguintes objetivos:

- avaliar o risco de queda dos clientes internados, identificado pelo enfermeiro, no serviço de Cirurgia B, Cirurgia C e Ala I da ULSM, E.P.E.;
- comparar o risco de queda dos clientes internados no serviço de Cirurgia B, Cirurgia C e Ala I da ULSM, E.P.E.;
- comparar o risco de queda dos clientes internados no serviço de Cirurgia B, Cirurgia C e Ala I, diagnosticada pelo enfermeiro e pelo investigador no momento da observação do cliente;
- comparar o risco de queda dos clientes no momento de admissão no serviço de Cirurgia B, Cirurgia C e Ala I, registados pelo enfermeiro e analisados pelo investigador;
- comparar avaliação do enfermeiro e do investigador, relativamente a fatores de risco de queda;
- identificar os fatores que constituem maior risco de queda;
- identificar os cuidados de enfermagem prestados aos clientes internados no serviço de Cirurgia B, Cirurgia C e Ala I da ULSM, E.P.E. para o risco de queda;
- estabelecer correspondências entre as intervenções que o enfermeiro afirma realizar e as intervenções que o investigador adotaria face ao risco de queda;
- estabelecer correspondências entre as intervenções que o investigador observou e as intervenções que o investigador adotaria face ao risco de queda;
- identificar as intervenções usualmente adotadas pelos enfermeiros face à contenção física dos clientes;

- comparar a perceção do enfermeiro e do investigador face à necessidade de contenção física dos clientes;
- analisar a conformidade dos processos de monitorização, planificação e execução dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes internados no serviço de Cirurgia B, Cirurgia C e Ala I da ULSM, E.P.E. para o risco de queda;
- propor protocolo de prevenção de queda de clientes em ambiente hospitalar;
- propor contributos para a operacionalização do modelo de SCE que potencialize as competências dos enfermeiros na prevenção de quedas.

2.3. Hipóteses de Investigação

Da enunciação da questão de investigação e dos objetivos do estudo torna-se necessário elaborar hipóteses de investigação.

De acordo com Quivy e Campenhoudt (2005) organizar a investigação em torno das hipóteses oferece um fio condutor eficaz, com ordem e rigor. Uma hipótese é fundamentada numa reflexão teórica e num conhecimento preparatório do fenómeno estudado, e apresenta-se como um enunciado que antecipa relações entre variáveis que necessitam de uma verificação empírica para dar uma resposta provisória a uma pergunta (Quivy e Campenhoudt, 2005; Fortin, 2009). Deste modo, na sequência dos objetivos definidos, e numa tentativa de dar resposta à problemática em estudo, formulam-se as seguintes hipóteses:

H1. Existe diferença estatisticamente significativa entre o risco de queda dos clientes internados no serviço de Cirurgia B, Cirurgia C e Ala I.

H2. Existe diferença estatisticamente significativa entre a avaliação do risco de queda dos clientes internados no serviço de Cirurgia B, Cirurgia C e Ala I diagnosticada pelo enfermeiro e pelo investigador no momento da observação do cliente.

H3. Existe correspondência entre as intervenções que o enfermeiro afirmou realizar e as intervenções que o investigador adotaria face ao risco de queda dos clientes.

H4. Existe correspondência entre as intervenções que o investigador observou e as intervenções que o investigador adotaria face ao risco de queda dos clientes.

2.4. Variáveis

Pela revisão bibliográfica identificam-se variáveis significantes para o problema em estudo, que constituem a componente principal da investigação.

Metodologicamente, as variáveis podem ser qualificadas como as manipuladas pelo investigador - independentes, ou seja, aquelas cujas alterações influenciam ou produzem modificações no comportamento observável, as dependentes, que mudam quando o investigador manipula a variável independente e, as estranhas que podem influenciar o resultado mas não são independentes (Fortin, 2009).

No estudo, foram definidas as seguintes variáveis:

Tabela 1: Variáveis do Estudo

Hipótese	Variável Independente	Variável Dependente
Hipótese 1 (H1)	Risco de Queda	Risco de queda
Hipótese 2 (H2)	Risco de queda (enfermeiro)	Risco de queda (investigador)
Hipótese 3 (H3)	Intervenções face ao risco de queda (enfermeiro)	Intervenções face ao risco de queda (adotadas pelo investigador)
Hipótese 4 (H4)	Intervenções face ao risco de queda (observado pelo investigador)	Intervenções face ao risco de queda (adotadas pelo investigador)

2.5. Desenho do Estudo

O desenho do estudo permite dar resposta à questão de partida, facultando a recolha da informação necessária, pela utilização de procedimentos adequados, possibilitando identificar os aspetos mais importantes da investigação (Ribeiro, 2010).

O desenho do estudo assenta num plano traçado pelo investigador, que constitui um procedimento para a consecução dos objetivos. De acordo com Fortin (2009), a natureza do desenho do estudo altera de acordo com os objetivos, as questões de investigação ou as hipóteses. Posto isto, a sua definição é crucial para a realização da investigação. Não obstante, na elaboração de uma investigação, não existem métodos e/ou técnicas de pesquisa ideais, devendo antes recorrer-se aos que são adequados ao problema de pesquisa, a cada situação, tipo de investigação, objeto investigado, referencial teórico e objetivos (Scarparo et al., 2012). Deste modo, o desenho de investigação deve permitir ao investigador elaborar um plano que responda às questões formuladas, minimizando assim o risco de erros (Fortin, 2009).

Dada a finalidade e natureza específica da problemática que se pretende analisar, optou-se por uma abordagem quantitativa, pois envolve uma colheita sistemática de informação, recorrendo a procedimentos estatísticos para o tratamento dos dados obtidos (Sousa et al., 2007). Este tipo de estudo procura descrever, verificar as relações entre as variáveis e examinar as mudanças que decorrem na variável dependente após a manipulação da variável independente (Fortin, 2009). Acresce que o objetivo de um estudo quantitativo prende-se com o estabelecimento de factos, colocação em evidência de relações entre variáveis por meio de verificação de hipóteses, predição de resultados causa-efeito ou verificação dos resultados obtidos com amostras, suscetíveis de serem utilizados no plano prático (Fortin, 2009).

Optou-se por realizar um estudo descritivo, de cariz exploratório, pois pretende obter-se mais informações sobre as características de uma população, ou sobre fenómenos poucos estudados e sobre os quais existem poucos trabalhos de investigação. Por outro lado, permite também explorar e descrever os conceitos e os fenómenos sem os manipular, procurando a relação existente entre as variáveis. A investigação descritiva proporciona a descoberta de novos conhecimentos, descreve fenómenos existentes e pode ser utilizada quando existe pouco ou até nenhum conhecimento sobre um assunto. Permite também obter informação e perceber da melhor forma o problema em estudo, possibilitando um maior conhecimento da realidade (Fortin, 2009; Ribeiro, 2010).

No que diz respeito à temporalidade classifica-se como sendo um estudo transversal, atendendo à sua capacidade para medir a frequência com que determinado acontecimento se manifesta numa população num dado momento. Um estudo de tipo transversal é económico, simples de organizar e fornece dados imediatos utilizáveis (Fortin, 2009).

2.6. Contexto do estudo

A ULSM, E.P.E. constitui uma entidade pública empresarial, criada pelo Decreto-Lei nº233/2005 de 29 de dezembro, integrada no SNS, que tem por objetivo a prestação de cuidados de saúde.

A visão da ULSM assenta na acessibilidade, equidade e uma integração eficaz dos cuidados de saúde, de modo a satisfazer as necessidades em saúde à população do Concelho de Matosinhos, atribuindo a inclusão dos diferentes níveis de saúde. Deste modo, fazem parte desta entidade, o Agrupamento de Centros de Saúde de Matosinhos (ACES) e o Hospital Pedro Hispano.

Os serviços de Cirurgia B, C e Ala I pertencem ao Serviço de Cirurgia da ULSM, estando estes integrados no Departamento de Cirurgia. Na Ala I

existe ainda uma especificidade em particular, visto que integra também o Departamento de Saúde da Mulher e Criança, pelo internamento de Ginecologia.

O Departamento de Cirurgia está organizado em Unidades Funcionais, com especialistas nas diversas patologias cirúrgicas, que acompanham os clientes na consulta externa, analisando e estudando os casos clínicos. As Unidades Funcionais categorizam-se em:

- Unidade Funcional da Cirurgia Esofago-gástrica;
- Unidade Funcional da Cirurgia Hepato-bilio-pancreática;
- Unidade Funcional da Cirurgia Mamária;
- Unidade Funcional da Cirurgia Endócrina;
- Unidade Funcional da Cirurgia Colo rectal.

O Serviço de Cirurgia constitui um dos maiores serviços do hospital, com um total de 74 camas e tem como missão a prestação de cuidados de diagnóstico, de tratamento e de recuperação do cliente cirúrgico.

O método individual de trabalho dos enfermeiros adotado no serviço “(...) *não impede que seja promovido o espírito de trabalho em equipa, sendo obrigatório que cada enfermeiro seja conhecedor da situação dos restantes doentes (...)*” (p.15, 1963.0) possibilitando aos enfermeiros assumirem a inteira responsabilidade pelos cuidados prestados ao cliente a ele atribuídos, assegurando “(...) *uma maior satisfação das necessidades dos doentes e das respetivas famílias*” (p.15, 2231.0).

Dos 67 enfermeiros que exercem no Departamento de Cirurgia desempenham funções na Cirurgia B 25 enfermeiros, na Cirurgia C 25 enfermeiros e na Ala I 17 enfermeiros. O rácio de enfermeiros é variável, pois depende do número de camas disponíveis.

Ao Enfermeiro Chefe cabe a responsabilidade pelo serviço e a promoção da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, para além de gerir os recursos humanos, recursos materiais e equipamento. Acrescenta-se ainda, a existência do Enfermeiro de Referência, como elo de ligação entre o enfermeiro prestador de cuidados e a família, médicos e restante equipa multidisciplinar. Este é responsável pelo cliente, desde a sua admissão até

à alta, supervisionando e avaliando os cuidados prestados, sendo responsável pela continuidade dos mesmos. Das equipas de enfermagem, fazem ainda parte, Enfermeiros Especialistas em Reabilitação e Médico-Cirúrgica, a tempo parcial ou integral, que assumem todos os cuidados na sua área de competência e que poderão desempenhar também, funções de Enfermeiro de Referência e de substituição do Enfermeiro Chefe nas suas ausências.

Toda a documentação dos cuidados é realizada informaticamente, no aplicativo informático SClínico tendo por base a CIPE.

2.7. População e Amostra

A definição da população e amostra/população acessível constitui-se como um dado relevante para o processo de investigação, “(...) *sendo o objetivo deste exercício tirar conclusões precisas sobre a população, a partir de um grupo mais restrito de indivíduos (...)*” de modo a que a amostra “(...) *represente fielmente a população visada*” (Fortin, 2009, p. 310).

A população é definida como a agregação total de elementos em que o investigador está interessado (Polit e Beck, 2011), e neste estudo, o universo é constituído por todos os clientes internados no serviço de Cirurgia B, Cirurgia C e Ala I da ULSM, E.P.E., no período de tempo compreendido entre três de novembro de 2014 a 31 de março de 2015.

O processo de amostragem é uma fase de grande importância no processo de investigação, pois reporta-se ao processo de seleção de uma parte da população de forma a figurar fielmente a sua totalidade (Fortin, 2009). Neste momento, o investigador especifica as características que demarcam a população do estudo por meio de critérios de elegibilidade, pelo que a distinção entre população alvo e população acessível torna-se imperativa (Polit e Beck, 2011). A amostra/população acessível diz respeito

aos casos da população alvo que estão ao alcance do investigador como participantes do estudo, integrando os critérios de inclusão (Fortin, 2009).

Assim, considerando a população, e aceitando que poderá existir a possibilidade de não se conseguir reunir dados acerca de cada uma das unidades que a constituem, é fundamental definir uma amostra. Na escolha do método de amostragem devemos ter em conta vários fatores, como por exemplo os recursos disponíveis, a população a estudar, os objetivos aspirados, entre outros. O processo de amostragem é assim o método de seleção de uma fração da população de modo a representar a população inteira, sendo que a amostra é um subconjunto dos elementos da população (Polit e Beck, 2011).

Recorreu-se assim a um método de amostragem de conveniência, em que os indivíduos que possuem as características pré-estabelecidas são incluídos no estudo à medida que vão chegando ao local, em função da acessibilidade e disponibilidade na recolha de dados e da disponibilidade da instituição, até que a amostra atinja o tamanho pretendido (Fortin, 2009). Este método de amostragem tem ainda como vantagem proporcionar uma investigação em contexto real contudo, pode conduzir a algum enviesamento pois as amostras podem acarretar o risco de não representatividade para o universo em estudo e, conseqüentemente serem menos fiáveis que as amostras probabilísticas, no que concerne à generalização dos resultados (Fortin, 2009; Coutinho, 2011).

A amostra deste trabalho de investigação no período estabelecido foi de 182 clientes internados nos serviços de Cirurgia B, Cirurgia C e Ala I que, para efeitos de amostragem, obedecem aos critérios de inclusão definidos: permanência do cliente no serviço por um período superior a 24 horas, não apresentar reinternamentos durante o período de recolha de dados, não ter sido transferido entre os serviços alvo da investigação e não ter participado no pré-teste dos instrumentos de recolha de dados (Questionário de Avaliação do Risco de Queda pelo enfermeiro responsável pelo cliente - Anexo II, Grelha de Observação de Avaliação do Risco de Queda pelo

investigador - Anexo III e Grelha de Análise dos Registos de Enfermagem - Anexo IV).

2.8. Instrumento de Recolha de Dados

A escolha do método de recolha de dados é estabelecida pela natureza do problema a investigar, procurando ir de encontro aos resultados que se pretendem obter, por um método claro, fiável e coerente à realidade, sem que o instrumento se desvie, em nenhum momento dos resultados desejados com o estudo (Fortin,2003). Assim, cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que possibilita dar resposta aos seus objetivos (Fortin, 2009).

Fortin (2003) refere que existem diversos fatores a ter em conta na escolha do instrumento de recolha de dados mais adequado a cada investigação, apontando: os objetivos do estudo; o nível de conhecimentos do investigador; a possibilidade de obter medidas apropriadas às definições conceptuais; a fidelidade e a validade dos instrumentos de medida e, por último, a eventual conceção do próprio instrumento pelo investigador.

Nos estudos do tipo quantitativo, como é o caso, o investigador tem como objetivo obter resultados suscetíveis de serem utilizados na prática, que proporcionem melhorias em situações pontuais (Polit e Beck, 2011), sendo o questionário o método de colheita de dados mais frequentemente empregue (Fortin, 2009).

O questionário é constituído por um conjunto de enunciados ou questões que possibilitam recolher a informação dos participantes, sendo aconselhado quando se pretende interrogar um grande número de participantes (Quivy e Campenhoudt, 2005; Fortin, 2009; Polit e Beck, 2011). É flexível no que respeita à forma, à estrutura e aos meios de recolher informação (Norwood, 2000) e exige menos recursos económicos e humanos (Fortin, 2009). Constituem mais-valias o auto preenchimento, a

garantia de anonimato, a uniformização de diretivas (que assegura a constância de um questionário para o outro e, por este facto, a fidelidade do instrumento) e a apresentação padronizada, que auxilia na obtenção de respostas sinceras, precisas e de uma forma rápida, facilitando o tratamento de dados e a inferência estatística (Fortin, 2009). Ao mesmo tempo oferece a possibilidade da confidencialidade dos dados, pois a presença do investigador no momento do preenchimento não é obrigatória, permitindo assim menos desvios no que concerne às respostas (Polit e Beck, 2010).

Para a conceção das questões (indicadores) consideraram-se os critérios de clareza, coerência e neutralidade, dando especial atenção ao facto de não se colocarem questões ambíguas nem se juntarem duas questões numa só, facilitando assim a compreensão e objetividade dos questionários (Sousa e Batista, 2011). Foram observados os aspetos referidos por Fortin (2009), nomeadamente, no que diz respeito à determinação da informação a recolher, à construção de um conjunto de questões, à formulação das questões e por fim à ordenação das mesmas.

A construção de um questionário de medida exige que o investigador tenha, não só uma definição clara dos objetivos do estudo, como também um bom conhecimento do estado de investigação sobre o fenómeno considerado e ainda uma ideia clara da natureza dos dados a colher, pelo que, para a sua elaboração deverão ser percorridas as seguintes etapas: determinar qual a informação a recolher; constituir um banco de questões; formular as questões; ordenar as questões; redigir a introdução e as diretrizes; submeter o esboço do questionário à revisão e, posteriormente, pré-testá-lo (Fortin, 2009).

Apesar de na maior parte dos casos os investigadores utilizarem instrumentos de recolha de dados já existentes e testados (Fortin, 2009), os instrumentos utilizados neste estudo foram elaborados de raiz, tendo em conta os princípios de Fortin (2009), uma vez que se reportavam a uma situação particular e não uniformizada para as restantes instituições hospitalares do nosso país. A sua conceção ancorou nos conceitos

emergentes da revisão bibliográfica e da parametrização instituída na ULSM, E.P.E., no aplicativo SClínico relativamente ao risco de queda e de medidas de contenção física de clientes. Daqui emergiram as variáveis que constituíram a base para a construção dos instrumentos. Deste modo, o questionário foi construído segundo o preconizado por Fortin (2009) nos seguintes moldes:

I. Determinar qual a informação a recolher:

Na primeira fase, os objetivos da investigação foram identificados e determinados os temas a estudar, com a intenção de compreender o fenómeno e precisar o número de questões. Posto isto, foi essencial conhecer as medidas de contenção física adotadas pelos enfermeiros, o instrumento de avaliação do risco de queda e as intervenções parametrizadas a nível institucional.

II. Constituir um banco de questões:

Nesta fase, foi realizada pesquisa bibliográfica com o intuito de descobrir questionários que correspondessem aos objetivos delineados. Devido à especificidade do instrumento de avaliação de risco de queda utilizado na ULSM, E.P.E., conhecia-se à partida, que tal desígnio seria praticamente impossível, o que se veio a verificar, tendo-se optado por elaborar os questionários citos em Anexo I e II.

III. Formular as questões:

Utilizaram-se três tipos de questões (fechadas, abertas e mistas), com vista a obtenção de informação útil e detalhada sobre o tema a estudar. Contudo, os questionários são maioritariamente constituídos por questões fechadas, dadas as vantagens da sua utilização. As questões abertas e mistas foram formuladas no sentido de obter algumas informações complementares.

IV. Ordenar as questões:

Nesta fase, foram tidos em consideração aspetos como a aparência geral do questionário, o espaço reservado às respostas, o encadeamento das questões e o tamanho do mesmo, uma vez que é importante que o questionário tenha uma apresentação lógica (Fortin, 2009). Constituíram-se

as diferentes partes que compõem os questionários, atendendo sempre à disposição gráfica, de modo a reduzir o número de páginas utilizadas.

V. Redigir a introdução e as diretrizes:

Redigiu-se um breve texto com informação ao participante, que compreendeu não só as instruções para o preenchimento dos questionários, como também, os objetivos dos mesmos, assim como, o agradecimento pela colaboração no seu preenchimento. As questões foram precedidas de indicações sobre o funcionamento e forma de preenchimento (Fortin, 2009), quando se considerou oportuno.

VI. Pré-testar o questionário:

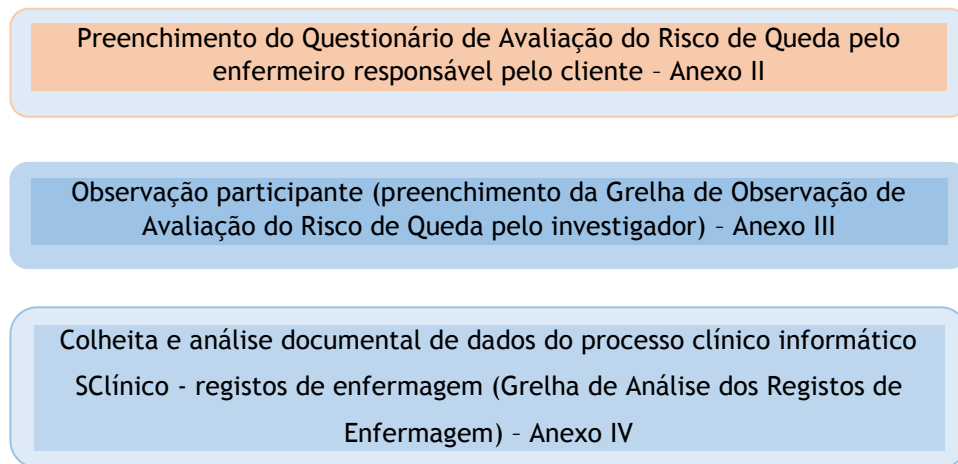
Após a construção, é recomendado que o instrumento seja pré-testado por pessoas com experiência e formação na área com o intuito de efetivar a sua validade de conteúdo (Scarparo, 2012), visto que viabiliza reunir diferentes opiniões e pontos de vista que coadjuvam ainda mais na construção e compreensão do questionário, do que se fosse realizada apenas por uma pessoa (Cassiani e Rodrigues, 1996). Ao mesmo tempo permite verificar a sua eficácia e valor numa amostra reduzida (10%) da população alvo, (Fortin, 2009) pelo que foi realizado a aproximadamente 18 clientes, durante o período de trinta de outubro a dez de novembro de 2014, com o objetivo de aperfeiçoar os mesmos, identificar lacunas e fragilidades. Em virtude de ter sido necessário efetuar alterações a nível de ajustamentos de pormenor, esta percentagem da amostra não foi inserida no estudo, salientando-se também que nenhum dos elementos do pré-teste integrou a amostra.

O questionário, observação participante e análise documental dos registos clínicos de enfermagem, foram aplicados e analisados por duas investigadoras, sendo uma delas a própria autora do estudo e uma outra investigadora, com formação na área de SCE, que foi preparada adequadamente para o efeito, antes de partir para o terreno.

Considerando o estudo, a população, os meios disponíveis e todas as alternativas existentes, procedeu-se à colheita de dados em quatro momentos (Figura 1), procedimentos estes realizados no mesmo dia e

preferencialmente no mesmo turno, nomeadamente (com exceção do Questionário de Caracterização Sociodemográfica dos Enfermeiros e de Medidas Adotadas por estes, face à Contenção Física de Clientes - Anexo I):

Figura 1: Procedimentos de colheita de dados



2.9. Tratamento de Dados

Relativamente ao tratamento dos dados obtidos através da aplicação dos questionários, observação participante e análise documental de dados do processo clínico, procedeu-se a uma análise estatística descritiva e inferencial. Os procedimentos estatísticos “(...) possibilitam aos pesquisadores organizar, interpretar e transmitir informações numéricas” Polit e Beck (2011, p. 430). Deste modo, procedeu-se à codificação das respostas, inserindo-as numa folha de cálculo, construindo-se uma base de dados no *software* aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS®) versão 22.0 para ambiente *Windows* que “(...) é uma poderosa ferramenta informática que permite realizar cálculos estatísticos complexos e visualizar os seus resultados em poucos segundos” (Pereira, 2008, p. 16).

Os dados recolhidos foram analisados através de técnicas de estatística descritiva, nomeadamente, frequências, medidas de tendência central e medidas de dispersão (desvio padrão), pois a estatística descritiva possibilita “(...) *descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis (...)*” (Fortin, 2009, p. 411). Identificaram-se as características sociodemográficas e clínicas dos clientes através da análise descritiva das variáveis (sexo, idade, diagnóstico de admissão, risco de queda). As variáveis contínuas foram descritas com recursos a medidas de tendência central média, moda, desvio padrão (DP), valor mínimo e valor máximo. As variáveis categóricas/nominais foram apresentadas sob a forma de frequências relativas (%) e frequências absolutas (N). Posteriormente, realizou-se a estatística inferencial, com o objetivo de se “(...) *destacar as características de uma população baseando-se nos dados de uma amostra*” (Fortin, 2009, p. 440). A avaliação das relações significativas entre as variáveis foi através da aplicação de testes paramétricos - ANOVA e teste *t* de Student. O nível de significância dos resultados utilizado como referência foi $p < 0,05$, o mesmo considerado no âmbito das ciências humanas, sociais e da saúde (Poeschl, 2006; Ribeiro, 2008; Fortin, 2009).

No que respeita ao estudo das correspondências, este foi conseguido aplicando um teste não paramétrico - Teste de Independência do Qui-Quadrado.

De salientar que se verificaram casos de resposta omissa, que por serem raras foram tratados como não resposta, pelo que aparecem diferentes frequências absolutas no decorrer da apresentação e análise dos resultados.

2.10. Questões Éticas

Quando uma investigação é realizada com seres humanos são destacadas questões morais e éticas que, dependendo do tipo de investigação, têm algumas particularidades, devendo ser respeitados e protegidos os seguintes direitos das pessoas: direito à autodeterminação, à confidencialidade, à intimidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo, e direito a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 2009; Polit e Beck, 2011). Desta forma, o investigador deverá assumir um comportamento ético, desde a seleção do problema até à fase de publicação dos resultados, baseando a sua atuação no reconhecimento explícito da dignidade como valor central de toda a pessoa humana (Martins, 2008).

Considerou-se ao longo desta investigação, os pressupostos de qualidade ética, afiançando o anonimato dos participantes que fizeram parte da investigação e a confidencialidade dos dados. Efetuaram-se as atividades necessárias no sentido de respeitar os preceitos éticos, tanto a nível organizacional como a nível individual. Desta forma, garantiu-se que ao longo do desenvolvimento deste estudo, o respeito a considerações éticas foi uma preocupação constante, pelo que foi solicitada autorização para realização do estudo (Anexo VI) ao Conselho de Administração da ULSM, E.P.E. onde se esclareceu o tema, a finalidade e a metodologia de investigação, e à respetiva Comissão de Ética para a Saúde, ao abrigo do protocolo com a referida instituição e a ESEP enquadrado no Projeto C-S2AFECARE-Q - Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados. O referido projeto assenta na carta de parceria existente entre a ESEP e a ULSM, E.P.E.

Como foi considerada a observação participante no processo de colheita de dados, salvaguardaram-se todas as questões éticas, como a apresentação do investigador, o esclarecimento sobre o objetivo do estudo e mais uma vez, a obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido, garantindo o anonimato, a confidencialidade e a possibilidade de recusar a participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo pessoal. Não obstante, aquando da observação participante garantiu-se a privacidade do cliente e todos os princípios da bioética - o princípio da beneficência, o princípio da não maleficência, o princípio da autonomia e o princípio da justiça.

3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Depois de exposto o percurso metodológico adotado, que facultou um processo de investigação estruturado, metódico e orientador para todas as etapas do estudo, neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos, decorrentes de procedimentos de estatística descritiva e indutiva, assim como os contributos para um modelo de SCE. De seguida passaremos à apresentação, análise e discussão dos resultados do estudo.

Pela análise dos dados recolhidos irá examinar-se o conjunto de resultados e extrair o essencial da informação (Fortin, 2009). Nesta etapa do processo de investigação procede-se à aceção dos resultados obtidos, procurando uma confrontação de resultados com outros trabalhos de investigação (Fortin, 2009; Scarparo et al. 2012). É também nesta fase que se ambiciona, pela análise e interpretação dos resultados, uma cuidada apreciação de conclusões, consequências e até a exposição de recomendações e contributos, tendo sempre como linha orientadora a finalidade e objetivos inicialmente definidos.

3.1. Apresentação e Análise dos Resultados

Para uma melhor perceção, organizou-se a apresentação dos resultados em vários subcapítulos, tendo em conta o objeto do estudo. Apresentar-se-á a caracterização sociodemográfica dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de cirurgia, assim como os resultados apurados quanto a medidas adotadas face à contenção física de clientes. Considera-se pertinente proceder a esta exposição, pois são os enfermeiros os profissionais de saúde que mais próximo estão dos clientes, contribuindo para a prevenção de quedas, direcionando a sua ação para a promoção da qualidade e segurança dos cuidados. Os enfermeiros, na sua prática diária, determinam intervenções no âmbito do risco de queda, tendo em conta o cliente e fatores de risco internos e externos a ele associados, gerem os cuidados e registam por meio de notas clínicas o que consideram ser relevante na prática clínica.

Encontra-se ainda pela ordem indicada: a caracterização da amostra, aludindo-se à componente social, demográfica e diagnóstica, bem como ao prestador de cuidados e à necessidade de contenção física e o risco de queda na admissão. De seguida, procede-se à análise dos fatores de risco de queda dos clientes que integraram o estudo, apresentam-se os resultados relativos à monitorização do risco de queda, bem como, dos resultados e correspondências referentes às intervenções de enfermagem referidas pelos enfermeiros, observadas pelo investigador e as que o mesmo adotaria face ao risco de queda do cliente. Por último, serão analisados os resultados obtidos da análise documental aos registos de enfermagem no aplicativo informático SClínico.

3.1.1. Caracterização Sociodemográfica dos Enfermeiros

Relativamente à caracterização sociodemográfica dos enfermeiros, é de salientar que, dos 67 enfermeiros que integram o Departamento de Cirurgia, neste estudo apenas se remete para a caracterização dos enfermeiros que prestam cuidados diretos aos clientes, pois era intenção obter dados da observação participante e de registos clínicos dos enfermeiros que efetivamente se encontram na prestação de cuidados. Posto isto, os enfermeiros chefes não estão incluídos nesta caracterização, assim como, os enfermeiros de referência, salvo o caso específico da Cirurgia B, que por motivos de gestão da equipa, prestou durante um período de tempo, cuidados ao cliente.

Dos 60 enfermeiros que participaram no estudo obteve-se resposta de 58 dos mesmos, tendo-se verificado que, 81,7% (N=49) eram do sexo feminino e 18,3% (N=11) do sexo masculino, com uma idade compreendida entre os 23 e os 55 anos, situando-se a média de idade nos 33,9 anos, com uma moda de 36 anos e um desvio padrão de 6,1 anos. Constatou-se que são na sua maioria do sexo feminino, estando este resultado de acordo “(...) com o padrão habitual da profissão de enfermagem, onde se regista, por razões sociológicas, uma maior procura por parte das mulheres” (Dias, 2005, p.280) e também com a realidade portuguesa em que 54374 dos enfermeiros são do sexo feminino, como se pode constatar nos dados estatísticos da OE no ano de 2014 (OE, 2015).

O tempo de exercício profissional dos enfermeiros está entre um ano e os 23 anos, sendo a média de 10,3 anos de exercício profissional com um desvio padrão de 4,7 anos.

Relativamente à categoria profissional, a maioria dos participantes possui a categoria de enfermeiro (61,7%; N=37), sendo 26,7% (N=16) enfermeiros graduados e 11,7% (N=7) enfermeiros especialistas. Estes

resultados são também consonantes com a realidade portuguesa, uma vez que de acordo com os dados estatísticos da OE (2015), se verifica que a maioria detém o título de enfermeiro (N=52576), existindo 13890 enfermeiros especialistas.

No que se refere à situação jurídica de emprego, da caracterização obtida conclui-se que a maioria (75%; N=45) tem um contrato individual de trabalho por tempo indeterminado (CIT), 10% (N=6) um contrato de trabalho a termo resolutivo certo, 8,3% (N=5) tem um contrato individual de trabalho a termo incerto e apenas 6,7% (N=4) um contrato de trabalho em funções públicas.

Tabela 2: Distribuição dos enfermeiros por serviços

		Frequência (n)	Percentagem (%)
Serviço	Ala I	15	25,0
	Cirurgia B	24	40,0
	Cirurgia C	21	35,0
	Total	60	100,0

No que concerne ao serviço onde desempenham funções, verifica-se que a maioria dos enfermeiros desempenha a sua atividade na Cirurgia B, sendo na Ala I que se encontra um menor número de enfermeiros.

Relativamente às habilitações académicas e profissionais, verifica-se que a maioria tem o grau de licenciado (73,3%; N=44), 1,7% (N=1) possui o bacharelato, 21,7% (N=13) dos enfermeiros a especialidade, sendo que sete são especialistas na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, quatro na área de Saúde Mental e Psiquiátrica, um em Saúde Comunitária e um em Enfermagem de Reabilitação e 3,3% (N=2) possuem o grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

3.1.1.1 Contenção Física de Clientes: Medidas Usualmente Adotadas pelos Enfermeiros

Outro foco de interesse para este estudo, dado que não existe um protocolo institucional sobre contenção física de clientes, associado ao facto de existirem casos de contenção devido ao risco de queda, foi procurar saber se os enfermeiros conheciam a Orientação da DGS - Prevenção de comportamentos dos doentes que põe em causa a sua segurança ou da sua envolvente (Nº 021/2011 de seis de junho de 2011) e que medidas de contenção usualmente implementam na sua prática diária.

Relativamente a medidas adotadas pelo enfermeiro, face à contenção física de clientes, foram questionados os enfermeiros sobre o seu conhecimento da existência de algum documento que normalize os cuidados a ter em caso de imobilização de clientes (Anexo I), tendo-se verificado que dos 51 enfermeiros que responderam à questão, 88,2% (N=45) dos mesmos conhece o documento e 11,8% (N=6), refere desconhecer a sua existência.

De forma a dar resposta ao objetivo, e com o propósito de obter dados dos principais intervenientes do cuidado aos clientes, foi solicitado aos 88,2% dos enfermeiros que referem conhecer o documento, que indicassem as medidas de contenção física de clientes, que usualmente implementam. Apresentam-se assim os resultados mais significativos, realçando os que obtiveram uma maior percentagem de resposta.

Tabela 3: Medidas adotadas pelo enfermeiro, face à contenção física de clientes

Medidas adotadas pelo enfermeiro, face à contenção física de clientes	n	%
Utilizar técnicas comunicacionais de interrupção da escalada da agressividade	36	66,7
Utilizar técnicas de contenção ambiental (Modificação do contexto, recurso a alterações que controlam a mobilidade do cliente com supervisão clínica, proporcionar ambiente calmo e seguro)	37	68,5
Informar e tranquilizar cliente, família/pessoa significativa quanto à necessidade de medidas de contenção	45	83,3
Proceder a contenção física do cliente, após uma avaliação do risco clínico	47	87,0
Proceder a contenção física após decisão conjunta da equipa terapêutica	31	57,4
Proceder a contenção física após prescrição médica e registar devidamente no processo clínico do cliente	35	64,8
Proceder a contenção física, comunicando posteriormente ao médico	28	51,9
Proceder a contenção física, limitando-a no tempo e com frequente reavaliação pela equipa multidisciplinar	41	75,9
Garantir que não existam objetos perigosos para o cliente	49	90,7
Utilizar faixas concebidas e apropriadas, cumprindo as instruções do fabricante na sua aplicação	44	81,5
Equipar a cama com grades laterais, que permitam a proteção, apoio e segurança do cliente	53	98,1
Aplicar material de proteção para prevenir lesões resultantes da fricção	38	70,4
Vigiar com periodicidade não superior a 15-30 minutos, sinais de alteração circulatória e perfusão dos tecidos que possam resultar de compressão devido às faixas de contenção	36	66,7
Posicionar o cliente em decúbito dorsal, com a cabeça levemente elevada e os membros superiores posicionados de forma a permitir o acesso venoso. Sempre que necessário utilizar um posicionamento alternativo, nomeadamente, em decúbito lateral	40	74,1
Fazer alternância de decúbitos para prevenção de úlceras de pressão	51	94,4
Manter a comunicação com o cliente no âmbito do seu processo terapêutico	45	83,3
Vigiar frequentemente os parâmetros vitais e analíticos do cliente	34	63,0
Proceder ao exame físico periódico	35	64,8

Hidratar o cliente em caso de sudação prolongada	27	50,0
Reavaliar a necessidade de manutenção da contenção física no decurso de um período máximo de duas horas, repetindo-a com esta periodicidade	38	70,4
Retirar a contenção física de acordo com a eficácia da medicação e a avaliação do estado clínico do cliente ou assim que for possível	47	87,0
Registrar, obrigatoriamente, no processo clínico:		
Estado do cliente que determinou a necessidade de contenção	51	94,4
Medidas preventivas e o seu impacto	33	61,1
Descrição das diferentes medidas de contenção analisadas com o cliente ou por quem ele decida	15	27,8
Profissionais envolvidos na tomada de decisão	21	38,9
Avaliações posteriores à colocação da medida de contenção	27	50,0
Evolução do estado clínico do cliente	38	70,4
Registo de lesões conseqüentes	41	75,9
Revisão do plano de cuidados, decorrente das medidas de contenção	48	88,9

Considera-se relevante apontar para alguns dos resultados que nos indicam uma menor prevalência de implementação, dada a importância da sua execução para a segurança/saúde do cliente. Verifica-se que 57,4% (N=31) dos enfermeiros refere 'Proceder a contenção física após decisão conjunta da equipa terapêutica', 64,8% (N=35) refere 'Proceder a contenção física após prescrição médica e registar devidamente no processo clínico do cliente' e apenas 51,9% (N=28) dos enfermeiros procedem a contenção física, comunicando posteriormente ao médico. Estes resultados constituem uma inconformidade face ao que é preconizado, pelo que importa atuar neste sentido.

No 'Vigiar com periodicidade não superior a 15-30 minutos, sinais de alteração circulatória e perfusão dos tecidos que possam resultar de compressão devido às faixas de contenção' somente 66,7% (N=36) dos enfermeiros o referem executar. O mesmo se afere quando se alude a intervenções como 'Vigiar frequentemente os parâmetros vitais e analíticos do cliente' (63%, N=34), 'Proceder ao exame físico periódico' (64,8%, N=35) e sobretudo no 'Hidratar o cliente em caso de sudação prolongada' em que apenas 50% (N=27) dos enfermeiros refere executar. De salientar

que esta última intervenção poderá suscitar ambiguidades de compreensão, dado que o termo hidratação pode ser entendido de várias formas: hidratação da pele, hidratação oral ou hidratação endo-venosa.

Em termos de registos obrigatórios, verificam-se também algumas inconformidades, por exemplo, nas 'Avaliações posteriores à colocação da medida de contenção' somente 50% (N=27) dos enfermeiros refere proceder a este registo, assim como, apenas 38,9% (N=21) dos enfermeiros regista os 'Profissionais envolvidos na tomada de decisão' e, talvez pela dificuldade inerente à medida, unicamente 27,8% (N=15) dos enfermeiros procede à 'Descrição das diferentes medidas de contenção analisadas com o cliente ou por quem ele decida'.

Pela ponderação das medidas adotadas face à contenção física de clientes, que não auferiram de uma significativa prevalência de respostas, considera-se pertinente sensibilizar os enfermeiros para a sua adoção, sendo estas: 'Obter consentimento informado, por parte do representante legal do cliente, se exequível, caso este não reúna as condições necessárias' (14,8%, N=8), 'Colocar as faixas nos membros superiores, inferiores e tórax do cliente conforme a gravidade da situação. A quinta faixa, torácica, deve ser colocada após a imobilização dos membros' (37%, N=20) e 'Prevenir acidentes trombo-embólicos' (42,6%, N=23).

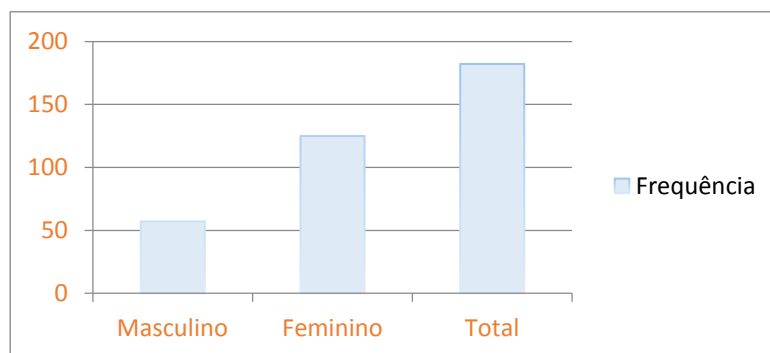
Apesar de estar preconizado que a contenção física deva ser num quarto isolado ou num local apropriado e que garanta a privacidade, que seja bem ventilado e com a temperatura adequada, como também, a colocação do cliente num local onde possa ser permanentemente vigiado, reconhece-se que a ULSM, E.P.E., nomeadamente os serviços alvo do estudo, não possuem condições estruturais e físicas para tal.

3.1.2. Caracterização da Amostra

Neste subcapítulo remete-se para a caracterização da amostra no que respeita à sua componente social, demográfica e diagnóstica. Encontram-se também os dados relativos ao prestador de cuidados, à necessidade de contenção física e risco de queda na admissão, apresentado na forma de *Com* ou *Sem* risco.

Num total de 182 casos procedeu-se à caracterização demográfica da amostra segundo o sexo.

Gráfico 1: Caracterização demográfica da amostra segundo o sexo



No total a amostra é constituída por 57 homens e 125 mulheres.

Pela análise descritiva, considerando o N 181 casos, dado existir uma não resposta, a média das idades situou-se nos 62,2 anos, com uma moda de 66 anos, desvio-padrão de 16,9 anos e com mínimo de 20 e um máximo de 95 anos.

A caracterização da amostra foi desenvolvida, tendo em conta o diagnóstico de internamento.

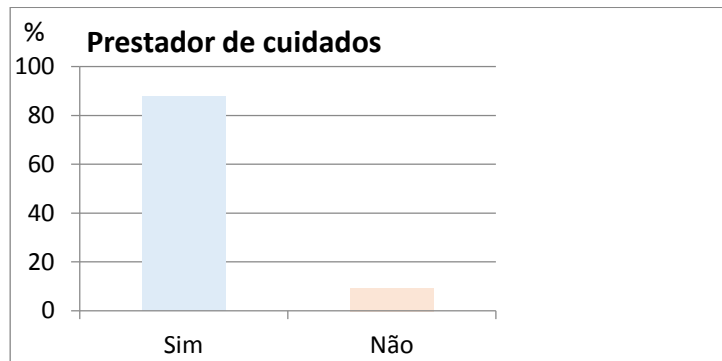
Tabela 4: Diagnóstico segundo Grupos de Diagnóstico Homogéneo

DIAGNÓSTICO DE ADMISSÃO	n	%
Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	1	0,5
Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	2	1,1
Doenças e Perturbações do Aparelho Digestivo	73	40,1
Doenças e Perturbações do Sistema Hepatobiliar e Pâncreas	42	23,1
Doenças e Perturbações do Sistema Músculo- Esquelético e Tecido Conjuntivo	2	1,1
Doenças e Perturbações da Pele, Tecido Celular Subcutâneo e Mama	38	21,0
Doenças e Perturbações Endócrinas Nutricionais e Metabólicas	6	3,3
Doenças e Perturbações do Rim e do Aparelho Urinário	1	0,5
Doenças e Perturbações do Aparelho Genital Feminino	16	8,8
Outros Grupos	1	0,5

Após a recolha de dados verificou-se existir uma grande diversificação de diagnósticos. Estes foram agrupados (Tabela 4) de acordo com a listagem de Grupos de Diagnóstico Homogéneo disponibilizada *online* pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Analisando a tabela 4, pode-se verificar que do total de 182 casos, os diagnósticos mais frequentes são os relacionados com *Doenças e Perturbações do Aparelho Digestivo*, seguindo-se *Doenças e Perturbações do Sistema Hepatobiliar e Pâncreas*, *Doenças e Perturbações da Pele, Tecido Celular Subcutâneo* e *Doenças e Perturbações do Aparelho Genital Feminino*.

De forma a poder analisar algumas intervenções de enfermagem selecionadas no âmbito do instruir e treinar o prestador de cuidados sobre risco de queda, considera-se oportuno, na caracterização da amostra, obter dados relativos a: “Definido Prestador de Cuidados?”

Gráfico 2: Prestador de Cuidados definido



Pela análise do gráfico, pode-se verificar que 87,9% (N=160) dos casos têm prestador de cuidados definidos e apenas 9,3% (N=17) dos casos não o têm, na maioria dos casos devido a problemas sociais.

A necessidade de contenção física da amostra foi também alvo de interesse para a investigação, com o intuito de comparar a concordância entre o enfermeiro e o investigador. Conclui-se que não se verificou uma diferença significativa, pois o enfermeiro considerou que em 4,4% dos casos (N=8), haveria necessidade de contenção física e o investigador considerou essa necessidade em 3,3% (N=6) dos casos.

Reportando para a análise dos registos das medidas adotadas face ao risco de queda, verifica-se que em 4,7% dos casos, o enfermeiro afirma que adota a intervenção 'Manter parte do corpo com dispositivo imobilizador', valor praticamente concorrente com a resposta dada sobre a necessidade de contenção física. Contudo, pela realidade observada pelo investigador, em apenas 1,7% dos casos, foi implementada a intervenção.

O estudo foi realizado, como anteriormente referido, em três serviços cirúrgicos, pelo que apresenta-se a distribuição dos casos em cada um deles.

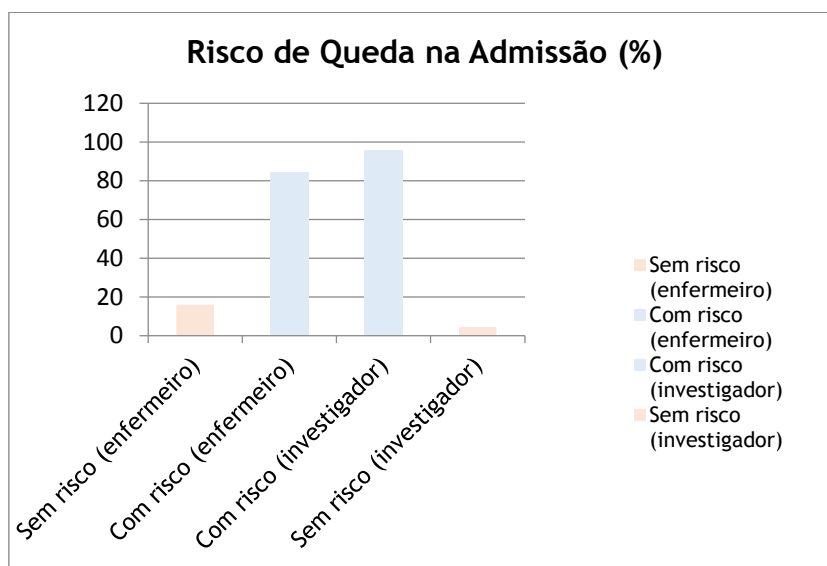
Tabela 5: Distribuição da amostra pelos três serviços cirúrgicos

Serviços Cirúrgicos	Frequência (n)	Percentagem (%)
Cirurgia B	63	34,6
Cirurgia C	57	31,3
Ala I	62	34,1
TOTAL	182	100,0

Pode-se verificar que a amostra nos três diferentes serviços tem praticamente a mesma frequência, destacando-se o serviço de Cirurgia B, onde foram recolhidos mais dados (N=63), seguido da Ala I com 62 casos e da Cirurgia C com 57 casos. Em termos estatísticos, não há diferenças significativas a considerar na análise dos dados globais.

De modo a comparar o risco de queda dos clientes, no momento de admissão no serviço de Cirurgia B, Cirurgia C e Ala I referido pelo enfermeiro e analisado pelo investigador, apresenta-se o seguinte gráfico.

Gráfico 3: Presença e ausência de risco de queda na admissão



Conclui-se que de um total de 176 respostas dos enfermeiros, 84,1% (N=148) dos casos apresentavam risco de queda na admissão e que 15,9% (N=28) não apresentavam risco de queda. Sem resposta a este parâmetro temos cerca de 3,3%, ou seja, seis casos.

O risco de queda na admissão analisado pelo investigador, avaliado para a totalidade da amostra (N=182), apresenta uma diferença significativa do que foi realizado pelo enfermeiro, visto que 95,6% (N=174) apresentavam risco.

3.1.2.1 Fatores de Risco de Queda da Amostra: Análise

O risco de queda, no momento da colheita de dados, foi avaliado na ULSM, E.P.E. pela atividade diagnóstica “Avaliar condição de risco de queda”, onde se elencavam uma série de fatores de risco de forma a obter uma classificação para o diagnóstico de enfermagem: *Com* ou *Sem* risco de queda. Apresentam-se, os resultados de cada um desses fatores de risco, comparando a avaliação realizada pelo enfermeiro (AE) e pelo investigador (AI), assim como se expõem os fatores considerados de maior risco nos três serviços de cirurgia.

Tabela 6: Fatores de Risco

Fatores de Risco - avaliação		% AI	% AE
Status funcional	Acamado/sentado e sem capacidade para alterar a posição corporal	3,8	4,4
	Acamado/sentado e com capacidade para alterar a posição corporal	12,6	11,0
	Anda com ajuda	22,0	16,0
	Anda sem ajuda	61,5	68,5
História de queda nos 3 últimos meses	Não/desconhece	88,7	92,3
	Sim	11,3	7,7
Equilíbrio corporal	Sem alterações do equilíbrio corporal ou incapacidade de avaliar	61,4	65,9
	Com alteração do equilíbrio corporal	38,6	34,1
Resposta Comportamental	Sem alteração da resposta comportamental	88,7	92,0
	Com alteração da resposta verbal	5,1	3,4
	Com alteração da resposta não-verbal	1,7	0,6
	Com alteração da resposta verbal e não-verbal	4,5	4,0
Andar com dispositivo médico (suporte de soros, algálias, drenos, etc)	Não	41,8	43,3
	Sim	58,2	56,7
Andar com auxiliar de marcha	Não	92,6	91,5
	Sim	7,4	8,5
Medicação	Sem nenhuma medicação abaixo identificada	46,3	50,8
	Medicação com atuação ao nível do sistema nervoso central	53,7	41,8
	Anticoagulantes	0,0	7,3
	Antiepiléticos	0,0	0,0
Alterações visuais e auditivas	Não	44,9	61,5
	Sim	55,1	38,5

Pelas avaliações realizadas pelo AE, e tendo em conta os scores associados a cada fator de risco (ver Anexo V) conclui-se que no item *Status*

Funcional 68,5% dos clientes 'Anda sem ajuda', logo não tem qualquer risco; apenas 16% dos casos apresenta risco acrescido por 'Andar com ajuda'. Quando se observa a avaliação realizada pelo AI, encontram-se resultados similares, sendo que 112 clientes (61,5%) não apresentam risco de queda no *Status Funcional* e 22% (N=40) apresentam risco máximo por andar com ajuda de terceiros.

No que se refere a *História de queda nos últimos três meses*, dos casos apurados pela análise do investigador, uma grande parte dos clientes (N=157, 88,7%) desconhece, ou não sofreu quedas. Segundo os resultados do AE, 92,3% (N=167) dos casos desconhece ou não tem historial de quedas, logo, pela globalidade dos clientes que integram a amostra, este fator de risco não contribuirá para a ocorrência de quedas. Também neste ponto não se verificam diferenças relevantes na avaliação realizada pelo AE e pelo AI.

Quanto ao fator de risco *Equilíbrio corporal* constatou-se existir uma percentagem mais considerável de clientes com alterações do equilíbrio corporal, na avaliação realizada pelo AI (38,6%) do que pelo AE (34,1%). Contudo, uma grande parte dos clientes, na avaliação realizada pelo AE e pelo AI, não apresentam alterações de equilíbrio ou então existiu uma incapacidade de avaliar. Mais uma vez, não se verificam diferenças significativas na avaliação realizada pelo AE e pelo AI.

Na avaliação da *Resposta Comportamental* verificou-se que 92% (AE) e 88,7% (AI) dos casos não apresentavam alterações da resposta comportamental logo, esta, não constitui fator de risco para os clientes que integram a amostra. De notar que existem diferenças percentuais na avaliação realizada pelo enfermeiro e pelo investigador, nomeadamente no 'Com alteração da resposta não-verbal' (AE: 0,6%, AI:1,7%) e no 'Com alteração da resposta verbal' (AE:3,4%, AI:5,1%).

No item *Andar com dispositivo médico* 56,7% (AE) e 58,2% (AI) dos clientes apresentam risco acrescido de queda por andar e/ou utilizar dispositivos médicos. Contudo, uma percentagem também significativa dos clientes (AE: 43,3%, AI: 41,8%) não tem qualquer dispositivo médico.

Similarmente, não se encontram aqui diferenças importantes relativamente à avaliação realizada pelos dois intervenientes (AE e AI) no processo de colheita de dados.

Relativamente ao *Andar com auxiliar de marcha*, verifica-se que cerca de 92% (AE e AI) dos casos não andam com auxiliar de marcha, o que não confere a este ponto um fator de risco para queda nos clientes que integram a amostra. Conclui-se, também, que a avaliação realizada pelo investigador se aproxima bastante da avaliação realizada pelo enfermeiro.

No que respeita à *Medicação* constatou-se uma diferença que apesar de não apresentar valores percentuais consideráveis, revela um dado relevante para o estudo. Repare-se que no ponto 'Anticoagulantes', na avaliação do enfermeiro, 7,3% dos clientes fazem uso do mesmo, contrapondo com uma percentagem nula na avaliação do investigador. Verificou-se também que pela AE, 41,8% usava 'Medicação com atuação ao nível do sistema nervoso central', enquanto na avaliação do AI esse uso está reportado em 53,1%. À parte disso, constatou-se que o ponto atrás referido constitui, para os clientes que integram a amostra, um fator de risco para a ocorrência de queda, pois os resultados obtidos apresentam uma média de aproximadamente 50%.

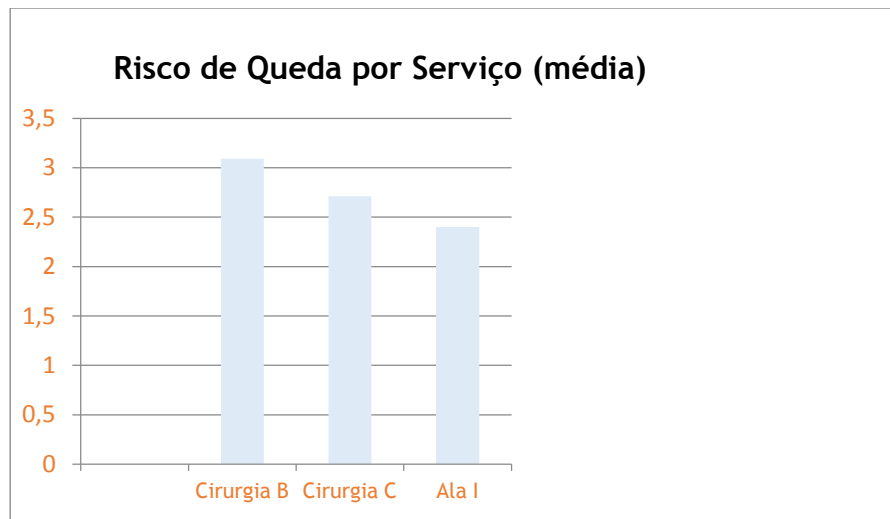
Por fim, remete-se para as *Alterações visuais e auditivas* em que se encontra disparidade entre a avaliação do AE e do AI. É resultado da avaliação do AI que 55,1% dos clientes apresentam alterações visuais e auditivas, e que 44,9% não apresentam qualquer alteração. Analisando os dados recolhidos da avaliação do AE denota-se que apenas 38,5% dos clientes têm alterações visuais e auditivas, e 61,5% não apresentam qualquer alteração.

3.1.3. Monitorização do Risco de Queda: Os Resultados

Neste subcapítulo apresentar-se-á os resultados da monitorização do risco de queda por serviço, estabelecendo também comparação do risco em

cada serviço, assim como, comparação entre a avaliação do enfermeiro e do investigador.

Gráfico 4: Risco de Queda por Serviço



De modo a avaliar o risco de queda dos clientes, identificado pelo enfermeiro em cada um dos serviços, Cirurgia B, Cirurgia C e Ala I da ULSM, E.P.E., utilizou-se o teste 1-way ANOVA, verificando-se que o risco de queda identificado na Cirurgia B apresenta uma média de 3,1, na Cirurgia C uma média de 2,7 e na Ala I uma média de 2,4.

Explora-se, de seguida, a hipótese 1 (H1), na qual se procura compreender se existe diferença estatisticamente significativa entre o risco de queda dos clientes internados nos serviços cirúrgicos alvos da investigação. Apresenta-se também a hipótese 2 (H2), onde se procura conhecer se existe diferença estatisticamente significativa entre a avaliação do risco de queda dos clientes internados no serviço de Cirurgia B, Cirurgia C e Ala I, diagnosticada pelo enfermeiro e pelo investigador no momento da observação do cliente.

Hipótese 1 (H1)

Existe diferença estatisticamente significativa entre o risco de queda dos clientes internados no serviço de Cirurgia B, Cirurgia C e Ala I.

Tabela 7: Comparação do risco de queda em cada serviço

	Média	Desvio Padrão	P <i>one-way</i> ANOVA
Total	2,7	1,9	-----
Cirurgia B	3,1	2,0	0,190
Cirurgia C	2,7	1,9	
Ala I	2,4	1,9	

Quando se compara o risco de queda dos clientes internados, pelo teste *one-way* ANOVA no serviço de Cirurgia B, Cirurgia C e Ala I, constata-se que não existem diferenças estatisticamente significativas no risco de queda consoante o serviço. No entanto, os dados evidenciam que existe um score médio superior na Cirurgia B face aos restantes serviços.

Hipótese 2 (H2)

Existe diferença estatisticamente significativa entre a avaliação do risco de queda dos clientes internados no serviço de Cirurgia B, Cirurgia C e Ala I diagnosticada pelo enfermeiro e pelo investigador no momento da observação do cliente.

Tabela 8: Avaliação do risco de queda

	Média	Desvio Padrão	P <i>t student</i> emparelhado
Enfermeiro	2,6	1,9	0,006
Investigador	3,0	2,1	

A avaliação da atividade diagnóstica ‘Avaliar condição de risco de queda’ na perspetiva do enfermeiro e do investigador foi também um dos objetivos, tendo-se realizado o teste *t* de Student para comparação de duas

amostras emparelhadas, sendo que a sua utilização se justificou pelo facto de se estar a trabalhar em dois momentos a mesma amostra.

Com base no valor encontrado ($p= 0,006$; $p <0,05$), confirma-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre a avaliação do enfermeiro e do investigador no momento da observação do cliente.

3.1.4. Cuidados de Enfermagem Prestados aos Clientes - Intervenções de Enfermagem e Risco de Queda: O Realizado, o Observado e o Adotado pelo Perito

Apresenta-se e analisa-se, neste subcapítulo, as intervenções de enfermagem face ao fenómeno “Cair” que o enfermeiro (ER), por meio do seu questionário, referiu realizar face ao cliente em questão, as intervenções de enfermagem implementadas que o investigador, no momento da observação participante (IO) efetivou serem realizadas pelo enfermeiro e, por último, as intervenções de enfermagem que o investigador, como perito, adotaria (IA) face ao risco de queda do cliente. Salienta-se que os dados apresentados, não remetem, em alguns casos, para a totalidade da amostra (N=182) visto existirem não respostas em alguns dos questionários.

Tabela 9: Intervenções de enfermagem: ER, IO e IA

Intervenções Adotadas face ao fenómeno “Caír”	ER		IO		IA	
	n	%	n	%	n	%
Manter grades da cama	48	28,1	36	20,7	29	16,7
Manter cama travada	135	78,9	163	93,7	166	95,4
Gerir ambiente físico: Adequar luz ambiente à hora do dia/noite	143	83,6	156	89,7	169	97,1
Gerir ambiente físico: Minimizar níveis de ruído ambiente	101	59,1	144	82,8	169	97,1
Gerir ambiente físico: Adequar temperatura ambiente	63	36,8	82	47,1	166	95,4
Gerir ambiente físico: Adequar horário dos cuidados minimizando interrupções de sono do doente	136	79,5	129	74,1	168	96,6
Orientar a pessoa no ambiente	70	41,2	65	37,4	99	56,9
Otimizar ambiente	100	58,5	102	58,6	170	97,7
Manter luz de presença quando necessário	91	53,2	35	20,1	85	48,9
Avaliar condição de risco de queda: Na admissão	163	96,4	133	76,4	172	98,9
Avaliar condição de risco de queda: Sempre que a situação clínica do cliente se altere	117	68,4	12	6,9	170	97,7
Avaliar condição de risco de queda: Outra frequência /situação	52	30,4	157	90,8	172	98,9
Promover medidas de segurança para prevenção de quedas: Uso de dispositivo sonoro junto da pessoa (campainha)	151	88,3	142	81,6	171	98,3
Promover medidas de segurança para prevenção de quedas: Luz de presença acesa durante a noite	73	42,7	53	30,5	164	94,3
Promover medidas de segurança para prevenção de quedas: Definir protocolo de rondas periódicas	92	53,8	86	49,4	168	96,6
Assistir a pessoa no andar	56	32,7	28	16,1	47	27
Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas	30	17,5	2	1,1	34	19,5
Ensinar sobre equipamento para prevenção de quedas	44	25,7	8	4,6	78	44,8
Ensinar sobre prevenção de quedas	103	60,2	59	33,9	147	84,5
Instruir sobre utilização de equipamento para prevenção de quedas	35	20,5	1	0,6	0	0
Restringir a atividade motora	9	5,3	3	1,7	7	4,0
Imobilizar parte do corpo com dispositivo imobilizador: Considerar alternativas	4	2,3	0	0	0	0
Otimizar dispositivo de imobilização	9	5,3	3	1,7	0	0
Manter parte do corpo com dispositivo imobilizador	8	4,7	3	1,7	0	0

Verifica-se que o enfermeiro implementa maioritariamente intervenções no âmbito da gestão do ambiente físico, em 88,3% (N=151) dos casos, na promoção de medidas de segurança para prevenção de quedas: uso da campainha, ‘Manter a cama travada’ (78,9%) e em 58,5% (N=100) no ‘Otimizar ambiente’, assim como, em ‘Manter luz de presença quando necessário’ (N=91, 53,2%) e no ‘Promover medidas de segurança para

prevenção de quedas: Definir protocolo de rondas periódicas´ em 53,8%. Também se verifica a implementação frequente de intervenções como ´Avaliar condição de risco de queda: na admissão` em 96,4% (N=163) dos casos e ´Sempre que a situação clínica do doente se altere` em 68,4% (N=117) dos casos.

No âmbito dos ensinamentos sobre prevenção de quedas, 103 dos casos (60,2%) beneficiaram com o ´Ensinar sobre prevenção de quedas`, 25,7% (N=44) com ensinamentos sobre equipamento para prevenir quedas e 20,5% com o ´Instruir sobre utilização de equipamento para prevenção de quedas`. O prestador de cuidados foi alvo de atenção em 17,5% (N=30) no que se refere a ensinamentos sobre prevenção de quedas. De salientar que o ´Assistir a pessoa no andar` apenas foi reportado em 32,7% da amostra. A avaliação do risco de queda no momento da alta também surge como uma intervenção pouco implementada (15,8%).

As intervenções no âmbito da restrição da atividade motora (5,3%), do ´Imobilizar parte do corpo com dispositivo imobilizador: Considerar alternativas´ (2,3%), ´Otimizar dispositivo de imobilização´ (5,3%) e ´Manter parte do corpo com dispositivo imobilizador´ (4,7%) são aludidas pelos enfermeiros. Destes dados, surgem também evidências que importam reportar. Como se pode concluir pela observação da tabela, intervenções no âmbito do ´Gerir ambiente físico´, ´Manter cama travada´ e ´Otimizar ambiente´ foram declaradas ser realizadas pelo enfermeiro e efetivamente visualizadas pelo investigador. Note-se até que, em alguns casos, os enfermeiros não referem a sua execução e na sua prática implementam algumas das intervenções, como se pode verificar pelo ´Avaliar condição de risco de queda: Outra frequência/situação´ (ER: 30,4% e IO:90,8%). Contudo, em intervenções como por exemplo ´Manter luz de presença quando necessário´ (ER:53,2% e IO:20,1%) e ´Avaliar condição de risco de queda: Na admissão e Sempre que a situação clínica se altere´ (ER:68,4% e IO: 6,9%) verificam-se diferenças significativas.

No que se refere a ´Assistir a pessoa no andar` e intervenções relativas a ensinamentos, nota-se também uma discrepância nos valores do que é

efetivamente realizado pelo enfermeiro. Quanto a intervenções relativas à imobilização de clientes, e apesar de não haver uma prevalência significativa no seu uso, verificou-se que os enfermeiros assumem que implementam as intervenções mas, na realidade, o investigador não as observou.

Por último, irão analisar-se as intervenções de enfermagem com maior prevalência, que o investigador, como perito, adotaria face ao risco de queda da amostra (IA).

Pode-se verificar que existem diferenças significativas face aos dados apresentados anteriormente, concluindo que as intervenções que o enfermeiro refere realizar e as que o investigador visualiza, como efetivamente realizadas, estão aquém do que deveria ser executado.

Constata-se valores próximos no que se refere a 'Avaliar condição de risco de queda: Na admissão' (98,9%, N=172) e no 'Promover medidas de segurança para prevenção de quedas: Uso de dispositivo sonoro junto da pessoa (campainha)' (98,3%, N=171), contudo, ressaltam diferenças percentuais importantes, por exemplo no 'Assistir a pessoa no andar' (27%, N=47), como também em intervenções relacionadas com a imobilização dos clientes, que segundo o IA, não são necessárias para a amostra em estudo ('Imobilizar parte do corpo com dispositivo imobilizador: Considerar alternativas', 'Manter parte do corpo com dispositivo imobilizador' e 'Otimizar dispositivo de imobilização' com valor percentual nulo: 0%).

Na promoção de medidas de segurança para prevenir quedas, surgem valores percentuais com diferenças significativas, nomeadamente no hábito de manter luz de presença durante a noite (94,3%, N=164) e de definir uma norma/protocolo de rondas para vigilância ao cliente (96,6%, N=168). Surge também a adoção de intervenções como 'Avaliar condição de risco de queda: Na alta' e, no âmbito dos ensinamentos, podemos validar que a maioria é apenas direcionado para o cliente (84,5%, N=147) e não tanto para prestador de cuidados. Uma intervenção, que na ótica do investigador, também deveria ser realizada é o 'Ensinar sobre equipamento para prevenção de quedas' (44,8%, N=78) que não é praticamente aplicada.

3.1.4.1 Intervenções de Enfermagem e Risco de Queda: Correspondências

Na continuação da análise dos resultados, e de forma a dar resposta aos objetivos, irá, de seguida, remeter-se para os achados relativos às intervenções de enfermagem face ao risco de queda que o enfermeiro declarou realizar (ER) e o que foi efetivamente realizado pelo enfermeiro, através da observação participante (IO), estabelecendo comparações com o que o investigador, na qualidade de perito, adotaria (IA) fazer. Esta análise surge de forma a averiguar até que ponto existe confluência entre intervenções realizadas no discurso dos enfermeiros e investigador, assim como as efetivamente realizadas, indicando também quando as intervenções foram mencionadas em simultâneo.

Pela análise de tabelas de contingência usou-se o Testes de Independência do Qui-quadrado/Teste de Fisher, obtendo-se valores percentuais de correspondência, que foram depois trabalhados de forma a obter comparações relativas aos pontos acima mencionados. A análise de todos estes resultados foi vasta, pelo que se irá, nesta abordagem, remeter apenas para os resultados mais relevantes.

Testa-se de seguida a hipótese 3 (H3), na qual se procura compreender se existe correspondência entre as intervenções que o enfermeiro afirmou realizar e as intervenções que o investigador adotaria face ao risco de queda dos clientes. Apresenta-se também a hipótese 4 (H4), onde se procura conhecer se existe correspondência entre as intervenções que o investigador observou e as intervenções que o investigador adotaria face ao risco de queda dos clientes.

Hipótese 3 (H3)

Existe correspondência entre as intervenções que o enfermeiro afirmou realizar e as intervenções que o investigador adotaria face ao risco de queda dos clientes.

Tabela 10: Comparação entre ER e IA (percentagem de correspondência)

	Intervenções	% de Correspondência
	Manter grades da cama	42,6
	Elevar grades da cama	50,0
	Baixar grades da cama	66,7
	Manter grades da cama elevadas	15,0
	Manter cama travada	79,4
Gerir ambiente físico	Adequar luz ambiente à hora do dia/noite	83,4
	Minimizar níveis de ruído ambiente	60,1
	Adequar temperatura ambiente	36,9
	Adequar horário dos cuidados minimizando interrupções de sono do doente	79,6
	Orientar a pessoa no ambiente	60,0
	Otimizar ambiente	61,0
	Manter luz de presença quando necessário	58,3
Avaliar condição de risco de queda	Na admissão	96,3
	Sempre que a situação clínica do doente se altere	67,7
	Na alta	16,0
	Outra frequência/situação	100,0
Promover medidas de segurança para prevenção de quedas	Uso de dispositivo sonoro junto da pessoa (campainha)	89,1
	Luz de presença acesa durante a noite	42,4
	Definir protocolo de rondas periódicas	53,1
	Assistir a pessoa no andar	69,6
	Restringir a atividade motora	42,9
	Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas	44,1
	Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas no domicílio	23,5
	Ensinar sobre equipamento para prevenção de quedas	35,9
	Ensinar sobre prevenção de quedas	67,4
	Treinar prestador de cuidados sobre prevenção de quedas	10,0

Verifica-se pela análise da tabela, que existe uma percentagem média de correspondência entre as intervenções que enfermeiro declarou realizar, ER e que o IA adotaria de 55,04%. As intervenções onde se verificou maior confluência de adoção em ambas as perspetivas são 'Avaliar condição de risco de queda: na admissão' (96,3%), 'Avaliar condição de risco de queda: outra frequência/situação', 'Gerir ambiente físico: adequar luz ambiente à hora do dia/noite' e 'Promover medidas para prevenção de quedas: uso de dispositivo sonoro junto da pessoa (campainha)'.

Alerta-se, contudo, para a inexistência de correspondências entre ER e IA no que se refere a medidas relativas a contenção de clientes.

Hipótese 4 (H4)

Existe correspondência entre as intervenções que o investigador observou e as intervenções que o investigador adotaria face ao risco de queda dos clientes.

Tabela 11: Comparação entre IO e IA (percentagem de correspondência)

	Intervenções	% de Correspondência
	Manter grades da cama	93,1
	Elevar grades da cama	100
	Baixar grades da cama	100
	Manter grades da cama elevadas	71,4
	Manter cama travada	94,6
Gerir ambiente físico	Adequar luz ambiente à hora do dia/noite	89,3
	Minimizar níveis de ruído ambiente	82,2
	Adequar temperatura ambiente	48,2
	Adequar horário dos cuidados minimizando interrupções de sono do doente	74,4
	Orientar a pessoa no ambiente	63,6
	Otimizar ambiente	60,0
	Manter luz de presença quando necessário	35,3
Avaliar condição de risco de queda	Na admissão	76,7
	Sempre que a situação clínica do cliente se altere	7,1
	Na alta	1,2
	Outra frequência/situação	91,2
Promover medidas de segurança para prevenção de quedas	Uso de dispositivo sonoro junto da pessoa (campainha)	81,3
	Luz de presença acesa durante a noite	30,5
	Definir protocolo de rondas periódicas	50,0
	Assistir a pessoa no andar	55,3
	Restringir a atividade motora	28,6
	Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas	5,9
	Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas no domicílio	2,9
	Ensinar sobre equipamento para prevenção de quedas	9,0
	Ensinar sobre prevenção de quedas	38,1
	Treinar prestador de cuidados sobre prevenção de quedas	3,1

Quando se analisa a tabela, verifica-se que existe uma percentagem média de correspondência entre as intervenções que o enfermeiro efetivamente realizou, IO e o IA adotaria de 51,55%. As intervenções onde se verificou maior confluência são 'Elevar grades da cama', 'Manter grades da cama', 'Baixar grades da cama', 'Manter cama travada', 'Avaliar condição de risco de queda: outra frequência/situação', 'Gerir ambiente físico: adequar luz ambiente à hora do dia/noite' e no 'Promover medidas de segurança para prevenção de quedas: uso de dispositivo sonoro junto da pessoa (campainha) `.

Porém, não existem correspondências entre IO e IA relativamente a medidas referentes à contenção física de clientes.

3.1.5. Da Prática aos Registos

De modo a cruzar toda a colheita de dados apresentam-se, por último, os dados relativos à análise documental dos registos de enfermagem (R) no aplicativo informático SClínico.

Elenca-se na seguinte tabela (12), as intervenções e avaliações facultativas de dados que respondem aos objetivos propostos, confrontando quando oportuno, com os resultados relativos ao ER e IO (ver Tabela 9). Nesta análise documental (Anexo IV) utilizaram-se os itens *Sim*, *Não*, *Não Aplicável* e *Informação* de modo a criar um instrumento claro e simples para uma posterior análise estatística, sendo que a informação relativa ao *Não Aplicável* estatisticamente foi convertida em *missings*, justificando-se esta decisão do investigador, pelo valor diminuto que traria para a investigação, pois na maioria dos casos, traduzia apenas que o cliente não necessitava de qualquer cuidado de enfermagem num determinado item a analisar. Quanto ao item *Informação*, foi utilizado, sobretudo, para apontar alguns dados importantes para a investigação e sobre os quais se pronunciará no capítulo "Dados Relevantes da Observação Participante".

Tabela 12: Análise documental registos SClínico

Análise documental registos SClínico		n	%
Atividade diagnóstica “Avaliar condição de risco de queda” na admissão pelo enfermeiro responsável pela admissão	Não	141	77,5
	Sim	41	22,5
Frequência de monitorização adequada (SOS)	Não	119	70,0
	Sim	51	30,0
Avaliação corretamente aplicada na admissão	Não	93	63,7
	Sim	53	36,3
Avaliação corretamente aplicada quando a situação clínica do cliente sofre alterações	Não	9	6,3
	Sim	134	93,7
Avaliação corretamente aplicada na última avaliação	Não	5	27,8
	Sim	13	72,2
Diagnóstico de queda conforme	Não	141	80,1
	Sim	35	19,9
Avaliação do conhecimento do cliente sobre prevenção de quedas devidamente documentada	Não	56	36,8
	Sim	96	63,2
Avaliação da aprendizagem de habilidades na utilização de equipamento para prevenção de quedas devidamente documentada	Não	0	0,0
	Sim	37	100,0
Avaliação do conhecimento sobre equipamento para prevenção de quedas devidamente documentado	Não	1	1,2
	Sim	80	98,8
Avaliação do conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas devidamente documentada	Não	0	0,0
	Sim	35	100,0
Avaliação da aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados na utilização de equipamento para prevenção de quedas devidamente documentada	Não	0	0,0
	Sim	11	100,0
Queda documentada (notas gerais, foco, intervenções, notas médicas)	Não	4	50,0
	Sim	4	50,0
Queda documentada corretamente no plano de trabalho (Problema potencial/Problema real)	Não	2	25,0
	Sim	6	75,0
Contenção de clientes de acordo com Atitude Terapêutica	Não	1	11,1
	Sim	8	88,9
Contenção de clientes devidamente documentada	Não	1	11,1
	Sim	8	88,9
Intervenções de enfermagem adequadas, face ao risco de queda do cliente	Não	51	30,0
	Sim	119	70,0
Intervenções de enfermagem adequadas, face a queda documentada	Não	8	50,0
	Sim	8	50,0
Intervenções de enfermagem adequadas, face ao conhecimento do cliente sobre prevenção de quedas	Não	55	36,4
	Sim	96	63,6
Intervenções de enfermagem adequadas, face ao equipamento de prevenção de quedas	Não	0	0,0
	Sim	79	100,0
Intervenções de enfermagem adequadas, face a aprendizagem de habilidades na utilização de equipamento para prevenção de quedas	Não	0	0,0
	Sim	33	100,0
Intervenções de enfermagem adequadas, face ao conhecimento do prestador de cuidados	Não	0	0,0
	Sim	36	100,0
Intervenções de enfermagem adequadas, face a aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados	Não	0	0,0
	Sim	11	100,0
Intervenções de enfermagem adequadas, face à contenção física de clientes	Não	1	11,1
	Sim	8	88,9

No que se refere à atividade diagnóstica 'Avaliar condição de risco de queda' na admissão pelo enfermeiro responsável pela admissão verifica-se que apenas 22,5% é registado. Neste ponto em específico, não se pode proceder a comparações com os resultados do ER e IO, pois o objetivo foi verificar se a atividade diagnóstica era realizada pelo enfermeiro responsável pela admissão. Consta-se sim, que em 77,5% dos casos, este registo não foi realizado devidamente por quem é responsável de o fazer. Quanto à frequência de monitorização adequada, ou seja, em SOS, constata-se que apenas em 30% dos casos foi realizada.

Na análise documental dos registos procedeu-se a uma laboriosa pesquisa de todos os dados do processo clínico do cliente, pesquisando-se toda a história clínica, atitudes terapêuticas, medicação e processo de enfermagem na data da admissão, de modo a verificar se a avaliação do risco de queda foi corretamente aplicada tendo-se constatado que apenas em 36,3% dos casos isto ocorreu.

Na 'Avaliação corretamente aplicada quando a situação do cliente sofre alterações' o R assume um valor de 93,7% e quando comparado com o ER (68,4%) e com o IO (6,9%) denota-se que os enfermeiros registam a atividade mais do que o que referem realizar, e ao que o investigador, no momento da observação participante, visualiza ser executado.

Remetendo para a 'Avaliação corretamente aplicada na última avaliação', ou seja, no momento da alta, 72,2% foi realizada devidamente. Contudo, no total da amostra, apenas foi realizada corretamente em 13 dos casos o que vai de encontro aos resultados apurados, em que o ER assume um valor de 15,8%, mas que o IO observa apenas em 1,1%.

Quanto ao 'Diagnóstico de queda conforme' nos registos no aplicativo SClínico, apenas 19,9% (n=35) do total da amostra foi registado corretamente.

Em 96 dos casos (63,2%) a avaliação do conhecimento do cliente sobre prevenção de quedas foi devidamente documentada, o que corrobora o que os enfermeiros referem realizar (ER: 60,2%), mas que sugere também um registo de uma realidade não apresentada pela observação participante do

investigador (IO: 33,9%). O mesmo se aferiu na 'Avaliação do conhecimento sobre equipamento para prevenção de quedas devidamente documentado', com um R de 80 casos (98,8%) contrapondo com um ER de 25,7% e um IO de 4,6%. Na 'Avaliação da aprendizagem de habilidades na utilização de equipamento para prevenção de quedas devidamente documentada' dos 37 casos que aferiram desta intervenção, em 100% foi devidamente documentada, valores bastante superiores ao que efetivamente o IO (0,6%) observou.

Quanto a 'Avaliação do conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas devidamente documentada' e 'Avaliação da aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados na utilização de equipamento para prevenção de quedas devidamente documentada' dos casos apurados, em 100% a sua documentação foi bem concebida, contudo o que foi efetivamente observado não reporta de todo para estes valores (IO: 1,1% para os ensinos e IO: 0,0% para instrução e treino).

Das oito quedas que durante o processo de colheita de dados ocorreram, e o investigador teve conhecimento, apenas quatro (50,0%) foram documentadas tendo em atenção as intervenções, notas gerais e notas médicas; seis (75%) das mesmas foram documentadas corretamente no plano de trabalho (Problema potencial/Problema real).

No que se refere à 'Contenção de clientes de acordo com atitude terapêutica' e devidamente documentada, dos nove casos apurados, oito (88,9%) estavam em concordância.

No âmbito das intervenções de enfermagem, em 70% (N=119) eram adequadas face ao risco de queda do cliente. Aquando da ocorrência de queda, em apenas 50,0% (N=8) dos casos, as intervenções de enfermagem selecionadas eram as adequadas. No que se refere às intervenções face ao conhecimento do cliente sobre prevenção de quedas em 63,6% (N=96) eram as apropriadas. E dos 79 casos em que foi necessário e oportuno realizar ensinos sobre equipamento de prevenção de quedas em 100% as intervenções foram as adequadas, constatando-se o mesmo nas restantes atividades relacionadas com conhecimento e aprendizagem. Por último, em

81,8% (N=8) foram adequadas as intervenções de enfermagem face à contenção física de clientes contrapondo claramente os resultados obtidos pelo IO.

3.2. Discussão dos Resultados

Após a apresentação dos resultados no capítulo anterior segue-se a discussão dos mesmos com o intento de promover uma melhor compreensão e estabelecer relações com outros estudos, quando possível.

Como se verifica pela análise dos dados, a amostra é predominantemente constituída por mulheres (n=125), com uma média de idades de 62 anos com diagnóstico de admissão centrado maioritariamente nas *Doenças e Perturbações do Aparelho Digestivo*. Face a estes dados, não se poderá estabelecer comparações com estudos idênticos nesta área (Lamas, 2012 e Lopes, 2015) dado que não foi intento comparar o risco de queda com a idade, sexo e patologia dos clientes e porque dos resultados obtidos pelas investigadoras citadas, as amostras não possuem qualquer ponto convergente em termos de caracterização sócio-demográfica com a amostra deste estudo.

No que respeita ao prestador de cuidados verifica-se que 87,9% (N=160) dos casos têm prestador de cuidados definidos e que os restantes 9,3% (N=17) dos casos não o têm, na sua maioria devido a problemas sociais, por suporte inadequado, ou que não tinham qualquer relacionamento com a família. Os cinco casos de não resposta poderão ser devido ao facto de os enfermeiros não considerarem um prestador de cuidados efetivo no momento da admissão, ou por não considerarem que o cliente em questão necessite de um prestador de cuidados, face ao momento de saúde-doença vivenciado.

O interesse pela figura do prestador de cuidados, para esta investigação, adveio da necessidade de compreender as intervenções de enfermagem relativas a ensino e treino que são dirigidas a este. Constatou-se assim que, apesar de uma grande maioria dos clientes possuir prestador de cuidados definido, este não desempenhará um papel efetivo, pois os enfermeiros não recorrem tanto quanto o desejável na promoção e prevenção de quedas, pela abordagem dos ensinamentos com o prestador de cuidados. Assim, era importante que os enfermeiros empregassem intervenções focadas para o prestador de cuidados, com mais regularidade. Constatou-se este facto pelos 19,5% de casos em que o investigador assume que deveriam ser realizados ensinamentos ao prestador de cuidados sobre prevenção de quedas em ambiente hospitalar e domiciliário. Quanto à aprendizagem de habilidades, apenas em casos muito concretos, o investigador iniciaria atividades de instrução e treino, opinião também partilhada pelos enfermeiros.

Quanto à necessidade de contenção física dos clientes que integram a amostra conclui-se que não se verificou uma diferença significativa entre a perceção do enfermeiro (4,4%) e do investigador (3,3%). Acrescenta-se ainda que em 4,7% dos casos o enfermeiro declara que executa a intervenção 'Manter parte do corpo com dispositivo imobilizador', valor praticamente sensível com a necessidade de contenção física (4,4%). Todavia, constatou-se que na prática clínica (IO) apenas 1,7% dos casos apresenta uma parte do corpo com dispositivo imobilizador, o que leva a inferir que os enfermeiros afirmam realizar algo que na realidade não têm necessidade de implementar. No estudo de Lamas (2012) a contenção física de clientes foi implementada em 14,4% (N=19) da amostra, valor muito superior ao constatado neste estudo. Ressalva-se ainda que, apesar do investigador considerar em 3,3% a necessidade de contenção física, este adotaria apenas 'Restringir a atividade física' do cliente, não optando por medidas de imobilização. No estudo de Lopes (2015) constatou-se que seis clientes estavam sujeitos a contenção física de forma a não removerem dispositivos médicos, casos esses também detetados no nosso estudo.

Relativamente ao objetivo de avaliar o risco de queda dos clientes, identificado pelo enfermeiro em cada um dos serviços, verificou-se que o risco de queda identificado na Cirurgia B apresenta uma média de 3,1, na Cirurgia C uma média de 2,7 e na Ala I uma média de 2,4, constatando-se uma média ligeiramente superior na Cirurgia B.

Proceder à monitorização do risco de queda, no momento da admissão do cliente, constitui uma ação que garante de imediato a segurança dos mesmos, devendo ser realizada nas primeiras 24 horas, pelo enfermeiro responsável no momento da avaliação inicial. Posto isto, relativamente à monitorização do risco de queda dos clientes no momento da admissão e avaliado pelo enfermeiro verificou-se 84,1% (N=148) apresentavam risco de queda e que 15,9% (N=28) não apresentavam risco. Em contrapartida, o investigador analisou que 95,6% (N=174) apresentavam risco, denotando-se uma diferença significativa de monitorização, em que o investigador atribui mais casos de risco de queda. Este procedimento, no estudo de Lamas (2012) também revelou diferenças importantes face ao que a investigadora considerava, tendo a mesma verificado que a monitorização apenas foi corretamente realizada pelos enfermeiros em 33,3% dos clientes, encontrando diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações. De acordo com os resultados obtidos por Lopes (2015), este procedimento foi efetuado corretamente em 69,2% que face aos 33,3% verificados por Lamas (2012), revelaram uma melhoria expressiva em relação à correta monitorização do risco de queda através da EQM, que Lopes (2015) associa à implementação do modelo de SCE, nomeadamente pela introdução do MUEQM, pela realização de sessões de SCE e pelo suporte dos enfermeiros supervisores.

Relativamente a validar a hipótese (H1), se existiam diferenças estatisticamente significativas entre o risco de queda dos clientes internados no serviço de Cirurgia B, Cirurgia C e Ala I, constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas no risco de queda consoante o serviço. Contudo, os dados evidenciam que existe um score médio superior na Cirurgia B face aos restantes serviços. Estes resultados

revelam que, independentemente do serviço cirúrgico, os enfermeiros executam em concordância a atividade diagnóstica de monitorização do risco de queda.

Quando se coloca a hipótese (H2) de existirem diferenças estatisticamente significativas entre a avaliação do risco de queda dos clientes internados no serviço de Cirurgia B, Cirurgia C e Ala I, diagnosticada pelo enfermeiro e pelo investigador no momento da observação do cliente, afere-se que existe uma perceção do risco de queda significativamente superior na visão do investigador ($p= 0,006$; $p < 0,05$). Estes resultados corroboram os de Lamas (2012), tendo a investigadora concluído que a maioria dos clientes apresentava risco de queda ($N=110$; 83,3%) e que havia diferenças estatisticamente significativas entre a avaliação do investigador e do enfermeiro. Também Costa-Dias et al. (2013), no seu estudo de associação entre a ocorrência de quedas nos clientes internados em serviços hospitalares e alguns grupos terapêuticos, verificou que 75% dos clientes apresentava risco de queda. Por sua vez, Lopes (2015), no seu estudo sobre o impacto de um modelo de SCE na avaliação do risco de queda, não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre a avaliação do investigador e a do enfermeiro contudo, constatou mais casos em que o investigador atribui scores da EQM superiores, relativamente ao enfermeiro.

De forma a garantir a continuidade de cuidados, a monitorização correta do risco de queda durante o internamento dos clientes deve ser uma realidade, traduzindo os resultados uma situação de potencial risco e de não conformidade, visto que a sua realização não estava de acordo, pondo em causa a segurança dos clientes. Esta situação de não conformidade alude para algumas possíveis causas: a atividade diagnóstica 'Avaliar condição de risco para queda' não ser a mais adequada face ao risco; o conteúdo da atividade diagnóstica não ser do domínio de todos os enfermeiros dos serviços, existindo dúvidas na aplicação por défice de formação; a atividade diagnóstica ser ambígua na compreensão; a atividade diagnóstica possuir gralhas científicas e de conteúdo; dificuldades na

colheita e interpretação de todos os dados necessários para avaliar o risco de queda.

No âmbito da prevenção das quedas é importante identificar as causas que potenciam o seu acontecimento pois, pela sua complexidade, podem ter uma única causa ou ser resultado de uma conjugação de múltiplos fatores.

Constitui-se também importante ressaltar que, a elevada percentagem de clientes com risco de cair pode estar associada à tipologia de clientes com idade avançada (WHO, 2007; Johnson et al., 2011; Correa et al., 2012; Lamas, 2012; Lopes, 2015) e com múltiplas patologias. Correa et al. (2012) e Costa-Dias et al. (2013) referem também que a ocorrência de maior número de quedas dá-se em serviços de internamento de clientes com doenças crónicas.

Analisando a literatura constata-se que existem múltiplos fatores que concorrem para o risco de queda, dos quais se podem destacar os que estão diretamente relacionados com o cliente (fatores intrínsecos), particularmente a idade, as alterações fisiológicas relacionadas com envelhecimento e as doenças associadas. Vários estudos citam a idade dos clientes (> 65 anos) e as doenças associadas (patologias cardiovasculares, neurológicas, endócrino-metabólicas, osteo-articulares, pulmonares e geniturinárias) (Calvo Mesa et al., 2001; Santos et al., 2003; Todd e Skelton, 2004; RCN, 2004; Oliver et al., 2004; RNAO, 2005; EUNESE, 2006; Rubenstein, 2006; WHO, 2007; Dempsey, 2008; Saraiva et al., 2008; Morse, 2009; Caldevilla e Costa, 2009; Almeida et al., 2010; Pina et al., 2010; Rabiais et al., 2011).

Os fatores de risco dos clientes que integram a amostra foram identificados a partir da atividade diagnóstica 'Avaliar condição de risco de queda'. Foi objetivo analisar os fatores, comparar a avaliação realizada pelo enfermeiro (AE) e pelo investigador (AI) e apresentar, também, os fatores considerados de maior risco nos três serviços de cirurgia.

Nas avaliações realizadas pelo AE conclui-se que no item *Status Funcional* 68,5% da amostra 'Anda sem ajuda', logo não tem qualquer risco

e apenas 16% apresenta risco acrescido por 'Andar com ajuda'. Os resultados são idênticos no que se refere à avaliação feita pelo investigador, sendo que 61,5% não apresentam risco de queda no *Status Funcional* e 22% apresentam risco máximo por andar com ajuda de terceiros. No estudo levado a cabo por Cunha (2012), a investigadora concluiu que 79,2% das quedas reportadas estavam associadas a fatores do próprio cliente, como patologias associadas e alterações fisiológicas, dado também corroborado por Correa et al. (2012), em que dificuldades na marcha constituíram fator de risco de queda. Contudo, nos clientes que integram a amostra em estudo não se corroboram estes dados, pois as alterações a nível de *Status Funcional* não constituem fator de risco para queda.

Analisando o fator de risco *História de queda nos últimos três meses*, segundo o investigador, uma grande parte da amostra (88,7%) desconhece ou não sofreu quedas. Já o enfermeiro aponta nesta categoria dados superiores, referindo que 92,3% da amostra desconhece ou não tem historial de quedas. Deste modo, pode-se concluir que para os clientes que integram a amostra, este fator de risco não contribuirá para a ocorrência de quedas. Porém, a *National Patient Safety Agency* (2007) refere que as histórias de quedas constituem um dos fatores de risco mais concorrentes para as quedas. Morse (2009) faz também menção à importância do conhecimento do historial de quedas, devendo ser considerado como um fator de risco para a ocorrência de uma nova queda.

Relativamente ao fator de risco *Equilíbrio Corporal* constatou-se existir uma percentagem mais considerável de clientes com alterações do equilíbrio corporal, na avaliação realizada pelo investigador (38,6%) do que na avaliação do enfermeiro (34,1%). Todavia, uma parte considerável dos clientes que constituem a amostra não apresenta alterações de equilíbrio ou houve impossibilidade de avaliar. Os resultados da investigação não corroboram com o que, a *National Patient Safety Agency* (2007) aponta como um considerável fator de risco, o desequilíbrio na marcha.

No que concerne à *Resposta Comportamental* constatou-se que 92% (AE) e 88,7% (AI) dos clientes que integram a amostra não apresentam alterações da resposta comportamental, o que leva a inferir que esta categoria não constitui fator de risco para os mesmos. As diferenças percentuais na avaliação realizada pelo enfermeiro e pelo investigador, nomeadamente no 'Com alteração da resposta não-verbal' (AE: 0,6%, AI:1,7%) e no 'Com alteração da resposta verbal' (AE:3,4%, AI:5,1%), podem prender-se com constrangimentos de interpretação do comportamento do cliente, que merece uma avaliação cuidada e uma relação de maior proximidade entre enfermeiro/cliente, ou até a utilização de instrumentos adequados para avaliar este item. Também na avaliação deste fator de risco, os resultados apurados não corroboram os dados apontados por outros autores como Coutinho e Silva (2002), Santos et al. (2003), Rubenstein (2006), *National Patient Safety Agency* (2007), Saraiva et al. (2008), Morse (2009) e Woolcott et al. (2009).

No *Andar com dispositivo médico* não se encontraram diferenças muito significativas entre a avaliação do enfermeiro e do investigador (56,7%: AE e 58,2%:AI). Contudo verificou-se que os clientes que constituem a amostra apresentam risco acrescido de queda por andar e/ou utilizar suporte de soros, cateter urinário, drenos, entre outros. Uma percentagem também significativa dos clientes (AE: 43,3%, AI: 41,8%) não andam com qualquer dispositivo médico, considerando-se que apesar de quase metade dos clientes que integram a amostra possuírem esta característica, não ter risco de queda, uma outra metade dos clientes, possui risco por *Andar com dispositivo médico*. Neste caso em específico não se encontra na literatura a menção a *Andar com dispositivos médicos*, contudo a *National Patient Safety Agency* (2007), Morse (2009), Correa et al. (2012) e Cunha (2012), ao reportarem-se a patologias associadas, alterações fisiológicas e situações de pós-operatório para o risco de queda remetem, de alguma forma, para um cliente que, pela complexidade de doença que experiencia, ande com dispositivos médicos, logo, tenha um fator concorrente para cair.

Quanto ao *Andar com auxiliar de marcha*, verifica-se uma média de aproximadamente 92% dos clientes, segundo a avaliação do enfermeiro e do investigador, que não andam com auxiliar de marcha, o que não confere a este ponto um fator de risco para queda nos clientes que constituem a amostra em estudo. Coutinho e Silva (2002), Santos et al. (2003), Saraiva et al. (2008), Woolcott et al. (2009) e Cunha (2012) referem as alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento e as patologias associadas como fatores de risco acrescido para as quedas. Contudo, não fazem menção direta ao andar com auxiliar de marcha como fator concorrente para o risco de queda. Apenas Saraiva et al. (2008), Sivan et al. (2010) e Johnson et al. (2011) se referem a ajudas técnicas em mau estado de conservação, ou utilizadas inadequadamente, e auxiliares de marcha inadaptados, considerando-os exemplos importantes para a ocorrência de quedas, não referindo propriamente o *Andar com auxiliar de marcha* como fator de risco de queda.

Relativamente à *Medicação* constatou-se uma diferença, que revela um dado relevante para o estudo. No ponto 'Anticoagulantes' na avaliação do enfermeiro 7,3% da amostra faz uso do mesmo, contrapondo com uma percentagem nula na avaliação do investigador. Durante o processo de colheita de dados constatou-se, pelo discurso dos enfermeiros, que consideravam alguma terapêutica antiagregante plaquetária como anticoagulante. Por outro lado, sabe-se que a medicação anticoagulante não constitui risco para queda, mas sim um risco e/ou consequência após o episódio de queda. Constataram-se também diferenças na avaliação do enfermeiro e do investigador, pois segundo o AE, 41,8% dos clientes usavam 'Medicação com atuação ao nível do sistema nervoso central', enquanto segundo o AI esse uso foi de 53,1%. Conclui-se assim que o uso de 'Medicação com atuação ao nível do sistema nervoso central' constitui um fator de risco para a ocorrência de queda, tal como referem Coutinho e Silva (2002), Santos et al. (2003), a *National Patient Safety Agency* (2007), Saraiva et al. (2008), Woolcott et al. (2009), Correa et al. (2012) e Kearns et al. (2012).

Nas *Alterações visuais e auditivas* encontra-se disparidade entre a avaliação do enfermeiro e do investigador pois, segundo o AI, 55,1% dos clientes que constituem a amostra têm alterações visuais e auditivas, em oposição aos 38,5% da avaliação do enfermeiro. Considera-se assim que as alterações a nível da acuidade visual e auditiva constituem fator de risco para os clientes e que os enfermeiros devem ter uma atenção redobrada na sua avaliação. Este dado é corroborado por Kearns et al. (2012) quando mencionam que a diminuição da acuidade visual constitui um exemplo relevante na ocorrência de quedas.

Pode-se assim inferir, à luz da evidência, que os clientes em estudo não demonstram possuir a maioria dos fatores de risco para a ocorrência de queda. Porém, segundo Saraiva et al. (2008) a prevenção de quedas deverá ter por base a implementação de ações direcionadas aos fatores de risco identificados, de forma a controlar os fatores intrínsecos e eliminar os fatores extrínsecos, existentes em cada realidade. Os mesmos autores salientam ainda que a queda deve ser “ (...) *minuciosamente avaliada e os fatores de risco a ela associados devem ser devidamente explorados a fim de se criarem estratégias educacionais e preventivas para a manutenção da independência e saúde física dos indivíduos*” (p.29).

Identificou-se, também, que os fatores que constituem maior risco de queda para os clientes que integram a amostra, são o *Andar com dispositivo médico*, o uso de *Medicação com atuação ao nível do sistema nervoso central* e as *Alterações visuais e auditivas*.

As intervenções de enfermagem face ao fenómeno “Cair” devem ser coerentes com as necessidades dos clientes e com a monitorização do risco de queda. Deste modo, exploram-se as intervenções de enfermagem que o enfermeiro (ER), por meio do seu questionário, referiu realizar face ao cliente em questão, as intervenções de enfermagem que o investigador, no momento da observação participante (IO) efetivou serem realizadas pelo enfermeiro e, por último, as intervenções de enfermagem que o investigador, como perito, adotaria (IA) face ao risco de queda do cliente.

Posto isto, verificou-se que o enfermeiro implementa maioritariamente medidas no âmbito da gestão do ambiente físico, em 88,3% (N=151) dos casos, na promoção de medidas de segurança para prevenção de quedas: uso da campainha, 'Manter a cama travada' (78,9%) e em 58,5% (N=100) no 'Otimizar ambiente', assim como, em 'Manter luz de presença quando necessário' (N=91, 53,2%) e no 'Promover medidas de segurança para prevenção de quedas: Definir protocolo de rondas periódicas' em 53,8%. Estes dados corroboram os resultados de Saraiva et al. (2008) quando verificam que é dada uma atenção redobrada aos fatores extrínsecos para o risco de queda.

Constatou-se também a implementação frequente de intervenções como 'Avaliar condição de risco de queda: na admissão' em 96,4% (N=163) dos casos e 'Sempre que a situação clínica do doente se altere' em 68,4% (N=117) dos casos. Relativamente a ensinamentos sobre prevenção de quedas, 103 dos casos (60,2%) beneficiaram com o 'Ensinar sobre prevenção de quedas', 25,7% (N=44) com ensinamentos sobre equipamento para prevenir quedas e 20,5% com o 'Instruir sobre utilização de equipamento para prevenção de quedas'. Quanto à perceção do investigador considera-se que intervenções no âmbito do instruir e do treinar equipamento não serão de todo aplicáveis, dado o equipamento existente para prevenir quedas não ser específico apenas para a prevenção das mesmas.

O 'Assistir a pessoa no andar' foi reportado em 32,7%, o que nos sugere um dado já apercebido no decorrer da observação participante, em que a maioria dos enfermeiros reporta esta intervenção para a área de atuação do Enfermeiro de Reabilitação. Porém, Todd e Skelton (2004) destacam a importância do treino de marcha e equilíbrio, e o uso adequado de dispositivos de apoio à deambulação. A avaliação do risco de queda no momento da alta também surge como uma intervenção pouco implementada (15,8%) pois, não é de facto frequente a implementação desta atividade.

As intervenções no âmbito da contenção física de clientes também são referenciadas pelos enfermeiros, mas em poucos casos, não corroborando o

que Costa (2013) e Hamers e Huizing (2005) afirmam, ou seja, que o uso destas medidas, na maioria dos casos, é implementado por razões de segurança, sendo a razão maior a prevenção de quedas. Medidas no âmbito do 'Gerir ambiente físico', 'Manter cama travada' e 'Otimizar ambiente' foram declaradas ser realizadas pelo enfermeiro e efetivamente visualizadas pelo investigador. Constatou-se até que, em alguns casos, os enfermeiros não referem a sua execução e na sua prática implementam algumas das medidas, como podemos verificar pela intervenção 'Avaliar condição de risco de queda: Outra frequência/situação' (ER: 30,4% e IO:90,8%). Contudo, no 'Manter luz de presença quando necessário' (ER:53,2% e IO:20,1%) e 'Avaliar condição de risco de queda: Na admissão e Sempre que a situação clínica se altere' (ER:68,4% e IO: 6,9%) constataram-se diferenças significativas que merecem toda a atenção pela sua importância nos cuidados, nomeadamente, quando se garante proceder a uma qualquer intervenção, que na realidade não é executada, tendo o mesmo acontecido no estudo de Lamas (2012).

Mais se acrescenta, e de acordo com Morse (2009), a imperativa necessidade da correta identificação dos clientes com maior risco de cair (no que diz respeito à prevenção das quedas fisiológicas antecipáveis). Desse modo, segundo a autora, poder-se-á atuar nos possíveis fatores causais de queda, removendo-os ou procurando minimizar o seu impacto.

No 'Assistir a pessoa no andar' e intervenções relativas a ensinos verificou-se valores discordantes do que é efetivamente realizado pelo enfermeiro, o que sugere que os enfermeiros apesar de referirem que o fazem, não têm tempo para pôr em prática e/ou não possuem competências para o executarem. A Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2013) faz referência à necessidade de compreensão e cooperação por parte do cliente para a eficaz implementação de medidas de prevenção. Deste modo, por via do ensino, o cliente terá consciência das suas limitações, diminuindo-se a probabilidade de este se colocar em situações de risco, independentemente das medidas aplicadas (AHRQ, 2013). Situação inversa surgiu nas medidas relativas à imobilização de

clientes, pois verificou-se que os enfermeiros assumem implementar mais estas medidas, do que na realidade o fazem.

Em contrapartida, e segundo a análise do investigador, verificou-se que existem diferenças significativas face aos dados atrás explanados, concluindo que as intervenções que o enfermeiro refere realizar e, as que o investigador visualiza como efetivamente realizadas pelo enfermeiro estão aquém do que deveria ser executado. Apesar de se terem constatado valores próximos em algumas das intervenções, ressaltam diferenças marcantes, por exemplo, no 'Assistir a pessoa no andar' (27%) que, na perceção do investigador, não é uma intervenção que necessite de ser implementada com a frequência que os enfermeiros a referem realizar, pois a maioria dos clientes que integram a amostra apenas necessitavam de incentivo para a ação. Contudo, os autores Todd e Skelton (2004) distinguem o treino de marcha e equilíbrio, e o uso adequado de dispositivos de apoio à deambulação, enquanto estratégias de sucesso das abordagens multifatoriais para a prevenção de quedas. Uma outra diferença significativa foi em intervenções relacionadas com a imobilização dos clientes que, segundo o IA, não são necessárias para estes, tal como validou Costa (2013) no seu estudo, pois não foi possível obter conclusões objetivas sobre o uso de medidas de contenção física e o risco de queda.

Na promoção de medidas de segurança para prevenir quedas surgem valores percentuais com diferenças significativas, revelando que é preciso ter mais atenção a este aspeto. De acordo com a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2013), independentemente do risco de queda identificado, devem ser aplicadas algumas medidas universais para prevenção de quedas (Familiarizar o cliente com o ambiente que o rodeia; Demonstrar ao cliente o funcionamento da luz de presença e da campainha; Manter a campainha acessível; Manter os objetos do cliente de fácil acesso; Manter as rodas das camas travadas; Manter as cadeiras de rodas travadas quando não estão em movimento; Assegurar que o calçado utilizado pelo cliente é confortável, ajustado ao pé e com piso antiderrapante; Manter o

chão limpo e seco, removendo de imediato os derrames; Manter a organização das áreas de prestação de cuidados, entre outros).

Verificou-se também que a maioria dos ensinamentos tem como alvo de atenção o cliente, não se abordando muito o prestador de cuidados. Uma intervenção que na ótica do investigador também deveria ser realizada é 'Ensinar sobre equipamento para prevenção de quedas' (44,8%, N=78) que na prática não é praticamente aplicada. O RCN (2004) recomenda que as estratégias de prevenção de quedas incluam o conhecimento [sobre prevenção de quedas] e aprendizagem de habilidade [sobre equipamentos de prevenção de quedas], não esquecendo que cada cliente deve ser alvo de um plano de intervenção individualizado e multifatorial. Todd e Skelton (2004) destacam também a importância de intervenções no âmbito do conhecimento e aprendizagem de habilidades.

Existem, porém, correspondências entre as medidas que o enfermeiro afirmou realizar e as medidas que o investigador adotaria face ao risco de queda dos clientes que integram o estudo. Deste modo, verificou-se existir uma percentagem média de 55,04%. Aferiu-se uma maior convergência de adoção nas intervenções: 'Avaliar condição de risco de queda: na admissão', 'Avaliar condição de risco de queda: outra frequência/situação', 'Gerir ambiente físico: adequar luz ambiente à hora do dia/noite' e 'Promover medidas para prevenção de quedas: uso de dispositivo sonoro junto da pessoa (campainha)'.

Por outro lado, também se confirmou que existe uma percentagem média de correspondência entre as medidas que o enfermeiro efetivamente realizou e as que o investigador adotaria, de 51,55%. As intervenções onde se verificou maior confluência foram no 'Elevar grades da cama', 'Manter grades da cama', 'Baixar grades da cama', 'Manter cama travada', 'Avaliar condição de risco de queda: outra frequência/situação', 'Gerir ambiente físico: adequar luz ambiente à hora do dia/noite' e no 'Promover medidas de segurança para prevenção de quedas: uso de dispositivo sonoro junto da pessoa (campainha)'.

Conclui-se assim que, as intervenções que os enfermeiros referem realizar, e as efetivamente realizadas pelos mesmos, estão longe de obter uma correspondência total face ao que o investigador adotaria para os clientes que integraram a amostra deste estudo. Denota-se porém confluência em algumas das intervenções de enfermagem, nomeadamente no que diz respeito à gestão do ambiente físico e promoção de medidas de segurança para prevenção de quedas.

Apesar da diminuta diferença percentual entre o que ER e o IA (55,04%) e o que IO e o IA (51,55%) constatou-se que num contexto mais teórico, poderia haver uma maior aproximação às intervenções que o investigador adotaria, o que na prática não sucede tanto.

Segundo Morse (2009), os programas de prevenção das quedas devem incluir intervenções distintas, orientadas para as tipologias identificadas pela mesma autora: quedas acidentais, fisiológicas antecipáveis e fisiológicas não antecipáveis, com o objetivo de prevenir a sua ocorrência ou minimizar os danos causados, através da adoção de medidas de proteção e de prevenção.

Por fim, remete-se para a discussão dos resultados resultantes da análise documental dos registos de enfermagem no aplicativo informático SClínico, em que se constata inconformidades entre o que os enfermeiros consideram pertinente desenvolver, a implementação real e o que documentam, tal como identificou Lamas (2012) no seu estudo. Embora os enfermeiros considerem pertinente a implementação de intervenções para prevenir as quedas, os resultados mostraram que estes não implementam todas as intervenções e não procedem à documentação das mesmas. A explicação das possíveis causas destas inconformidades poderão ser a falta de tempo e o défice de recursos humanos que constituem dificuldades na gestão do trabalho.

Salienta-se que as medidas protetivas são da inteira responsabilidade dos enfermeiros, tendo como objetivo prevenir quedas ou a lesões decorrente das mesmas. Morse (2009) faz ainda menção à necessidade de incorporar as medidas de prevenção de quedas no plano de cuidados de

enfermagem para os clientes em risco. Devem ser aplicadas com o máximo de celeridade possível após identificação do risco e devem ter em atenção as necessidades específicas de cada cliente. No que se refere a medidas preventivas, estas visam controlar fatores de risco fisiológicos, mas não têm um impacto tão imediato na prevenção de quedas. Habitualmente são intervenções decorrentes de atos médicos e não de enfermagem (Morse, 2009).

Relativamente à atividade diagnóstica 'Avaliar condição de risco de queda' na admissão pelo enfermeiro responsável pela admissão, verifica-se que apenas 22,5% é registada, constatando-se também que em 77,5% dos casos, este registo não foi realizado devidamente por quem é responsável de o fazer, o que pode sugerir ou que os enfermeiros não documentam o que realizam, ou não têm tempo para o fazer, ou não consideram a avaliação de risco de queda importante, ou então que, consideram como realizada a atividade diagnóstica, quando já efetuada noutra serviço que não o próprio, ou seja, o que deveria ser considerado como admissão.

Quanto à frequência de monitorização adequada (SOS) contactou-se que em apenas 30% dos casos era realizada. Este valor é facilmente explicado pelo facto de que em um dos serviços cirúrgicos ter sido instituído esta avaliação com a frequência de três em três dias a condição experimental e, porque em outros casos foi dado termo à atividade diagnóstica, carecendo o cliente de uma avaliação adequada, visto a sua situação clínica constituir risco para cair.

Constatou-se também que apenas em 36,3%, a avaliação do risco de queda foi corretamente aplicada. Esta percentagem pode ser explicada por erros de interpretação da atividade diagnóstica, nomeadamente no item 'Medicação: anticoagulantes' e 'Status funcional: Acamado/sentado e sem capacidade para alterar a posição corporal' (que por exemplo, atribui um score zero e indica que o cliente não apresenta risco de queda), falta de informação relativa a alterações visuais e auditivas e lacunas importantes nos restantes itens em avaliação, que podem sugerir ou um desconhecimento do processo clínico do cliente e/ou também, uma

avaliação inicial descuidada. Contudo, em alguns dos casos, como o resultado final da atividade diagnóstica se circunscrevia a *Com Risco* e *Sem Risco*, as avaliações erróneas de alguns dos itens acabavam por não influenciar na totalidade o resultado final. No estudo de Lamas (2012) este procedimento também foi corretamente realizado a apenas 33,3% clientes.

Analisando a 'Avaliação corretamente aplicada quando a situação do cliente sofre alterações' os registos assumem um valor de 93,7%, que quando comparado a ER (68,4%) e IO (6,9%) denota-se que os enfermeiros registam a atividade mais do que referem realizar e ao que o investigador, no momento da observação participante, visualizou ter sido executado. O mesmo validou Lamas (2012) no seu estudo. Porém, esta percentagem do R pode ser explicada pelo que foi analisado aquando do estudo dos registos, isto é, verificou-se na maioria dos casos que a avaliação do risco de queda foi corretamente aplicada quando a situação do cliente sofreu alterações pois, no momento em que foi realizada, houve uma qualquer alteração do estado clínico do cliente.

Relativamente ao item 'Avaliação corretamente aplicada na última avaliação', em 72,2% foi realizada devidamente. Contudo, estes 72,2% apenas representam 13 casos em que foi corretamente avaliado, o que corrobora os resultados apurados, em que o ER assume um valor de 15,8% e IO de 1,1%, dado não ser uma prática comum a avaliação do risco no momento da alta.

A monitorização do risco de queda pela EQM, de acordo com Morse (2009), deverá ser realizada no momento da admissão, sempre que ocorra uma alteração na condição clínica do cliente ou ocorra uma queda e com uma periodicidade de uma vez por turno (Barbosa et al., 2013). Na ULSM, E.P.E., apesar de não estar em uso a EQM, preconiza-se que a avaliação do risco de queda, seja realizada na admissão, sempre que a situação clínica do cliente se altere e em SOS, denotando-se pela análise dos dados supramencionados, inconformidades no processo de documentação e realização efetiva da avaliação do risco.

Quanto ao 'Diagnóstico de queda conforme', o resultado apurado assume-se preocupante pois apenas 19,9% (n=35) do total dos clientes que integraram a amostra foi registado corretamente. Na maioria das situações, os clientes ou já não apresentavam risco de queda ou, por alterações da situação clínica, apresentavam risco e não estava identificado. Estes factos prendem-se a que a frequência de monitorização não esteja definida e também à inexistência de reavaliações sempre que a situação clínica do cliente se altera. Os enfermeiros referem que se o foco de atenção se apresentasse como ativo no plano de cuidados, mesmo não tendo um juízo associado, era facilmente lembrado e alvo da sua atenção, pelo que se irá fazer a sugestão de modo a auxiliar a prática de enfermagem.

No que respeita à avaliação do conhecimento do cliente sobre prevenção de quedas em 63,2% foi devidamente documentada, verificando-se que este valor está de acordo com o que os enfermeiros referem realizar (60,2%). Todavia, na observação participante este dado não é verificado (33,9%). A mesma situação foi verificada na 'Avaliação do conhecimento sobre equipamento para prevenção de quedas devidamente documentado', em que os dados estão registados em 98,8%, mas apenas referido pelo enfermeiro em 25,7% e observado em 4,6%. Relativamente à 'Avaliação da aprendizagem de habilidades na utilização de equipamento para prevenção de quedas devidamente documentada' em 100% dos 37 casos foi devidamente documentada, valor este bastante superior ao que efetivamente o IO (0,6%) observou. No estudo de Lamas (2012) e Lopes (2015) identificou-se o inverso, pois apesar de os enfermeiros valorizarem a área do conhecimento e terem selecionado as intervenções no questionário, não procederam à correta documentação.

Nestes domínios os resultados do nosso estudo não se comparam ao verificado por Lopes (2015), em que 78,6% das intervenções identificadas pelos enfermeiros eram adequadas com o risco de queda.

Na 'Avaliação do conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas devidamente documentada' e 'Avaliação da aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados na utilização de

equipamento para prevenção de quedas devidamente documentada verificou-se que em 100% a sua documentação foi bem concebida, apesar do que foi efetivamente observado, revelar valores seriamente inferiores.

Face ao exposto e analisando estudos similares, como o de Lamas (2012) e Lopes (2015) no âmbito de intervenções, com relevância para a prevenção de quedas, verifica-se que, em alguns domínios, o que estava documentado era inferior ao que o enfermeiro considerou relevante para a prevenção do risco de queda. Também se constatou, tal como identificou Lamas (2012) e Lopes (2015), inconformidades entre as intervenções consideradas pertinentes pelo enfermeiro responsável pelo cliente para a prevenção de quedas e o que é realmente documentado. Foi evidente a insuficiência na documentação das intervenções e documentação de intervenções não realizadas, constituindo uma ameaça à continuidade dos cuidados e segurança do cliente. Considera-se que este aspeto possa ser devido à escassez de tempo, à carga de trabalho, ao défice de recursos humanos, deficiente gestão dos cuidados e serviços e desvalorização para a produção de registos de enfermagem. Posto isto, há ainda um percurso a fazer no sentido de adequar o que o enfermeiro considera pertinente realizar, implementar e registar, podendo a SCE otimizar este aspeto.

A evidência acima reportada revela disparidades preocupantes, principalmente, quanto ao que o investigador, por meio da observação participante, analisou da realidade presenciada e do que os enfermeiros documentam no aplicativo informático. Podemos apontar algumas causas prováveis para esta situação: em certos casos, a desvalorização para a produção de registos de enfermagem, contrapondo com casos em que se verificou uma necessidade exacerbada de registos/documentação, que traduzam boas práticas clínicas, pois o desenvolvimento contínuo da qualidade nos cuidados exige Sistemas de Informação baseados em indicadores; a falta de tempo para executar na realidade as intervenções; as dificuldades na gestão do plano de cuidados.

Verificou-se que, de um total de oito quedas que ocorreram, e que o investigador teve conhecimento, apenas quatro foram documentadas

corretamente tendo em atenção as intervenções, notas gerais e notas médicas, e seis das mesmas foram documentadas adequadamente no plano de trabalho.

Relativamente à 'Contenção de clientes' verificou-se que dos nove casos apurados, oito (88,9%) estavam de acordo com a atitude terapêutica e devidamente documentados. Apesar de na ULSM, E.P.E., não existir um protocolo vigente de contenção física de clientes, os resultados apurados neste estudo revelam a adequação da atuação e dos registos dos enfermeiros. Na realidade hospitalar dos estudos de Lamas (2012) e Lopes (2015) a contenção física apenas deve ser aplicada em clientes com alto risco de queda. Contudo, Lopes (2015) constatou que alguns clientes com baixo risco de queda apresentavam contenção física, não cumprindo o estabelecido. A autora assume que este facto está associado à necessidade de implementar a contenção física nos clientes para estes não removerem dispositivos médicos. Relativamente à documentação desta atividade, de acordo com as indicações da norma da DGS (2011), Lamas (2012) e Lopes (2015) encontraram também inconformidades.

Constatou-se que a nível de intervenções de enfermagem, em 70%, eram as adequadas ao cliente, tendo em conta o risco de queda. Contudo, observou-se, em muitos casos, uma desadequação das intervenções face ao risco, o que pode sugerir que os enfermeiros não revêm o plano de cuidados periodicamente, muitas vezes por falta de tempo, ou então que não avaliam com frequência o risco de queda do cliente (o que foi verificado), mantendo intervenções face ao risco desajustadas e injustificadas.

Verificou-se que os dados acima mencionados são divergentes, quando comparados ao estudo de Lamas (2012), e que se prendem com as intervenções de enfermagem adequadas ao risco de queda, em que obteve 49,2% de intervenções realizadas pelo enfermeiro e 40,9% dos registos de enfermagem. Contudo, os resultados apurados nesta investigação aproximam-se um pouco mais do estudo de Lopes (2015), em que foram notórias as melhorias (enfermeiro 82,6%; registos de enfermagem 83,3%) o que traduz a necessidade de implementação de um modelo de SCE.

Apesar de não ser foco de atenção para esta investigação, a ocorrência de queda, considera-se pertinente analisar se as intervenções de enfermagem selecionadas eram as adequadas, concluindo que apenas em 50% os enfermeiros o fizeram corretamente.

Em 63,6% as intervenções relativas ao conhecimento do cliente sobre prevenção de quedas foram adequadas. Mais se apurou que, dos casos em que foi necessário proceder a ensinamentos sobre equipamento de prevenção de quedas e aprendizagem de habilidades para o cliente e/ou prestador de cuidados, as intervenções foram as adequadas. Verificou-se também, tal como no estudo de Lamas (2012), ambiguidades entre o que o enfermeiro afirma realizar, o que foi efetivamente realizado pelo mesmo e o que foi registado.

Estas inconformidades podem estar relacionadas, tal como foi referido anteriormente, com necessidades documentais, de modo a proceder a registos que justifiquem os cuidados de enfermagem, ou então com demandas relacionadas com Sistemas de Informação baseados em indicadores que possam ser extraídos da rotina diária e/ou com dificuldades na gestão do plano de cuidados.

As intervenções relativas à contenção física em 81,8% foram adequadas, valores francamente contraditórios ao observado pelo investigador.

3.3. Dados Relevantes da Observação Participante

Neste subcapítulo remete-se para os resultados da análise resultante da observação participante, pelo contributo que podem conceder para a fase seguinte do Projeto C-S2AFECARE-Q - Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados.

Ao longo da colheita de dados, o investigador constatou situações e práticas que considerou de extrema importância para futuros trabalhos de investigação, remetendo anotações principalmente na Grelha de Análise dos Registos de Enfermagem (Anexo IV), no campo INF. (Informações). Não foi nunca objetivo desta análise proceder a uma avaliação do trabalho dos enfermeiros mas apenas compreender aspetos que podem ser trabalhados no âmbito da SC.

No que se refere à contenção física de clientes, após uma avaliação a fundo de todo o contexto, foi notório que a maioria dos enfermeiros procede à mesma para situações em que o cliente retira dispositivos médicos, não considerando muitas vezes o diagnóstico, antecedentes, situação física e psicológica no momento, desvalorizando a intercorrência que tenha originado o recurso a estas medidas de imobilização. Outro dado importante, e de desconhecimento da maioria dos enfermeiros, é que a intervenção ‘Restringir atividade motora’ constitui uma medida considerada na contenção física de clientes, contudo, não requer a imobilização propriamente dita do cliente.

Outro achado importante foi que, como não existia uma parametrização de algumas das intervenções, os enfermeiros selecionavam diversos horários, o que se traduziu numa desuniformidade de cuidados, surgindo intervenções de enfermagem selecionadas muito depois do diagnóstico identificado. Foram também detetadas inconformidades relativamente a atividades diagnósticas, que não possuíam item para selecionar o diagnóstico em si.

Ainda centrando nas atividades diagnósticas foi frequente encontrar uma inconformidade que se prende com o ‘Avaliar condição de risco de queda’, em que se a pontuação no item *Status Funcional* for zero pontos, automaticamente o cliente não apresenta risco de queda. Verificou-se que os enfermeiros continuavam a preencher a atividade diagnóstica, revelando, na sua maioria, que desconheciam este facto, mesmo apesar de estar explícito na descrição do item.

Outra dificuldade que remeteu para várias inconformidades na atividade diagnóstica 'Avaliar condição de risco de queda', foi a resposta ao item relativo aos dispositivos médicos, em que alguns enfermeiros chegavam a considerar uma ostomia de eliminação e/ou de alimentação, ou mesmo, um cateter venoso periférico na avaliação dos fatores de risco. Outra inconformidade frequentemente encontrada no item *Medicação* foi o facto de os enfermeiros selecionarem frequentemente o uso de anticoagulantes a clientes em que apenas eram administrados anti-agregantes plaquetários. Daqui, ainda ocorre outra incorreção, pois o uso de anticoagulantes não constitui fator de risco de queda, mas sim um fator potencialmente grave após a ocorrência de uma queda.

No que respeita à Avaliação Inicial foi notória a ausência de certos pontos que constituem um valor crucial para a prevenção de quedas e juízo adequado, face ao plano de cuidados do cliente. Um dos aspetos a apontar é a inexistência de um campo para registo de alterações visuais e auditivas. Foi possível perceber também, uma questão importante relativa ao prestador de cuidados. Segundo foi explicado, muitas vezes o prestador de cuidados definido, poderá não ser um prestador efetivo, principalmente no caso dos clientes provenientes do Serviço de Urgência. Em situações em que há necessidade de definir um prestador de cuidados, os enfermeiros abordam o cliente/família, identificam o diagnóstico de 'Suporte', mas não há um intento numa fase inicial do processo de internamento, de proceder de imediato a uma identificação efetiva do mesmo, necessitando o cliente ou não, de um apoio na fase de doença que está a ultrapassar. Para o estudo, por exemplo, a identificação efetiva de um prestador de cuidados é fundamental, para promover a aprendizagem sobre fatores de risco de queda e de modo a habilitar os mesmos de, por exemplo, otimizarem o ambiente físico no domicílio do cliente. Considera-se assim que a figura do prestador de cuidados deve ser tida em consideração, de modo a promover a segurança do cliente.

Ao longo de todo o processo de colheita de dados, foi visível o empenho e interesse das equipas de enfermagem pelo trabalho desenvolvido, tendo

estes manifestado interesse em facultar sugestões e opiniões válidas, que se constituíram de extrema importância. Os enfermeiros referiram que aquando de uma queda, no aplicativo informático, não usufruíam da opção diagnóstica: queda presente para seleccionar, referiram ainda, a pertinência de criar normas de atuação na área das quedas e que a aprendizagem de habilidades, nesta área em específico, não fazia muito sentido, sendo difícil de pôr em prática. Consideram assim, que a introdução do “capacitar” lhes facultaria uma maior abrangência para o cuidar, ou seja, *“(...) o dar poder que significa capacitar as pessoas para fazerem as suas escolhas, de modo a que se consciencializem do seu potencial para influenciar a sua saúde.”* (CIPE, 2006, p.131). Quando lançada a discussão, com os enfermeiros, sobre o instruir e treinar surgiram ambiguidades pois estava-se basicamente a falar de equipamentos para prevenir quedas, pondo-se a questão: quais equipamentos? Os enfermeiros remeteram sobretudo para os suportes de soros, dispositivos de terapia de vácuo, lançando o repto, de treinar o cliente a andar com um destes tipos de suporte. Neste ponto em específico, o treino relaciona-se fundamentalmente com o diagnóstico de enfermagem ‘Andar’ e não propriamente com o uso de equipamentos para prevenir a ocorrência de quedas. Posto isto, os enfermeiros remeteram para o uso da campainha, para tapetes e colchões com avisos soros, a título de exemplo, mas que não foi tido em consideração, pois a nível hospitalar não existem esses equipamentos de vanguarda e mesmo no domicílio, os clientes e/ou famílias não consideram, na maioria dos casos, exequível a sua aquisição. Pode-se treinar o uso de barras de apoio, uso da campainha e grades na cama, mas não sugere um treino efetivo...é mais um simples ensino, sem ser necessário haver, propriamente, um treino de habilidades. Deste modo, mantém-se a discussão sobre o tema.

Uma outra questão que gerou discórdia foi o facto de não se reavaliar a atividade diagnóstica ‘Avaliar condição de risco de queda’, aquando de transferência de clientes entre serviços, não considerando uma admissão no serviço onde presentemente ficam internados. Segundo alguns enfermeiros

e enfermeiros chefes não fará sentido a reavaliação, porque segundo a política institucional é considerado apenas uma transferência. Considera-se ser um bom contributo, que a nível institucional, se introduza esta ação. Alguns enfermeiros consideram normal não proceder a uma reavaliação, encontrando-se bastantes casos em que os clientes apenas foram avaliados na admissão e, geralmente, num outro serviço.

Mais se verificou, a manutenção de intervenções que não são revistas pelos enfermeiros e que já não se adequam ao cliente ou estado clínico do mesmo. Contudo, denotou-se ao longo do processo de colheita de dados, a seleção de intervenções mais adequadas para o risco de queda do cliente e uma maior preocupação em garantir boas práticas face ao tema.

Uma outra constatação preocupante relaciona-se com o ambiente físico, encontrando-se frequentemente barreiras “circunstanciais” que poderiam ser otimizadas, (suporte de soros que não estão a ser utilizados, campainhas longe do alcance dos clientes, cadeirões e cadeiras que não estão devidamente arrumados e com lençóis a cair para o chão, não colocação de grades, carros de higiene em alguns wc, entre outros) porque a maior parte dos clientes são “independentes” (SIC) e por isso sem risco de queda.

Considerando que na área cirúrgica a condição clínica do cliente altera frequentemente, (por exemplo: em muitas cirurgias programadas, na admissão o cliente não apresenta qualquer risco e horas após, pela alteração do estado clínico, já tem fatores de risco de queda) e de forma a auxiliar os enfermeiros, propõe-se que se mantenha no plano de cuidados, o foco de atenção ‘Queda’, permitindo que este funcione como um auxiliar de memória para se proceder a reavaliações. Apesar de certo ser que os enfermeiros devem reavaliar o risco de queda sempre que se verifique uma alteração no estado clínico do cliente, foi notório que esta reavaliação não era realizada, pelo que a proposta apresentada pode promover a segurança e a qualidade dos cuidados, de modo a que o enfermeiro possa intervir precocemente.

3.4. Contributos para um Modelo de SCE

Depois de explanada a discussão dos resultados remete-se para os contributos para um modelo de SCE, apresentando também o protocolo realizado à luz desta investigação.

Após uma análise integrada dos resultados, considera-se que a adoção do modelo de SCE poderá estimular o pensamento crítico-reflexivo dos enfermeiros, sensibilizando-os para a temática das quedas. Deste modo, o modelo de SCE poderá capacitar os enfermeiros para o desenvolvimento de competências, que os tornem mais capazes de entender as características particulares dos clientes, avaliar o risco de queda de forma precisa e adequar as intervenções de enfermagem, planificando o plano de trabalho, de acordo com as necessidades específicas de cada cliente.

Na ULSM, E.P.E. à data do fim da colheita de dados não existia qualquer protocolo de prevenção de quedas. Posto isto, e de forma a iniciar com o rigor que a SC prevê, baseado no modelo de SCE de Proctor, mais especificamente na função normativa, foi objetivo da investigação criar e propor a implementação do protocolo de prevenção de quedas, que pode ser consultado em anexo (Anexo VII). Esta função normativa da SC poderá contribuir de forma significativa para a adequabilidade dos referenciais normativos da instituição, assim como o seu cumprimento, garantindo os padrões de qualidade organizacional.

Entendendo os protocolos como ferramentas que contribuem para uma prática de enfermagem mais sistematizada, beneficiando a gestão processual, com vista numa procura de excelência de cuidados, considera-se que estes constituem um importante contributo para o modelo de SCE. Somado a isto, foram notórios os achados resultantes da revisão teórica e da investigação no campo, propriamente dita, que proporcionaram solidez

para colaborar na construção de um modelo de medidas preventivas, de modo a diminuir a probabilidade de ocorrência e gravidade das quedas, auxiliando a racionalizar recursos e a reduzir custos.

Um protocolo de prevenção de quedas deve ter em conta as necessidades dos clientes, contendo intervenções adequadas à situação clínica dos mesmos e risco de queda apresentado. Deve também ser alvo de divulgação e formação para uma correta utilização do mesmo, sendo o momento formativo uma estratégia fundamental para assegurar que o protocolo foi compreendido, garantindo assim a qualidade e segurança dos cuidados.

Apesar de se partilhar da opinião de Lamas (2012) que refere que um modelo de SCE deverá envolver os enfermeiros na conceção de protocolos do serviço, nesta investigação incluiu-se a perceção dos mesmos na conceção do protocolo, através dos resultados obtidos da colheita de dados. Sendo o enfermeiro o profissional de saúde que mais tempo lida com os processos de saúde-doença dos clientes, constitui-se o adequado mentor de algo que irá ser por ele também implementado.

Como se explana no enquadramento teórico, são diversos os programas de intervenção de prevenção de quedas, que se têm mostrado válidos e eficientes, como é o caso do uso de estratégias que visam a orientação do cliente ao ambiente físico onde estão inseridos e a apropriação do contexto às características individuais do cliente. Estes dados vão de encontro aos resultados da investigação e corroboram o que na grande maioria dos casos se adotaria: gerir o ambiente físico. A evidência também evidencia a importância da implementação de intervenções na área do conhecimento sobre a prevenção de quedas e aprendizagem de habilidades, adequando sempre estas intervenções às características do cliente.

Dadas as não conformidades e problemáticas presentes na ação do enfermeiro que a investigação traduziu, considera-se que o modelo de SCE poderá providenciar apoio ao enfermeiro, desenvolvendo as suas capacidades de adaptação e flexibilidade, de gestão de tempo e definição de prioridades, tendo sempre como objetivo final, a implementação de

cuidados individualizados a cada cliente. O supervisor desempenhará um papel facilitador de todo o processo, ajudando o enfermeiro, a encontrar estratégias, aprimorando o seu pensamento crítico-reflexivo, para que este se traduza num planeamento de cuidados adequado, integrando os protocolos em vigência e proporcionando momentos únicos de reflexão contextualizada. Todavia, tal como no estudo de Lamas (2012), perante os achados da investigação, será fundamental, para além das sessões de SCE individuais, recorrer a sessões de SCE de grupo.

Pela adoção da estratégia de SCE de grupo possibilita-se que a equipa no seu todo exponha dúvidas, troque pontos de vista e experiências, desenvolva um pensamento crítico-reflexivo e discuta casos clínicos. Ao mesmo tempo trabalha-se a área do suporte, pois a aproximação entre a equipa e o trabalho em equipa fica facilitado. Acrescentando a estes benefícios, esta estratégia promove e envolve a equipa para a formação contínua e estimula a investigação, garantindo que a prática clínica se desenvolva com base na melhor e mais recente evidência científica.

Perante os dados resultantes da investigação, a adoção por o modelo de SCE poderia suprimir as não conformidades encontradas, maximizando as estratégias de prevenção de quedas em clientes com risco de queda.

Tal como foi referido no enquadramento teórico preconiza-se a monitorização do risco de queda pela EQM, sendo que a formação sobre a mesma e a introdução do MUEQM na implementação do modelo de SCE se traduzirá, não só em ganhos para os clientes, como também para os profissionais de saúde e para a instituição hospitalar, através da prestação segura de cuidados.

Sublinha-se ainda que o modelo de SCE, para além de constituir uma importante estratégia para a garantia da qualidade e segurança dos cuidados, assume um papel determinante no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, podendo reduzir níveis de ansiedade e stresse nos profissionais, realidade constatada na panorâmica atual dos serviços de saúde. Da prevenção do *burnout* ao desenvolvimento de competências, ao aumento da satisfação profissional e à conseqüente melhoria da qualidade

e segurança dos cuidados, a SCE assume-se um pilar para o desenvolvimento da profissão de enfermagem.

Pelo estudo de Lopes (2015) verificou-se que os resultados obtidos traduziram ganhos exequíveis com a aplicação do modelo de SCE, relativamente à prevenção do risco de queda, pelo que a autora considera essencial que se assegure a continuidade dos mesmos.

Considerando a revisão bibliográfica e a investigação, em que se procedeu ao estudo da população, se verificou a inexistência de protocolo de prevenção de quedas e EQM não utilizada, como é preconizado, assim como os resultados obtidos, propõe-se um protocolo adaptado à prática clínica, de prevenção e monitorização do risco de queda. Este protocolo deverá ser alvo de formação, apoiando-se no MUEQM, que revelou garantir qualidade e segurança na área da prevenção de quedas. Os cuidados de enfermagem devem ser, também, individualizados e personalizados, garantindo especial atenção à gestão e otimização do ambiente físico, aos fatores de risco de queda, a ações educativas na área da prevenção de quedas, procedendo a registos metódicos que, pela sua sistematização, promovam a qualidade e segurança dos cuidados. O modelo de SCE poderá contribuir positivamente na área da prevenção de quedas.

CONCLUSÃO

A SCE constitui uma estratégia essencial para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, pelo suporte que proporciona aos enfermeiros, proporcionando ganhos no seu desenvolvimento pessoal e profissional. Pelos processos supervisivos é possível acompanhar as necessidades dos enfermeiros, tornando a prática profissional mais eficiente, colaborando também para aumentar a sua satisfação pessoal e profissional. Somando a isto, a SCE promove ainda ganhos em saúde pelo desenvolvimento de um pensamento crítico reflexivo construtivo, potencializando a tomada de decisão clínica e a conceção de cuidados seguros e de qualidade.

Considerando os pressupostos atrás explanados, a adoção por um modelo de SCE constituirá uma mais-valia para a ULSM, E.P.E., sendo que o êxito da implementação depende da sua adaptabilidade às características e recursos da organização, às necessidades e expectativas dos atores envolvidos e do comprometimento, quer dos profissionais, quer da própria instituição, com os processos supervisivos.

Pelos resultados deste estudo, compreende-se a necessidade de implementar o modelo de SCE que, pela sua natureza motive e apoie os enfermeiros, com o objetivo último de garantir a qualidade e segurança dos cuidados, tendo por base a melhor e mais atual evidência científica, fazendo uso de guias de boas práticas e protocolos de atuação apropriados às características dos clientes, sem contudo esquecer a individualidade e as necessidades dos mesmos. Assim, o modelo poderá também contribuir para um maior reconhecimento social da enfermagem.

O fenómeno “Cair”, pelo indicador de qualidade que constitui e critério de qualidade do exercício profissional, deve ser uma prioridade institucional, sendo vigente a otimização de estratégias para a sua prevenção. Da equipa de enfermagem espera-se o compromisso pelo cuidar, tendo sempre como referencial a segurança dos clientes, fazendo da prevenção uma realidade. Um dos pressupostos da SCE é a promoção da qualidade dos cuidados, logo a prevenção de quedas constitui um campo de ação exequível, onde a SC poderá afiançar cuidados de enfermagem seguros e de qualidade.

Das necessidades identificadas às não conformidades verificadas, e das conclusões que foram apresentadas no anterior capítulo, parece-nos justificativa a aposta na área da SC.

Tendo em conta a avaliação do risco de queda dos clientes internados no Departamento Cirúrgico da ULSM, E.P.E., constata-se que a sua maioria apresentava risco de queda, sendo a amostra construída predominantemente por mulheres, com uma média de idades de 62 anos e com diagnóstico de admissão centrado maioritariamente nas *Doenças e Perturbações do Aparelho Digestivo*.

Conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas no risco de queda consoante o serviço, no entanto, os dados evidenciam que existe um score médio superior na Cirurgia B face aos restantes serviços. Verificou-se também uma perceção do risco de queda significativamente superior na avaliação realizada pelo investigador no momento da observação do cliente. No que se refere à monitorização do risco de queda, no momento da admissão do cliente avaliado pelo enfermeiro e pelo investigador, verificou-se uma diferença significativa de monitorização, em que o investigador atribui mais casos de risco de queda.

Consomando a este facto, concluiu-se que é crucial uma tomada de atenção mais efetiva sobre os fatores de risco de queda, tendo-se constatado diferenças na avaliação do enfermeiro e do investigador, sendo as mais significativas no âmbito dos fatores de risco: *Medicação e Alterações visuais e auditivas*. Identificou-se também os fatores que

constituem maior risco de queda para os clientes que integram a amostra, sendo eles o *Andar com dispositivo médico*, o uso de *Medicação com atuação ao nível do sistema nervoso central* e as *Alterações visuais e auditivas*.

A nível da identificação dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes constatou-se que, na sua maioria, as intervenções se direcionam para a gestão do ambiente físico e avaliação do risco de queda, encontrando-se disparidades no que os enfermeiros referem executar, no que é efetivamente realizado e documentado. Contudo, verificou-se que existem correspondências entre as medidas que o enfermeiro afirmou realizar e as medidas que o investigador adotaria face ao risco de queda dos clientes que integram o estudo de 55,04%. Também se confirmou que existe uma percentagem média de correspondência entre as medidas que o enfermeiro efetivamente realizou e as que o investigador adotaria, de 51,55%.

No que se refere ao objetivo de identificar as intervenções usualmente adotadas pelos enfermeiros face à contenção física dos clientes, conclui-se que existe a necessidade de adoção de protocolos ajustados às necessidades dos clientes e ao contexto. Objetivando a necessidade de contenção física dos clientes que integram a amostra, conclui-se que não se verificou uma diferença significativa entre a perceção do enfermeiro e do investigador.

No que respeita ao objetivo de analisar a conformidade dos processos de monitorização, planificação e execução dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes internados no serviço de Cirurgia B, Cirurgia C e Ala I da ULSM, E.P.E. para o risco de queda, detetou-se a existência de inconformidades na monitorização do risco de queda, nas intervenções referidas como implementadas comparativamente à observação e à documentação realizada e às reais necessidades para a prevenção do risco de queda.

Para além disso, tendo por base a melhor evidência disponível e os contributos das equipas de enfermagem, propõe-se um protocolo de

prevenção e monitorização do risco de queda, que irá contribuir para uma prática de enfermagem mais sistematizada, com o objetivo último, da excelência de cuidados.

No decorrer do processo de investigação, já numa fase final e devido a alterações na parametrização do SClínico, foi introduzida a EQM a nível institucional. Deste modo, considerou-se pertinente avançar com a operacionalização do C-S2AFECARE-Q iniciando pela vertente formativa, em que se expôs os resultados parciais deste estudo, os resultados do estudo similar realizado no Centro Hospitalar do Médio Ave - Unidade de Santo Tirso e se apresentou o MUEQM.

Dado isto julga-se terem-se encontrado contributos para o modelo de SCE que otimize as competências pessoais e profissionais dos enfermeiros na prevenção de quedas, distinguindo as sessões de SCE individuais, pelo apoio e suporte que proporcionam aos enfermeiros, atendendo às suas necessidades particulares, desenvolvendo o seu pensamento crítico-reflexivo e as suas capacidades de adaptação e flexibilidade. Destacam-se também as sessões de SCE em grupo, pelas vantagens que concedem, possibilitando a exposição de dúvidas, a troca de experiências e a discussão de casos clínicos, promovendo também a coesão entre os enfermeiros, motivando a equipa para a formação contínua e para a investigação, de forma a garantir que os enfermeiros desenvolvam a sua prática clínica com base na melhor evidência científica.

Permaneceram ainda certas dúvidas e surgiram hipóteses de novas investigações, que poderão ser o mote para que se desenvolvam estudos no futuro. A realização do mesmo estudo, aplicando a EQM, traria contributos importantes para a prevenção do risco de queda, assim como a realização de uma investigação em que se operacionalizassem as intervenções efetivas promotoras da segurança dos clientes, pela adoção do protocolo proposto neste estudo. Considera-se também importante que se realizem estudos em outras áreas sensíveis aos cuidados de enfermagem, extraindo contributos para o modelo de SCE, se implemente o modelo de SCE e se avalie o seu impacto na área da prevenção de quedas e em outras áreas sensíveis aos

cuidados de enfermagem e se descortine sobre a importância da implementação do modelo de SCE para os enfermeiros, gestores hospitalares e para os próprios clientes.

Por último, propõe-se na operacionalização do modelo, adotar as medidas de contenção física de clientes citas na orientação nº 021 de 2011 da DGS.

O projeto C-S2AFECARE-Q constitui assim um motor para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, pelo *empowerment* que proporciona aos profissionais de enfermagem quando envolvidos num processo supervisivo, para um cuidar efetivo na área da prevenção de quedas.

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, W. Supervisão clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Sinais Vitais*, 2002, vol. 45;
- ABREU, W. *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau, 2007;
- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH & QUALITY. *Preventing Falls in Hospitals - A Toolkit for Improving Quality of Care*. Rockville: AHRQ, 2013;
- ALMEIDA, R. et al. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 2010, III série, nº2;
- AUSUBEL, D. P. *Aquisição e Retenção de Conhecimentos: Uma Perspectiva Cognitiva*. 1ª ed. Lisboa: Plátano Edições Técnicas, 2000;
- ÁVILA, J. A. *Funcionalidade da pessoa idosa institucionalizada com risco de quedas: proposta de cuidados de enfermagem*. Universidade Federal do Rio Grande: Escola de Enfermagem, Brasil, 2012. Tese de Mestrado;
- BAIXINHO, C. e DIXE, M. A. Monitoramento de episódios de quedas em Instituição para Idosos. *Revista Eletrônica de Enfermagem [Em Linha]*. 2014, vol. 16, nº1, pp. 28-34. [consult. 9 outubro 2014]. Disponível em: http://deploy.extras.ufg.br/projetos/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a03.pdf;
- BARBOSA, P. *Manual de Utilização da Escala de Quedas de Morse: Contributo para a Supervisão Clínica em Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2013. Dissertação de Mestrado;
- BARBOSA, P. et al. *Manual de Utilização da Escala de Quedas de Morse*. Escola Superior de Enfermagem Porto, 2013;
- BÉGAT, I. e SEVERINSSON, E. Reflection on how clinical nursing supervision enhances nurses' experiences of well-being related to their psychosocial

work environment. *Journal of Nursing Management*, 2006, vol. 14, nº8, pp. 610-616;

BENNER, P. *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem/Patricia Benner*. 2ª ed. Coimbra: Quarteto, 2005;

BREDTHAUER, D. et al. Factors relating to the use of physical restraint in psychogeriatric care: A paradigm for the elder abuse. *Z Gerontologia Geriartric* [Em linha]. 2005, vol.38, pp.10-18. [consult. 10 janeiro 2014]. Disponível em: <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/ZGG-Factorsrelating.pdf>;

BUNN, F. et al. Preventing falls among older people with mental health problems: a systematic review. *BMC Nursing*, 2014, vol.13, nº4;

BUTTERWORTH, T. e WOODS, D. Clinical governance and clinical supervision: Working together to ensure safe and accountable practice - a briefing paper. *Manchester: School of Nursing Midwifery and health visiting, University of Manchester* [Em linha]. 1999. [consult. 24 agosto 2014]. Disponível em: <http://www.nursing.manchester.ac.uk/research/officialreports/Clinicalgovernance.pdf>;

CALDEVILLA, M. e COSTA, M. Quedas dos idosos em internamento hospitalar: Que passos para a enfermagem? *Revista Investigação em Enfermagem*, fevereiro 2009, nº 19, pp. 25-28;

CALVO MESA, M. et al. Las caídas intrahospitalarias: «una realidad». *Revista ROL de Enfermería*, janeiro 2001, vol. 24, nº 1, pp. 25-30;

CAMERON, I. D. et al. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Em linha]. dezembro 2012, vol. 12. [consult. 10 janeiro 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23235623>;

CARRILHO, M. J. *Revista de Estudos Demográficos nº48*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P., 2010;

CHOI, E. e SONG, M. Physical restraint use in a Korean ICU. *Journal of Clinical Nursing* [Em linha]. setembro 2003, vol. 12, nº5, pp. 651-659. [consult. 10 janeiro 2014]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1046/j.1365-2702.2003.00789.x/>;

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, março 2009;

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE).
Versão 1. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006;

CONTREIRAS, T. e RODRIGUES, E. *Evita - Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes: relatório 2009 - 2012*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP), 2014;

CORREA, A. et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Em linha]. fevereiro 2012, vol.46, nº1, pp. 67-74. [consult. 10 janeiro 2014]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=en;

COUTINHO, C. *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina, 2011;

COUTINHO, E. e SILVA, S. Uso de medicamentos como factor de risco para fractura grave decorrente de queda em idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, setembro/outubro 2002, vol. 18, nº5, pp. 1359-1366;

COSTA, C. *A enfermagem de reabilitação e os eventos adversos da restrição física da mobilidade*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2013. Dissertação de Mestrado;

COSTA-DIAS, M. et al. Quedas dos doentes internados em serviços hospitalares, associação com os grupos terapêuticos. *Revista de Enfermagem Referência*, 2013, III série, nº 9, pp. 105-114;

COSTA-DIAS, M.J.M. et al. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, maio/junho 2014, série IV, nº2, pp. 7-17;

CRUZ, S. *Do ad hoc a um modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem em uso*. Universidade Católica Portuguesa: Porto, 2012. Tese de Doutoramento;

CRUZ, S. et al. Improving Quality in the Patients Risk of Fall Evaluation through Clinical Supervision. *International Journal of Information and Education Technology* [Em linha]. dezembro 2014, vol.4, nº6, pp. 526-530. [consult. 16 março 2015]. Disponível em: <http://www.ijiet.org/show-49-514-1.html>;

CUNHA, S. *Quedas dos doentes e eventos sentinela no Hospital de Braga: Análise dos eventos e custos associados*. Universidade do Minho, 2013. Dissertação de Mestrado;

DAVEY, D. et al. The Policy- Practice Divide: who has clinical supervision in nursing? *Journal of Research in Nursing*, maio 2006, vol. 11, nº3, pp. 237-248;

DEMIR, A. Nurses' Use of Physical Restraints in Four Turkish Hospitals. *Journal of Nursing Scholarship* [Em linha]. 2007, vol.39, nº1, pp.38-45. [consult. 13 outubro 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17393964>;

DEMPSEY, J. Risk assessment and fall prevention: practice development in action. *Contemporary Nurse* [Em linha]. junho 2008, vol.29, nº2, pp. 123-134. [consult. 13 outubro 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18844527>;

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE e ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR. Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses - Resultados do estudo piloto. *Departamento da Qualidade na Saúde* [Em linha]. dezembro 2011. [consult. 13 agosto 2015]. Disponível em: <http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/i017804.pdf>;

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. *Elementos estatísticos - Informação geral - Saúde 2007*. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2009;

EDWARDS, D., et al. Clinical Supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, agosto 2006, vol.15, nº8, pp. 1007-1015;

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO (ESEP) - *Carta de Parceria entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto e o Centro Hospitalar do Médio Ave EPE*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011;

EUROPEAN NETWORK FOR SAFETY AMONG ELDERLY (EUNESE). *Ficha de factos: Prevenção de Quedas nos Idosos - Segurança nos idosos - Lesões Acidentais*. [Em linha]. Atenas: 2006. [consult. janeiro 2012]. Disponível em: http://www.euroipn.org/eunese/Documents/FS%20PT/FS_FALLS_PT.pdf;

FARIA, H. et al. A restrição física da mobilidade - estudo sobre os aspetos ligados à sua utilização com fins terapêuticos. *Revista de Enfermagem Referência*, 2012, III série, pp. 7-16;

FAUGIER, J. e BUTTERWORTH, T. *Clinical Supervision: a position paper*. Manchester: The School of Nursing Studies - The University of Manchester, 1994;

FONSECA, M. J. *Supervisão em ensinios clínicos de enfermagem: perspectiva do docente*. Coimbra: Formasau, 2006;

FORTIN, M.F. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009;

FORTIN, M.F. *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2003;

FRAGATA, J. e MARTINS, L. *O erro em Medicina*. Coimbra: Almedina, 2004;

GALLINAGH, R. et al. The use of physical restraints as a safety measure in the care of older people in four rehabilitation wards: findings from an exploratory study. *International Journal of Nursing Studies* [Em linha]. 2002, vol. 39, nº2 pp. 147-156. [consult. 13 abril 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11755445>;

GARRIDO, A. et al. *Supervisão clínica em enfermagem: perspetivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008;

GILLESPIE, L. e HANDOLL, H. Prevention of falls and fall-related injuries in older people. *Injury Prevention*, outubro 2009, vol.15, nº5, pp.354-355;

HAINES, T. et al. *Why Do Hospitalized Older Adults Take Risks that May Lead to Falls? Behaviour of Hospitalized Older Adults*. Kingston: Blackwell Publishing Ltd, 2012;

HAMERS, J.P. e HUIZING, A.R. Why do we use physical restraints in the elderly?. *Z Gerontologia Geriatric* [Em linha]. fevereiro 2005, vol.38, pp. 19-25. [consult. 13 outubro 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15756483>;

HENDRICH, A. Inpatient Falls: lessons from the field. *Patient Safety & Quality Healthcare*, maio/junho 2006, pp. 26-30;

HUGHES, R. G. *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2008;

HYRKÄS, K. et al. Efficacy of clinical supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 2006, vol. 55, nº4, pp. 521-535;

HYRKÄS, K. et al. Cost-benefit analysis of team supervision: the development of an innovative model and its application as a case study in one Finnish university hospital. *Journal of Nursing Management*, 2001, vol. 9, nº 5, pp.259-268;

HYRKÄS, K. et al. Clinical supervision in nursing in the 1990s- current state of concepts, theory and research. *Journal of Nursing Management*, 1999, vol.3, nº 7, pp.177-187;

IMPERATORI, E. e GIRALDES, M. R. *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª ed. Lisboa: Edições de Saúde, 1992;

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE: versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011;

JOHNSON, M. et al. Analysis of falls incidents: Nurse and patient preventive behaviours. *International Journal of Nursing Practice*, 2011, vol.17, nº1, pp. 60-66;

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure setembro 2009. *The Joint Commission International* [Em linha]. dezembro 2009, ver. 2.0. [consult. 13 janeiro 2014]. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf>;

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *The Joint Commission International* [Em linha]. 2008. [consult. 13 janeiro 2014]. Disponível em: <http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/Programs-Hospitals/>;

JOSEFSSON, K. et al. Competence development of registered nurses in municipal elderly care in Sweden: a questionnaire survey. *International Journal Of Nursing Studies*, 2008, vol.45, nº3, pp. 428-441;

KEARNS, W.D. et al. Path Tortuosity in Everyday Movements of Elderly Persons Increases Fall Prediction Beyond Knowledge of Fall History, Medication Use, and Standardized Gait and Balance Assessments. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2012, vol.13, nº7, pp. 665.e7-665.e13;

LAMAS, B. *Risco de Queda: Contributos para um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. Dissertação de Mestrado;

LOPES, E. *O Impacto da Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem na Avaliação do Risco de Queda*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2015. Dissertação de Mestrado;

LYNCH, L. e HAPPELL, B. Implementing clinical supervision part 1: laying the ground work. *International Journal of Mental Health Nursing*, fevereiro 2008, vol. 17, nº 1, pp.57-64;

MARQUES, P. *O doente idoso com confusão e a acção de enfermagem*. Loures: Lusociência, 2012;

MARTINS, J. Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Revista Pensar em Enfermagem*, 2008, vol.12, nº 2, pp. 62-66;

MCKEOWN, C. e Thompson, J. Implementing clinical supervision. *Nursing Management*, 2001, vol.8, nº6, pp. 10-13;

MORETTI, C. A. e KOLHS, M. Auditoria Operacional e Gestão da Qualidade em Serviços de Enfermagem Hospitalar. Profile of Occupational Accidents National Registered By Social Security Institute (INSS) In Brazil in the years 2007 to 2009. *Revista Científica CENSUPEG* [Em linha]. 2013, nº2, pp. 200-208. [consult. 5 janeiro 2014]. Disponível em: <http://revistacientifica.censupeg.com.br/ojs/index.php/RevistaCientificaCENSUPEG/article/view/127/49>;

MORSE, J. *Preventing Patient Falls*. 2ª ed. New York: Springer Publishing Company, 2009;

NATIONAL COUNCIL FOR THE PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF NURSING & MIDWIFERY (NCPD/M). Discussion paper 1. *Clinical Supervision: a structured approach to best practice* [Em linha]. 2008. [consult. 20 outubro 2014]. Disponível em: <http://www.ncnm.ie/items/1299/85/3167984576%5CClinical%20Supervision%20Disc%20paper%202008.pdf>;

NATIONAL HEALTH SERVICES (NHS). Slips, trips and falls in hospital report - Patient Safety Observatory. *National Patient Safety Agency* [Em linha]. 2007. [consult. 22 outubro 2014]. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59821>;

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY. *The third report from the patient safety observatory - Slips, trips and falls in Hospital*. London: NPSA, 2007;

NORWOOD, S. *Research strategies for advanced practice nurses*. New Jersey: Prentice Hall, 2000;

OLIVER, D. et al. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. *Age and Ageing*, 2004, vol. 33, nº2, pp. 122-130;

OLIVER, D. et al. Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. *BMJ* [Em linha]. 1997, vol.315, nº1049. [consult. 20 outubro 2014]. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/315/7115/1049>;

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). Dados Estatísticos a 31-12-2014. [Em linha]. fevereiro 2015. [consult. 18 junho 2015]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/DadosEstatisticos/Estatistica_V01_2014.pdf;

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Parecer do Conselho Jurisdicional 248 - Condições do Exercício*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros, 2011;

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Desenvolvimento Profissional. Certificação de Competências - fundamentos e linhas orientadoras para a construção do sistema*. [Em linha]. 2010. [consult. 15 outubro 2014]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/MDP_revista.pdf;

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de certificação de Competências*. [Em linha]. 2010. [consult. 15 outubro 2014]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos1.pdf>;

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Parecer N.º 226 / 2009. Assunto: Elaboração de parecer sobre Circular Normativa da DGS nº 8 / DSPSM / DSPCS de 25 / 05 /2007 referente a medidas preventivas de comportamentos agressivos / violentos de doentes - contenção física*. [Em linha]. dezembro 2009, pp. 1-7. [consult. 12 janeiro 2015]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer-CE-226-2009.pdf>;

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Parecer do Conselho Jurisdicional - Tomada de Posição sobre a Segurança do Cliente*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006;

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual e Enunciados descritivos*. [Em linha]. 2001. [consult. 15 outubro 2014]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesQualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>;

PEREIRA, A. *Guia prático de utilização: análise de dados para ciências sociais e psicologia*. 7ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2008;

PEREIRA, M. *A Importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente*. Universidade Aberta Lisboa, 2010. Tese de Mestrado;

PEREIRA, S. R. M. et al. Projeto Diretrizes - Quedas em Idosos. *Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2001;

- PETRONILHO, F. A. S. Produção de Indicadores de Qualidade: A Enfermagem que queremos evidenciar. *Sinais Vitais*, 2009, nº 82, pp. 35-43;
- PINA, S. M. et al. Quedas em meio hospitalar. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 2010, vol. 36, pp. 27-29;
- PINHO, C. *Qualidade em saúde: Que trajetos de formação dos enfermeiros?* Universidade de Aveiro, 2012. Tese de Doutoramento;
- POESCHL, G. *Análise de dados na investigação em psicologia*. Coimbra: Edições Almedina SA, 2006;
- POLIT, D.F. e BECK, C.T. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem*. 7ªed. Porto Alegre: Artmed, 2011;
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (MS). *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020*. Despacho n.º 5613/2015 publicado em Diário da República, 27 maio 2015, 2ª série, nº 102, pp. 13550-13553;
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (MS). *Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Despacho n.º 1400-A/2015. [Em linha]. Ministério da Saúde, publicado em Diário da República, 10 fevereiro 2015, 2ª série, nº28, pp. 3882-38810. [consult. 4 agosto 2015]. Disponível em: <http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/Desp%20%201400-A%202015.pdf>;
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (MS). *Orientação da Direção-Geral da Saúde número 021/2011, de 6 junho 2011. Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente*. Lisboa: DGS, 2011;
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (MS). *Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes - contenção física*. Circular normativa N.º: 08/DSPSM/DSPCS de 25 maio 2007. Lisboa: DGS, 2007;
- PORTUGAL. Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). *Sistema de Classificação de doentes em grupos de diagnósticos homogéneos (GDH)* [Em linha]. Ministério da Saúde, 2006. [consult. 6 março 2015]. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Nacional_RR2006.pdf;
- PRISCO, L. e BISCAIA, J.L. Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2001, vol. 2, pp.43-51;
- QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. *Manual de investigação em ciências sociais*. 4ª ed. Lisboa: Editora Gradiva, 2005;

RABIAIS, S. et al. *Adelia 2006-2008, Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde, 2011;

REGISTERED NURSES ASSOCIATIONS OF ONTARIO (RNAO). *Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult*. Ontário: RNAO, 2005;

RIBEIRO, J. *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 3ª ed. Porto: Livpsi, 2010;

ROBERTSON, M. C. et al. Effectiveness and economic evaluation of a nurse delivered home exercise programme to prevent falls. 2: Controlled trial in multiple centres. *BMJ* [Em linha]. 2001, vol.322, nº7288, pp.1-5. [consult. 20 outubro 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC30095/>;

ROCHA, A. *Supervisão Clínica em Enfermagem para a Segurança e Qualidade dos Cuidados: Perspetiva dos supervisionados*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014. Dissertação de Mestrado;

ROYAL COLLEGE OF NURSING (RCN). *Clinical supervision in the workplace - guidance for occupational health nurses*. [Em linha]. 2002. [consult. 5 dezembro 2014]. Disponível em: http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0007/78523/001549.pdf;

ROYAL COLLEGE OF NURSING (RCN). *Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people*. [Em linha]. 2004. [consult. 5 dezembro 2014]. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG021fullguideline.pdf>;

RUBENSTEIN, L.Z. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing*, 2006, vol. 35, supl. 2, pp.37-41;

SANTOS, T. et al. Quedas quando e porquê?. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, maio/junho 2003, vol. XV, nº154, pp.39-44;

SARAIVA, D. et al. Quedas: indicador da qualidade assistencial. *Nursing*, 2008, ano 18, nº 235, pp. 28-35;

SCARPARO, A. et al. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas de enfermagem. *Revista Rene*, 2012, vol. 13, nº 1, pp. 242-251;

SHIMADA, H. et al. The Effect of Enhanced Supervision on Fall Rates in Residential Aged Care. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* [Em linha]. outubro 2009, vol. 88, nº10, pp. 823-828. [consult. 13 janeiro 2015]. Disponível em: http://journals.lww.com/ajpmr/Abstract/2009/10000/The_Effect_of_Enhanced_Supervision_on_Fall_Rates.7.aspx;

SILVÉRIO, A. S. et al. O enfermeiro na gestão do risco clínico nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados: Uma reflexão teórica e conceptual. *Journal of Aging and Innovation* [Em linha]. 2012, vol.1, nº2, pp. 4-19. [consult. 20 outubro 2014]. Disponível em: <http://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/revista/wp-content/uploads/1-O-ENFERMEIRO-NA-GEST%C3%83O-DO-RISCO-CL%C3%8DNICO.pdf>;

SIVAN, M. et al. The role of exercise therapy in the secondary prevention of falls in elderly people. *International Musculoskeletal Medicine*, 2010, vol. 32, nº4, pp.168-172;

SOUSA, M. e BAPTISTA, C. *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios*. Lidel - edições técnicas, 2011;

SOUSA, V. et al. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para a enfermagem. Parte I: desenhos de pesquisa quantitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2007, vol. 15, nº 3, pp. 502-507;

TODD, C. e SKELTON, D. *What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?* [Em linha]. WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report), 2004. [consult. 15 janeiro 2015]. Disponível <http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf>;

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, E.P.E. (ULSM, E.P.E): HOSPITAL PEDRO HISPANO. *Manual de Integração para Enfermeiros Serviço Cirurgia C - nº revisão: 2231.0*. Departamento de Cirurgia, 2011;

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, E.P.E. (ULSM, E.P.E): HOSPITAL PEDRO HISPANO. *Manual de Integração dos Enfermeiros da Cirurgia B - nº revisão: 1963.0*. Departamento de Cirurgia, 2010;

VON RENTELN-KRUSE, W. e KRAUSE, T. Incidence of In-Hospital Falls in Geriatric Patients Before and After the Introduction of an Interdisciplinary Team-Based Fall-Prevention Intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2007, vol.55, nº12, pp. 2068-2074;

WALSH, K. et al. Development of a group model of clinical supervision to meet the needs of a community mental health nursing team. *International Journal of Nursing Practice*, fevereiro 2003, vol. 9, nº1, pp. 33-39;

WOOLCOTT, J. et al. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Archives of Internal Medicine*, novembro 2009, vol. 169, nº 21, pp.1952-1960;

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Falls*. [Em linha]. WHO, 2012. [consult. 10 janeiro 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en>;

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Summary of the evidence on patient safety: implications for research*. [Em linha]. WHO, 2008. [consult. 10 janeiro 2015]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596541_eng.pdf;

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global report on falls prevention in older age*. Genebra: WHO, 2007;

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Regional Office for Europe - Seventh Annual Meeting of the European Forum of National Nursing and Midwifery Associations and WHO*. Copenhaga: WHO, 2003;

ANEXOS

ANEXO I: Questionário de caracterização sócio-demográfica dos enfermeiros e de medidas adotadas por estes, face à contenção física de clientes

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-
DEMOGRÁFICA DO ENFERMEIRO E DE MEDIDAS
ADOTADAS FACE À CONTENÇÃO FÍSICA DE
CLIENTES

Código

___/___

Este questionário faz parte integrante de um estudo que está a ser realizado no âmbito de uma dissertação de mestrado sobre o fenómeno “Cair”, potenciando contributos para um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem.

O objetivo deste questionário é obter dados que permitam realizar a caracterização sócio-demográfica dos enfermeiros a exercer funções neste serviço de internamento e, também, identificar as medidas que estes adotam face à contenção física de clientes.

Antes de responder ao questionário leia cuidadosamente as seguintes indicações:

- Não há respostas certas ou erradas para nenhuma das questões levantadas;
- Preencha todo o questionário e seja o mais sincero(a) possível;
- O questionário é anónimo e confidencial, pelo que não deverá assinalar qualquer elemento de identificação pessoal.

A sua participação é fundamental para a realização deste estudo, pelo que desde já se agradece a sua colaboração.

I - Parte: Caracterização Sócio-Demográfica do Enfermeiro

1. Sexo: Feminino Masculino
2. Idade _____
3. Tempo de exercício profissional _____ (anos completos)
4. Categoria profissional
 Enfermeiro Enfermeiro Graduado Outra: _____
 Enfermeiro Especialista Enfermeiro Chefe
5. Situação jurídica de emprego
 Contrato de Trabalho em Funções Públicas (Antiga Nomeação Definitiva/Quadro)
 Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado
 Contrato Individual de Trabalho a Termo Resolutivo Certo
 Outro Qual? _____
6. Serviço onde exerce funções: Cirurgia B Cirurgia C Ala I

7. Há quanto tempo exerce funções no serviço? _____

8. Habilitações académicas e profissionais (pode assinalar mais do que uma opção)

- Bacharelato
 Licenciatura
 Especialidade Qual? _____
 Mestrado Qual? _____
 Doutoramento Qual? _____

II - Parte: Medidas adotadas pelo Enfermeiro, face à contenção física de clientes

Imprevisivelmente, acontecem comportamentos agressivos /violentos de clientes, em relação a si próprios e/ou a outros, situações de agitação psicomotora e confusão mental, sendo fundamental adotar medidas de contenção, com o objetivo de os proteger a si e ao meio envolvente. Frequentemente, recorre-se ao isolamento e à imobilização do cliente, garantindo que este supere com segurança a situação de crise, quando outras medidas terapêuticas, tais como a administração de fármacos, é impeditiva e/ou depois de esgotadas todas as medidas alternativas.

1. Conhece algum documento que normalize os cuidados a ter em caso de imobilização de clientes?

Sim

Não

1.1. Se respondeu Sim, assinale com um X, quais destas medidas usualmente implementa:

1. Utilizar técnicas comunicacionais de interrupção da escalada da agressividade.	
2. Utilizar técnicas de contenção ambiental (Modificação do contexto, recurso a alterações que controlam a mobilidade do cliente com supervisão clínica, proporcionar ambiente calmo e seguro).	
3. Obter consentimento informado, por parte do representante legal do cliente, se exequível, caso este não reúna as condições necessárias.	
4. Informar e tranquilizar cliente, família/pessoa significativa quanto à necessidade de medidas de contenção.	
5. Proceder a contenção física do cliente, após uma avaliação do risco clínico.	
6. Proceder a contenção física após decisão conjunta da equipa terapêutica.	
7. Proceder a contenção física após prescrição médica e registar devidamente no processo clínico do cliente.	
8. Proceder a contenção física, comunicando posteriormente ao médico.	
9. Proceder a contenção física, limitando-a no tempo e com frequente reavaliação pela equipa multidisciplinar.	
10. Proceder a contenção física num quarto isolado ou num local apropriado e que garanta privacidade, que seja bem ventilado e com temperatura	

adequada.	
11. Colocar o cliente num local onde possa ser permanentemente vigiado.	
12. Garantir que não existam objetos perigosos para o cliente.	
13. Utilizar faixas concebidas e apropriadas, cumprindo as instruções do fabricante na sua aplicação.	
14. Equipar a cama com grades laterais, que permitam a proteção, apoio e segurança do cliente.	
15. Colocar as faixas nos membros superiores, inferiores e tórax do cliente conforme a gravidade da situação. A quinta faixa, torácica, deve ser colocada após a imobilização dos membros.	
16. Aplicar material de proteção para prevenir lesões resultantes da fricção.	
17. Vigiar com periodicidade não superior a 15-30 minutos, sinais de alteração circulatória e perfusão dos tecidos que possam resultar de compressão devido às faixas de contenção.	
18. Prevenir acidentes trombo-embólicos.	
19. Posicionar o cliente em decúbito dorsal, com a cabeça levemente elevada e os membros superiores posicionados de forma a permitir o acesso venoso. Sempre que necessário utilizar um posicionamento alternativo, nomeadamente, em decúbito lateral.	
20. Fazer alternância de decúbitos para prevenção de úlceras de pressão.	
21. Manter a comunicação com o cliente no âmbito do seu processo terapêutico.	
22. Vigiar frequentemente os parâmetros vitais e analíticos do cliente.	
23. Proceder ao exame físico periódico.	
24. Hidratar o cliente em caso de sedação prolongada.	
25. Reavaliar a necessidade de manutenção da contenção física no decurso de um período máximo de duas horas, repetindo-a com esta periodicidade (pelo menos).	
26. Retirar a contenção física de acordo com a eficácia da medicação e a avaliação do estado clínico do cliente ou assim que for possível.	
27. Registrar, obrigatoriamente, no processo clínico: 27.1. Estado do cliente que determinou a necessidade de contenção; <input type="checkbox"/> 27.2. Medidas preventivas e o seu impacto; <input type="checkbox"/> 27.3. Descrição das diferentes medidas de contenção analisadas com o cliente ou por quem ele decida; <input type="checkbox"/> 27.4. Profissionais envolvidos na tomada de decisão; <input type="checkbox"/> 27.5. Avaliações posteriores à colocação da medida de contenção; <input type="checkbox"/> 27.6. Evolução do estado clínico do cliente; <input type="checkbox"/> 27.7. Registo de lesões consequentes; <input type="checkbox"/> 27.8. Revisão do plano de cuidados, decorrente das medidas de contenção. <input type="checkbox"/>	

Obrigado pela colaboração!

ANEXO II: Questionário de Avaliação do Risco de Queda - Enfermeiro

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE
QUEDA**

Código

___/___

O objetivo deste questionário é colher dados que permitam analisar o fenómeno “Cair”, potenciando contributos para um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem.

Antes de responder ao questionário leia cuidadosamente as seguintes indicações:

- Não há respostas certas ou erradas para nenhuma das questões levantadas;
- Preencha todo o questionário e seja o mais sincero(a) possível;
- O questionário é anónimo e confidencial, pelo que não deverá assinalar qualquer elemento de identificação pessoal.

A sua participação é fundamental para a realização deste estudo, pelo que desde já se agradece a sua colaboração.

I- Parte: Caracterização do Cliente

Cama___

1. Data de Admissão ___/___/___
2. Questionário preenchido a ___/___/___
3. Idade _____
4. Sexo: Masc. Femin.
5. Diagnóstico: _____
6. Definido prestador de cuidados? Sim Não

II- Parte: Contenção Física

1. Necessária contenção física?
Sim Não
- 1.1. Se respondeu **sim**,
porquê? _____

III - Parte: Atividades de Diagnóstico

De seguida, proceda à Atividade Diagnóstica, relacionada com o risco de queda.

1. Atividade Diagnóstica:

1.1. Pelo preenchimento do Instrumento “Avaliar condição de risco de queda”, parametrizado no serviço, no Sistema SClínico Hospitalar, avalie o risco de queda do cliente, colocando uma (X) no quadrado correspondente a cada um dos itens. No final, classifique em *Sem Risco* ou *Com Risco* de queda. Se o preenchimento deste questionário, não corresponder à admissão do cliente, refira também, qual o risco de queda nesse momento:

Fatores de Risco	Descrição de fatores de risco	
Status Funcional	Acamado/sentado e sem capacidade para alterar a posição corporal (doentes com esta condição presente não requer avaliação dos restantes itens)	
	Acamado/sentado e com capacidade para alterar a posição corporal	
	Anda com ajuda	
	Anda sem ajuda	
História de queda nos 3 últimos meses	Não/desconhece	
	Sim	
Equilíbrio corporal	Sem alterações do equilíbrio corporal ou incapacidade de avaliar	
	Com alteração do equilíbrio corporal	
Resposta Comportamental	Sem alteração da resposta comportamental	
	Com alteração da resposta verbal	
	Com alteração da resposta não-verbal	
	Com alteração da resposta verbal e não-verbal	
Andar com dispositivo médico (suporte de soros, algálias, drenos, etc)	Não	
	Sim	
Andar com auxiliar de marcha	Não	
	Sim	
Medicação	Sem nenhuma medicação abaixo identificada	
	Medicação com atuação ao nível do sistema nervoso central	
	Anticoagulantes	
	Antiepiléticos	
Alterações visuais e auditivas	Não	
	Sim	

IV - Parte: Medidas adotadas pelo Enfermeiro, face ao fenómeno “Cair”

As seguintes afirmações apontam algumas intervenções de enfermagem, implementadas face ao fenómeno “Cair”. Assinale com um (X) a(s) intervenções que executa.

1. Manter grades da cama.	
2. Elevar grades da cama.	
3. Baixar grades da cama.	
4. Manter grades da cama elevadas.	
5. Manter cama travada.	
6. Gerir ambiente físico: 6.1. Adequar luz ambiente à hora do dia/noite; <input type="checkbox"/> 6.2. Minimizar níveis de ruído ambiente; <input type="checkbox"/> 6.3. Adequar temperatura ambiente; <input type="checkbox"/> 6.4. Adequar horário dos cuidados minimizando interrupções de sono do doente. <input type="checkbox"/>	
7. Orientar a pessoa no ambiente.	
8. Otimizar ambiente.	
9. Manter luz de presença quando necessário.	
10. Avaliar condição de risco de queda: 10.1. Na admissão; <input type="checkbox"/> 10.2. Sempre que a situação clínica do cliente se altere; <input type="checkbox"/> 10.3. Na alta; <input type="checkbox"/> 10.4. Outra frequência/situação (por favor, escreva qual _____). <input type="checkbox"/>	
11. Promover medidas de segurança para prevenção de quedas: 11.1. Uso de dispositivo sonoro junto da pessoa (campainha); <input type="checkbox"/> 11.2. Luz de presença acesa durante a noite; <input type="checkbox"/> 11.3. Definir protocolo de rondas periódicas. <input type="checkbox"/>	
12. Registrar a ocorrência de queda.	
13. Referir queda ao médico.	
14. Assistir a pessoa no andar.	
15. Restringir a atividade motora.	
16. Imobilizar parte do corpo com dispositivo imobilizador: 16.1. Membro superior direito; <input type="checkbox"/> 16.2. Membro superior esquerdo; <input type="checkbox"/> 16.3. Membro inferior direito; <input type="checkbox"/> 16.4. Membro inferior esquerdo; <input type="checkbox"/> 16.5. Considerar alternativas; <input type="checkbox"/> 16.6. Reavaliar necessidade de hora a hora; <input type="checkbox"/> 16.7. Descontinuar periodicamente; <input type="checkbox"/> 16.8. Vigiar circulação; <input type="checkbox"/> 16.9. Vigiar incremento da perturbação do doente; <input type="checkbox"/> 16.10. Remover logo que possível. <input type="checkbox"/>	
17. Manter parte do corpo com dispositivo imobilizador.	
18. Otimizar dispositivo de imobilização.	
19. Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas.	
20. Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas no domicílio.	
21. Ensinar sobre equipamento para prevenção de quedas.	
22. Ensinar sobre prevenção de quedas.	
23. Instruir o prestador de cuidados sobre utilização de equipamento para prevenção de quedas.	
24. Instruir sobre utilização de equipamento para prevenção de quedas.	
25. Treinar a utilização de equipamento para prevenir as quedas.	
26. Treinar o prestador de cuidados na utilização de equipamento para prevenir as quedas.	
27. Treinar prestador de cuidados sobre prevenção de quedas.	

Obrigado pela colaboração!

ANEXO III: Grelha de Observação de Avaliação do Risco de Queda -

Investigador

GRELHA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

Investigador

Código

___/___

I - Parte: Caracterização do Cliente

Cama___

1. Data de Admissão ___/___/___
2. Questionário preenchido a ___/___/___
3. Idade _____
4. Sexo: Masc. Femin.
5. Diagnóstico: _____
6. Definido prestador de cuidados? Sim Não

II - Parte: Contenção Física

1. Necessária contenção física?
Sim Não

1.1. Comentários (Se aplicável):

III - Parte: Atividades de Diagnóstico

1. “Avaliar condição de risco de queda”.
 - 1.1. Risco de queda na admissão: _____

Fatores de Risco	Descrição de fatores de risco	
Status Funcional	Acamado/sentado e sem capacidade para alterar a posição corporal (doentes com esta condição presente não requer avaliação dos restantes itens)	
	Acamado/sentado e com capacidade para alterar a posição corporal	
	Anda com ajuda	
	Anda sem ajuda	
História de queda nos 3 últimos meses	Não/desconhece	
	Sim	
Equilíbrio corporal	Sem alterações do equilíbrio corporal ou incapacidade de avaliar	
	Com alteração do equilíbrio corporal	
Resposta Comportamental	Sem alteração da resposta comportamental	
	Com alteração da resposta verbal	
	Com alteração da resposta não-verbal	
	Com alteração da resposta verbal e não-verbal	
Andar com dispositivo médico (suporte de soros, algalias, drenos, etc)	Não	
	Sim	
Andar com auxiliar de marcha	Não	
	Sim	
Medicação	Sem nenhuma medicação abaixo identificada	
	Medicação com atuação ao nível do sistema nervoso central	
	Anticoagulantes	
	Antiepiléticos	
Alterações visuais e auditivas	Não	
	Sim	

Score: _____

Fatores de Risco	Descrição de fatores de risco	
Status Funcional	Acamado/sentado e sem capacidade para alterar a posição corporal (doentes com esta condição presente não requer avaliação dos restantes itens)	0
	Acamado/sentado e com capacidade para alterar a posição corporal	1
	Anda com ajuda	2
	Anda sem ajuda	3
História de queda nos 3 últimos meses	Não/desconhece	0
	Sim	1
Equilíbrio corporal	Sem alterações do equilíbrio corporal ou incapacidade de avaliar	0
	Com alteração do equilíbrio corporal	1
Resposta Comportamental	Sem alteração da resposta comportamental	0
	Com alteração da resposta verbal	1
	Com alteração da resposta não-verbal	2
	Com alteração da resposta verbal e não-verbal	3
Andar com dispositivo médico (suporte de soros, algalias, drenos, etc)	Não	0
	Sim	1
Andar com auxiliar de marcha	Não	0
	Sim	1
Medicação	Sem nenhuma medicação abaixo identificada	0
	Medicação com atuação ao nível do sistema nervoso central	1
	Anticoagulantes	2
	Antiepiléticos	3
Alterações visuais e auditivas	Não	0
	Sim	1

Scores atribuídos: “Avaliar condição de risco de queda”

**IV - Parte: Medidas adotadas pelo enfermeiro (E) e medidas que o
investigador adotaria (I), face ao fenómeno “Cair”**

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	E	I
1. Manter grades da cama.		
2. Elevar grades da cama.		
3. Baixar grades da cama.		
4. Manter grades da cama elevadas.		
5. Manter cama travada.		
6. Gerir ambiente físico: 6.1. Adequar luz ambiente à hora do dia/noite; 6.2. Minimizar níveis de ruído ambiente; 6.3. Adequar temperatura ambiente; 6.4. Adequar horário dos cuidados minimizando interrupções de sono do doente.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Orientar a pessoa no ambiente.		
8. Otimizar ambiente.		
9. Manter luz de presença quando necessário.		
10. Avaliar condição de risco de queda: 10.1. Na admissão 10.2. Sempre que a situação clínica do cliente se altere 10.3. Na alta 10.4. Outra frequência/situação (por favor, escreva qual _____)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Promover medidas de segurança para prevenção de quedas: 11.1. Uso de dispositivo sonoro junto da pessoa (campainha); 11.2. Luz de presença acesa durante a noite; 11.3. Definir protocolo de rondas periódicas.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Registrar a ocorrência de queda.		
13. Referir queda ao médico.		
14. Assistir a pessoa no andar.		
15. Restringir a atividade motora.		
16. Imobilizar parte do corpo com dispositivo imobilizador: 16.1. Membro superior direito; 16.2. Membro superior esquerdo; 16.3. Membro inferior direito; 16.4. Membro inferior esquerdo; 16.5. Considerar alternativas; 16.6. Reavaliar necessidade de hora a hora; 16.7. Descontinuar periodicamente; 16.8. Vigiar circulação; 16.9. Vigiar incremento da perturbação do doente; 16.10. Remover logo que possível.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

17. Manter parte do corpo com dispositivo imobilizador.		
18. Otimizar dispositivo de imobilização.		
19. Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas.		
20. Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas no domicílio.		
21. Ensinar sobre equipamento para prevenção de quedas.		
22. Ensinar sobre prevenção de quedas.		
23. Instruir o prestador de cuidados sobre utilização de equipamento para prevenção de quedas.		
24. Instruir sobre utilização de equipamento para prevenção de quedas.		
25. Treinar a utilização de equipamento para prevenir as quedas.		
26. Treinar o prestador de cuidados na utilização de equipamento para prevenir as quedas.		
27. Treinar prestador de cuidados sobre prevenção de quedas.		

ANEXO IV: Grelha de Análise dos Registos de Enfermagem (SCLínico)

**GRELHA DE ANÁLISE DOS REGISTOS DE
ENFERMAGEM (SCLínico Hospitalar)**

Código

___/___

Análise dos Registos	Sim	Não	N/A	INF.
1. Atividade diagnóstica “Avaliar condição de risco de queda” na admissão pelo enfermeiro responsável pela admissão.				
2. Frequência de monitorização adequada (SOS).				
3. Avaliação corretamente aplicada na admissão (Score).				
4. Avaliação corretamente aplicada quando a situação clínica do cliente sofre alterações (Score).				
5. Avaliação corretamente aplicada na última avaliação (Score). ALTA				
6. Diagnóstico de queda conforme.				
7. Avaliação do conhecimento do cliente sobre prevenção de quedas devidamente documentada. <u>- Avaliar o conhecimento sobre prevenção de quedas:</u> Fatores de Risco de quedas - Não demonstra conhecimento/ Demonstra conhecimento Prevenção de quedas - Não demonstra conhecimento/ Demonstra conhecimento Atuação em caso de queda - Não demonstra conhecimento/Demonstra conhecimento				
8. Avaliação da aprendizagem de habilidades na utilização de equipamento para prevenção de quedas devidamente documentada.				
9. Avaliação do conhecimento sobre equipamento para prevenção de quedas devidamente documentado.				
10. Avaliação do conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas devidamente documentada. <u>- Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas:</u> Fatores de Risco de quedas - Não demonstra conhecimento/ Demonstra conhecimento Prevenção de quedas - Não demonstra conhecimento/ Demonstra conhecimento Atuação em caso de queda - Não demonstra conhecimento/Demonstra conhecimento				
11. Avaliação da aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados na utilização de equipamento para prevenção de quedas devidamente documentada.				
12. Registo da ocorrência de queda.				

Data: ___/___/___				
Hora: ___h:___m				
12.1. Descrição da queda 12.1.1. Visualização da queda: - Não - Enfermeiro - Assistente Operacional - Médico - Outro profissional de saúde - Familiar/Visita - Local da queda: - Queda da cama - Outro local - Queda ao sair do cadeirão - Queda no quarto - Queda no WC - Queda no chuveiro - Queda no corredor - Queda na enfermaria - Queda nas escadas/degraus - Queda enquanto transportado/apoiado por outra pessoa.				
12.1.2. Lesões resultantes da queda: - Sem qualquer lesão aparente - Fractura - Escoriação - Contusão - Laceração cutânea - Perda de consciência - Outros				
12.1.3. Gravidade do dano: - Nenhuma - Fraca - Moderada - Severa/grave - Morte				
12.2. Motivo da queda 12.2.1. Fatores cognitivos do doente: - Não - Sim				
12.2.2. Fatores comportamentais do doente: - Não - Sim				
12.2.3. Fatores relacionados com a doença ou fisiopatológicos: - Não - Sim				
12.2.4. Fatores emocionais: - Não - Sim				
12.2.5. Infraestruturas/ambiente físico: - Não - Sim				
12.3. Necessidade de Meios Auxiliares de Diagnóstico 12.3.1. RX Simples: - Não - Sim				

<p>12.3.2. Ecografia: - Não - Sim</p>				
<p>12.3.3. TAC: - Não - Sim</p>				
<p>12.3.4. RMN: - Não - Sim</p>				
<p>12.3.5. Outros: - Não - Sim</p>				
<p>12.4. Medidas de segurança em uso 12.4.1.Cama em posição baixa: - Não - Sim - Não aplicável</p>				
<p>12.4.2. Campainha junto do doente: - Não - Sim - Não aplicável</p>				
<p>12.4.3. Familiar/visita presente: - Não - Sim - Não aplicável</p>				
<p>12.4.4. Luz de presença (durante a noite): - Não - Sim - Não aplicável</p>				
<p>13. Queda documentada (notas gerais, foco, intervenções, notas médicas).</p>				
<p>14. Queda documentada corretamente no plano de trabalho (Problema potencial/Problema real).</p>				
<p>15. Contenção de clientes de acordo com Atitude Terapêutica.</p>				
<p>16. Contenção de clientes devidamente documentada.</p>				
<p>17. Intervenções de enfermagem adequadas, face ao risco de queda do cliente. (Intervenções sugeridas pelo sistema, se estiverem selecionadas outras, pôr em informações quais) - Elevar grades da cama - Baixar grades da cama - Manter grades da cama - Gerir ambiente físico - Avaliar condição de risco de queda - Assistir a pessoa no andar - Imobilizar parte do corpo com dispositivo imobilizador - Manter parte do corpo com dispositivo imobilizador - Otimizar dispositivo de imobilização</p>				
<p>18. Intervenções de enfermagem adequadas, face a queda documentada. - Registrar a ocorrência de queda - Referir queda ao médico</p>				
<p>19. Intervenções de enfermagem adequadas, face ao conhecimento do cliente sobre prevenção de quedas.</p>				

- Ensinar sobre prevenção de quedas				
20. Intervenções de enfermagem adequadas, face ao equipamento de prevenção de quedas.				
-Ensinar sobre equipamento para prevenção de quedas				
21. Intervenções de enfermagem adequadas, face a aprendizagem de habilidades na utilização de equipamento para prevenção de quedas.				
-Instruir sobre utilização de equipamento para prevenção de quedas -Treinar a utilização de equipamento para prevenir as quedas				
22. Intervenções de enfermagem adequadas, face ao conhecimento do prestador de cuidados.				
- Ensinar prestador de cuidados sobre prevenção de quedas - Ensinar prestador de cuidados sobre prevenção de quedas no domicílio				
23. Intervenções de enfermagem adequadas, face a aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados.				
- Treinar o prestador de cuidados na utilização de equipamento para prevenir as quedas - Treinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas - Instruir prestador de cuidados sobre utilização de equipamento para prevenção de quedas				
24. Intervenções de enfermagem adequadas, face à contenção física de clientes.				
- Restringir atividade motora - Imobilizar parte do corpo com dispositivo imobilizador - Manter parte do corpo com dispositivo imobilizador - Otimizar dispositivo de imobilização				

ANEXO V: ‘Avaliar condição de risco de queda’ - scores

‘Avaliar condição de risco de queda’

Fatores de Risco	Descrição de fatores de risco	Score
Status funcional	Acamado/sentado e sem capacidade para alterar a posição corporal (doentes com esta condição presente não requer avaliação dos restantes itens)	0
	Acamado/sentado e com capacidade para alterar a posição corporal	1
	Anda com ajuda	2
	Anda sem ajuda	3
História de queda nos 3 últimos meses	Não/desconhece	0
	Sim	1
Equilíbrio corporal	Sem alterações do equilíbrio corporal ou incapacidade de avaliar	0
	Com alteração do equilíbrio corporal	1
Resposta Comportamental	Sem alteração da resposta comportamental	0
	Com alteração da resposta verbal	1
	Com alteração da resposta não-verbal	2
	Com alteração da resposta verbal e não-verbal	3
Andar com dispositivo médico (suporte de soros, algálias, drenos, etc)	Não	0
	Sim	1
Andar com auxiliar de marcha	Não	0
	Sim	1
Medicação	Sem nenhuma medicação abaixo identificada	0
	Medicação com atuação ao nível do sistema nervoso central	1
	Anticoagulantes	2
	Antiepilépticos	3
Alterações visuais e auditivas	Não	0
	Sim	1

ANEXO VI: Autorização para a realização do estudo



*À SEGIC para
informar do auto
risco de realização
do estudo e respeito
colheita de dados*

Exmo. Sr. Presidente
Conselho de Administração
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.
R. Dr. Eduardo Torres
4464-513 Senhora da Hora

29/10/15
[Signature]

ULSM, EPE
MARGARIDA PALME
Enfermeira Doutora

Data: 28/10/2014

Assunto: Continuidade do Trabalho de Investigação: Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados (C-S2AFECARE-Q)

O projecto de investigação Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados está a ser realizado de acordo com o previsto e estipulado na carta de parceria entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto e a Unidade Local de Saúde de Matosinhos - EPE, passando agora à fase de colheita de dados.

De acordo com o previamente estabelecido, é propósito da equipa de investigação realizar a colheita de dados nos serviços de Cirurgia B, Cirurgia C e Ala I.

A colheita de dados que agora se vai iniciar está integrada na dissertação de mestrado:

- Avaliação do risco de queda - contributos para a implementação da supervisão clínica em enfermagem

- Mestranda: Mariana Isabel Guedes Azevedo Silva (Enfermeira da ULSM, EPE);

Os instrumentos de colheita de dados são os que foram definidos no âmbito do projeto de investigação, C-S2AFECARE-Q.

Serão salvaguardados todos os princípios éticos associados a este tipo de estudos.

Neste sentido, vimos junto de V. Exa se digne autorizar a colheita de dados referida.

Sem outro assunto de momento, subscrevemo-nos com elevada estima e consideração.

[Signature]

(António Luís Carvalho)

ULSM 28/10/15 28864 EMT

Documento Externo
SC-672
Data de Receção: 28/10/2014

3 0 0 1 1 3

ANEXO VII: Protocolo de Prevenção e Monitorização: Risco de Queda

Protocolo de Prevenção e Monitorização: Risco de Queda

O risco de queda é um diagnóstico de enfermagem, monitorizado pela aplicação de escalas. Recentemente, a Direção Geral de Saúde (DGS) recomendou o uso da Escala de Quedas de Morse (EQM) para monitorizar o risco de queda nas instituições de saúde e, deste modo, contribuir para a prevenção das mesmas, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados. Do mesmo modo, e após uma correta avaliação do risco deste indicador de qualidade, cabe implementar medidas preventivas, contribuindo para a diminuição de incidência de quedas e, concomitantemente, das suas consequências, tanto para o cliente/ família, instituição de saúde e sociedade.

A monitorização do risco de queda pela EQM é importante no momento da admissão dos clientes, particularmente nas pessoas com 65 anos ou mais anos de idade, nos clientes confusos ou com agitação psicomotora, no pós-operatório, em clientes com uso de fármacos que concorrem para o risco de queda (por exemplo: psicofármacos, analgésicos estupefacientes, anti-hipertensores, entre outros), auxiliando na prevenção de quedas em ambiente hospitalar.

O fenómeno ‘Cair’ é o evento accidental mais reportado em contexto hospitalar e sinónimo de indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo a taxa de quedas de um serviço de saúde entendida como boa prática profissional, pois se eventualmente um cliente apresenta risco de queda, estando negligenciado pela equipa de saúde esse foco de atenção, haverá comprometimento da qualidade e segurança dos cuidados. As intervenções de prevenção devem basear-se na avaliação do risco de queda de cada cliente, abrangendo não só os fatores de risco do cliente e a gestão do ambiente físico, como também, a própria pessoa e/ou prestador

de cuidados, pela abordagem das suas capacidades para a promoção da saúde.

1. OBJETIVOS

- Uniformizar procedimentos para a avaliação, monitorização, intervenção e prevenção do risco de queda;
- Identificar corretamente o risco de queda através da Escala de Morse;
- Parametrizar cuidados de enfermagem, relativos à prevenção do risco de queda;
- Garantir a qualidade dos cuidados prestados;
- Garantir maior segurança para o cliente, família/prestador de cuidados e profissionais de saúde;
- Divulgar método de notificação de ocorrência de queda no NOTIFICA e no Departamento de Qualidade.

2. ÂMBITO OU CAMPO DE APLICAÇÃO

2.1. Internamento: este protocolo aplica - se ao Departamento Cirúrgico da Instituição, desde que os clientes aí permaneçam por um período superior a 24 horas. Pode ser estendido a outros regimes de internamento, pois apesar de os clientes possuírem diferentes condições clínicas, o campo de aplicação é similar.

2.2. Este procedimento não se aplica ao internamento de Pediatria.

Agentes diretos: Enfermeiros.

Os outros profissionais de saúde devem ser envolvidos nos cuidados, nomeadamente no que se refere a vigilância do cliente, sendo que devem comunicar qualquer situação aos enfermeiros do serviço.

3. MODO DE PROCEDER/DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

PLANO PARA PREVENÇÃO E DIMINUIÇÃO DE QUEDAS HOSPITALARES

3.1. Internamento

3.1.1- Avaliação do Risco de Queda através da EQM:

- a) Até 24 horas após a admissão;
- b) EQM aplicada pelo enfermeiro responsável pela admissão;
- c) Aplicar a EQM de 48/48h, independentemente do risco;
- d) Aplicar a EQM sempre que ocorra uma queda, a situação clínica do cliente se altere, aquando da transferência de serviço e no momento da alta.
- e) Se após aplicação da EQM, o cliente não apresentar risco, manter foco de atenção “Queda”, de forma a garantir reavaliações posteriores, caso a situação clínica do cliente se altere.
- f) O termo ao diagnóstico Risco de Queda, deve ser precedido da alteração do *status* do diagnóstico para Risco de Queda Ausente;
- g) Se no momento da alta estiver ativo o diagnóstico Risco de Queda, não deve ser dado termo ao mesmo.

3.1.2- Sinalização do cliente:

- a) Sinalizar a pulseira do cliente com o PIN e marcador no processo, de acordo com o risco;
- b) Informar equipa multidisciplinar, cliente, família/prestador de cuidados sobre o risco de queda.

3.1.3- Estabelecer intervenções e medidas gerais para a segurança do cliente:

- a) Estabelecer medidas gerais de segurança e prevenção da queda;
- b) Se necessário medidas de contenção de clientes, consultar procedimento 2704.1 (Procedimento: Contenção de Doentes);
- c) Proceder a ensinamentos sobre prevenção de quedas;
- d) Na alta, proceder a ensinamentos ao cliente e/ou família/cuidador sobre prevenção de quedas no domicílio.

3.1.4- Identificação do Episódio de Queda:

- a) Registrar a queda no aplicativo informático SClínico;
- b) Referir queda ao médico;
- c) Notificar queda no NOTIFICA e no Departamento de Qualidade.
- g) Reavaliar medidas e intervenções de enfermagem na prevenção de queda instituídas para o cliente.

3.2. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

3.2.1- A avaliação do risco de queda realiza-se na Admissão ao Serviço -1^a AVALIAÇÃO: deve ser efetuada a todos os clientes no momento da avaliação inicial; Não sendo possível, deve ser efetuada nas primeiras 24 horas, pelo enfermeiro responsável pelo doente.

A avaliação do risco de queda é realizada aplicando a EQM, registando o resultado obtido no SClínico. A escala é sempre preenchida na totalidade dos seus itens.

A avaliação do risco não é realizada a clientes em coma, sedados ou sem atividade motora.

3.2.2- A monitorização da EQM realiza-se habitualmente de 48 em 48 horas, seguindo o consenso de peritos, e nas seguintes situações:

- Após a ocorrência de uma queda;
- Sempre que se verifique alteração da situação clínica do cliente;

- Aquando da transferência de serviço

- No momento da alta.

3.2.3 - Se após a aplicação da EQM, o cliente não apresentar risco, deve-se manter o foco de atenção “Queda”, de forma a garantir reavaliações posteriores, caso a situação clínica do cliente se altere.

3.2.4- Escala de Quedas de Morse

3.2.4.1 Explicação das variáveis da Escala de Quedas de Morse (versão portuguesa):

Tabela 1: Itens da versão portuguesa da Escala de Quedas de Morse

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilidado	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

(Costa-Dias et. al, 2014, p.9)

1. Historial de quedas: antecedentes de quedas prévias (nos últimos três meses) ou história imediata de queda fisiológica (ex: défice na marcha, convulsões,...).

2. Diagnósticos secundários: se há mais do que um diagnóstico identificado ou medicação habitual do cliente que possam interferir para a queda (ex: anemia, hipotensão,...).

3. Ajuda para caminhar: se são necessários equipamentos para a deambulação e quais (ex: apoiar - se no andarilho, na mobília ou equipamento da enfermaria).

0 pontos se: deambula sem auxiliares de marcha (ou se é sempre assistido pelo enfermeiro), se usa cadeira de rodas (adaptado ou transferido) ou se está e cumpre repouso na cama, não saindo da mesma;

15 pontos se: utiliza algum auxiliar de marcha (bengala, canadianas, andarilho);

30 pontos se: deambula apoiando-se na mobília, ou em tudo o que se encontra ao seu redor (ex.: medo).

4. Terapia intravenosa: se o cliente tem um dispositivo ou um cateter para terapêutica em perfusão contínua ou qualquer tipo de fluidoterapia que esteja em percussão e que possa interferir com a deambulação. Não aplicável para terapêutica endovenosa em bólus.

5. Postura no andar e na transferência: classificar alteração da marcha. Se a pessoa está em cadeira de rodas, é pontuado de acordo com a sua marcha aquando das transferências.

0 pontos se: deambula com a cabeça erguida, sem hesitações, com braços a moverem-se livremente ao lado do corpo; assim como quando se move em cadeira de rodas (adaptado ou transferido) ou se está e cumpre repouso na cama, não saindo da mesma;

10 pontos se: deambula encurvada mas é capaz de erguer a cabeça e andar sem perder o equilíbrio, se utilizar a mobília ou o que está em redor é de uma forma leve apenas para segurança, não o agarra para se manter direito;

20 pontos se: tem dificuldade em levantar-se da cadeira, realizando várias tentativas, balançando-se. A cabeça virada para o chão para onde se concentra. Deambula agarrada à mobília ou amparado em pessoas (não consegue caminhar sem ajuda). Apresenta marcha de pequenos passos e vacila.

6. Estado mental: avaliado com base na auto-avaliação, consciência/conhecimento do cliente relativamente às suas limitações ou capacidades de se mobilizar.

0 pontos se: a pessoa está consciente das suas limitações agindo de acordo com as mesmas;

15 pontos se: a pessoa não está consciente das suas limitações, pode estar orientado no tempo e no espaço mas não consciente das suas limitações, não agindo de acordo com as mesmas.

3.2.5- Intervenções e Medidas de Segurança

3.2.5.1 Para qualquer risco - Promoção da Segurança:

a) Gerir ambiente físico para prevenção de quedas - Norma:

- Cama na posição mais baixa possível (se aplicável) e travada;
- Cadeirão ou cadeira de rodas travada;
- Portas do quarto/enfermagem e casa de banho abertas;
- Luz de presença durante a noite;
- Campainha junto do cliente;

- Mesa-de-cabeceira/armário com os objetos pessoais ao alcance do cliente;
- Espaço físico: com o mínimo de obstáculos possíveis;
- b) Promover disponibilidade, caso o cliente necessite de auxílio para uma qualquer tarefa;
- c) Incentivar o cliente a chamar/ tocar a campainha, sempre que necessitar de algo;
- d) Incentivar o cliente a usar calçado fechado e preferencialmente antiderrapante;
- e) Informar o cliente e/ou família/prestador de cuidados sobre prevenção de quedas.

3.2.5.2 Para o baixo risco de queda:

- a) Gerir ambiente físico para prevenção de quedas - Norma:
 - Cama na posição mais baixa possível (se aplicável) e travada;
 - Cadeirão ou cadeira de rodas travada;
 - Portas do quarto/enfermagem e casa de banho abertas;
 - Luz de presença durante a noite;
 - Campainha junto do cliente;
 - Mesa-de-cabeceira/armário com os objetos pessoais ao alcance do cliente;
 - Espaço físico: com o mínimo de obstáculos possíveis;
- b) Sinalizar a pulseira de identificação do cliente com o "PIN amarelo";
- c) Elevar as grades das camas do cliente caso não potencie alterações de comportamento e sempre numa perspetiva de medida de proteção e nunca no sentido de restringir a sua mobilidade;

- d) Supervisionar as atividades do cliente, sendo que a vigilância deve ser frequente e em colaboração com outros profissionais de saúde e família/prestador de cuidados;
- e) Orientar a pessoa no ambiente;
- f) Informar o cliente e/ou família/prestador de cuidados do risco de queda que apresenta e de medidas implementadas para a sua segurança;
- h) Instruir o cliente e/ou família/prestador de cuidados, sobre os cuidados a ter no levantar da cama ou cadeirão, com os sistemas de soros e apoios de segurança, se possível;
- i) Fazer treino de equilíbrio e fortalecimento muscular, se necessário (orientar para Enfermeiro de Reabilitação);
- j) Fornecer auxiliares de marcha, se necessário e de acordo com situação clínica;

3.2.5.3 Para o alto risco de queda:

- a) Gerir ambiente físico para prevenção de quedas - Norma:
 - Cama na posição mais baixa possível (se aplicável) e travada;
 - Cadeirão ou cadeira de rodas travada;
 - Portas do quarto/enfermaria e casa de banho abertas;
 - Luz de presença durante a noite;
 - Campainha junto do cliente;
 - Mesa-de-cabeceira/armário com os objetos pessoais ao alcance do cliente;
 - Espaço físico: com o mínimo de obstáculos possíveis;
- b) Sinalizar a pulseira de identificação do doente com o "PIN vermelho";
- c) Sinalizar o processo clínico com o marcador "risco de queda";

- d) Elevar as grades das camas do cliente caso não potencie alterações de comportamento e sempre numa perspetiva de medida de proteção e nunca no sentido de restringir a sua mobilidade;
- e) Supervisionar as atividades do cliente, sendo que a vigilância deve ser o mais frequente possível e em colaboração com outros profissionais de saúde e família/prestador de cuidados;
- f) Orientar a pessoa no ambiente;
- g) Restringir a atividade física, considerando medidas de imobilização/restrição, se necessário e caso haja ameaça para a saúde do cliente (protocolo: contenção de clientes);
- h) Informar o cliente e/ou família/prestador de cuidados do risco de queda que apresenta e de medidas implementadas para a sua segurança;
- i) Instruir o cliente e/ou família/prestador de cuidados, sobre os cuidados a ter no levantar da cama ou cadeirão, com os sistemas de soros e apoios de segurança, se possível;
- j) Fazer treino de equilíbrio e fortalecimento muscular, se necessário (orientar para Enfermeiro de Reabilitação);
- k) Fornecer auxiliares de marcha, se necessário e de acordo com situação clínica;

3.2.5.4 Preparação para o regresso a casa:

Se o cliente apresenta baixo ou alto risco de queda, tiver tido uma queda durante o internamento ou tiver 65 ou mais anos de idade, compete ao enfermeiro, promover a segurança do cliente, garantindo a aprendizagem de cuidados sobre prevenção de queda e importância da otimização e gestão do ambiente habitacional. Na preparação para o regresso a casa, deve-se reforçar e/ou instruir ao cliente e/ou família/prestador de cuidados sobre prevenção de quedas no domicílio.

3.2.6 - Em caso de Ocorrência de Queda:

- Assistir o cliente;
- Monitorizar sinais vitais;
- Avaliar sinais vitais;
- Vigiar lesões resultantes da queda, se aplicável;
- Referir queda ao médico;
- Registrar a ocorrência de queda (descrição da queda, motivo da queda, necessidade de meios auxiliares de diagnóstico e medidas de segurança em uso);
- Documentar no plano de trabalho, pelo menos por um período de 48h (ex: queda presente);
- Aplicar Escala de Quedas de Morse;
- Notificar queda no NOTIFICA e no Departamento de Qualidade;
- Vigiar nas 12 horas após a ocorrência de queda: o estado de consciência, sonolência e sinais de hemorragia subaracnoídea;
- Solicitar às 48 horas reavaliação do cliente (prevenir consequências tardias).

3.2.7 - Notificação da Queda:

- O registo da ocorrência de queda, ou seja, a sua notificação deve ser realizado imediatamente após prestar a devida assistência ao cliente;
- A notificação deve ser feita no modelo de impresso 'Notificação da queda' e enviado o quanto antes, ao Departamento de Qualidade para efeitos estatísticos e de melhoria contínua;
- A notificação deve também ser realizada no NOTIFICA;

- Comunicar ao Enfermeiro Chefe e Diretor do Serviço.

Se dúvidas ou necessidade de esclarecimentos adicionais, contactar Gestores Hospitalares para o Risco de Queda ou Departamento de Qualidade.

4. RESPONSABILIDADE

Na implementação e verificação do seu cumprimento: Enfermeiros, Enfermeiros Chefes, Enfermeiros de Referência e Direção de Enfermagem.

Na notificação do episódio de contenção no NOTIFICA e no Departamento de Qualidade: Enfermeiros Chefes e Enfermeiros de Referência.

5. MATERIAL E EQUIPAMENTO

Não aplicável.

6. DEFINIÇÕES

“Cair: descida de um corpo de um nível superior para um nível mais inferior, devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical” (International Council of Nurses [ICN], 2011, p.42).

7. REFERÊNCIAS/DOCUMENTOS ASSOCIADOS

- Manual de Utilização da Escala de Quedas de Morse (MUEQM);
- Procedimento: Contenção de Doentes 2704.1;
- Impresso ‘Notificação da Queda’ (que necessita de ser criado).
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE: versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

8. REGISTOS

Deve registar-se, de acordo com a Descrição das Atividades no:

- Aplicativo informático SClínico;
- NOTIFICA;
- Impresso 'Notificação da Queda' (que necessita de ser criado).

9. ANEXOS

- Manual de Utilização da Escala de Quedas de Morse (MUEQM);
- Procedimento: Contenção de Doentes 2704.1;
- Impresso 'Notificação da Queda' (que necessita de ser criado).

10. SIGLAS E ABREVIATURAS

DGS - Direção - Geral de Saúde

EQM - Escala de Quedas de Morse

ICN - International Council of Nurses

MUEQM - Manual de Utilização da Escala de Quedas de Morse

NOTIFICA - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes

ULSM, E.P.E. - Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Entidade Pública
Empresarial

