

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

**O IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM MODELO DE
SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM NA
AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA**

Orientação:

**Prof. (a) Doutora Sandra Silva da Silva Monteiro dos
Santos Cruz**

Co-orientação:

**Prof. Doutor António Luís Rodrigues Faria de
Carvalho**

Autor:

Elsa Marina Ribeiro Lopes

Porto, 2015

“ Nós não somos os acontecimentos da nossa vida - somos a nossa relação com eles ”

Isabel Abecassis Empis

AGRADECIMENTO

Muitas são as pessoas a quem quero agradecer, pois sem o seu apoio, este desafio académico e pessoal a que me propus não seria possível.

Assim, quero dirigir-me de forma muito especial,

Aos meus orientadores: Professora Doutora Sandra Cruz e Professor Doutor Luís Carvalho, por acreditarem sempre, por partilharem da sua sabedoria, por serem um exemplo, por serem sempre um porto de abrigo, por serem uma referência de mestria.

Ao Centro Hospitalar do Médio Ave (CHMA) pela oportunidade concebida.

À equipa de enfermagem do serviço de Medicina Interna do CHMA - Unidade de Santo Tirso pela disponibilidade e pela generosidade.

Aos profissionais da Unidade de Saúde Familiar de Cristelo pela paciência, pelo incentivo e pelo carinho.

Aos meus amigos, agradeço as palavras de conforto, disponibilidade e reforços positivos.

Às minhas companheiras de jornada académica, agradeço os momentos de partilha, a amizade e a motivação.

À minha família pelo apoio incondicional, pelo ombro amigo, pela generosidade e por todo o amor, são o meu alicerce.

E em especial,

Agradeço ao Guilherme que me inspira diariamente com a sua força, alegria e vontade de viver. Filho, és o meu foco, a minha sabedoria, a minha felicidade, o meu objetivo de vida. Amo-te *my little star*.

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ACSS - Administração Central dos Sistemas de Saúde

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CDC - Center for Disease Control - Atlanta

CE - Comunidade Europeia

CHMA - Centro Hospitalar do Médio Ave

CHKS - Comparative Health Knowledge System

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção-Geral da Saúde

EQM - Escala de Quedas de Morse

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

IGAS - Inspeção Geral das Atividades em Saúde

INSA - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

IOM - Institute of Medicine

ISO - International Organization for Standardization

MUEQM - Manual de Utilização da Escala de Quedas de Morse

MSCEC - Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS/ WHO - Organização Mundial de Saúde/ World Health Organization

PDCA - Plan, Do, Check, Act

PNS - Plano Nacional de Saúde

PPRQ - Protocolo de prevenção do risco de queda

QeS - Qualidade em Saúde

RNAO - Registered Nurses Associations of Ontario

SC - Supervisão Clínica

SCD - Sistema de Classificação de Doentes

SCE - Supervisão Clínica em Enfermagem

RESUMO

A Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) está intimamente relacionada com a garantia da qualidade e segurança dos cuidados, constituindo uma ferramenta imprescindível no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, redução dos níveis de ansiedade e stresse dos profissionais, prevenção do *burnout* e desenvolvimento de competências, aumentando a satisfação profissional.

Anualmente são registadas cerca de 37.3 milhões de quedas graves com necessidade de tratamento. Estas representam a segunda causa de morte acidental em todo o mundo, constituindo uma clara ameaça à segurança dos clientes. Torna-se assim imperativo a criação de estratégias que visem a sua prevenção e minimização das lesões associadas.

Decorrendo da necessidade de promover a qualidade e consequente segurança dos cuidados de enfermagem, surge o projeto “Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados” (C-S2AFECARE-Q). Numa primeira fase, Lamas (2012) identificou algumas necessidades por parte dos enfermeiros no que respeita ao cumprimento do protocolo de prevenção de quedas (PPRQ) em vigor no Centro Hospitalar do Médio Ave (CHMA) e na utilização da Escala de Quedas de Morse (EQM). Posteriormente, no âmbito da operacionalização do modelo de supervisão clínica em enfermagem contextualizado (MSCEC), foram implementadas sessões de SCE (individuais e em grupo) e disponibilizado o Manual de Utilização da Escala de Quedas de Morse (MUEQM). Este estudo insere-se no âmbito do projeto (C-S2AFECARE-Q) representando uma parte estruturante da terceira fase do mesmo, com o objetivo final de avaliar o impacto da aplicação/operacionalização do MSCEC, no que se refere à avaliação do risco de queda.

Desenvolvemos um estudo alicerçado no paradigma positivista, com abordagem quantitativa, de carácter descritivo-correlacional e de natureza transversal. À semelhança do desenho de Lamas (2012), recorremos a uma amostragem não probabilística por conveniência, tendo sido selecionados 132 clientes internados no serviço de Medicina Interna do CHMA - Unidade de Santo Tirso. Com o intuito de comparar alguns dados, foi utilizado um desenho do estudo semelhante ao da investigadora Lamas (2012). Da análise dos resultados obtidos, salientamos a melhoria constatada relativamente à avaliação e monitorização do risco de queda através da EQM, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações do investigador e do enfermeiro responsável no momento da observação. Relativamente ao cumprimento do PPRQ, verificamos uma maior adequabilidade das intervenções ao risco de queda, o que demonstra um melhor conhecimento do PPRQ por parte dos enfermeiros. No entanto, constatamos um desfasamento entre o que é efetuado e o que é registado, o que evidencia a importância da continuidade do projeto C-S2AFECARE-Q, como motor para a promoção da qualidade e segurança dos cuidados.

Palavras-chave: Supervisão clínica em enfermagem; Qualidade em saúde; Segurança do cliente; Risco de queda; Escala de quedas de Morse.

ABSTRACT

Title: The impact of a clinical supervision model implementation in risk fall assessment.

Nursing Clinical Supervision (NCS) is closely related with quality and patient safety warranty, as an indispensable tool to the promotion of nursing personal and professional development, anxiety and stress reduction among professionals, burnout prevention, and expertise improvement, increasing professional satisfaction.

Every year, 37.3 million serious falls are notified, having the need for treatment. They represent the second cause of accidental death worldwide, threatening the patient safety. It's imperative to promote strategies to prevent its occurrence and its associated damages.

Within the need for healthcare quality and safer nursing care, emerges the project: "Clinic supervision for safety and care quality" (C-S2AFECARE-Q). In the first phase of the project, Lamas (2012) identified some nurses needs regarding the CHMA fall prevention protocol implementation and the Morse fall Scale use. In the next phase, within the operationalization of a contextualized clinical supervision model, there were conducted group and individual clinical supervision sessions and distributed the Morse Falls Scale User's Manual. Our investigation is a part of C-S2AFECARE-Q project, representing its third phase, with the objective to evaluate the clinical supervision model implementation impact in fall risk assessment.

To do so, we developed this study based on a quantitative research paradigm, descriptive-correlational and transversal nature. Like in Lama's (2012) investigation, we've used a non-probabilistic sample of one hundred and thirty two patients from CHMA, internal medicine inpatient ward. Having the aim to compare some data with Lama's (2012) findings, we've used a similar investigation draw. From the results analysis, we highlight some improvements concerning the risk fall assessment using the Morse Fall Scale, haven't verified any significant statistical difference between the investigator and the assigned nurse evaluation at the moment of the observation. Concerning the compliance with the institutional fall prevention protocol, we've verified a better level of suitability between the interventions and the fall risk score, which indicates a better knowledge of the protocol. However, there's still a gap between what it's done and what is documented, highlighting the importance of continuity of the C-S2AFECARE-Q project, as a patient safety and healthcare quality promoter.

Keywords: Nursing Clinical Supervision; Healthcare quality; Patient safety; Fall Risk; Morse Falls Scale

ÍNDICE DE TABELAS, FIGURAS E GRÁFICOS

Índice de tabelas

TABELA 1: Fatores de risco de queda.....	28
TABELA 2: Variáveis em estudo.....	46
TABELA 3: Caracterização da amostra segundo o sexo e a idade	53
TABELA 4: Caracterização da amostra segundo o diagnóstico de admissão.	54
TABELA 5: Risco de queda no momento da admissão.....	55
TABELA 6: Risco de queda no momento da observação	56
TABELA 7: Distribuição da idade, sexo e contenção física pelos grupos de risco de queda	57
TABELA 8: Registo de intervenções de enfermagem.....	59
TABELA 9: Intervenções de enfermagem com relevância para a prevenção de quedas	60
TABELA 10: Adequação das intervenções ao risco de queda identificado (decomposição das intervenções não adequadas).....	62

Índice de figuras

FIGURA 1: Ameaças à segurança da saúde.....	16
FIGURA 2: Medidas de prevenção de quedas	34
FIGURA 3: Procedimento de recolha de dados	47
FIGURA 4: Desenho do estudo.....	49

Índice de gráficos

GRÁFICO 1: Distribuição e comparação da idade pelos grupos de risco de queda.....	57
GRÁFICO 2: Adequação das intervenções ao risco de queda identificado.	61

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. SCE E O RISCO DE QUEDA: ENQUADRAMENTO CONCETUAL	5
1.1 SCE: conceitos, modelos, vantagens e perigos	5
1.2 Qualidade em saúde	11
1.3 Qualidade e Segurança dos cuidados	15
1.4 Contributo da SCE para a qualidade e segurança dos cuidados em saúde	20
1.5 Quedas em contexto hospitalar	23
1.5.1 Conceito de Queda.....	24
1.5.2 Consequências das Quedas.....	25
1.5.3 Etiologia e Fatores de Risco	27
1.5.4 Avaliação do Risco de Queda	29
1.5.5 A Escala de Quedas de Morse	30
1.5.6 Prevenção de Quedas	32
1.6 Operacionalização do projeto C-S2AFECARE-Q	35
1.7 Contributo da SCE na avaliação do risco de queda.....	37
2. SCE E O RISCO DE QUEDA: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	39
2.1 Pertinência do estudo	39
2.2 Finalidade e objetivos	40
2.3 Hipóteses de investigação.....	42
2.4 Contextualização do estudo.....	42
2.5 Desenho do estudo	43
2.5.1 Tipo de Estudo	44
2.5.2 População e Amostra	45
2.5.3 Variáveis.....	45
2.5.4 Colheita de Dados	47
2.6.5 Tratamento de Dados	49
2.7 Considerações éticas.....	50
3. SCE E O RISCO DE QUEDA: Resultados.....	53
3.1 Caracterização da amostra	53
3.2 Monitorização do risco de queda	54

O Impacto da Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem na
Avaliação do Risco de Queda

3.3 O risco de queda, a idade, o sexo e a contenção física	56
3.6 Planeamento e registo de intervenções de enfermagem com relevância para a prevenção de quedas	58
3.7 Intervenções de enfermagem e o risco de queda.....	59
3.8 Adequação das intervenções ao risco de queda.....	61
4. SCE E O RISCO DE QUEDA: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	63
CONCLUSÃO	69
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	73
ANEXOS	81

ANEXO 1 - Questionário de avaliação do risco de queda - enfermeiro responsável

ANEXO 2 - Grelha de avaliação do risco de queda - investigador

ANEXO 3 - Grelha de análise dos registos de enfermagem

ANEXO 4 - Pedido de autorização ao Conselho de Administração do CHMA para a realização
do estudo

ANEXO 5 - Protocolo de prevenção de quedas em vigor no CHMA

INTRODUÇÃO

É inquestionável o facto de vivermos numa sociedade em constante transformação, a nível tecnológico, económico, social e cultural. Estes desafios exigem das instituições de saúde algumas mudanças nas suas dinâmicas, no sentido de promover cuidados de saúde com qualidade, cada vez mais seguros e baseados nas mais recentes evidências científicas.

Associado à qualidade dos cuidados de saúde e segurança do cliente surge o conceito de Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE). Estando cada vez mais presente no vocabulário dos enfermeiros, a SCE é um acompanhamento formal de estudantes e profissionais, por um supervisor mais experiente munido de múltiplas estratégias, no contexto de desenvolvimento de conhecimentos e competências na prática (Pinho, 2012).

Abreu (2007) refere-se à SCE como uma ferramenta imprescindível e insubstituível, de evolução pessoal e profissional, que fomenta o pensamento crítico e reflexivo e promove a qualidade e a segurança dos cuidados. Este mecanismo possibilita o desenvolvimento de competências nos profissionais, conduzindo a um aumento da sua satisfação pela redução dos níveis de ansiedade e prevenção do *burnout* (Cruz et al., 2013).

A SCE assume um papel determinante no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e a evidência científica aponta benefícios da sua implementação a diferentes níveis, tais como a redução dos níveis de ansiedade e stresse nos profissionais, a prevenção do *burnout*, o desenvolvimento de competências, o aumento da satisfação profissional e a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados.

Garrido et al. (2008) consideram a SCE como um elemento central para o desenvolvimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, com um papel fundamental na prevenção do risco clínico. Deste modo, pela revisão da literatura percebemos que a SCE e a qualidade e segurança dos cuidados caminham simbioticamente lado a lado. Mas afinal o que entendemos por qualidade e de que modo a podemos mensurar?

A qualidade surge associada a vários fatores. Esta é assegurada sempre que são prestados os melhores cuidados, tendo em conta os recursos técnicos e científicos disponíveis, com base no conhecimento mais atual e com o intuito de satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes. A par da qualidade, surge a necessidade de proteger o cliente de danos decorrentes da prestação de cuidados de saúde (eventos adversos). Fragata (2011) afirma que a qualidade em saúde é conseguida pela conjugação da efetividade no resultado das atividades em saúde (eficácia + eficiência), pela procura da satisfação dos clientes e através

da garantia de segurança. Torna-se então necessária a implementação de medidas de nível político, organizacional e pessoal que visem proteger o cliente e estimular os processos de implementação de uma cultura de qualidade. Ao prevenir a ocorrência de eventos adversos, estamos a melhorar a experiência do cliente, a aumentar a sua confiança nos prestadores de cuidados e a reduzir drasticamente os custos em saúde (Fragata, 2011).

Entre os eventos adversos mais comuns encontram-se as quedas em contexto hospitalar. Anualmente são notificadas cerca de 37.3 milhões de quedas graves com necessidade de tratamento, constituindo a segunda causa de morte acidental em todo o mundo (cerca de 424 000 mortes por ano) (OMS, 2012).

Sendo a promoção de cuidados seguros uma preocupação constante dos enfermeiros e a prevenção das quedas um indicador de qualidade sensível aos cuidados de enfermagem, consideramos fundamental todo o investimento e atenção dispensados nesta problemática.

Neste contexto, surge a nossa investigação, no âmbito do Curso de Mestrado de Supervisão Clínica em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) (2013/2014). Este estudo, integrado na terceira fase estruturante do 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. Este projeto, assente numa parceria institucional entre a ESEP e o CHMA, tem como objetivo a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados através da promoção de uma cultura de supervisão clínica (SC) de pares.

O projeto C-S2AFECARE-Q consiste num “ (...) processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte aos profissionais do CHMA, com vista à satisfação profissional, à segurança dos clientes e à qualidade dos cuidados de enfermagem (...) ” (Rocha, 2014,p. 106). Este projeto permite perceber no contexto da prática clínica, os efeitos da SC e perspetivar o processo de operacionalização e o impacto da implementação de um modelo de SCE, neste caso do MSCEC na perspetiva dos intervenientes.

Numa primeira fase do projeto C-S2AFECARE-Q, Lamas (2012) realizou um estudo para responder à seguinte questão: “*Quais os aspetos a incluir num modelo de SCE de forma a promover a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem em relação ao risco de queda*” (p.47), e concluiu que “ (...) existiam inconformidades quanto à aplicação do protocolo de quedas definido na instituição, quer na aplicação da normativa da DGS para a contenção física de doentes e sua relação com o risco de queda, quer na aplicação da EQM na admissão e no internamento e a seleção de intervenções de enfermagem” (Lamas, 2012, p.84).

A segunda fase do projeto C-S2AFECARE-Q, onde se insere o estudo de Barbosa (2013), teve por objetivo responder às dificuldades sentidas pelos enfermeiros e identificadas por Lamas (2012), através da implementação do MSCEC. Neste contexto foram desenvolvidas várias

estratégias integradas no MSCEC, como a elaboração do Manual de Utilização da Escala de Quedas de Morse (MUEQM) e a realização de sessões de SCE individuais e em grupo. O MUEQM consiste numa síntese explicativa da ponderação dada a cada item da EQM, pretendendo facilitar a sua interpretação. O investigador conseguiu um grau considerável de concordância (aceitação global do MUEQM de 92,4%), por parte dos peritos. As sessões de SCE (individuais e em grupo) foram desenvolvidas com o objetivo de analisar os resultados obtidos pela investigadora Lamas (2012), potencializando as competências dos enfermeiros através da reflexão e partilha de experiências. Barbosa (2013) considerou ainda importante a “ (...) realização de um trabalho de investigação que desse continuidade a este e que conseguisse verificar a efetividade que o manual poderá ter no campo da prática (...) ” (Barbosa, 2013, p.84).

No seguimento das fases descritas anteriormente, surge o nosso estudo intitulado por “O Impacto da Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem na Avaliação do Risco de Queda”, com a finalidade de contribuir para a promoção da qualidade dos cuidados prestados ao cliente internado no serviço de Medicina Interna do CHMA, potencializando as competências dos enfermeiros na prevenção das quedas, pela adequada utilização da EQM. Este estudo por objetivo avaliar o impacto da aplicação do MSCEC na avaliação do risco de queda, propondo contributos que reforcem a sua aplicação/operacionalização. Para além do trabalho de investigação, demos seguimento às sessões de SCE inseridas nas reuniões de SCE previamente programadas, onde realizamos formação acerca da avaliação e monitorização do risco de queda pela utilização da Escala de Quedas de Morse (EQM), efetuamos uma análise criteriosa acerca do PPRQ em vigor na instituição e apresentamos e disponibilizamos o MUEQM aos enfermeiros do serviço de Medicina Interna do CHMA/unidade de Santo Tirso.

De modo a avaliar do impacto da implementação do MSCE no serviço de Medicina Interna do CHMA comparamos os dados obtidos no nosso estudo com o estudo de Lamas (2012) realizado numa primeira fase do projeto. Neste sentido, optamos por mimetizar os objetivos traçados, o tipo de amostragem e tamanho da amostra (N=132), as variáveis em estudo, assim como os procedimentos de recolha de dados:

“ (...) aplicação de um questionário de prevenção de quedas pelo enfermeiro responsável pelo doente, a colheita e análise documental da avaliação inicial e do plano de cuidados, e a observação participante com colheita de dados com base numa grelha de observação ” (Lamas, 2012, p.18).

Com este relatório pretendemos demonstrar a aquisição de competências no âmbito da investigação. Neste sentido levamos a cabo um estudo assente no paradigma positivista, com uma abordagem quantitativa, de carácter descritivo-correlacional de natureza transversal. Optamos por realizar um processo de amostragem não probabilística de conveniência.

No que concerne à organização estrutural deste relatório, efetuamos uma divisão em quatro partes distintas. Na primeira parte surge o enquadramento concetual de modo a

contextualizar a problemática central do nosso estudo. Sendo a nossa investigação realizada no âmbito da SCE, apresentamos neste capítulo os seus conceito, modelos, vantagens e desvantagens. Fazemos ainda uma referência à importância da promoção da qualidade em saúde e da garantia da segurança dos cuidados, assim como o contributo da SCE. Aprofundamos a problemática envolvente ao risco de queda em contexto hospitalar, epidemiologia e consequências da ocorrência, a monitorização do risco de cair com especial ênfase para a sua prevenção e utilização adequada Escala de Quedas de Morse (EQM). Por fim efetuamos uma breve referência à operacionalização do projeto C-S2AFECARE-Q.

Na segunda parte do relatório expomos todo o enquadramento metodológico, onde apresentamos a pertinência da realização desta investigação, a finalidade e objetivos assim como as hipóteses da nossa investigação. Nesta parte, é ainda efetuada a contextualização do estudo, apresentado o seu desenho (tipo de estudo, população e amostra, variáveis, métodos de recolha de dados e seu tratamento) e tecidas algumas considerações éticas pertinentes para este trabalho.

Numa terceira fase, apresentamos os resultados obtidos, bem como a relação entre as variáveis em estudo. Estes resultados são analisados e discutidos na quarta parte do nosso relatório, onde comparamos o nosso estudo com outros realizados no mesmo âmbito e no qual procuramos tirar conclusões quanto ao verdadeiro impacto da implementação do MSCEC, propondo ainda contributos que potencializem a sua aplicação. Seguem-se a conclusão do trabalho, as referências bibliográficas e os anexos.

1. SCE E O RISCO DE QUEDA: ENQUADRAMENTO CONCETUAL

A literatura publicada constitui um importante referencial para o investigador, na medida em que relaciona o conhecimento existente com o que o investigador pretende conhecer. Neste capítulo, após revisão da literatura, exploramos detalhadamente os conceitos em análise, de forma a contextualizar o nosso estudo.

1.1 SCE: conceitos, modelos, vantagens e perigos

A disciplina de enfermagem, paralelamente a outras do áreas do saber, sofreu nos últimos anos uma evolução significativa. Consequência das mudanças profundas na sociedade do ponto de vista político, demográfico, económico e cultural, os enfermeiros são constantemente incitados a desenvolver novas competências e a reajustar o seu desempenho com vista a proporcionar cuidados cada vez mais eficazes, eficientes e personalizados. Face a estas exigências, surge uma ferramenta imprescindível e frequentemente associada a processos de promoção da qualidade: A SCE (Abreu, 2007).

Numa perspetiva histórica consideramos importante analisar o contributo de alguns referenciais teóricos ligados à formação em enfermagem, cujos contributos foram determinantes para a evolução do conceito do que atualmente designamos por SCE. Hildegard Peplau salientava a importância da inclusão de vários aspetos no acompanhamento de profissionais, tais como a necessidade de desenvolvimento de atitudes, de habilidades, de características pessoais e profissionais, de uma inteligência emocional com preocupações éticas e de relação. A mesma autora “ (...) *sistematizou, no contexto de enfermagem, um conjunto de preocupações que mais tarde viria a dar corpo ao que se convencionou designar de “supervisão clínica em enfermagem”* (Abreu, 2007, p.178).

Florence Nightingale, não sendo a responsável pelos desígnios da SCE, surge de alguma forma ligada ao conceito pelas suas instruções, em que os estudantes de enfermagem deviam ser treinados através da supervisão direta de enfermeiros experientes aptos para treinar (Abreu, 2007; Myrick, 1998). Jean Watson refere-se à SCE como mecanismo facilitador do crescimento profissional e espiritual. Betty Neuman faz referência à supervisão das práticas

como meio de avaliação e reformulação de objetivos, tendo em conta o processo de enfermagem (Abreu, 2007).

Numa altura em que nos Estados Unidos da América e na Austrália a SCE já estaria implementada, na Europa, apenas após o caso de Bristol, Kent e Canterbury esta adquiriu uma especial relevância sendo alvo de discussão de forma mais consistente, passando a ser vista como imprescindível (Abreu, 2003; Abreu 2007; Garrido et al., 2008). Ainda nos anos 90, na sequência da tragédia de Bristol, revelou-se imperiosa uma reflexão mais profunda por parte do sistema de saúde britânico com vista à promoção de cuidados seguros e com qualidade, concluindo ser inevitável a criação de estratégias institucionais que visassem o acompanhamento próximo dos profissionais em contexto de trabalho (Abreu, 2007).

Em Portugal, a SC surge com Alarcão e Tavares no âmbito da pedagogia associada à formação de professores. Na disciplina de enfermagem, tem vindo a ganhar terreno com a reestruturação do ensino, com alguns estudos efetuados na área da qualidade e segurança dos cuidados e respetivos processos de acreditação/ certificação (Abreu, 2007). Contudo, foi em 2010 com o modelo de desenvolvimento profissional difundido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), que a SCE passou a ser mais conhecida e divulgada, como contributo obrigatório para a certificação das competências dos enfermeiros.

A introdução da SCE nas organizações, apesar dos recentes estudos realizados no seio das equipas de enfermagem a nível nacional e internacional, suscita ainda hoje alguma apreensão, sendo esta a razão pela qual a sua implementação em Portugal consista num processo moroso e frequentemente associado a inspeção no trabalho (Cruz, 2012), condicionando desta forma a reflexão e a formação (Pinho, 2012). O desconhecimento dos desígnios da SCE e do seu verdadeiro potencial, conduz com alguma frequência à criação de resistências por parte dos enfermeiros relativamente à sua implementação (Cruz, 2012). Esta noção é suportada pela seguinte afirmação: *“the term “clinical supervision” may be a barrier to its implementation for some professionals who choose to see it as a management tool to exercise sanctions on staff who perform poorly”* (NHS, 2009, p. 3).

Dada a sua ligação a múltiplas disciplinas, torna-se difícil encontrar um consenso quanto à definição de SC continuando a persistir confusões e conceções erradas relativamente aos seus propósitos (Abreu, 2007; Garrido et al 2008; Cruz, 2012). Fazendo uma revisão da literatura podemos encontrar numerosas definições do conceito de SCE. De acordo com o NHS Management Executive (1993), a SC é descrita como:

“a formal process of professional support and learning which enables individual practitioners to develop knowledge and competence, assume responsibility for their own practice and enhance consumer protection and safety of care in complex clinical situations. It is central to the process of learning and to scope of the expansion of practice and should be seen as a means of encouraging self - assessment and analytical and reflective skill's” (NHS, 1993, p. 15).

Por sua vez, Severinsson em 2001 descreve a SCE como um: “ (...) *fenómeno que contém não só a relação entre o supervisor e o supervisionado mas também o processo de aprendizagem da experiência clínica cujo objetivo geral é apoiar o desenvolvimento da identidade laboral do supervisionado, as suas competências e a sua ética*” (p.36).

Maia e Abreu em 2013 referem-se à SCE como 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*” (p.8).

Para Pires (2004) a SCE promove a qualidade dos cuidados, capacita os enfermeiros “ (...) *e ajuda-os a adquirir competências a nível da reflexão para, na e sobre a ação, ajudando-os na tomada de decisão, face a dilemas da prática, assegurando assim um melhor desenvolvimento*” (Pires, 2004, p. 26).

Garrido et al., referem-se à SCE como um processo alicerçado na relação profissional entre um enfermeiro que executa as práticas e um enfermeiro supervisor clínico que transmite o seu conhecimento, experiência e valores, permitindo aos profissionais o desenvolvimento, melhoria e inovação de padrões, na prática clínica (Garrido et al., 2008).

Com o intuito de sintetizar os pontos-chave da SCE, Abreu (2007) define-a como sendo um: “ (...) *processo de acompanhamento de profissionais de enfermagem pelos seus pares (...)* ” (p.18), fazendo ainda referência ao facto desta estar na base do crescimento profissional e pessoal.

Recentemente, a OE no contexto do novo modelo de desenvolvimento profissional (MDP), define SCE como:

“um 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. A ação, a reflexão e a colaboração entre supervisor e supervisionado são eixos centrais na supervisão clínica” (Nunes, 2009, p.5).

Garrido et al. (2008) e Garrido (2005), definem SCE como um processo estruturado e contínuo de colaboração formal, que ajuda os intervenientes a desenvolver competências pessoais e profissionais, possibilitando o desenvolvimento de conhecimentos e valores.

Cutcliffe e Loewe (2005) apresentam dois pontos de vista acerca do foco da SCE: o norte-americano e o europeu. Na primeira realidade, a SCE representa um instrumento formal, utilizado por um enfermeiro sénior para a monitorização e acompanhamento de um par menos experiente. Na europa, a SCE surge como um mecanismo de reflexão que apoia os enfermeiros na resolução dos seus problemas, das suas dificuldades e das suas dúvidas, bem como na gestão dos seus êxitos.

Mais recentemente, os autores Bernard e Goodyear, descrevem a SC como:

“(...) an intervention provided by a more senior member of a profession to a more junior colleague or colleagues who typically (but not always) are members of that same profession. This relationship is evaluative and hierarchical, extends over time, and has the simultaneous purposes of enhancing the professional functioning of the more junior person(s), monitoring the quality of professional services offered to the clients, she, he, or they see, and serving as a gatekeeper for the particular profession the supervisee seeks to enter” (Bernard e Goodyear, 2004 cit. por Milne e Watkins, 2014, p.3).

Considerando as múltiplas definições de SCE, entendemos que a podemos definir como uma relação terapêutica de orientação profissional, feita por um enfermeiro mais experiente a outro menos experiente, capaz de manter níveis de motivação suficiente para a satisfação profissional e pessoal, garantindo um melhor desempenho (Bernard e Goodyear, 2004; Pinho, 2012; Franklin, 2013). Esta relação (profissional) deve ser pedagógica e colaborativa, mas acima de tudo genuína, solidária, sensível e empática (Terranova-Nirenberg, 2013).

Independentemente das inúmeras definições do conceito de SC são perceptíveis algumas ideias em comum, como a existência de um processo formal, estruturado com estratégias bem definidas e planificadas que visam o suporte, o acompanhamento contínuo do supervisionado, tendo como alicerce o pensamento lógico apoiado na reflexão (Abreu 2002; Garrido et al, 2008). Este processo ocorre com base numa relação formal entre o supervisor (que deve ser um profissional qualificado e reconhecido pelos pares) e o supervisionado. Envolve compromisso por parte das instituições de saúde, promove a proteção dos clientes e aumenta a segurança e qualidade das práticas clínicas.

Embora a SCE seja frequentemente associada ao crescimento profissional e pessoal, alguns autores têm alertado para os seus “perigos”, prevenindo a possível imperfeição e ineficiência do processo (Ladany et al., 2012). Falender e Shafrenske (2007) alertaram para esta problemática apontando a relevância da competência técnica e comportamental do supervisor clínico como princípio base na supervisão. Num estudo conduzido por Ladany et al. (2012), foram mencionados alguns comportamentos produzidos pelo supervisor que podem condicionar o processo supervisiivo, dos quais destacamos a supervisão depreciativa e a falta de envolvimento do supervisor, estabelecendo uma relação de supervisão enfraquecida pela humilhação, pela falta de veracidade, de suporte e de respeito; atitudes não-verbais desconfortáveis e limites inapropriados; a falta de perceção dos sentimentos e necessidades do supervisionado; o feedback escasso ou depreciativo; e a incompetência clínica do supervisor. Garrido et al. (2008), referem também a falta de diálogo, a parcialidade na avaliação, a incapacidade para gerir conflitos, a incompetência técnica e a falta de objetividade, como fatores condicionantes do processo supervisiivo.

Todos estes comportamentos podem resultar em *outcomes* opostos ao verdadeiro sentido da SCE, uma vez que “ (...) a relação supervisiiva constrói-se com base numa relação de confiança e de confidencialidade entre supervisor e supervisionado (...) ” (Cruz, 2012, p. 101). Deverá então o supervisor promover a autonomia na tomada de decisão, a auto reflexão e

pensamento independente, criando uma relação de suporte, de respeito, empatia, abertura e aceitação; fomentar uma discussão aberta de modo a promover a aprendizagem e o crescimento; deve demonstrar conhecimentos e competências clínicas de forma a promover o desenvolvimento profissional de forma construtiva; valorizar a SCE demonstrando uma atitude positiva e um envolvimento ativo no processo supervisivo (Ladany et al., 2012).

Nesse sentido, um supervisor clínico deve trabalhar de forma a revelar a sua proficiência (Falender e Shafrenske, 2007). Para os mesmos autores, este deve demonstrar alguns requisitos básicos como o conhecimento científico atualizado, competências técnicas e valores fundamentados.

Garrido et al. (2008) referem que um supervisor clínico deve ser observador, bom ouvinte, demonstrar empatia, ter uma autoestima positiva, ter facilidade no relacionamento interpessoal, boa capacidade de comunicação e ser detentor de formação específica na área de SCE. Salientam ainda a importância das competências técnicas, da capacidade de liderança e a habilidade para promover constantemente novos desafios, referindo que estilos de supervisão demasiado permissivos, desorganizados e com baixos níveis de exigência não são tão valorizados pelos supervisados. Ladany et al. (2012) evidenciam a importância deste espírito desafiador. Para Terranova-Nirenberg (2013), a supervisão clínica requer do supervisor genuinidade, flexibilidade, compromisso pessoal e profissional e respeito pelos supervisados.

A relação supervisiva e a forma como esta se processa, pode influenciar a aprendizagem do supervisado. Segundo Ladany et al. (2012), a utilização de competências de aconselhamento, como a empatia e o encorajamento promovem a eficácia da supervisão.

A SCE abarca a elaboração de planos sistematizados para os supervisados, onde consta o quadro conceptual que descreve de forma estruturada o caminho, os focos de atenção, os papéis dos intervenientes, os cenários e a finalidade do processo de supervisão. Para isso, é imperativo que o processo supervisivo se operacionalize formalmente, baseado em estratégias rigorosamente planificadas que guiem todo o decurso (Garrido et al., 2008).

Abreu (2007) refere que *“um modelo pode ser entendido como uma matriz explicativa, detentora de um corpo organizado e articulado de conceitos ou ideias, com o intuito de orientar o pensamento, proporcionar leituras de fenómenos e constituir uma referência para a ação”* (Abreu, 2007, p.190).

Pela revisão da literatura em enfermagem, constatamos que existem múltiplos modelos de SCE, refletindo as diferentes perspetivas teóricas do conceito de SC. A multiplicidade dos modelos incitou o seu agrupamento e classificação em categorias. Em seguida abordaremos aqueles que a literatura identifica como os mais usuais.

De acordo com Bernard e Goodyear (1998), os diferentes modelos enquadram-se em duas grandes teorias: os baseados em teorias de psicoterapia e os desenvolvidos propositadamente para a supervisão.

Para Garrido et al. (2008), os diferentes modelos podem ser classificados em modelos de desenvolvimento, modelos experienciais, modelos dos papéis sociais, centrados nas funções da SC, modelos centrados na relação supervisaiva, modelos centrados nos cuidados ao cliente, modelos de orientação específica, modelos ecléticos/integrados e o modelo de Nicklin (Garrido et al., 2008).

Pinho (2012), refere que os modelos de SC estão agrupados em modelos centrados no aconselhamento (ex.: modelo de Proctor, 1986), modelos centrados na interação e suporte, valorizando a relação supervisaiva (e.g. Hawkins e Shoet, 1989), modelos centrados na prática (e.g. Nicklin, 1997) e os modelos centrados na resolução dos problemas (e.g. Rogers e Topping-Morris, 1997).

O modelo centrado nas funções da SC que tem suscitado maior interesse é o modelo de Proctor (1986, 2001). Este modelo integra no processo supervisaivo, além do supervisor e do supervisionado, os demais intervenientes como os administradores e os clientes. Encontra-se centrado na função formativa ou educativa (relacionada com o desenvolvimento de habilidades, de competências, conhecimento e capacidade de reflexão); função normativa ou administrativa (relacionada com os processos de garantia dos padrões de qualidade); e na função restaurativa ou encorajadora (relacionada com o caráter suportativo e colaborativo da SC, pois proporciona ao supervisionado a possibilidade de gerir as suas emoções perante situações clínicas complexas) (Garrido *et al.*, 2008).

Semelhante ao modelo de Proctor, surge o modelo de Nicklin (1997), em que o autor transfere as fases do processo de enfermagem para o ciclo de supervisão (análise da prática, identificação do problema, definição de objetivos, planeamento, implementação/ação e avaliação). No seu modelo, Nicklin (1997) substitui a denominação das funções interativas de Proctor, designando-as de função educativa, função suportativa e função administrativa (Garrido et al., 2008).

Franklin (2013) faz referência aos seguintes modelos: o modelo de *cluster* de Bourgeois, Drayton e Brown (2011), o modelo de suporte e crescimento de Butterworth e Faugier (1992), o modelo de abordagem integrativa de Hawkins e Shohet (1989), o modelo de análise e intervenção de Heron (1989), o modelo 4S de Waskett (2009) e o modelo de Proctor (1986). A pluralidade, a ambiguidade e a inexistência de evidência na literatura que permita comparar a qualidade entre os vários modelos, dificulta a escolha do referencial mais adequado, devendo o supervisor optar pelo que considera mais adaptado ao contexto supervisaivo (Garrido, 2008; NHS 2009; Cruz, 2012; Franklin, 2013).

Consideramos relevante fazer referência aos estilos de intervenção do supervisor sugeridos por Heron (1990). Este autor propõe seis categorias de intervenção podendo ser congregadas em dois estilos: estilo autoritário que engloba a intervenção prescritiva, informativa e confrontativa; e o estilo facilitador que engloba a intervenção catalítica, catártica e de suporte. Segundo Garrido et al. (2008), o primeiro estilo “ (...) remete-nos para a assertividade do supervisor relativamente às ações do supervisionado” (p.23), ou seja, fornece informações, aconselha-o e desafia-o de modo a avaliar e analisar a sua prestação. Segundo os mesmos autores, o estilo facilitador “ (...) remete-nos para a informação gradual a disponibilizar ao supervisionado assumindo contornos de menos directividade que o autoritário” (p.24), promovendo a expressão de pensamentos e emoções, a autorreflexão e o empoderamento do supervisionado. Consideramos importante salientar que nenhum dos estilos é necessariamente melhor do que o outro. O supervisor clínico deve ser flexível, escolhendo o estilo mais adequado ao supervisionado e ao contexto supervisiivo.

1.2 Qualidade em saúde

A palavra qualidade é hoje parte integrante do vocabulário dos cidadãos e das empresas independentemente do sector de atividade. Com frequência escutamos a ansia de qualidade de vida, da obtenção de um serviço com qualidade num restaurante, numa oficina, de ouvir música de qualidade, e até da obtenção de cuidados de saúde com qualidade.

Segundo Fragata (2011) qualidade em saúde poderia ser, de uma forma muito simples, definida como “ (...) um nível de cuidados que se aproximasse das expectativas dos consumidores e interessados” (p.17). Mas não será este o objetivo final de qualquer área de intervenção na sociedade, seja no setor da indústria ou na prestação de serviços, independentemente da sua natureza? O que define a qualidade afinal?

O termo qualidade deriva do latim “*qualis*” significando “*tal e qual as coisas de facto são*”. No entanto, o seu carácter subjetivo é referido por vários autores. Para Rego (2011) a subjetividade na sua interpretação pode fazer com que esta adquira várias definições e significados. Também António e Teixeira (2007) apontam a dificuldade em definir universalmente e em absoluto o termo qualidade realçando a sua complexidade.

A satisfação do cliente é várias vezes evidenciada como objetivo fulcral para a obtenção da qualidade. Ramos (2004) refere mesmo que o sucesso das organizações está diretamente associado ao foco nos recursos humanos e à orientação para as necessidades dos clientes. Deste modo, parece-nos pertinente a necessidade de aproximar o serviço prestado ou o produto desenvolvido à expectativa pessoal e, conseqüentemente, subjetiva de cada

cliente. Assim, e como refere Carapeto e Fonseca (2006), a qualidade não dependerá apenas de fatores técnicos e organizacionais, mas sobretudo das pessoas envolvidas no processo. Consideramos importante realçar o caráter evolutivo do conceito de qualidade, devendo a sociedade e as organizações reajustarem o seu *modus operandi* com o intuito de procurar sempre a qualidade nos serviços prestados em função do padrão atual.

O conceito de qualidade teve a sua origem no sector industrial e nas suas reformas políticas, especialmente após a 1ª Guerra Mundial, associada a autores como William Edwards Deming, considerado o grande precursor do movimento da qualidade a nível mundial. Este acreditava na importância do envolvimento dos órgãos de gestão e foi responsável pelo desenvolvimento do ciclo de melhoria contínua conhecido como PDCA “*Plan, Do, Check, Act*” (Branco, 2012).

Associados a esta temática, surgem outros autores como Joseph Juran, que introduziu a necessidade de ter em consideração a adequação do produto à perspectiva do consumidor, assentando a gestão da qualidade em três momentos: planeamento, controlo e melhoria (Gomes, 2004); Phillip Crosby, defensor do conceito de “zero defeitos” ou Kaoru Ishikawa e Genichi Taguchi que contribuíram com o desenvolvimento de ferramentas de qualidade para a resolução de problemas (PNS, 2011-2016, 2010).

A vontade de aumentar o número de transações comerciais, num ambiente de crescente competitividade, faz com que as empresas percebam a necessidade de incrementar programas que conduzam a um aumento da produtividade com qualidade, nomeadamente através da normalização das características técnicas dos produtos, da qualificação das empresas e dos seus funcionários, bem como da avaliação da qualidade do produto final (Branco, 2012).

Em Portugal, um dos pontos de partida para o crescimento de uma cultura de qualidade surge com a assinatura do Tratado de Adesão a 12 de junho de 1985, momento em que o país se tornou membro da Comissão Económica Europeia. Este acontecimento constituiu um desafio para as empresas nacionais em termos de competitividade perante uma concorrência externa regulada por padrões mais exigentes (Branco, 2012). Por outro lado, o governo nacional passava a dispor de fundos europeus com vista à melhoria dos processos de produção industrial. Para tal considerava necessária a aposta na qualificação dos recursos humanos e no controlo dos processos (Branco, 2012).

A implementação de programas de qualidade rapidamente passou do sector da indústria para o sector dos serviços, nomeadamente o da prestação de cuidados de saúde, através de um conjunto de atividades promovidas pela Escola Nacional de Saúde Pública e pela Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários que mais tarde conduziu à criação do Sistema de Gestão da Qualidade (hoje denominado Sistema Português de Qualidade).

Atualmente, o ritmo acelerado do mundo em que vivemos, com rápidos fluxos de informação obriga a que a sociedade e as suas empresas se mantenham em permanente atualização, procurando o melhor conhecimento, mantendo um elevado nível de competitividade com o intuito de assegurar a sustentabilidade económica e financeira. As instituições de saúde não são uma exceção a este fenómeno (Nunes, 2009).

A preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde remonta a tempos longínquos. Vários autores fazem referência a este aspeto nos tempos de Hipócrates (PNS, 2011-2016, 2010), tendo sido pela primeira vez abordada por Florence Nightingale, no século XIX, e mais tarde parametrizada por Ernest Codman, no início do século XX. No entanto, teve Avedis Donabedian como um dos grandes impulsionadores, responsável pela sua primeira definição (Fragata, 2011). Para este autor, a obtenção da qualidade corresponde à capacidade de alcançar o melhor equilíbrio entre os riscos e os benefícios, salientado a necessidade da sua avaliação, assente em três pilares: estrutura, processo e resultados.

O cliente atual procura cuidados de saúde de qualidade, tratando-se de uma exigência de todos os incluídos neste processo, com vista à melhoria contínua e através da correção de erros do sistema (Sousa et al., 2008). Sendo a saúde um bem indispensável ao ser humano, a sua promoção e proteção assumem uma importância crescente à luz do princípio de Phillip Crosby, isto é, na promoção de zero defeitos e no fazer bem à primeira. Este facto é evidenciado ainda pelo National Health Service (UK), segundo o qual a qualidade dos cuidados é definida como: *“doing the right things right, at the first time to the right people, at the right time in the right place, at lower cost”* (1997, p. 23).

A literatura apresenta-nos diversas definições do conceito de qualidade em saúde, de onde nos parece ser comum e frequente, a necessidade da prestação de cuidados ao melhor nível, com os recursos técnicos e científicos disponíveis no momento, com vista à satisfação das necessidades dos clientes e da forma mais eficiente possível. De acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016:

“a Qualidade em Saúde (QeS) pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão (Saturno et al., 1990). Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde as necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível” (2010, p. 2/24).

O mesmo documento faz referência à legitimidade de cada cidadão para exigir a prestação de cuidados com qualidade, sendo inclusive visto como um “direito fundamental”.

Campos e Carneiro (2010) apresentam algumas condicionantes da qualidade em saúde, de onde salientamos a variabilidade e a imprevisibilidade associada aos cuidados de saúde e aos diferentes pontos de vista dos intervenientes, designadas por Serapioni (2009) como fatores de complexidade para a qualidade em saúde. Estes aspetos devem assumir grande relevo na planificação de qualquer estratégia nesta área, cujos focos estão dirigidos aos três

eixos definidos por Donabedian: estrutura (recursos humanos e materiais); processos (qualidade técnica, integração e continuidade dos cuidados e produção de informação clínica) e resultados (*outcomes* adequados ao processo de doença ou promoção de hábitos de vida saudáveis).

A visão da qualidade dos serviços prestados, como expressão da excelência e sustentabilidade a nível organizacional e institucional, conduziu à necessidade da sua avaliação para adequação das estratégias a implementar. Só conhecendo o ponto de partida é que saberemos onde queremos e podemos chegar.

No Plano Nacional de Saúde 2011-2016, podemos encontrar estratégias e orientações para a promoção da qualidade em saúde de acordo com os vários intervenientes da prestação como políticos, organismos de gestão, profissionais de saúde e até mesmo os cidadãos, elementos fundamentais na promoção da sua própria saúde. Neste documento, a qualidade é apresentada como um processo que envolve:

- A promoção da cadeia de valor em saúde, através da rentabilização dos recursos e investimento efetuado na busca dos resultados propostos, de forma a reduzir os custos diretos e indiretos;
- A necessidade da melhoria contínua da qualidade, assente na avaliação de erros e falhas como oportunidades de aprendizagem para a sua mitigação e prevenção da recorrência;
- A necessidade de monitorização de indicadores e cumprimento de objetivos, através de processos de auditoria interna e externa, de âmbito nacional ou internacional (como a adesão a processos de certificação e acreditação segundo padrões internacionais como a Joint Commission International, European Foundation for Quality Management model, o King's Found Health Quality Service, International Organization for Standardization - ISO, entre outros). O objetivo desta avaliação passa pela identificação de boas práticas, da sua promoção e divulgação (de forma multidisciplinar e interinstitucional).

Perante todos estes argumentos, consideramos que a qualidade deve ser encarada como parte integrante da gestão de uma organização, constituinte da sua cultura, e componente fundamental para a sustentabilidade, procurando a excelência nos cuidados prestados ao cliente.

1.3 Qualidade e Segurança dos cuidados

Florence Nightingale defendia que a última coisa que um cliente pode esperar de um hospital é que este lhe faça mal. Tal afirmação remete para a necessidade de promoção da segurança dos procedimentos, dos clientes e dos profissionais, protegendo-os de eventos adversos em saúde, definidos por Fragata (2011) como “ (...) *ocorrências indesejáveis que causaram danos, por atos cometidos ou por uma qualquer omissão, mas sendo sempre resultado do tratamento e não da doença*” (p. 24).

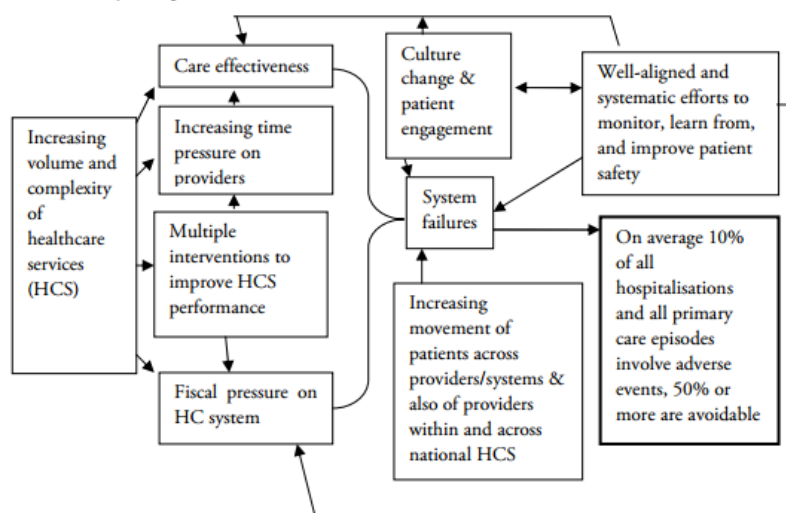
McGill (2009) relembra que um dos princípios da medicina é “*primum non nocere*”, alertando para a necessidade de não prejudicar o cliente. No entanto, dada a complexidade da prestação de cuidados de saúde, das técnicas de diagnóstico e de tratamento aplicadas e a lacuna na objetividade associada ao diagnóstico, é natural que o risco de erro esteja constantemente presente, podendo ou não conduzir a danos temporários ou permanentes.

A publicação do documento “To Err is Human”, do Institute of Medicine (2000) trouxe à ribalta a insegurança associada à prestação de cuidados de saúde, já que denunciava a ocorrência de 48000 a 98000 mortes de clientes nos hospitais dos Estados Unidos da América, decorrentes de erros preveníveis. O documento não remetia a responsabilidade diretamente aos profissionais mas sim ao sistema organizacional em que os cuidados eram prestados. Como refere Fragata (2011), “*a questão não era tanto a de “quem fez isto”, mas antes, “porquê e como é que isto pôde acontecer*” (p.4).

A crescente consciencialização para a necessidade de prevenir a ocorrência de eventos adversos em cuidados de saúde e os problemas que estes acarretam, conduziu à realização de estudos e alterações a nível mundial de ordem política e organizacional, como a criação de diversas agências de segurança em vários países, e da World Alliance for Patient Safety (sob a responsabilidade da Organização Mundial de Saúde) (Fragata, 2011), responsável pela implementação de várias campanhas de onde salientamos a Higiene das mãos e a Cirurgia Segura, impedindo certamente a morte de muitos clientes (Berwick, 2006).

Num estudo mais atual, publicado pela Comissão Europeia (2008), a Rand Corporation analisou os fatores passíveis de conduzir à ocorrência de eventos adversos em contexto da prestação de cuidados de saúde (figura 1), tendo chegado à conclusão de que 8% a 12% dos clientes internados nos hospitais sofreriam pelo menos um evento adverso decorrente da prestação de cuidados de saúde e não do processo de doença, sendo metade destes evitáveis.

Figura 1: Ameaças à segurança da saúde.



LEGEND: HCS = Healthcare system; HC = healthcare

Fonte: Rand Corporation (2008).

De facto, é inquestionável que os eventos adversos originados por erros ou outros fatores estão sempre associados a consequências de tipologias variadas. Fragata (2011) refere que estes eventos, mesmo não tendo consequências práticas, como os danos de maior (morte no limite) ou menor intensidade causados ao cliente, podem provocar perda de eficiência ao alterar o curso normal dos procedimentos e consequentemente originar um aumento dos gastos.

O impacto económico associado à ocorrência de eventos adversos é de tal modo relevante que os custos tendem a ser superiores ao custo associado ao desenvolvimento de programas para a sua prevenção (Cánovas et al., 2009). A aposta nestes programas contribui então para a melhoria da qualidade e da eficácia (Carey e Stefos, 2011).

Para Fragata (2011) “*é, verdadeiramente, muito mais económico tratar sem complicações do que remediá-las (...)*” (p.14), remetendo para os custos hospitalares diretos, sociais indiretos, absentismo, indemnizações, entre outros. Sousa (2006) salienta ainda o impacto da ocorrência de eventos adversos, na perda de confiança por parte dos clientes nos profissionais e nas organizações, condicionando a relação entre estes intervenientes e o próprio processo de tratamento ou promoção da saúde.

Não nos parece então que faz sentido falar de qualidade em saúde, sem antes garantir a segurança. Como refere Fragata (2011) a segurança veio completar a tríade proposta por Donabedian (estrutura, processo e resultado). O mesmo autor acrescenta ainda que a satisfação dos clientes pode ser conseguida através da superação das expectativas destes.

Todos estes fatores concorrem para o desenvolvimento de uma cultura de segurança. Weaver (2013), refere mesmo que esta constitui um elemento chave para a promoção da segurança e qualidade dos cuidados, estando associada a um aumento no reporte de erros, redução do número de eventos adversos e redução na mortalidade. Assim, define cultura de segurança como um aspeto da cultura de uma organização, personificada através da partilha de valores, crenças, normas e procedimentos relacionados com a segurança do cliente, no seio de uma organização, unidade ou equipa, influenciando o comportamento dos seus membros no sentido da adoção de práticas seguras no seu dia-a-dia (Weaver, 2013).

No mesmo sentido, para Fragata (2011), o conceito de cultura de segurança assenta na partilha de valores sobre segurança, na antecipação de eventos adversos e na declaração dos ocorridos, na cultura de não infabilidade para a ocorrência de erros, que não devem ser punidos mas sim analisados e utilizados como promotores de mudança e melhoria contínua de toda a equipa/organização.

De modo a determinar um plano de promoção da segurança dos cuidados, parece-nos relevante descrever quais os fatores que concorrem para ocorrência de eventos adversos. Raramente um evento adverso resulta de uma causa única, mas da conjugação de várias “falhas”. Fragata (2011) refere que para a ocorrência de um acidente concorrem fatores humanos (competência, capacidades técnicas, motivação, cansaço, personalidade, atitude e perceção do risco) e de equipa (salientando a importância da comunicação e liderança), ambos responsáveis por cerca de 60% destas ocorrências; e fatores de sistema, englobando os fatores organizacionais (organização do trabalho, equipas, orientações, condições de trabalho) e relacionados com equipamentos, aos quais está associada uma cota de 30% da responsabilidade na ocorrência dos acidentes. Os restantes 10% devem-se ao acaso. Deste modo, salienta a necessidade de controlar os fatores humanos assim como a utilização do sistema como facilitador dos processos de segurança, com o objetivo de prevenir a ocorrência de acidentes.

Em 2009 a Organização Mundial de Saúde analisou vários estudos internacionais sobre a área da segurança, tendo identificado os seguintes eventos adversos como sendo dos mais frequentes:

- Eventos relacionados com processos de gestão clínica;
- Eventos relacionados com processos clínicos;
- Eventos relacionados com documentação;
- Infecções associadas à prestação de cuidados;
- Eventos Adversos relacionados com equipamentos ou dispositivos médicos;
- Lesões dos clientes (incluindo úlceras de pressão, quedas, entre outros);
- Evento Adverso relacionado com a utilização de Fármacos;
- Evento Adverso relacionado com a administração de Sangue ou produtos derivados;
- Eventos Adversos relacionados com nutrição;

- Eventos Adversos relacionados com o comportamento dos colaboradores;
- Eventos Adversos relacionados com a administração de oxigénio, e outros gases ou vapores;
- Eventos Adversos relacionados com infraestruturas/construção.

Tendo consciência da importância da prevenção de erros e da ocorrência de eventos adversos, dos fatores causais e das áreas interesse de maior relevância pela elevada recorrência de acidentes, resta-nos apenas refletir sobre o modo de promoção de segurança nos cuidados de saúde.

Podemos encontrar várias referências quanto às estratégias a implementar para a promoção da segurança dos cuidados. Segundo Fragata (2011) as medidas de promoção da segurança devem ser inspiradas em “ (...) *políticas de gestão de risco das organizações ditas de alta fiabilidade e incluem medidas reativas, medidas proactivas, o redesenho dos sistemas e promoção da cultura de segurança*” (p.131). Para o autor, este modelo pode ser aplicado à área da saúde através da adoção de uma postura de preocupação constante com a segurança, com foco na aprendizagem contínua e utilização de medidas redundantes de segurança. Salaria a importância do reporte e análise retrospectiva de eventos adversos ocorridos, de modo a conhecer a sua incidência e evitar que voltem a acontecer, da monitorização de indicadores prospectivos de segurança (Fragata, 2011).

De acordo com a Agency for Healthcare Research and Quality, o sistema de notificação de eventos adversos deve obedecer a alguns princípios como a simplicidade no registo, a possibilidade de acesso à notificação a todos os profissionais da organização, a orientação para o sistema, o carácter voluntário, confidencial ou anónimo do registo, dando a possibilidade de o evento ser analisado por “peritos independentes”, originando ações não punitivas (exceto em caso de negligência), cujo resultado deve ser avaliado e divulgado, promovendo a melhoria contínua de toda a organização (online em www.ahrq.com).

Fragata (2011) menciona à importância da liderança, ao treino pessoal e de equipas, à sistematização de processos e utilização de listas de verificação e promoção da cultura de segurança (anteriormente definida) como fatores de grande impacto na segurança dos cuidados, estabelecendo frequentemente um paralelismo com a aviação civil, à semelhança do que é defendido por Sousa (2006). Este autor refere ainda a importância da padronização dos processos de trabalho associada a processos de acreditação e certificação das unidades, que conduz à criação de protocolos de atuação, com base em normas de orientação clínica, contribuindo para a redução da variabilidade das práticas clínicas e apoiando a decisão clínica. À semelhança de Fragata, Sousa (2006) faz menção à necessidade da notificação de eventos adversos e da formação dos profissionais.

Como referimos anteriormente, Weaver et al. (2013) apontam a “cultura de segurança” como uma estratégia chave para a promoção da qualidade e segurança dos cuidados. Na sua

revisão sistemática da literatura em torno desta temática, encontram algumas estratégias comuns entre os estudos analisados com efetividade comprovada:

- Treino de equipas, de forma estruturada e com foco no trabalho em equipa, na comunicação, no espírito colaborativo e na liderança;
- Visitas por parte das chefias aos serviços promovendo uma maior proximidade entre líderes e colaboradores, com o intuito de perceber a realidade dos locais onde se prestam os cuidados, identificar as ameaças à segurança e suportar as equipas na mitigação e prevenção dos erros;
- Implementação de programas multifocais de promoção da cultura segurança dos cuidados, através da conjugação de intervenções adaptativas como a formação contínua e o treino de equipas, com intervenções de índole mais técnica, dando o exemplo da tradução de *guidelines* e algoritmos baseados em evidências clínicas.

Estas medidas devem estar definidas e ajustadas a cada organização. Parece-nos relevante que a promoção da cultura de segurança e a qualidade dos cuidados de saúde tenha um suporte político e económico mais abrangente, com um “peso” mais significativo, de modo a incentivar a implementação destes programas, diminuindo as resistências à mudança.

Neste sentido, McGill (2009), membro do Departamento da Saúde da Comunidade Europeia (CE), defende que esta tem a capacidade de desempenhar um papel importante no apoio aos vários países no que concerne aos esforços para a promoção da segurança do cliente, dando visibilidade ao problema, suporte económico de forma sustentável, recolhendo dados e disseminando as melhores práticas (McGill, 2009). Assim, a CE elaborou uma proposta, tendo em conta o respeito pela competência de cada estado membro, cujas sugestões englobavam as seguintes áreas:

- Estabelecimento de programas e políticas de âmbito nacional sobre segurança do cliente;
- Encorajamento para a criação de sistemas de notificação de incidentes, não punitivos;
- Promoção da integração da segurança do cliente nos programas de formação, treino e desenvolvimento profissional contínuos dos prestadores de cuidados de saúde;
- Informação e integração dos clientes cidadãos na segurança dos cuidados;
- Partilha de conhecimentos, experiências e boas práticas;
- Classificação, codificação e monitorização da segurança do cliente;
- Implementação de medidas de controlo e prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde;
- Estabelecimento de programas de vigilância epidemiológica das infeções associadas aos cuidados de saúde;
- Apoio à investigação.

Em resumo, após análise da literatura consultada, consideramos importante salientar algumas medidas como a notificação de eventos adversos e o seu papel fundamental para o conhecimento do nível de segurança de cada organização, da tipologia dos acidentes mais frequentes de modo a identificar tendências, permitindo deste modo implementar estratégias dirigidas a cada realidade.

As estratégias de prevenção e mitigação dos erros devem assentar nas melhores práticas conhecidas, baseadas em evidências científicas e os seus resultados devem ser divulgados por toda a organização no sentido de promover a aprendizagem e melhoria contínua pela partilha de experiências.

Parece-nos relevante a promoção da formação inicial e contínua dos profissionais em matéria da segurança dos clientes, de modo a estandardizar procedimentos e reduzir a variabilidade inerente à prestação de cuidados de saúde. “O exemplo deve vir de cima”, isto é, o compromisso com a segurança deve partir das chefias e sentido por todos, sendo a liderança e a comunicação, aspetos chave para a sua promoção.

Consideramos também fundamental a integração e responsabilização do cliente na sua própria segurança, estreitando laços e promovendo a confiança, essencial ao estabelecimento de uma efetiva relação terapêutica.

1.4 Contributo da SCE para a qualidade e segurança dos cuidados em saúde

Como vimos anteriormente, a sofisticação tecnológica, a complexidade dos tratamentos, a interdependência nos procedimentos, o ritmo acelerado com que se trabalha, a rapidez e espontaneidade das tomadas de decisão, conduzem a que a prestação de cuidados de saúde seja uma atividade potencialmente perigosa, provocando sentimentos de insegurança e de dúvida, favorecendo a ocorrência de erros e eventos adversos (Fragata, 2011).

No contexto atual, o fraco ou nulo crescimento económico e a constante redução de recursos podem constituir uma condicionante à prestação de cuidados com qualidade. Hoje, de acordo com inúmeros estudos internacionais, sabemos que uma insuficiente segurança dos clientes constitui um grave problema de saúde pública. Como constatamos no capítulo anterior, um em cada dez clientes (na Europa) poderá sofrer uma lesão no decorrer da prestação de cuidados de saúde hospitalares, dos quais metade poderiam ser prevenidos (McGill, 2009).

No mesmo sentido, um grupo de trabalho da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo no relatório da Governação dos Hospitais: 30 anos do SNS referem que “a prestação de cuidados de saúde é uma atividade complexa, incerta no resultado e com potencial de causar danos colaterais nos doentes (...), estimando-se que em cada 100 internamentos hospitalares 10 se compliquem por um qualquer erro, com dano para os doentes” (MS, 2009, p. 16), sendo que cerca de 45% são evitáveis. Dada a inexistência de estudos de âmbito nacional neste domínio, estas taxas têm por base estudos internacionais (Fernandes e Queirós, 2011).

As organizações em saúde constituem unidades únicas, complexas, que recebem influências e influenciam os vários atores que nelas atuam, sendo estes os promotores da formação da cultura de segurança de uma organização (DGS, 2011). Atualmente, face aos constrangimentos financeiros, é imperativo fazer mais, mais rápido e melhor com menos, mantendo elevados níveis motivacionais, ausentando a estagnação pessoal e promovendo a realização profissional.

Consideramos importante salientar o papel dos profissionais de enfermagem como elementos de elevada relevância no processo da qualidade, uma vez que são o maior grupo profissional nos hospitais, permanecendo 24 sobre 24 horas junto dos clientes e, de acordo com a especificidade das suas funções, os que mais decisões tomam. No entanto, de acordo com a literatura, podemos afirmar que são também os mais sujeitos a processos de stress e *burnout*. Aliás, a prática de enfermagem é muito mais complexa do que vem descrito na teoria e é inegável que estes profissionais precisam de suporte estruturado e acompanhamento para construir mecanismos de defesa face aos efeitos negativos da sua profissão (Cruz et al., 2013).

Dada esta complexidade, imprevisibilidade e face ao que já foi dito acerca da SCE, consideramos pertinente analisar o seu potencial para a promoção da qualidade e segurança dos cuidados. A SCE constitui uma ferramenta crucial para a estabilidade profissional, promove apoio e orientação na tomada de decisão consciente em contextos cada vez mais exigentes e que requerem uma maior flexibilidade, criatividade e um desempenho com mais qualidade (Garrido et al., 2008).

Frederico e Leitão (1999) reconhecem a SC enquanto promotora do crescimento técnico e humano dos funcionários através da aprendizagem de conhecimentos, habilidades e atitudes, essenciais para o desenvolvimento de padrões de elevada qualidade na sua prática profissional. Cruz (2013) faz também menção à importância da aprendizagem contínua, pois a falta de desenvolvimento pessoal e conhecimento atualizado pode favorecer a ocorrência de eventos adversos e incidentes críticos. Assim, a autora afirma que através da promoção destas capacidades e do apoio de mecanismos de autoavaliação através da SCE, se conseguirá atingir uma dinâmica de cuidados com qualidade e logicamente mais seguros.

De acordo com McGill (2009), várias estratégias podem ser adotadas de modo a promover a segurança dos cuidados, salientando a partilha de experiências, perícia, boas práticas e resultados de investigações, estratégias estas comuns aos propósitos da SCE.

Considerando a SCE como “ (...) *um processo de colaboração formal estruturado que ajuda os estudantes ou os enfermeiros a desenvolverem competências pessoais e profissionais, conhecimento e valores de humanidade (...)* ” (Garrido et al., 2008, p.99) e atendendo a que os enfermeiros são elementos chave para a promoção da qualidade e segurança dos cuidados prestados, parece-nos evidente a necessidade de promover a SCE. Esta constitui-se como uma estratégia de suporte, auxiliando o profissional a compreender o seu papel, as suas responsabilidades e, através da prática reflexiva, permite desenvolver conhecimentos e competências técnicas e de relação (Garrido et al., 2008; Cruz e Carvalho, 2012).

Para o NHS (2009), a SCE é imprescindível uma vez que diminui os sentimentos de isolamento e stresse, aumenta os sentimentos de responsabilidade e segurança, protege o cliente e o profissional, assegurando a qualidade dos cuidados. Do mesmo modo, Abreu (2007) salienta a importância da SCE como uma ferramenta essencial e insubstituível, de evolução pessoal e profissional, que fomenta o pensamento crítico e reflexivo, promovendo a qualidade dos cuidados.

Perante toda esta evidência não podemos dissociar qualidade, segurança dos cuidados e a SC como mecanismo de promoção de uma prática reflexiva, elemento chave dos processos de melhoria contínua. De acordo com o que foi referido anteriormente o conceito de qualidade é dinâmico e subjetivo, estando dependente das expectativas do cliente e da forma como ele percebe o cuidado que lhe é prestado.

Com a SCE, estaremos a dotar os enfermeiros de instrumentos chave para o processo reflexivo e de princípios orientadores da sua prática, na busca da excelência dos cuidados, obviamente sem perder de vista a segurança dos clientes, dos procedimentos e dos profissionais.

Segundo Nunes (2011), os padrões de qualidade devem funcionar como guias da prática de enfermagem. Cruz (2008), também defende que a SCE deverá fazer parte das estratégias de promoção da qualidade dos cuidados de saúde uma vez que “ (...) *a excelência na enfermagem passa, indiscutivelmente, por um trajeto profissional que promova e estimule a qualidade e o desenvolvimento das práticas dos enfermeiros, ancorado numa atitude crítica e reflexiva por parte destes (...)* ” (Cruz, 2008, p.112).

Garrido et al. (2008) consideram a SCE como um elemento central na melhoria dos padrões clínicos, constituindo um importante caminho para o desenvolvimento da qualidade dos cuidados de enfermagem com um papel fundamental na prevenção do risco clínico. Desta forma, constitui uma estratégia prioritária que beneficia não só os enfermeiros envolvidos no processo, mas também os clientes e as organizações (Cruz, 2011; Cruz, et al., 2013).

Para a prestação de cuidados seguros e com qualidade é fundamental que o profissional esteja satisfeito no exercício das suas funções. Cruz et al. (2013) verificaram que a imprevisibilidade e a complexidade dos cuidados de enfermagem, gera comportamentos de insatisfação e stresse nos profissionais. Porém, “ (...) *through clinical supervision, nurses can perform with expertise, improve and developed the quality of the care they provide to their clients, reduce stress and optimize their coping resources*” (Cruz et al., 2013, p. 100), apoiando as inúmeras referências quanto ao potencial da SCE, enquanto promotora da satisfação e da redução do stresse e *burnout* descritos na literatura (Bégar e Severinsson, 2006; Edwards et al. 2006; Hyrkäs et al. 2006; Nielsen e Tulinius, 2009; Wallbank e Hatton, 2011).

A SCE permite ainda uma melhoria na comunicação entre os profissionais (Todd et al., 2005), reduz o absentismo (NCPDNM, 2008) e contribui para a eficácia e eficiência dos enfermeiros (Garrido, 2005).

Podemos então concluir que, por via da SCE poderemos assistir a uma melhoria dos cuidados de saúde e a um conseqüente aumento da qualidade e segurança dos mesmos, o que conduz a uma maior satisfação dos clientes e dos restantes intervenientes.

1.5 Quedas em contexto hospitalar

A prestação de cuidados em saúde é hoje considerada uma atividade que envolve riscos, quer para os utilizadores quer para os profissionais. As falhas de segurança surgem quase que naturalmente, como consequência da multidisciplinidade e complexidade dos cuidados, que envolvem atividades interligadas, múltiplos sistemas e novas tecnologias (Fragata, 2011). Para o mesmo autor, a preocupação com a segurança dos cuidados tem sido uma prioridade para a gestão de risco e surge inevitavelmente associada à qualidade que compreende para além da segurança, a efetividade e a experiência do cliente. Desta forma, é crucial a criação de mecanismos que garantam as melhores condições de segurança para as pessoas e para os bens, bem como a consciencialização dos profissionais para a problemática do risco, minimizando os erros e os acidentes a nível hospitalar (Fragata, 2011).

É neste contexto que surgem as quedas, sendo um dos principais eventos adversos notificados em contexto hospitalar. Segundo a OMS (2012) são notificadas anualmente cerca de 37.3 milhões de quedas graves com necessidade de tratamento, sendo mais frequente em indivíduos com idade superior a 65 anos. Estas representam a segunda causa de morte acidental em todo o mundo (cerca de 424 000 mortes por ano). De igual modo, Haines et al.

(2012) referem que o número de quedas em ambiente hospitalar varia entre 3 e 20 quedas por dia a cada 1000 clientes internados.

A ocorrência de quedas não se restringe apenas ao contexto hospitalar. Gillespie et al. (2009) concluíram através de uma revisão sistemática da literatura, que aproximadamente 30% das pessoas com idade superior a 65 anos cai a cada ano na comunidade, sendo que nas instituições 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 lazer correspondem a quedas, constituindo por isso um dos principais eventos indesejáveis e um desafio no contexto da segurança do cliente. De igual modo, no âmbito do projeto ADELIA (Acidentes Domésticos e Lazer - Informação Adequada) desenvolvido pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) (2006-2008), realizado com clientes de quinze instituições dos cuidados de saúde primários e seis hospitais, conclui-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 relatório acerca dos *“acidentes com macas e camas nos estabelecimentos hospitalares, envolvendo quedas dos doentes”*, desenvolvido pela Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (2006-2008), reporta a ocorrência de 4200 acidentes relacionados com a queda de clientes. Considerando a queda como um dos principais fatores de mortalidade e morbidade entre a população idosa, responsável por cerca de 40000 mortes por ano na União Europeia (EU), a DGS recomenda como prioridade a sua prevenção (DGS, 2013).

1.5.1 Conceito de Queda

Apesar de todos esforços desenvolvidos no sentido de compreender o mecanismo das quedas, estas continuam a ter um impacto muito significativo (Almeida et al., 2010). Perante todas as evidências, podemos perceber que as consequências da não avaliação e identificação dos clientes com risco de cair, a ausência de intervenções adequadas e personalizadas conduzem a situações de risco potencialmente lesivas para o cliente e para a comunidade (DGS, 2013). Para estabelecer um plano de ação no sentido de avaliar o risco de queda e prevenir a sua ocorrência, consideramos que é necessário conhecer o seu conceito, tipos e os fatores que potenciam a sua ocorrência.

Segundo a OMS (2012), uma queda pode ser definida como o evento que conduz a pessoa, de forma inadvertida, ao chão ou a outro nível inferior. Para Almeida et al. (2010), as quedas

são um evento traumático, multifatorial, involuntário e inesperado. Para Saraiva (2008), a queda representa *“um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo útil”* (p.29).

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2.0, o conceito de queda surge associado ao foco *“Cair”* que significa: *“descida de um corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical”* (OE, 2011, p.42).

Almeida et al. (2010) referem-se às quedas como *“(…) um evento traumático, multifatorial, habitualmente involuntário e inesperado, mas que pode ser recorrente num mesmo indivíduo e acarreta, frequentemente, consequências para a vítima, para o próprio cuidador e para a sociedade”* (p.164).

1.5.2 Consequências das Quedas

As quedas são acontecimentos involuntários e inesperados e podem resultar em vários tipos de consequências, condicionando de forma temporária ou permanente a qualidade de vida da pessoa e a da sua família (Rubenstein, 2006), e até da própria sociedade, implicando elevados custos monetários (RNAO, 2005; Almeida et al., 2010). Embora em muitos dos casos não ocorra qualquer tipo de lesão, devemos ter em atenção o facto de que aproximadamente um terço das quedas em contexto hospitalar resulta num tipo de lesão, das quais 4% a 6% são consideradas muito graves (Tanaka et al., 2011).

De acordo com a literatura, as consequências das quedas podem ser agrupadas nas seguintes categorias:

- Consequências físicas, englobando as lesões diretamente causadas por um traumatismo, resultando em feridas, hematomas, fraturas, contusões, entre outros (Oliver et al., 2004; Saraiva et al., 2008). De acordo com a DGS (2008) tratam-se das consequências mais frequentes, comprometendo a atividade física, a autonomia do indivíduo e o seu estado mental (Oliver et al., 2004; Saraiva et al., 2008).
- Consequências de índole psicológica, que se prendem essencialmente com o medo de voltar a cair, a ansiedade, a depressão e a perda da autoestima (Oliver et al., 2004; Saraiva et al., 2008).
- Consequências de ordem social, estando diretamente ligadas aos custos com recursos humanos e técnicos, ao aumento do tempo de internamento, bem como ao

suporte necessário para promover a autonomia ao cliente (Oliver et al., 2004; Saraiva et al., 2008).

Num estudo realizado no hospital de Braga, em que foram analisadas todas as quedas notificadas em 2011 e 2012, os danos físicos foram os mais frequentes (96,0% em 2011 e 98,2% em 2012), englobando as fraturas, escoriações/lacerações, hematomas, a imobilidade, lesões nos ligamentos, lesões neurológicas e a dor associada a todas estas lesões. Os danos sociais e económicos (2,7% em 2011 e 0,9% em 2012) referiam-se a custos associados à reparação de equipamentos danificados no curso do acidente. O medo da execução de movimentos e tarefas após a ocorrência da queda foi identificado como a consequência psicológica mais frequente (1,3% em 2011 e 0,9% em 2012) (Cunha, 2012).

Para além da mortalidade e morbilidade relacionadas com a ocorrência de quedas em contexto hospitalar, consideramos importante ter em atenção os custos diretos e indiretos associados (Cunha, 2012). Atendendo a que a probabilidade de ocorrerem lesões é elevada, é expectável um aumento dos custos com os cuidados de saúde, estimando-se um acréscimo de biliões de dólares anualmente (Jansson et al., 2004).

Dado o impacto económico associado a este evento adverso, vários são os estudos encontrados na literatura com o objetivo de apurar os custos associados e estimar a possível poupança associada à implementação de programas de prevenção. No Canadá, estima-se que os custos rondem um bilião de dólares por ano (RNAO, 2005), existindo evidência de que através da implementação de programas de prevenção de quedas se poderia reduzir em 20% a incidência de quedas, resultando numa poupança líquida de mais de 120 milhões de dólares por ano. De acordo com o Center for Disease Control - CDC (Atlanta, EUA) os custos relacionados com quedas entre idosos podem ascender aos 30 biliões de dólares (CDC, 2014). Na Finlândia e na Austrália, o custo médio com as lesões direta ou indiretamente causadas por quedas rondam os 3,611 e os 1,049 dólares, respetivamente.

Cunha (2012), com o objetivo de estudar os custos associados às quedas e eventos sentinelas (em 2011 e 2012), estimou um custo aproximado de 24412,63 euros, não contemplando os custos associados a tratamentos de reabilitação e ausência temporária de trabalho. Transpondo esta questão para uma perspetiva nacional, ela adquirirá certamente uma dimensão muito mais significativa.

1.5.3 Etiologia e Fatores de Risco

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

- Quedas acidentais - representam cerca de 14% do total de ocorrências e decorrem geralmente de fatores externos à pessoa, não sendo por isso possível a sua previsão. Os fatores ambientais estão quase sempre na origem do acidente (e.g. quedas provocadas por derrames de água ou urina no chão).
- Quedas fisiológicas não antecipáveis - têm origem em causas fisiológicas inesperadas não podendo ser previstas antes da primeira ocorrência (e.g. quedas resultantes de convulsões, síncope, fraturas patológicas, astenia, entre outras). Representam cerca de 8% de todas as quedas. Nestes casos torna-se crucial identificar a causa da primeira queda de modo a prevenir a ocorrência de uma segunda.
- Quedas fisiológicas antecipáveis - São as mais frequentes (78% do total de quedas), ocorrendo em clientes com alterações fisiológicas e com risco de queda identificado pela EQM.

Com o intuito de promover a efetividade na prevenção das quedas, é importante identificar as causas que potenciam o seu acontecimento. Sendo um fenómeno complexo, as quedas podem ter uma única causa ou ser resultado de uma conjugação de múltiplos fatores. Da revisão da literatura, encontramos diversos autores que apontam fatores de risco para a ocorrência de quedas (Almeida et al., 2010), podendo ser agrupados em fatores intrínsecos e extrínsecos, apresentados na Tabela 1 (Saraiva et al., 2008; Morse, 2009). Enquanto os fatores intrínsecos, responsáveis pela maior parte das quedas de adultos em contexto hospitalar (Hendrich, 2006) estão diretamente relacionados com o cliente, os fatores extrínsecos prendem-se essencialmente com perigos ambientais (Saraiva et al., 2008), sendo responsáveis por menos de 15% das quedas (Hendrich, 2006).

Tabela 1: Fatores de risco de queda

Fatores de Risco	Exemplos
Fatores intrínsecos	Alterações fisiopatológicas Alterações da visão e audição, distúrbios vestibulares, diminuição da força muscular, alteração da capacidade funcional, alteração dos reflexos posturais e da flexibilidade, deformidades ósseas, deformidades nos pés, distúrbios proprioceptivos, sedentarismo, marcha senil e alteração do padrão de sono.
	Doenças Doenças cardiovasculares, neurológicas osteoarticulares, respiratórias, psiquiátricas, geniturinárias, endócrino-metabólicas, neurológicas, desidratação e desnutrição.
	Consequências do uso de fármacos Diminuição das funções motoras, astenia, hipotensão, sonolência e confusão associadas a diuréticos, anti hipertensores, vasodilatadores, digitálicos, laxantes, opióides, antidiabéticos, hipnóticos, sedativos, ansiolíticos, analgésicos.
Fatores extrínsecos	Inexistência de corrimões nos corredores e casas de banho, iluminação inadequada, pavimento escorregadio ou danificado, auxiliares de marcha inadaptados, existência de barreiras nos corredores, camas sem grades e destravadas, campainhas fora do alcance do cliente, roupas largas e compridas, calçado inadequado, mobiliário desadequado ao ambiente hospitalar e suportes de soros danificados.

Fonte: Adaptado de Saraiva et al. (2008).

Da análise dos fatores descritos anteriormente, salientamos o facto de que uma grande parte dos fatores intrínsecos estão associados ao processo de envelhecimento, sendo uma das razões pela qual as quedas são mais prevalentes em idades superiores a 60 anos (Laus et al., 2014). Morse (2009) faz ainda menção à importância do conhecimento do historial de quedas, devendo ser considerado como um fator de risco para a ocorrência de uma nova queda.

Em consonância com estes dados, Cunha (2012) verificou que aproximadamente 80% (79,2%) das quedas registadas no hospital de Braga em 2011 e 2012 estavam associadas a fatores do próprio cliente. Outros fatores significativos foram as condições de trabalho, mencionadas em quase 4% das notificações e as falhas na comunicação entre profissionais (3,1%).

Deste modo, a prevenção da ocorrência de quedas deverá ter por base a implementação de ações direcionadas aos fatores de risco identificados, de modo a controlar as causas intrínsecas e eliminar os fatores extrínsecos, específicos de cada realidade (Saraiva et al., 2010).

1.5.4 Avaliação do Risco de Queda

No passado, acreditava-se que a ocorrência de quedas era um acontecimento “normal” que decorria naturalmente com o envelhecimento, sendo aceites como consequência da idade ou infortúnio (Morse, 2009). No entanto, a investigação realizada em torno desta temática tem comprovado o contrário. Tornou-se imperativo o reconhecimento do risco de queda, nomeadamente através da sua monitorização e posterior implementação de medidas preventivas adequadas e personalizadas, constituindo procedimentos obrigatórios na prevenção das quedas e na minimização das suas consequências (Quigley et al., 2009; Caldevilla e Costa, 2009; Oliver et al., 2010).

Em Portugal, a monitorização do risco de queda em contexto hospitalar foi alavancada por processos de acreditação. Aliás, sendo um foco de atenção no que concerne à segurança do cliente, esta passou a ser obrigatória. De acordo com os Padrões de Acreditação da Joint Commission International para hospitais (2014),

“ no contexto das populações que atende, dos serviços prestados e de suas instalações, o hospital deve avaliar quedas de pacientes e atuar para reduzir o risco de quedas e o risco de lesões se ocorrer uma queda. Um programa de redução de quedas pode incluir avaliação de risco e avaliação periódica de uma população específica de pacientes e/ou o ambiente no qual os cuidados e serviços são prestados (como aqueles conduzidos durante vistorias periódicas de segurança). O hospital tem a responsabilidade de identificar os locais (...), situações (...) e tipos de pacientes (...) que podem estar em risco de quedas” (p.29).

No mesmo sentido, de acordo com as Normas para a Acreditação do Programa de Acreditação Internacional do Comparative Health Knowledge System - National Health Service (CHKS) (2010) para organizações prestadoras de cuidados de saúde, as instituições devem estabelecer políticas de avaliação e prevenção dos riscos de escorregamento, tropeções e quedas:

“ a política deve incluir detalhes das funções e responsabilidades de todos os funcionários, os horários das avaliações inicial e de acompanhamento, a gravação da avaliação do riscos e as instruções com base no resultado ou pontuação, se aplicável, os mecanismos de controlo para os doentes “em risco” de danos por escorregamentos, tropeções e quedas, detalhes sobre o método de acesso às recomendações de especialistas em prevenção de quedas, requisitos da formação dos funcionários, os requisitos de auditoria e os mecanismos de fornecimento de dados. A política inclui as ferramentas de avaliação, se usadas, por exemplo, STRATIFY ou a escala de Quedas de Morse” (p.178).

Com vista a estratificar o risco de queda, devem então as organizações de saúde incorporar na sua prática diária instrumentos/escalas, devidamente adaptados ao contexto. Estas

escalas são instrumentos que produzem um *score* preditivo do risco de queda, resultando num somatório de valor numérico atribuído a vários fatores de risco (Healey e Scobie, 2007). Os mesmos autores fazem referência a cinco instrumentos de monitorização do risco de queda: o *Score* de Innes (1985), a EQM (Morse e Tylko, 1989), o *Score* de Schmid (1990), o índice de Downton (Nyberg e Gustafson, 1996) e a avaliação do risco St. Thomas Risk Assessment Tool *STRATIFY* (Oliver et al., 1997). Destas, apenas a EQM e a avaliação do risco *STRATIFY* foram testados em realidades distintas do estudo inicial (Oliver et al., 2004).

É fundamental salientar que as escalas permitem apenas uma previsão do risco de cair, não sendo o mesmo que prevenir eficazmente as quedas. O *score* avaliado pelas escalas, por si só, não define intervenções. No entanto, ao alocar os clientes por diferentes níveis de risco, este *score* pode servir como um indicador de estratégias específicas a implementar de modo a prevenir danos (Morse, 2006). Esta monitorização não deverá nunca substituir, mas antes complementar a avaliação do profissional de enfermagem acerca do risco de queda do cliente (Morse, 2006). Neste sentido parece-nos pertinente a criação e implementação nas organizações de protocolos que incluam intervenções de enfermagem adaptados aos vários níveis de risco.

1.5.5 A Escala de Quedas de Morse

A literatura destaca a EQM como a mais estudada e de maior aplicabilidade em contexto hospitalar para a população adulta (Siqueira, 2012), sendo a sua utilização um imperativo por indicação da DGS. Esta foi recentemente sujeita a um processo de validação e adaptação cultural e linguística para a população portuguesa. De acordo com Costa-Dias et al. (2014) é recomendada a utilização da EQM nas instituições de saúde portuguesas uma vez que a “ (...) *versão portuguesa obtida é semântica e culturalmente equivalente original, com uma boa fiabilidade (coeficiente de correlação intraclasse de 0,838 e concordância entre observadores, avaliada pela média dos coeficientes K, entre 0,615 e 0,964) e validade convergente satisfatória*” (p.7).

A construção da EQM teve início num projeto piloto de Janice Morse em meados dos anos 80, tendo passado por varias fases até à sua conclusão em 1989, momento em que a autora publica o artigo “*Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient*” (Morse et. al, 1989). Morse, dedicando-se novamente a esta temática, publica em 1997 o livro “*Preventing Patient Falls*”, tendo sido sujeito a uma segunda revisão em 2009.

Segundo a mesma autora a escala é constituída por seis parâmetros de avaliação: antecedente de quedas, diagnóstico secundário, apoio para a deambulação, medicação

endovenosa, tipo de marcha e estado mental/ percepção mental. Cada item apresenta duas ou três possibilidades de resposta, resultando num somatório que varia entre 0 e 125 pontos. Morse determina ainda que o valor a partir do qual se deve estratificar o elevado risco de queda seja igual ou superior a 45 pontos, de forma a reduzir o número de falsos negativos (Morse, 2009). No entanto, aquando da validação da escala para o contexto português encontramos a referência aos seguintes *scores*: Sem risco de queda para *score* entre 0 e 24, baixo risco para *scores* entre 25 e 50 e alto risco para *scores* superiores a 51 (Costa-Dias et al., 2014).

Tendo por base a descrição apresentada no MUEQM elaborado por Barbosa (2013), consideramos importante efetuar uma reflexão acerca da ponderação dada a cada um dos parâmetros em avaliação:

- Antecedentes de queda/ história de queda: é considerada resposta afirmativa (Sim) e atribuídos 25 pontos, se o cliente apresenta história de queda fisiológica antecipável ou não antecipável durante o internamento atual ou no último ano (Morse, 2009). Não são consideradas as quedas do tipo acidental uma vez que não são provocadas por fatores fisiológicos;
- Diagnóstico secundário: é considerada resposta afirmativa (Sim) e atribuídos 15 pontos se existir documentação de um diagnóstico médico ou de enfermagem que contribua para a ocorrência da queda. São exemplos as patologias que, mesmo estando controladas, possam subitamente sofrer alterações e colocar o cliente em risco de queda como a hipotensão, défices nutricionais, alterações neurológicas, tonturas, vertigens, patologias do foro cardiovascular, *diabetes mellitus*, entre outras. Barbosa (2013) salienta a polimedicação como indício de um possível diagnóstico secundário;
- Apoio para a deambulação: neste caso existem três opções de resposta. É considerado “sem apoio”, e atribuídos zero pontos, nos casos em que o cliente deambula sem qualquer apoio, se está adaptado à cadeira de rodas sendo autónomo na sua utilização, se é sempre apoiado por alguém na deambulação, ou nos casos de cumprimento de repouso absoluto no leito. Consideramos que a pessoa utiliza auxiliar de marcha quando anda com recurso a uma bengala, andarilho ou canadianas, sendo atribuídos 15 pontos. Se o cliente se apoia na mobília quando deambula, ou em tudo o que o rodeia, serão atribuídos 30 pontos;
- Medicação endovenosa: é considerada resposta afirmativa (Sim) e atribuídos 20 pontos sempre que o cliente se encontre com terapêutica endovenosa em perfusão contínua ou intermitente. Também é considerada da mesma forma a terapêutica administrada por via não endovenosa, como é o caso da perfusão por cateter epidural. Segundo o autor não é atribuída qualquer pontuação no caso de terapêutica endovenosa administrada apenas por bólus;

- Tipo de marcha: neste parâmetro é avaliado o modo como o cliente deambula. São atribuídos 0 pontos se a pessoa deambula com a cabeça erguida, sem hesitações, com braços a moverem-se livremente ao lado do corpo. São pontuadas da mesma forma as situações em que o cliente se movimenta em cadeira de rodas (adaptado ou transferido) ou se este se encontra e cumpre repouso na cama, não saindo da mesma. São atribuídos 10 pontos quando a pessoa deambula encurvada, sendo contudo capaz de erguer a cabeça e andar sem perder o equilíbrio. Neste caso pode utilizar ou agarrar ligeiramente a mobília ou o que está ao seu redor de modo a garantir alguma segurança. Atribuem-se 20 pontos nas situações em que a pessoas têm dificuldade em levantar-se da cadeira, realizando várias tentativas e tendo necessidade de se balancear; quando deambula com a cabeça constantemente voltada para o chão; quando deambula agarrada à mobília ou amparado, não conseguindo caminhar sem ajuda. Apresenta marcha de pequenos passos e vacila;
- Estado mental: neste parâmetro é avaliada a capacidade de percepção do risco, sendo atribuídos 0 pontos quando a pessoa tem consciência do risco e das suas limitações, agindo de acordo com as mesmas. São atribuídos 15 pontos quando a pessoa, embora possa estar orientada no tempo e no espaço, não tem consciência do risco nem age de acordo com as suas limitações.

Este instrumento deve ser totalmente preenchido e aplicado a todos os clientes com idade superior a 18 anos, excluindo-se aqueles que não apresentam atividade motora (cliente sedado ou em coma) (Barbosa et al., 2014). Para Morse a escala deve ser aplicada uma vez por turno, classificando-a como “rápida e fácil de usar”, estimando para o seu preenchimento menos de três minutos (Morse, 2009; Morse et al., 1987). A avaliação do risco de queda deve ser efetuada no momento da admissão, diariamente e sempre que ocorra uma alteração da medicação, do estado de consciência ou mesmo uma queda (Morse, 2009).

1.5.6 Prevenção de Quedas

Várias são as referências encontradas no que concerne à implementação de programas de prevenção de quedas, sendo comum a todos a imperativa necessidade de conhecer em cada realidade o fenómeno das quedas. Morse (2009) faz menção à necessidade de analisar os eventos reportados em cada organização, no sentido de perceber se a ocorrência de quedas é de facto um problema e qual a magnitude dos danos decorrentes da sua ocorrência.

Tendo os cuidados de enfermagem um claro foco na prevenção das quedas, é imperativa a identificação dos clientes com maior risco, de modo a planear as medidas necessárias para

as prevenir (Heinze, et al., 2006). No mesmo sentido, Saraiva et al., (2008) acreditam 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).

Marques et al. (2012) salientam a necessidade de uma clara identificação dos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, de modo a planejar intervenções que visem controlar os primeiros e eliminar os segundos, referindo a existência de estudos que evidenciam mais de 400 fatores concorrentes de quedas. Consideramos, no entanto, realçar que nem todos os fatores podem ser controlados ou eliminados, nomeadamente os que dizem respeito ao processo de envelhecimento (Almeida et al., 2010).

Segundo a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2013) independentemente do risco de queda identificado, devem ser aplicadas algumas medidas universais que incluem:

- 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;
- Garantir a existência de corrimões nos quartos, casas de banho e corredores;
- Manter a cama do cliente no nível mais baixo quando este está deitado, elevando-a a um nível mais favorável aquando da necessidade de transferência;
- 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.

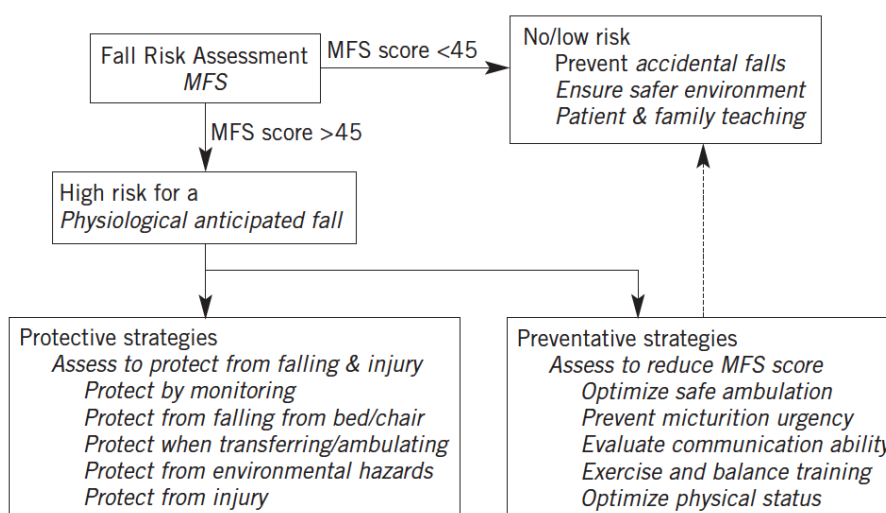
De acordo com a mesma organização, devem ser consideradas algumas barreiras à implementação destas medidas universais, salientando o ritmo acelerado da prestação de cuidados, que faz com que o cliente mude frequentemente de serviço, de cama, obrigando a um reajustamento de algumas destas medidas. Fazem ainda menção ao facto da necessidade de compreensão e cooperação por parte do cliente para a eficaz implementação destas medidas. Caso contrário, se o cliente não está ciente das suas limitações colocar-se-á em situações de risco independentemente das medidas aplicadas (AHRQ, 2013).

Para 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 intuito de prevenir a sua

ocorrência ou minimizar os danos causados, através da adoção de medidas de proteção e de prevenção (Figura 2).

Morse (2009) considera que as medidas protetivas são da inteira responsabilidade dos enfermeiros, tendo como objetivo prevenir quedas ou a lesões decorrente das mesmas. 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 concerne às 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).

Figura 2: Medidas de prevenção de quedas



Fonte: Morse, 2009.

Em relação às quedas acidentais, podendo afetar qualquer cliente independentemente do risco de queda, Morse (2009) refere que a sua prevenção passa pela garantia de um ambiente seguro. Para a autora, a avaliação dos riscos ambientais deve ser efetuada por uma equipa multidisciplinar, incluindo os serviços de manutenção e gestão hoteleira, de modo a identificar situações de resolução imediata (e.g. desobstrução dos corredores junto aos corrimões) ou de uma intervenção mais profunda como a colocação de apoios técnicos, rampas, entre outros.

No que diz respeito à prevenção das quedas fisiológicas antecipáveis, Morse (2009) salienta a imperativa necessidade da correta identificação dos clientes com maior risco de cair, através a aplicação da EQM. Desse modo, poder-se-á atuar nos possíveis fatores causais de queda, removendo-os ou procurando minimizar o seu impacto. Faz ainda menção à necessidade de incorporar as medidas de prevenção de quedas no plano de cuidados de enfermagem para os clientes em risco.

Sendo difícil de prever uma primeira queda fisiológica não antecipável, Morse (2009) refere que as intervenções planejadas devem ser orientadas no sentido de proteger o cliente de lesões decorrentes de uma segunda queda.

Assim, da literatura consultada, encontramos como pontos comuns à necessidade de avaliar o risco de queda, reconhecendo-as como uma ameaça à segurança do cliente, sendo imperativo conhecer a sua etiologia e identificar os fatores de risco, de modo a implementar programas institucionais que visem a sua prevenção ou minimizar o impacto causado pela sua ocorrência. Obviamente, quanto melhor se conhecer o problema, mais específico, direcionado e eficaz será o plano traçado.

1.6 Operacionalização do projeto C-S2AFECARE-Q

Para uma melhor contextualização deste estudo, parece-nos pertinente elaborar uma breve descrição acerca do projeto C-S2AFECARE-Q, em que consiste e como se estruturaram as suas fases.

O projeto C-S2AFECARE-Q “Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados” resultou de um compromisso formal e institucional de caráter cooperativo entre a ESEP e o CHMA. Este projeto emergiu da necessidade do CHMA adotar uma cultura de supervisão de pares contribuindo para a segurança e qualidade dos cuidados, através da operacionalização/aplicação do MSCEC, sustentado nas necessidades dos intervenientes.

Tendo em conta que a SCE não se dirige apenas aos enfermeiros e à excelência do seu exercício, mas também às próprias organizações pela potencialização da qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados aos clientes, a implementação de um MSCE deve incluir o compromisso e o envolvimento de todos os intervenientes bem como dos organismos de gestão, com o intuito major de assegurar práticas seguras, com qualidade e baseadas nas mais recentes evidências científicas.

A operacionalização do projeto C-S2AFECARE-Q estruturou-se em três fases distintas. Numa primeira fase, no âmbito deste projeto, foram desenvolvidos estudos académicos relacionados com áreas sensíveis aos cuidados de enfermagem como por exemplo a prevenção do risco de queda e o autocuidado, o conhecimento e habilidades na amamentação, onde se constataram necessidades, dificuldades e até o incumprimento de normas institucionais. As constatações finais destes estudos, produziram contributos fundamentais para a aplicação do MSCEC.

Ainda na primeira fase da operacionalização do projeto C-S2AFECARE-Q, constituíram-se aleatoriamente sete equipas de SCE, sendo quatro do serviço de Medicina Interna da unidade

de Santo Tirso e três no serviço de Obstetrícia, Ginecologia e Bloco de Partos da unidade de Vila Nova de Famalicão. Cada equipa foi composta por um enfermeiro supervisor clínico e 10 enfermeiros supervisionados.

Dada a importância do supervisor clínico no processo superviso, a sua seleção respeitou alguns critérios previamente delineados, tais como ser perito na prestação de cuidados, ter formação pós graduada preferencialmente em SCE, deter relação jurídica de trabalho estável, com pelo menos quatro anos de experiência profissional, experiência no serviço de pelo menos dois anos, ter experiência prática em SCE como supervisor clínico, ser detentor de experiência no âmbito da formação e acompanhamento de estudantes e integração de pares, ser reconhecido pelos pares, ser ponderado e assertivo, ser detentor de uma capacidade de reflexão crítica do seu trabalho e dos seus pares, ser capaz de estabelecer relações de confiança e estar efetivamente presente na equipa (ESEP e CHMA, 2012).

Após a organização das equipas de SCE e a identificação dos problemas e necessidades dos enfermeiros, na segunda fase, através da implementação do MSCEC desenvolveram-se estratégias de SCE no sentido de solucionar as lacunas constatadas. Neste contexto, realizou-se uma reunião de carácter formativo a todas as equipas cujos temas abordados prenderam-se com conteúdos teóricos relacionados com o próprio projeto, com a SCE, com a avaliação e monitorização do risco de queda pela EQM, com o autocuidado, conhecimentos e habilidades na amamentação e inteligência emocional. Durante esta reunião foram também explicitados os objetivos e finalidade do projeto bem como o cronograma previsto. Houve ainda lugar para os enfermeiros partilharem assuntos de interesse e exporem dúvidas relacionadas com o desenvolvimento do projeto e com a prática profissional.

Posteriormente foram planeadas sessões formais de SCE para todas as equipas e negociado um contrato individual de SC entre o supervisor clínico e os enfermeiros supervisionados, com o intuito de formalizar este processo. Neste contrato estavam contemplados os objetivos do supervisionado, as responsabilidades dos intervenientes, a duração e frequência das sessões de SCE, a cláusula de confidencialidade e as áreas a serem abordadas nas sessões de SCE. Para rentabilizar as potencialidades da SCE, estas sessões desenvolveram-se num ambiente de suporte, apoio e reflexão, envolvendo todos os supervisionados de forma a sentirem-se parte integrante do projeto.

Ainda relativamente às estratégias implementadas, delinearam-se diferentes formas de SC com o intuito de triangular os dados de forma a rentabilizar as potencialidades da supervisão. Estas estratégias passaram pela supervisão direta (supervisor/supervisionado), supervisão indireta e supervisão à distância.

A supervisão clínica direta envolve a observação e acompanhamento do supervisionado *in loco*, acompanhada de uma pequena reunião após cada observação (sessões de SCE individuais) e as sessões formais de SCE (sessões de SCE em grupo). A supervisão clínica indireta prevê os

encontros formais entre todos os supervisores no sentido de normalizar a sua conduta, partilhar informação e experiências e planear ações para suprir necessidades identificadas.

Relativamente às estratégias de supervisão à distância, foi criado um endereço eletrónico para registo de informação e situações significativas, disponível a todos os enfermeiros envolvidos no projeto, de forma a promover a partilha de eventos críticos, dúvidas, experiências e conhecimentos com os pares ou com os investigadores. Importa realçar que todas estas sessões foram contabilizadas como tempo efetivo de serviço.

Inseridos na terceira fase do C-S2AFECARE-Q, surgem outros estudos com a finalidade de identificar o impacto da implementação do MSCEC, em áreas como a prevenção do risco de queda e o autocuidado.

1.7 Contributo da SCE na avaliação do risco de queda

Como descrito anteriormente e comprovado pela investigação, a promoção da qualidade dos cuidados e conseqüente segurança do cliente, é um dos principais desígnios da SCE. Sendo a prevenção das quedas uma área prioritária para a proteção do cliente e sensível aos cuidados de enfermagem, podemos inferir que esta beneficiará com a implementação de um modelo SCE (Cruz et al., 2014).

O projeto Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados (C-S2AFECARE-Q), foi desenvolvido com o intuito de criar uma cultura de SCE em Portugal, de definir um modelo facilitador do desenvolvimento de competências supervisivas, tendo em vista a promoção da qualidade e segurança dos cuidados. Integrado neste projeto, Lamas (2012) elaborou um estudo com o intuito de investigar *“quais os aspetos a incluir num modelo de SCE de forma a promover a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem em relação ao risco de queda”* (Lamas, 2012, p.47). Nesse estudo, verificou que os enfermeiros apresentavam dificuldades na utilização da EQM, salientando as características da população e a subjetividade da escala relativamente à ponderação de alguns parâmetros. A investigadora constatou ainda o incumprimento do PPRQ em vigor na instituição (Anexo V).

Com o objetivo de responder às dificuldades identificadas por Lamas (2012), foi elaborado por Barbosa (2013), numa segunda fase do projeto, o MUEQM, contribuindo para uma correta avaliação da EQM, pois como nos refere Chang et al. (2004), a avaliação do risco é fundamental para a sua prevenção.

Para além do MUEQM, foram realizadas sessões de SCE onde se discutiram os resultados obtidos pela investigadora Lamas (2012) e realizaram ações formativas com o intuito de

colmatar as lacunas e as necessidades sentidas pelos enfermeiros, potencializando a sua competência no que se refere à avaliação do risco de queda.

As sessões de SCE, individuais e em grupo, constituem momentos formativos, de reflexão constante e conjunta, num ambiente único de interação e compreensão (Barbosa et al., 2014; Cruz et al., 2014). De acordo com Cruz (2012) os enfermeiros consideram que estes momentos são necessários pois possibilitam a discussão/ reflexão construtiva de assuntos da prática, aprofundam o conhecimento e desenvolvem competências, contribuindo para a qualidade dos cuidados.

É neste contexto que se insere o nosso trabalho de investigação, com vista a identificar os ganhos obtidos pela implementação do MSCEC no que se refere à avaliação do risco de queda, descrevendo nos próximos capítulos o percurso metodológico, os resultados obtidos e a sua discussão.

2. SCE E O RISCO DE QUEDA: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A curiosidade é uma característica inerente ao ser humano. Desde o início dos tempos que o Homem procura ativamente respostas para os fenómenos que o rodeia. Pela investigação, produz-se o corpo de conhecimentos científicos que orientam a ação de forma sólida e baseada na melhor evidência. Esta consiste num processo cognitivo, racional, rigoroso e sistemático de colheita de dados empíricos tendo por objetivo descrever, explicar e prever fenómenos de forma segura (Fortin, 2009; Coutinho, 2011), com vista à resolução de problemas para benefício dos clientes, famílias e comunidades (OE, 2006).

Na fase metodológica, o investigador traça o caminho que quer percorrer “ (...) *determinando num desenho a maneira de proceder para realizar a investigação*” (Fortin, 2009, p.53). Posto isto, e tendo como alicerce a concetualização teórica, de seguida serão definidos os procedimentos metodológicos que permitiram responder à questão de partida.

2.1 Pertinência do estudo

A OE preconiza que a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem são condições essenciais à excelência profissional e entende que a investigação produzida em enfermagem é “ (...) *um pilar fundamental para alcançar este desiderato*” (OE, 2006, p. 2). Por outro lado, a literatura refere que a SCE é promotora da qualidade dos cuidados assumindo um papel preponderante na segurança e proteção do cliente (Abreu, 2007).

Uma das principais metas da gestão de risco hospitalar é a avaliação do risco de queda assim como a sua prevenção. Em 2008, as quedas representaram cerca de 74,8% dos mecanismos de lesão mais frequente nos hospitais portugueses, aproximando-se dos 75% observados na União Europeia (Rabiais et al., 2011). Sabendo que as quedas podem acarretar consequências físicas e psicológicas, custos económicos e sociais (Saraiva et al., 2008), consideramos pertinente abordar esta temática no seio da investigação em enfermagem.

Este estudo insere-se no projeto C-S2AFECARE-Q representando uma parte estruturante da terceira fase do mesmo, tendo sido desenvolvido com vista a avaliar o impacto da aplicação do MSCEC no que se refere à avaliação do risco de queda. Tal como referimos anteriormente, numa primeira fase, Lamas (2012) identificou lacunas na monitorização do risco de queda pela utilização da EQM e na aplicação do PPRQ em vigor no CHMA (Anexo V), salientando a importância da implementação de um modelo de SCE “ (...) *potenciador das competências dos enfermeiros para a avaliação do risco de queda*” (Barbosa, et al., 2014, p.98). De acordo com Cruz et al., (2014) a aplicação deste modelo deve ter por base a realização de “ (...) *individual clinical supervision sessions to answer particular needs of each nurse, promote and develop their critical thinking, reflection, adaptability and flexibility; group clinical supervision sessions so the whole nursing team can present questions, share experiences and discuss clinical cases* ” (p.529).

No âmbito do projeto C-S2AFECARE-Q foram realizadas sessões de SCE, que além do caráter formativo, visaram apoiar o profissional na tomada de decisão e pensamento crítico-reflexivo contribuindo para o cumprimento do PPRQ.

É neste contexto que surge a necessidade de avaliar o impacto produzido pela aplicação do MSCEC, no que diz respeito à avaliação do risco de queda através da EQM no serviço de Medicina Interna do CHMA/unidade de Santo Tirso.

De acordo com Coutinho (2011), é importante delimitar o problema de investigação uma vez que este “*centra a investigação numa área ou domínio concreto; Organiza o projeto, dando-lhe direção e coerência; Delimita o estudo, mostrando as suas fronteiras; Guia a revisão da literatura para a questão central; Fornece um referencial para a redação do projeto; Aponta para os dados que será necessário obter*” (p.45).

A investigação surge sempre com uma questão que deve ser formulada de forma clara e inequívoca, especificando a população alvo, o tema em estudo e os conceitos (Fortin, 2009). Deste modo, atendendo aos pressupostos anteriores, surge a nossa questão de investigação: “*qual o impacto da implementação do MSCEC, na avaliação do risco de queda, dos clientes internados no serviço de Medicina Interna do CHMA, unidade de Santo Tirso?*”

2.2 Finalidade e objetivos

Este estudo foi realizado com o intuito de avaliar o impacto da aplicação do MSCEC com relevância para a prevenção de quedas e propor contributos que reforcem a sua aplicação e operacionalização.

Esperamos deste modo contribuir para a promoção da qualidade dos cuidados prestados aos clientes internados no serviço de Medicina Interna do CHMA, potencializando as competências dos enfermeiros na prevenção das quedas, pela adequada utilização da EQM.

Os objetivos de um estudo são enunciados claros que determinam a orientação da investigação e indicam as variáveis e a população alvo (Fortin, 2009). Foram definidos os seguintes objetivos:

- Avaliar o risco de queda dos clientes internados no serviço de Medicina Interna do CHMA - Unidade de Santo Tirso;
- Identificar diferenças na classificação do risco de queda dos clientes internados no serviço de Medicina Interna do CHMA - Unidade de Santo Tirso, atribuída pelo enfermeiro e pelo investigador;
- Relacionar o risco de queda com o sexo e idade dos clientes internados no serviço de Medicina Interna do CHMA - Unidade de Santo Tirso;
- Verificar se o risco de queda dos clientes internados no serviço de Medicina Interna do CHMA - Unidade de Santo Tirso está associado com a necessidade de contenção física;
- Identificar os cuidados de enfermagem prestados aos clientes internados no serviço de Medicina Interna do CHMA - Unidade de Santo Tirso, com relevância para a prevenção de quedas;
- Verificar diferenças entre as várias fontes de informação (enfermeiro, investigador e registos de enfermagem) na seleção dos cuidados de enfermagem para prevenir as quedas dos clientes internados no serviço de Medicina Interna do CHMA - Unidade de Santo Tirso;
- Verificar se os cuidados de enfermagem para a prevenção de quedas no serviço de Medicina Interna do CHMA - Unidade de Santo Tirso, selecionados pelo enfermeiro, pelo investigador e documentados nos registos de enfermagem, estão concordantes com o risco de queda;
- Avaliar o impacto da implementação do MSCEC com relevância para a prevenção da ocorrência de quedas no serviço de Medicina Interna do CHMA - Unidade de Santo Tirso;
- Propor contributos para reforçar a aplicação/operacionalização do MSCEC, capazes de potencializar as competências dos enfermeiros no que se refere à prevenção da ocorrência de quedas no serviço de Medicina Interna do CHMA - Unidade de Santo Tirso.

2.3 Hipóteses de investigação

As hipóteses de investigação correspondem a enunciados formais que antecipam relações entre as variáveis (Fortin, 2009). O seu enunciado deve ser efetuado no tempo presente, de forma clara e afirmativa, incluindo as variáveis chave e a população alvo. Para Quivy (2008), a definição das variáveis representa um aspeto chave para assegurar o rigor, a orientação e a ordem de um trabalho de investigação. Assim, formulámos as seguintes hipóteses:

H1: Existem diferenças estatisticamente significativas entre o risco de queda atribuído pelo enfermeiro e pelo investigador, no que respeita aos clientes do serviço de Medicina Interna do CHMA - Unidade Santo Tirso;

H2: Existe relação estatisticamente significativa entre a idade e o risco de queda dos clientes do serviço de Medicina Interna do CHMA - Unidade Santo Tirso;

H3: Existe uma associação estatisticamente significativa entre o sexo e o risco de queda dos clientes do serviço de Medicina Interna do CHMA - Unidade Santo Tirso;

H4: Existe uma associação estatisticamente significativa entre a necessidade de contenção física e o risco de queda dos clientes do serviço de Medicina Interna do CHMA - Unidade Santo Tirso;

H5: Existem diferenças estatisticamente significativas entre as intervenções de enfermagem de prevenção de quedas, selecionadas pelo enfermeiro responsável pelo cliente, identificadas pelo investigador e as intervenções documentadas nos registos de enfermagem.

2.4 Contextualização do estudo

Tal como referimos no início do relatório, este trabalho de investigação foi desenvolvido no CHMA - Unidade de Sto. Tirso. O CHMA foi constituído a 28 de fevereiro de 2007, pelo decreto-lei nº 50-A/2007 e resulta da união do Hospital Conde de São Bento (Unidade Hospitalar de Santo Tirso) e o Hospital São João de Deus (Unidade Hospitalar de Vila Nova de Famalicão). Representa “ (...) *um Estabelecimento Público do Serviço Nacional de Saúde,*

de natureza empresarial, sendo uma Pessoa coletiva dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial (...) ” (CHMA, 2014). A sua área de intervenção compreende os concelhos de Santo Tirso, Trofa e Vila Nova de Famalicão e tem como missão “prestar cuidados de saúde diferenciados, com qualidade e eficiência, em articulação com outros serviços de saúde e sociais da comunidade, apostando na motivação e satisfação dos seus profissionais, com um nível de qualidade, efetividade e eficiência elevadas” (CHMA, 2014, p.2).

O estudo foi desenvolvido no serviço de Medicina Interna da Unidade Hospitalar de Santo Tirso. Este serviço tem uma capacidade de 43 camas distribuídas por 11 enfermarias e 2 quartos (2 enfermarias com 6 camas, 9 enfermarias com 3 camas e 2 quartos com 2 camas). Estruturalmente encontra-se organizado em duas alas principais (medicina homens e medicina mulheres) e uma terceira ala onde se encontram a enfermaria de cuidados intermédios e a unidade de AVC.

A equipa de enfermagem é constituída por 34 enfermeiros, incluindo uma enfermeira chefe, uma enfermeira de apoio à gestão, dois enfermeiros especialistas que asseguram a reabilitação e 30 enfermeiros que prestam cuidados gerais. Salientamos o facto de existirem no serviço três enfermeiras com formação pós-graduada em SCE. A prestação de cuidados de enfermagem assenta no método de enfermeiro responsável, tendo sempre em consideração o trabalho em equipa. O número de enfermeiros distribuídos em cada turno pode variar de acordo com a lotação do serviço e o tipo de clientes. Durante a semana, no turno da manhã, a equipa é composta por nove enfermeiros de cuidados gerais, e uma enfermeira especialista que assegura a reabilitação. No turno da tarde, os cuidados são assegurados por cinco enfermeiros de cuidados gerais. Às terças e quintas-feiras à tarde um enfermeiro especialista assegura a reabilitação. No turno da noite a equipa é constituída por quatro enfermeiros de cuidados gerais. Ao fim de semana, no turno da manhã a equipa é composta por oito enfermeiros, no turno da tarde por cinco enfermeiros e no turno da noite por quatro enfermeiros de cuidados gerais. Os clientes são distribuídos por cada enfermeiro com base no Sistema de Classificação de Doentes (SCD).

2.5 Desenho do estudo

O desenho de investigação para além de fornecer um plano operacional elaborado pelo investigador que possibilita responder à questão de investigação ou verificar hipóteses formuladas, determina os mecanismos de controlo que minimizam potenciais fontes de

enviesamento. Este difere de acordo com os objetivos de investigação que se pretendem atingir (Fortin, 2009).

2.5.1 Tipo de Estudo

De forma a obter respostas para a investigação que nos propusemos realizar, houve a necessidade de encontrar o tipo de estudo mais adequado para explorar relações entre as variáveis e descrevê-las, sem as manipular. Assim, optamos por um estudo assente no paradigma positivista com uma abordagem quantitativa, de caráter descritivo-correlacional e de natureza transversal. Este tipo de investigação não experimental desenvolveu-se em meio natural, sem intervenção ou tratamento, com o objetivo de explorar e descrever as relações entre as variáveis em estudo, “ (...) *sem pretensão de causalidade*” (Coutinho, 2011, p.231).

O paradigma positivista, também designado por quantitativo, entende a realidade como única e estática segundo a qual os factos objetivos existem independentemente do investigador (Fortin, 2009; Coutinho, 2011). Este paradigma “ (...) *está orientado para os resultados e sua generalização*” (Fortin, 2009, p.29).

Relativamente ao tipo de estudo descritivo e correlacional, este caracteriza-se pela elaboração de hipóteses e objetivos de investigação acerca de fenómenos e factos não manipuláveis, com o objetivo de perceber e analisar possíveis relações (Coutinho, 2011).

A natureza da investigação é transversal atendendo a que a recolha dos dados foi efetuada num único momento, “ (...) *servindo para medir a prevalência de um acontecimento ou de um problema num dado momento*” (Fortin, 2009, p.573).

Com o intuito de identificar o impacto da implementação do MSCEC na avaliação do risco de queda dos clientes internados no serviço de Medicina Interna do CHMA e nos registos produzidos pelos enfermeiros, baseamo-nos no percurso metodológico seguido pela investigadora Lamas (2012), possibilitando assim uma comparação descritiva dos dados obtidos entre a primeira e a última fase do projeto C-S2AFECARE-Q no que se refere ao indicador selecionado.

2.5.2 População e Amostra

A população “ (...) *é o conjunto de pessoas ou elementos a que se pretende generalizar os resultados e que partilham uma característica comum*” (Coutinho, 2011, p.85). Por população alvo entendemos que se trata de um conjunto de pessoas selecionadas de acordo com critérios previamente definidos de modo a poder generalizar as nossas conclusões (Fortin, 2009). Neste estudo a população corresponde a todos os clientes internados no serviço de Medicina Interna do CHMA - Unidade de Santo Tirso, no período compreendido entre 19 de março de 2014 e 19 de maio de 2014.

Dada a dificuldade de estudar todos os elementos da população alvo recorreremos ao método de amostragem não probabilístico, acidental ou de conveniência. Neste tipo de amostragem, nem todos os elementos da população tiveram a mesma probabilidade de ser selecionados para fazer parte da amostra. No entanto, esta foi constituída por indivíduos de fácil acesso e que responderam a critérios de inclusão previamente estabelecidos (Fortin, 2009). Assim, definimos como critérios de inclusão a permanência do cliente no serviço por um período superior a 24 horas e o facto de não apresentar reinternamentos durante o período de recolha de dados. De acordo com estes critérios foram sendo selecionados os clientes até ser atingido o número desejado (N=132).

2.5.3 Variáveis

As variáveis constituem o cerne da investigação. Representam “ (...) *qualidades ou características às quais se atribuem valores*” (Fortin, 2009, p.171). De acordo com a mesma autora estas podem ser classificadas em independentes, dependentes, de investigação, de atributo e estranhas. As variáveis independentes, também designadas como experimentais, são manipuladas ou introduzidas numa investigação e causam alterações na variável dependente, cujo efeito o investigador vai estudar (Fortin, 2009; Coutinho, 2011). As variáveis dependentes, também designadas de variável critério, são as que sofrem o efeito da variável independente.

A operacionalização das variáveis foi efetuada com recurso aos registos de enfermagem consultados no *software* SClínico®. Este aplicativo foi desenvolvido pelos Serviços

O Impacto da Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem na Avaliação do Risco de Queda

Partilhados do Ministério da Saúde e surge da junção do Sistema de Apoio ao Médico (SAM) com o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), criando uma plataforma comum a todos os prestadores de cuidados de saúde, com o intuito de uniformizar os registos clínicos, garantindo a normalização da informação. Tendo por base o percurso da investigação, definimos as variáveis apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2: Variáveis em estudo

	Unidades/Categorias	Tipo de variável	
Idade	anos	Quantitativa	
	Adulto/Idoso	Nominal	
Sexo	Masculino/Feminino	Nominal	
Necessidade de contenção física	Sim/Não	Nominal	
Doenças e patologias	Respiratórias		
	Nervosas		
	Circulatórias		
	Rim e aparelho urinário		
	Sangue/órgãos hematopoiéticos e doenças imunológicas		
	Digestivas	Sim/Não	Nominal
	Infeciosas e Parasitárias		
	Traumatismo, intoxicações e efeitos tóxicos de drogas		
	Músculo-esqueléticas e do tecido conjuntivo		
	Pele, tecido celular subcutâneo e mama		
Endócrinas, nutricionais e metabólicas			
Aparelho genital feminino			
Risco Queda	Risco de queda na admissão (enfermeiro/investigador)	Sem Risco/Baixo Risco/Alto Risco	
	Risco de queda na observação (enfermeiro/investigador)	Risco	
Intervenções ((Enf/Reg/Invest)	Intervencao adequada ao risco de queda (Enf/Reg/Invest))	Adequada/Não adequada	
		Adequada/Parcialmente adequada/Não adequada	
Intervenções ((Enf/Reg/Invest)	1. Manter grades da cama		
	2. Gerir ambiente físico		
	3. Identificar pessoa com pulseira de cor AZUL		
	4. Supervisionar a atividade da pessoa	Sim/Não	Nominal
	5. Limitar a atividade física segundo procedimento		
	6. Conhecimento e Habilidades sobre risco de queda equipamento de prevenção		
Registo	Contenção física devidamente documentada		
	Monitorização nas primeiras 24h		
	Frequencia de monitorização correta (48h-48h)		
	Escala corretamente aplicada na admissão	Sim/Não	Nominal
	Escala corretamente aplicada na ultima avaliação		
Queda documentada			
Queda documentada corretamente no plano cuidado			

2.5.4 Colheita de Dados

Segundo Coutinho (2011) *“todo e qualquer plano de investigação, seja ele de cariz quantitativo, qualitativo ou multi-metodológico implica uma recolha de dados originais por parte do investigador”* (p.99). A colheita dos dados pode ser efetuada de diversas formas, cabendo ao investigador selecionar os instrumentos mais adequados ao tipo de estudo.

Tal como realizado por Lamas (2012), a recolha dos dados foi efetuada através de três instrumentos, aplicados sempre que possível no mesmo dia e no mesmo turno (Figura 3).

Figura 3: Procedimento de recolha de dados

Preenchimento do questionário de avaliação do risco de queda pelo enfermeiro generalista responsável pelo cliente;
(Anexo I)

Observação participante - preenchimento da grelha de observação de avaliação do risco de queda pelo investigador;
(Anexo II)

Recolha e análise documental de elementos do processo clínico informático no SClínico[®]: avaliação inicial, monitorização do risco de queda pela EQM, diagnósticos e intervenções ativas, datas de implementação e frequência de realização;
(Anexo III)

O questionário corresponde a *“ (...) um instrumento de colheita de dados que exige dos participantes respostas escritas a um conjunto de questões”* (Fortin, 2009, p.380). Estes dispensam a presença do investigador e assumem habitualmente a configuração dos formulários. Constituem um meio rápido de obtenção da informação, são pouco dispendiosos e permitem um maior alcance. No entanto, são mais impessoais, menos ricos na informação recolhida e com menor índice de retorno em relação a outros instrumentos de colheita de dados (Coutinho, 2011). Para Fortin (2009), o questionário apresenta outras vantagens como *“a uniformidade da apresentação e das diretivas, o que assegura uma constância de um questionário para o outro e, por este facto a fidelidade do instrumento, o que torna*

possíveis as comparações entre os respondentes” (p.387). Para a mesma autora, este instrumento apresenta algumas desvantagens de onde salientamos a elevada taxa de dados em falta (Fortin, 2009).

Neste estudo foi adotado o questionário desenvolvido por Lamas (2012), com vista a comparar os resultados obtidos nas duas fases do projeto. Segundo Lamas (2012) a construção do questionário de avaliação do risco de queda teve por base o PPRQ em vigor na instituição e na parametrização definida no sistema de apoio à prática de enfermagem - SAPE®. Este questionário (Anexo I):

“ (...) é constituído por três partes: a caracterização sociodemográfica e clínica dos doentes, nomeadamente sexo, idade e dados clínicos (diagnóstico de admissão, data de admissão, necessidade de contenção física); a EQM e a respetiva caracterização do risco de queda na admissão e no momento de preenchimento do questionário; as intervenções de enfermagem protocoladas no serviço para a prevenção de queda” (Lamas, 2012, p.54).

A observação, de acordo com Fortin (2009) *“ (...) é um elemento essencial do conhecimento e está no centro do processo de investigação. Observar é examinar com atenção acontecimentos ou situações, é procurar as causas e avançar explicações respeitantes à realidade que nos cerca”* (p.48). De acordo com a mesma autora, a observação permite a recolha de dados de difícil obtenção por outros métodos, tais como comportamentos ou atividades. No entanto requer muito tempo para a sua realização e está associada a um elevado risco de enviesamento por parte do investigador.

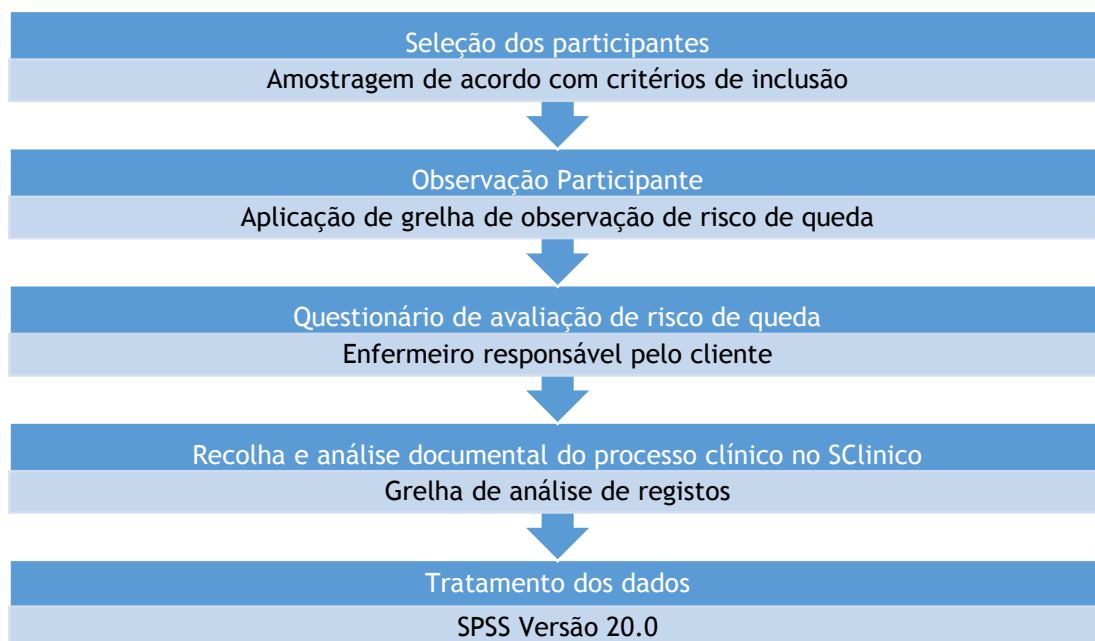
Para este estudo efetuamos uma observação do tipo participante e estruturada junto do cliente/pessoa significativa (na enfermaria), com o objetivo de avaliar as suas características e as do meio envolvente, com relevância para o risco de queda, de modo a identificar as necessidades e verificar a implementação de intervenções para a sua prevenção. Os dados obtidos pela observação foram registados na Grelha de Avaliação do Risco de Queda - Investigador (Anexo II). Assim, cada um destes momentos de observação foram precedidos por:

- Apresentação do investigador;
- Esclarecimento sobre o objetivo do estudo;
- Obtenção de consentimento por parte do cliente e/ou pessoa significativa;
- Avaliação inicial do cliente, da sua capacidade motora e cognitiva;
- Avaliação do conhecimento sobre prevenção de quedas;
- Observação de cuidados de enfermagem prestados pelo enfermeiro responsável pelo cliente;
- Observação do ambiente envolvente.

À semelhança do procedimento realizado por Lamas (2012) foram consultados os registos de enfermagem presentes na avaliação inicial e no plano de cuidados de enfermagem

documentados no SClínico®. A figura que se segue (Figura 4) clarifica as etapas do procedimento de colheita e análise de dados.

Figura 4: Desenho do estudo



2.6.5 Tratamento de Dados

Segundo Coutinho (2011), “numa investigação os dados obtidos necessitam de ser organizados e analisados e, como a maioria das vezes tomam uma forma numérica procede-se à sua análise estatística” (p.131). Assim, após a recolha dos dados procedemos à sua análise através da estatística descritiva e estatística inferencial. A estatística descritiva permite descrever a amostra, organizando e descrevendo os dados de forma clara. Por outro lado, a estatística inferencial vai além da análise descritiva e permite inferir resultados da amostra para a população (Fortin, 2009; Coutinho, 2011).

A análise estatística foi realizada através do *software* IBM SPSS Statistics® versão 20.0, com um nível de significância de 0,05.

De forma a testar a existência de diferenças entre o risco de queda atribuído pelo enfermeiro e pelo investigador foi utilizado o teste de Wilcoxon para 2 amostras emparelhadas. A utilização da versão não paramétrica do teste prendeu-se com a natureza qualitativa das

variáveis. Foi ainda analisado o coeficiente de correlação Intra-classe (ICC) para verificar o grau de concordância entre os dois observadores.

Para verificar se o risco de queda está significativamente associado com o sexo, idade (adultos/idosos) e necessidade de contenção física, foi utilizado o teste de Qui-quadrado quando menos de 20% das células apresentaram um valor esperado inferior a 5. No caso deste pressuposto não ser assegurado foi utilizado o teste de Fisher. Para estudar a relação entre a idade (em anos) e o risco de queda foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis seguido do post-hoc com o teste de Dunn para as comparações par a par. A escolha do teste deveu-se ao facto de não ter sido assegurado o pressuposto da normalidade, que fora testado por meio do teste de Shapiro-wilk (Marôco, 2010).

Como forma de detetar diferenças entre as observações do enfermeiro, do investigador e dos registos relativamente às intervenções selecionadas e se as mesmas intervenções estavam adequadas ao risco de queda foi utilizado o teste Q de Cochran. A escolha deste teste foi devido ao facto de pretendermos comparar 3 amostras emparelhadas relativamente a uma variável nominal. Dada a natureza ordinal da transformação da variável “adequação das intervenções ao risco de queda” em adequada, parcialmente adequada e não adequada, foi utilizado com o mesmo objetivo o teste de ANOVA de Friedman seguido do teste de Wilcoxon como post-hoc (Marôco, 2010).

No que respeita à estatística descritiva recorreu-se à média, desvio padrão, à mediana e respetivos percentis 25 e 75 para as variáveis quantitativas. Para as variáveis qualitativas utilizaram-se as frequências absolutas e relativas.

2.7 Considerações éticas

O aumento do número de pesquisas realizadas no âmbito da disciplina de enfermagem tem suscitado inúmeras preocupações éticas. A investigação que envolve seres humanos deve ser desenhada de forma a assegurar que os direitos da pessoa são protegidos. Nesse sentido responsabilizamo-nos desde o início, garantir todos os pressupostos éticos.

Fortin (2009) salienta a necessidade de atender aos direitos da pessoa na condução da investigação, tendo por base a beneficência e o respeito. A mesma autora faz referência à necessidade de atender aos sete princípios éticos formulados pelo *Énoncé de Politique des Trois Conseils* (guia Canadano) no curso das investigações que envolvem pessoas: o respeito pelo consentimento livre; o respeito pelos grupos vulneráveis; o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; o respeito pela justiça e equidade; o

equilíbrio entre as vantagens e inconvenientes e a otimização das vantagens. Consideramos deste modo pertinente abordar as linhas orientadoras que estão na base de cada um destes princípios e de que modo foram garantidos no decurso da nossa investigação.

Sendo a prevenção de quedas em contexto hospitalar fundamental para a segurança do cliente, todo o percurso metodológico foi desenvolvido no sentido de procurar estratégias futuras para o benefício e proteção do cliente, ponderando as vantagens e possíveis inconvenientes, tratando todos os participantes de forma respeitosa, equitativa e justa. Foi solicitada formalmente a autorização para realizar o nosso estudo ao Conselho de Administração do CHMA, indicando o tema, a finalidade da investigação e o percurso metodológico previsto (Anexo IV).

No que concerne ao princípio do consentimento livre e esclarecido, Fortin (2009) refere que “ (...) *toda a pessoa tem o direito e a capacidade de decidir por ela própria (...)* ” (p.186). Assim o investigador deve garantir que o participante dispõe e compreende de toda a informação relevante relacionada com a investigação. A mesma autora salienta ainda que a pessoa não pode ser coagida, sendo livre de abandonar a investigação em qualquer momento, sem qualquer penalização ou sanção. Desta forma, toda a equipa de enfermagem envolvida foi informada previamente da finalidade, dos objetivos e percurso metodológico da investigação, bem como dos possíveis benefícios, dando a possibilidade de adesão voluntária ou recusa da mesma sem qualquer tipo de consequência.

Pelo facto de envolver a observação participante, houve o cuidado de obter junto do cliente e/ou pessoa significativa o consentimento informado para a recolha de dados, garantido o anonimato, confidencialidade e o respeito pela pessoa privada. O acesso aos dados obtidos foi interdito a todos os não autorizados.

3. SCE E O RISCO DE QUEDA: RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos e analisamos os resultados obtidos após terem sido sujeitos a tratamento estatístico, sendo alvo de discussão no capítulo seguinte.

3.1 Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 132 clientes, dos quais 47,7% (N=63) do sexo masculino e 52,2% (N=69) do sexo feminino (Tabela 3). A média de idades foi de 74,4 com um desvio padrão de 14,3 anos, com um mínimo de 32 anos e um máximo de 101 anos. Por falta de registo da idade no questionário, foi excluído um indivíduo.

Tabela 3: Caracterização da amostra segundo o sexo e a idade

		N	%	Média	Desvio padrão
Sexo	Masculino	63	47,73		
	Feminino	69	52,27		
Idade	Adulto	31	23,48		
	Idoso (>65)	100	75,76		
	em anos			74,42	14,38

Quando analisado o número de indivíduos com mais de 65 anos verificamos que constituíam 75,8 % da amostra.

Relativamente ao diagnóstico de admissão, optamos por utilizar a classificação de acordo com as listagens de Grupos Homogêneos de Diagnóstico da Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS) (Tabela 4).

Tabela 4: Caracterização da amostra segundo o diagnóstico de admissão.

	nº	%
Doenças e perturbações do aparelho respiratório	49	37,1%
Doenças e perturbações do sistema nervoso	28	21,2%
Doenças e perturbações do aparelho circulatório	27	20,5%
Doenças e perturbações do rim e aparelho urinário	20	15,2%
Doenças e perturbações do sangue/órgãos hematopoiéticos e doenças	14	10,6%
Doenças e perturbações do aparelho digestivo	5	3,8%
Doenças Inoficiosas e Parasitárias (Sistémicas ou Localização não Específica)	3	2,3%
Traumatismo, intoxicações e efeitos tóxicos de drogas	1	0,8%
Doenças e perturbações do sistema músculo-esquelético e tecido conjuntivo		
Doenças e perturbações da pele, tecido celular subcutâneo e mama		
Doenças e perturbações endócrinas, nutricionais e metabólicas		
Doenças e perturbações do aparelho genital feminino		

Dos vários grupos de doenças/disfunções identificadas, as mais prevalentes foram: Doenças e perturbações do aparelho respiratório com 49 indivíduos (37,1%); Doenças e perturbações do sistema nervoso com 28 indivíduos identificados (21,2%); Doenças e perturbações do aparelho circulatório com 27 indivíduos (20,5%). É de notar que não foram identificados casos de doenças e perturbações do sistema músculo-esquelético e tecido conjuntivo, da pele, tecido celular subcutâneo e mama, endócrinas, nutricionais e metabólicas, nem do aparelho genital feminino.

3.2 Monitorização do risco de queda

A avaliação do risco de queda na admissão é fundamental para programar desde o início um conjunto de intervenções adequadas que protejam o cliente, pois o aspeto mais importante na prevenção das quedas reside na sua antecipação (Morse, 2009).

Tabela 5: Risco de queda no momento da admissão

		Momento de admissão			
		Enfermeiro			Total n (%)
		Sem Risco	Baixo risco	Alto risco	
Investigador	Sem Risco	31	3	0	34 (26,4%)
	Baixo risco	12	53	2	67 (51,9%)
	Alto risco	0	10	18	28 (21,7%)
	Total	43	66	20	129
n (%)		(33,3%)	(51,2%)	(15,5%)	(100%)
Diferenças Invest. vs Enf.	Invest. = Enf.				102
	Invest. > Enf.				22
	Invest. < Enf.				5
	Wilcoxon (z)				-3,272
	Valor p				0,002
Concordância	Coeficiente de Correlação				0,877
	intra-classe				
	Interv. confiança				(0,818 - 0,916)

Ao analisar os dados verificamos que, quando estratificados os indivíduos de acordo com o risco de queda atribuído pelo enfermeiro e pelo investigador no momento da admissão, constatamos que em ambas as avaliações, a maior percentagem de indivíduos apresenta baixo risco de queda (51,2%; N=66 e 51,9%; N=67, respetivamente). A classificação “sem risco de queda” foi atribuída a 33,3% (N=43) pelo enfermeiro e 26,4% (N=34) pelo investigador. De acordo com o enfermeiro 15,5% (N=20) dos indivíduos apresentavam alto risco de queda. Para o investigador este *score* foi atribuído a 21,7% (N=28) dos indivíduos (Tabela 5).

No momento de admissão foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as classificações atribuídas pelo enfermeiro e pelo investigador ($z=-3,272$; $p=0,002$), sendo que existiram mais casos onde o investigador atribuiu uma categoria acima da classificada pelo enfermeiro (N=22). Contudo é de realçar que os dois apresentaram uma concordância excelente (ICC=0,877), tendo sido atribuída a mesma classificação em 102 dos 129 indivíduos (3 indivíduos foram excluídos da análise por falta de classificação do risco de queda do enfermeiro no momento da admissão) (Tabela 5).

Tabela 6: Risco de queda no momento da observação

		Momento da observação			Total n (%)
		Enfermeiro			
		Sem Risco	Baixo risco	Alto risco	
Investigador	Sem Risco	39	1	1	41 (31,1%)
	Baixo risco	6	52	3	61 (46,2%)
	Alto risco	1	9	20	30 (22,7%)
	Total n (%)	46 (34,8%)	62 (47,0%)	24 (18,2%)	132 (100%)
Diferenças Invest. vs Enf.	Invest. = Enf.	111			
	Invest. > Enf.	16			
	Invest. < Enf.	5			
	Wilcoxon (z)	-2,101			
Valor p		0,051			
Concordância	Coeficiente de Correlação		0,892		
	intra-classe				
	Interv. confiança		(0,847 - 0,924)		

Quando estratificados os indivíduos de acordo com o risco de queda atribuído pelo enfermeiro e pelo investigador no momento da observação, constatamos que a maior percentagem de indivíduos apresenta baixo risco de queda (47,0%; N=62 e 46,2%; N=61, de acordo com o enfermeiro e o investigador respetivamente). Como podemos verificar na Tabela 6, a classificação “sem risco de queda” foi atribuída a 34,8% (N=46) pelo enfermeiro e 31,1% (N=41) pelo investigador. De acordo com o enfermeiro 18,2% (N=24) dos indivíduos apresentavam alto risco de queda e para o investigador este *score* foi atribuído a 22,7% (N=30) dos indivíduos (Tabela 6).

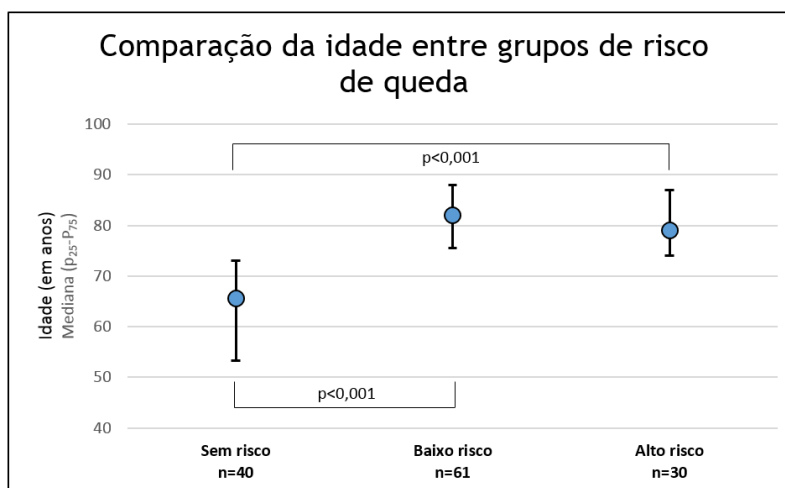
No momento da observação não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a classificação do risco de queda atribuído pelo enfermeiro e pelo investigador ($p > 0,05$), apesar de ser observada a mesma tendência em que o investigador atribuiu uma categoria acima da classificada pelo enfermeiro (N=16). A concordância entre eles manteve-se excelente (ICC=0,891), verificando-se a mesma classificação em 111 dos 132 indivíduos (Tabela 6).

3.3 O risco de queda, a idade, o sexo e a contenção física

Quando comparada a idade entre os vários grupos de risco de queda, verificamos diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=38$; N=113; $p < 0,001$), sendo a idade do grupo sem risco

de queda significativamente menor do que a idade dos indivíduos com baixo risco de queda ($p < 0,001$) e alto risco de queda ($p < 0,001$). Como podemos ver no Gráfico 1, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com alto e baixo risco de queda.

Gráfico 1: Distribuição e comparação da idade pelos grupos de risco de queda



Foi excluído um indivíduo por omissão da idade no questionário.

No mesmo sentido constatou-se ainda que o facto de ser adulto (com idade inferior ou igual a 65 anos) ou idoso está significativamente associado ao risco de queda ($\chi^2=22$; $N=217$; $p < 0,001$), observando-se uma maior proporção de indivíduos idosos (> 65 anos) com alto risco de queda, comparativamente aos de idade inferior a 65 anos (Tabela 7).

Tabela 7: Distribuição da idade, sexo e contenção física pelos grupos de risco de queda

		n	Risco de queda			Valor teste	Valor p
			Sem Risco	Baixo risco	Alto risco		
Idade	Adulto ≤ 65 anos	n=31	20	8	3	22,217	<0,001
	Idoso > 65 anos	n=100	20	53	27		
Sexo	Masculino	n=63	29	26	8	14,668	0,001
	Feminino	n=69	12	35	22		
Contenção física	Sim	n=10	0	6	4	5,979*	0,045
	Não	n=117	40	51	26		

*fisher exact test

Em relação ao sexo dos indivíduos, como vemos na Tabela 7, está significativamente associado ao risco de queda ($\chi^2=14,668$; $p=0,001$). Constatamos ainda uma maior proporção de indivíduos com alto risco de queda no sexo feminino.

No que concerne à contenção física dos clientes, no PPRQ em uso no CHMA (2012), esta está indicada apenas para clientes com alto risco de queda, seguindo a orientação da DGS nº 021/2011 de 06/06/2011 - Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente - contenção de doentes.

Para compreendermos a relação entre a necessidade de contenção física e o risco de queda, analisamos os registos de enfermagem e observamos os clientes.

Quando analisada a relação entre a necessidade de contenção física e o risco de queda, constatamos que estavam significativamente associadas (teste Fisher=5,979; $p=0,045$). Dos 30 clientes com alto risco de queda, quatro apresentavam contenção física. Dos 10 clientes que tinham contenção física, quatro apresentavam alto risco de queda e seis baixo risco de queda, não cumprindo o pré-estabelecido no PPRQ (imobilização de clientes apenas nas situações de alto risco de queda) (Tabela 7).

Foram excluídos cinco indivíduos por falta de informação no questionário relativamente à presença ou ausência de contenção física.

3.6 Planeamento e registo de intervenções de enfermagem com relevância para a prevenção de quedas

O PPRQ preconiza um conjunto de intervenções de enfermagem que devem ser implementadas de acordo com o *score* obtido na monitorização do risco de queda pela EQM. Para compreendermos se existiam dificuldades no planeamento dos cuidados tendo em conta as recomendações do PPRQ, foram analisados os dados provenientes dos registos de enfermagem, do questionário preenchido pelo enfermeiro responsável pelo cliente e da observação participante efetuada pelo investigador (Tabela 8).

Tabela 8: Registo de intervenções de enfermagem

	Estudo Anterior			Estudo Atual		
	Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A
Contenção física devidamente documentada				3 27,3%	8 72,7%	121
Monitorização nas primeiras 24h	124 93,9%	8 6,1%		123 93,9%	8 6,1%	1
Frequencia de monitorização correta (48h-48h)	111 84,1%	21 15,9%		129 98,5%	2 1,5%	1
Escala corretamente aplicada na admissão				90 69,2%	40 30,8%	2
Escala corretamente aplicada na ultima avaliação				95 74,8%	32 25,2%	5
Queda documentada				8 72,7%	3 27,3%	121
Queda documentada corretamente no plano cuidado				5 62,5%	3 37,5%	124

Quando analisados os registos de enfermagem relativamente à contenção física, verificamos que do total de casos (N=11), apenas em três casos foi bem documentada.

A primeira monitorização do risco de queda, de acordo com o PPRQ, deve ser efetuada nas primeiras 24h após a admissão do cliente. Constatamos que esta foi realizada de acordo com o PPRQ em 93,9% (N=123) dos casos. Em relação à frequência de monitorização correta (de 48 em 48h segundo o mesmo protocolo), foi realizada em 98,5% (N=129) dos casos.

Constatamos que a EQM foi corretamente aplicada no momento da admissão em 69,2% (N=90) dos casos, tendo melhorado no momento da última avaliação (74,8%; N=95).

Das 11 quedas constatadas, apenas oito (72,7%) foram documentadas nos registos de enfermagem. Verificamos ainda que, no que diz respeito à documentação da ocorrência de quedas, apenas em cinco casos (N=62,5%) esta foi documentada corretamente.

3.7 Intervenções de enfermagem e o risco de queda

No âmbito das intervenções de enfermagem com relevância para a prevenção da ocorrência de quedas, fizemos uma comparação entre o que foi identificado pelo investigador, o que o enfermeiro responsável pelo cliente considerou relevante e o que estava documentado nos registos de enfermagem. Importa esclarecer que consideramos que o investigador selecionou

as intervenções sempre que se justificou, pelo que optamos por estabelecer esta avaliação como referencial, daí a atribuição de 100% (Tabela 9).

Tabela 9: Intervenções de enfermagem com relevância para a prevenção de quedas

	Intervenções seleccionadas			Dif. entre proporções		
	Enfermeiro	Registo	Investigador	Teste Q de Cochran	Valor p	Post-Hoc *
1. Manter grades da cama	71 (64,5%)	81 (73,6%)	110 (100%)	35,17	<0,001	Invest>Enf (p<0,001) Invest>Reg (p<0,001)
2. Gerir ambiente físico	123 (94,6%)	92 (70,8%)	130 (100%)	50,08	<0,001	Enf>Reg (p<0,001) Invest>Reg (p<0,001)
3. Identificar pessoa com pulseira de cor AZUL	28 (93,3%)	23 (76,7%)	30 (100%)	1,90	0,387	
4. Supervisionar a atividade da pessoa	100 (88,5%)	81 (71,6%)	113 (100%)	28,26	<0,001	Enf>Reg (p=0,005) Invest>Reg (p<0,001)
5. Limitar a atividade física segundo procedimento	10 (100%)	9 (90,0%)	10 (100%)	0,18	0,913	
6. Conhecimento e Habilidades sobre risco de queda equipamento de prevenção	81 (78,6%)	10 (9,7%)	103 (100%)	124,33	<0,001	Enf>Reg (p<0,001) Invest>Reg (p<0,001) Invest>Enf (p=0,035)

* Apenas representadas as comparações significativas

Quando analisados os dados recolhidos de cada uma das fontes de informação, evidenciaram-se diferenças estatisticamente significativas nos domínios “Manter grades da cama” (p <0,001), “Gerir o ambiente físico” (p <0,001), “Supervisionar a atividade da pessoa” (p <0,001) e “Conhecimento e habilidade sobre o risco de queda e equipamento de prevenção” (p <0,001).

Mais especificamente, no domínio “Manter grades da cama”, apesar de existir uma diferença estatisticamente significativa entre o que o investigador e o enfermeiro consideraram (p <0,001), não verificamos uma diferença estatisticamente significativa entre a proporção desta intervenção identificada pelo enfermeiro e o evidenciado nos registos (p > 0,005).

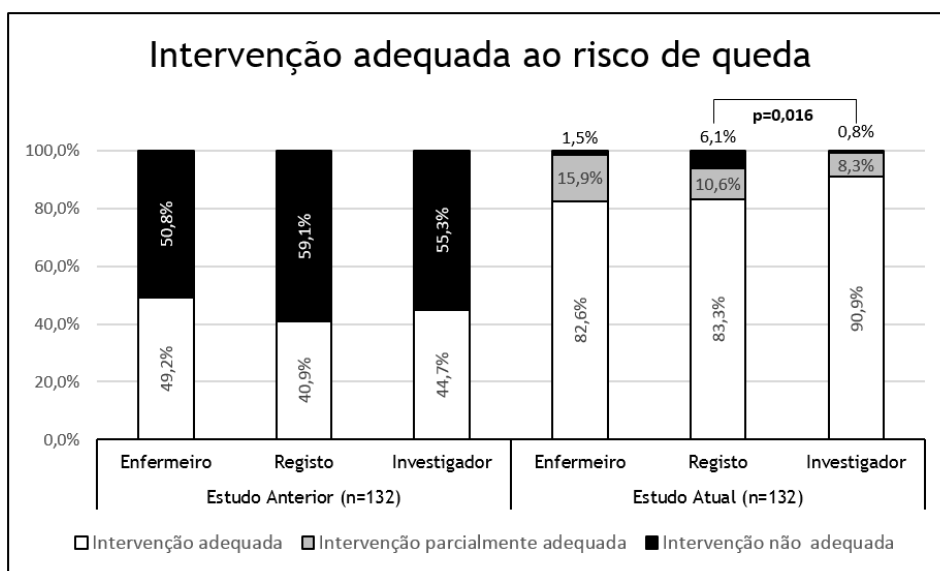
Da mesma forma, nos domínios “Identificar a pessoa com pulseira azul” e “Limitar a atividade física segundo o procedimento”, não verificamos diferenças significativas entre as diferentes fontes de dados (p > 0,05).

Nas intervenções do domínio “Gerir o ambiente físico”, nos registos estavam significativamente menos intervenções documentadas, do que o enfermeiro responsável considerou relevante (p <0,001). O mesmo se constatou no domínio “Supervisionar a atividade física” (Enfermeiro > Registo: p=0,005); Investigador > Registo: p <0,001), assim como no “Conhecimento e habilidades sobre o risco de queda e equipamento de prevenção” (Enfermeiro > Registo: p <0,001; Investigador > Registo: p <0,001).

3.8 Adequação das intervenções ao risco de queda

No presente estudo constatamos uma elevada percentagem de intervenções adequadas ao risco de queda atribuído, semelhante entre o que o enfermeiro considerou relevante (82,6%), o que estava documentado no registo (83,3%) e o que o investigador identificou (90,9%) (Gráfico 2).

Gráfico 2: Adequação das intervenções ao risco de queda identificado.



Foram comparadas as intervenções identificadas em cada uma das fontes, com o padrão definido no PPRQ. Para uma melhor compreensão desta análise, consideramos que a intervenção está adequada se cumpre todas as indicações do PPRQ, que está parcialmente adequada se cumpre pelo menos uma indicação do PPRQ e não está adequada se não cumpre nenhuma indicação do PPRQ, conforme se pode ver na Tabela 10.

Tabela 10: Adequação das intervenções ao risco de queda identificado (decomposição das intervenções não adequadas)

		Enfermeiro	Registo	Investigador
Adequação das Intervenções ao risco de queda	Adequada	109 (82,6%)	110 (83,3%)	120 (90,9%)
	Parcialmente adequada	21 (15,9%)	14 (10,6%)	11 (8,3%)
	Não adequada	2 (1,5%)	8 (6,1%)	1 (0,8%)
Diferenças entre grupos	ANOVA de Friedman		6,300	
	Valor p		0,043	
	Post-Hoc *		Investigador > Registo (z=-2,467; p=0,016)	

* Apenas representadas as comparações significativas

Quando decompostos os casos em que a intervenção não estava de acordo com o PPRQ, em parcialmente adequada ou não adequada, verificamos diferenças estatisticamente significativas entre as três fontes de informação ($\chi^2=6,030$; $p=0,043$). Salientamos que apenas em 1,5% (N=2) das intervenções selecionadas pelo enfermeiro, não é cumprida nenhuma indicação do PPRQ. O mesmo se verifica em 6,1% (N=8) do que está documentado nos registos.

4. SCE E O RISCO DE QUEDA: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A enfermagem enquanto profissão está cada vez mais envolvida na criação de um corpo científico de conhecimentos baseados na melhor evidência, através da investigação.

O investigador deve assumir uma atitude crítica e reflexiva à medida que vai analisando os resultados (Fortin, 2009). Neste capítulo faremos a sua discussão, bem como uma comparação com os dados obtidos em outros estudos, com especial ênfase no trabalho desenvolvido por Lamas (2012). No final propomos algumas considerações que julgamos fortalecer a aplicação e a operacionalização do MSCEC.

Pela análise dos resultados obtidos neste estudo verificamos que os clientes internados no serviço de Medicina Interna do CHMA - Unidade de Santo Tirso encontram-se distribuídos de forma equitativa entre indivíduos do sexo masculino e feminino. Constatamos que 75,8% dos clientes tinham idade superior a 65 anos. Relativamente ao diagnóstico de admissão, prevaleceram as doenças e perturbações do aparelho respiratório, do sistema nervoso e do aparelho circulatório.

Relativamente à monitorização do risco de queda dos clientes internados no serviço de Medicina Interna do CHMA - Unidade de Santo Tirso verificamos que, de acordo com a avaliação efetuada pelo investigador no momento da observação, 68,9% (N=91) dos clientes internados apresentavam risco de cair, opondo-se aos 31,1% (N=41) dos clientes sem risco de queda.

Não verificamos diferenças estatisticamente significativas entre esta avaliação e a do enfermeiro ($p > 0,05$), apesar de se ter constatado mais casos onde o investigador atribuiu uma categoria acima da classificada pelo enfermeiro no momento da observação.

Estes resultados corroboram os de Lamas (2012) onde a investigadora verificou que a maioria dos clientes apresentava risco de cair (N=110; 83,3%). Do mesmo modo, Costa-Dias et al. (2013), ao estudar a associação entre a ocorrência de quedas nos clientes internados em serviços hospitalares e alguns grupos terapêuticos, constatou que 75% da população estudada apresentava risco de queda.

A elevada percentagem de indivíduos com risco de cair pode estar associada à tipologia de clientes internados em serviços como o de Medicina Interna (pessoas idosas e com múltiplas patologias). Este facto é evidenciado em estudos anteriores tais como o de Cunha (2012)

onde a investigadora aponta os serviços de Medicina Interna, Oncologia e Neurologia como os que apresentam maior taxa de quedas. Também Costa-Dias et al. (2013) referem a ocorrência de maior número de quedas em serviços com internamento de clientes com doenças crónicas.

As quedas não devem ser consideradas como um acontecimento decorrente do próprio envelhecimento, mas sim como um fenómeno multifatorial. Pela revisão da literatura constatamos que existem múltiplos fatores que concorrem para o risco de cair. Morse (2009) classifica-os como intrínsecos e extrínsecos à pessoa. No estudo levado a cabo por Cunha (2012), 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.

De acordo com o que está preconizado no PPRQ em vigor no CHMA, dependendo do *score* obtido na monitorização do risco de queda pela EQM, deve o enfermeiro responsável pelo cliente implementar um conjunto de intervenções adequadas ao nível de risco identificado. De acordo com Morse (2009), a monitorização do risco de queda pela EQM deverá ser efetuada 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).

A monitorização do risco de queda no momento da admissão do cliente é crucial para projetar desde logo um plano de prevenção personalizado e adequado. Desta forma, encontra-se salvaguardado no PPRQ que esta monitorização deve ser efetuada nas primeiras 24h pelo enfermeiro responsável pelo cliente no momento da avaliação inicial.

De acordo com os resultados obtidos, verificamos que este procedimento foi efetuado em 93,9% dos casos nas primeiras 24 horas, corroborando os dados obtidos pela investigadora Lamas (2012). No entanto, constatamos que em 69,2% dos casos a EQM estava aplicada corretamente, face aos 33,3% verificados por Lamas (2012). Assim, podemos inferir que houve uma melhoria significativa em relação à correta monitorização do risco de queda através da EQM, associada à implementação do MSCEC, nomeadamente pela introdução do MUEQM, pela realização de sessões de SCE e pelo suporte dos enfermeiros supervisores.

Salientamos ainda o facto de 98,5% dos indivíduos terem planeado a monitorização do risco de queda através da EQM de acordo com a frequência preconizada no PPRQ, ou seja, de 48 em 48h, em comparação com os 84,1% observados no estudo de Lamas (2012).

Relativamente à monitorização do risco de queda no momento da admissão, Lamas (2012) constatou diferenças estatisticamente significativas entre a monitorização do risco de queda diagnosticada pelo enfermeiro e pelo investigador. No nosso estudo, também verificamos uma diferença estatisticamente significativa ($z=-3,272$; $p < 0,05$) entre as duas avaliações, corroborando o estudo de Lamas (2012). Estas diferenças podem estar associadas à

persistência de dúvidas em relação à interpretação dos parâmetros da EQM ou mesmo, como consequência da escassez de tempo por parte do enfermeiro responsável de forma a fazer uma correta avaliação do cliente do momento da admissão. Apesar desta diferença estatisticamente significativa, existe entre os dois um elevado nível de concordância ($ICC=0,877$). Estes dados apontam para a necessidade de continuar com o processo de SCE no sentido de suprimir estas diferenças, de forma a maximizar a efetividade da prevenção de quedas em clientes com risco de queda.

No momento da observação, apesar de se manter a tendência da atribuição de um risco de queda inferior pelo enfermeiro relativamente à avaliação do investigador, constatamos que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre ambos os avaliadores. Verificamos assim uma melhoria face ao apurado por Lamas (2012), onde a investigadora verificou uma diferença estatisticamente significativa entre as duas monitorizações. A aplicação do MSCEC pode estar na origem desta evolução.

Ao relacionar a idade com o risco de queda, embora não sejam variáveis modificáveis com a implementação da SCE, constatamos que a maioria dos indivíduos classificados com baixo e alto risco de queda (87,9%; N=80) apresentava idade superior a 65 anos. Se considerarmos apenas os indivíduos com alto risco de queda, 90% tinham idade superior a 65 anos. Estes resultados encontram-se em consonância com outros estudos que evidenciam que o risco de queda em contexto hospitalar se encontra relacionado com a idade (Pina et al., 2010; Rabiais et al., 2011; Almeida, 2012; Cunha, 2012; Espada, 2012; Lamas, 2012; WHO, 2012; Costa-Dias et al., 2013; Laus et al., 2014).

Podemos afirmar que o risco de queda aumenta significativamente com o aumento da idade e, atendendo a que a população portuguesa está cada vez mais envelhecida, é fundamental dar especial atenção à prevenção de quedas, principalmente nestas faixas etárias (Espada, 2012).

Relativamente ao sexo, analisando os indivíduos com alto risco de queda verificamos que a maioria é do sexo feminino (N=22; 73%). Constatamos ainda que o risco de queda está significativamente associado ao sexo feminino. Estes resultados corroboram os de Pereira et al. (2001), onde verificaram que a ocorrência de quedas aumenta progressivamente acima dos 65 anos, sendo mais frequente nas mulheres do que nos homens. Também estudos desenvolvidos por Hendrich et al. (2003), Hitcho et al. (2004), Stevens et al. (2006) e Fohn et al. (2013) concluíram que as mulheres idosas caem com mais frequência.

Estes resultados não corroboram os de Lamas (2012), onde não se verificou uma diferença estatisticamente significativa entre o risco de queda e o sexo. Por outro lado, Cunha (2012), Miranda et al. (2010) e Costa-Dias et al. (2013) verificaram que as quedas são mais frequentes em indivíduos do sexo masculino. Como é evidente, a variável sexo, tal como tínhamos referido para a variável idade, não é central para a avaliação do impacto da implementação do MSCEC no que respeita à avaliação do risco de queda, no entanto

consideramos interessante analisar estes resultados de forma a melhorar o conhecimento das características da nossa população e relacioná-las com o risco de queda, projetando desde logo medidas de prevenção.

As instituições de saúde devem definir internamente padrões de atuação que regulem a aplicação de medidas de contenção física, tendo como referência as orientações da DGS nº 021/ 2011.

A contenção física pode ser definida 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” (DGS, 2007, p. 2). Esta deve ser usada em último recurso e ter como único e exclusivo objetivo garantir que a pessoa supere com segurança a situação de crise, respeitando assim os seus direitos enquanto ser humano (DGS, 2011).

Face ao que está preconizado no PPRQ, a contenção física apenas deve ser aplicada em clientes com alto risco de queda. De acordo com os resultados obtidos verificamos que todos os clientes com contenção física apresentavam risco de cair, sendo em maior proporção no alto risco de queda (15%; N=4). No entanto, constatamos que seis indivíduos apresentavam contenção física apesar de terem baixo risco de queda, não cumprindo o estabelecido no PPRQ. Este facto está associado à necessidade de implementar a contenção física nos clientes para estes não removerem dispositivos médicos. Constatamos ainda que, dos 10 indivíduos com necessidade de contenção física, em apenas três a documentação estava de acordo com as indicações da norma da DGS (2011), corroborando os resultados obtidos por Lamas (2012). Tal como Lamas (2012) consideramos que estes resultados podem ter por base a inadequabilidade do PPRQ ao contexto. No entanto, é de referir que o PPRQ encontra-se em revisão à data deste relatório.

Tendo por base o modelo de SCE de Proctor, mais especificamente a função normativa, cabe-nos afirmar que a continuidade do projeto poderá contribuir de forma significativa para a adequabilidade dos referenciais normativos da instituição, assim como o seu cumprimento, garantindo os padrões de qualidade organizacional.

No campo das intervenções planeadas e implementadas, com relevância para a prevenção de quedas, verificamos que em alguns domínios como “Manter grades da cama”, “Identificar a pessoa com pulseira azul” e “Limitar a atividade física segundo o procedimento” não se verificou uma diferença estatisticamente significativa entre o que o enfermeiro considerou e o evidenciado nos registos. No entanto, constatamos que nas intervenções “Gerir ambiente físico”, “Supervisionar atividade da pessoa” e “Conhecimento e habilidades sobre o risco de queda e equipamento de prevenção”, essa diferença já se verificou sendo o que estava documentado inferior ao que o enfermeiro considerou relevante para a prevenção do risco de queda.

Da análise destes dados constatamos que, tal como identificou Lamas (2012), persiste uma inconformidade entre as intervenções consideradas pertinentes pelo enfermeiro responsável pelo cliente para a prevenção de quedas e o que é realmente documentado. É notória a insuficiência na documentação das intervenções, permanecendo as mesmas ameaças à continuidade dos cuidados e segurança do cliente. Na nossa opinião, este aspeto pode estar associado a três fatores: escassez de tempo devido à carga de trabalho ou défice de recursos humanos; insuficiente relevância por parte dos enfermeiros para a produção de registos de enfermagem; parametrização deficitária da plataforma de registo de enfermagem no que concerne aos diagnósticos e intervenções com relevância para a prevenção da ocorrência de quedas. Constatamos que ainda há um percurso a fazer no sentido de adequar o que o enfermeiro implementa e o que regista, podendo a SCE representar um papel importante na criação de momentos únicos de reflexão contextualizada, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros de forma a responder ajustadamente às necessidades do cliente.

Ainda relativamente ao cumprimento das indicações previstas no PPRQ, no que respeita à identificação dos clientes com alto risco de queda com pulseira azul, verificamos que dos 30 indivíduos com alto risco de queda, apenas 28 foram identificados pelo enfermeiro e 23 evidenciados nos registos, o que é um elemento a considerar para a continuidade do trabalho no âmbito da SCE.

No domínio do conhecimento, verificamos a identificação de 78,6% de intervenções adequadas com o risco de queda pelo enfermeiro responsável, face aos 61,4% referidos no estudo de Lamas (2012). Contudo, verificamos uma redução na taxa de documentação deste tipo de intervenções (de 25,8% para 9,7% no nosso estudo). Constatamos deste modo que os enfermeiros atribuem uma maior importância a este domínio de intervenções de enfermagem. Contudo, a sua documentação continua escassa. Parece-nos pertinente afirmar que a plataforma de registo informático poderia ser parametrizada de forma a criar automatismos de sugestão de intervenções aquando da identificação do risco de queda, normalizando e melhorando os padrões de cuidados de enfermagem. Consideramos este facto um ponto importante a trabalhar na implementação da SCE.

Outro aspeto verificado e que consideramos fundamental prende-se com a elevada percentagem de intervenções adequadas ao risco de queda atribuído (enfermeiro 82,6%; registos de enfermagem 83,3%) sendo notória a melhoria da mesma comparativamente ao estudo conduzido anteriormente por Lamas (2012) onde apresentavam respetivamente 49,2% e 40,9%. Realçamos que esta adequabilidade foi obtida através da comparação das intervenções identificadas pelas duas fontes, com o que estava preconizado no PPRQ para cada nível de risco. Esta diferença pode ainda ser maior se retirarmos apenas os casos em que nenhuma intervenção estava adequada ao nível de risco.

Estes resultados apontam para uma melhoria no que diz respeito à avaliação e monitorização do risco de queda através da EQM, com especial relevo para a importância da introdução do MUEQM, assim como no conhecimento e aplicação do PPRQ. Deste modo pensamos ser possível afirmar que a implementação do MSCEC traduziu-se em ganhos, não só para os clientes, mas também para os profissionais e para a instituição através da prestação segura de cuidados.

Quando entramos num hospital esperamos que este não nos faça mal. Facilmente construímos a ideia de que os hospitais são seguros, no entanto tem-se verificado que existem riscos que podem comprometer a integridade física, psicológica e social dos clientes. Estes eventos podem trazer graves consequências para o indivíduo e para a sociedade, tornando-se por isso imperiosa a implementação de medidas preventivas.

Pela revisão bibliográfica salienta-se que a prevenção das quedas não depende única e exclusivamente da sua monitorização. Independentemente do instrumento selecionado para monitorizar o risco de cair, o importante é que este esteja adaptado ao contexto específico e adequado à população onde é aplicado. Da mesma forma, é crucial que se faça um rastreio intensivo dos fatores de risco de forma a planear e implementar estratégias para prevenir as quedas e/ou minimizar as suas consequências.

Os resultados obtidos apontam-nos para ganhos efetivos com a aplicação do MSCEC no que respeita à prevenção do risco de queda, pelo que consideramos fundamental que seja assegurada a sua continuidade.

CONCLUSÃO

A SCE constitui uma importante estratégia para a garantia da qualidade e segurança dos cuidados. Esta assume um papel determinante no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, estando associada à redução dos níveis de ansiedade e stresse nos profissionais, à prevenção do *burnout*, ao desenvolvimento de competências, ao aumento da satisfação profissional e à consequente melhoria da qualidade e segurança dos cuidados.

É com base nestes pressupostos que surge o projeto C-S2AFECARE-Q “Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados”. Este visa a criação de uma cultura de supervisão de pares contribuindo para a segurança e qualidade dos cuidados, através da operacionalização de um modelo de SCE, sustentado nas necessidades dos intervenientes.

Atendendo ao facto da SCE não se dirigir apenas aos enfermeiros e à excelência do seu exercício, mas também às organizações pela promoção da qualidade e segurança dos cuidados prestados, a implementação de um MSCE deve incluir o compromisso e o envolvimento de todos os intervenientes incluindo os órgãos de gestão, de modo a fomentar práticas seguras, com qualidade e baseadas na evidência científica.

A prevenção das quedas em ambiente hospitalar deve constituir uma prioridade das políticas institucionais. Os enfermeiros enquanto prestadores de cuidados de proximidade assumem um compromisso primordial na segurança dos seus clientes e preocupam-se incansavelmente com a qualidade dos cuidados que prestam. No que concerne à prevenção de quedas espera-se dos enfermeiros uma atitude proactiva ao nível da investigação, formação e implementação de medidas preventivas.

Tendo como objetivo avaliar o risco de queda dos clientes internados no serviço de Medicina Interna do CHMA - Unidade de Santo Tirso, constatamos que a sua maioria apresentava risco de cair (baixo ou alto risco). Dadas as características da população, é crucial que se tomem em conta os fatores preditivos do risco de queda e desta forma se elaborem protocolos mais ajustados às necessidades e aos contextos. Por outro lado, como o instrumento para monitorizar o risco de queda (EQM) em uso não corresponde à versão traduzida e adaptada para a população portuguesa cabe-nos alertar para a importância de atender a este aspeto no momento da revisão do PPRQ em vigor na instituição.

Aquando da comparação da monitorização do risco de queda através da EQM entre o enfermeiro responsável pelo cliente e o investigador, verificamos que no momento da observação não existiram diferenças estatisticamente significativas. Este facto revelou uma evolução face à primeira fase do projeto C-S2AFECARE-Q, onde estas diferenças foram evidenciadas.

Ao estudar a relação entre o risco de queda e idade, constatamos que quanto maior a idade maior o risco de cair. Do mesmo modo, verificamos que o sexo feminino está estatisticamente associado a um maior risco de queda.

No que diz respeito à necessidade de contenção física, verificamos uma relação estatisticamente significativa com o risco de queda. No entanto, mantêm-se alguns pontos de incumprimento do PPRQ, uma vez que indivíduos identificados com baixo risco de queda apresentavam contenção física de forma a não removerem os dispositivos médicos. Este facto sugere a inadequabilidade do PPRQ, às características da população em estudo, constituindo um elemento a trabalhar no âmbito da SCE.

Relativamente às intervenções de enfermagem com relevância para a prevenção da ocorrência de quedas, verificamos que, apesar de existirem diferenças estatisticamente significativas entre as intervenções selecionadas pelo investigador e pelo enfermeiro, existiu uma aproximação considerável entre ambos.

Dando resposta ao objetivo definido inicialmente de propor contributos para a melhoria da aplicação do MSCEC, devemos dar especial atenção à lacuna que persiste na documentação em enfermagem. À semelhança de estudos anteriores, verificamos um desfasamento significativo entre o que é executado e o que é registado. É através dos registos que os enfermeiros dão a conhecer os resultados das suas decisões, observações e intervenções, asseguram a continuidade e individualização dos cuidados, reforçando a sua autonomia e responsabilidade profissional. Para além disto, salientamos que em termos legais o que não está registado não foi executado, podendo a documentação ser a única defesa legal do enfermeiro em caso de litígio. Os enfermeiros, em contexto de trabalho em saúde, constituem o grupo profissional que mais informação clínica processa, utiliza e disponibiliza nas várias plataformas de registo (OE, 2005). Contudo, tal como refere Martins et al. (2008), facilmente se percebe que a documentação não constitui um assunto de interesse para os enfermeiros. Por conseguinte, consideramos relevante a implementação de estratégias que visem melhorar o nível e qualidade dos registos em enfermagem, podendo a SCE representar uma ferramenta imprescindível para esta melhoria, através de estratégias como a SCE direta e a realização de sessões de SCE individuais e em grupo.

Ao verificar a concordância entre o risco de queda e as intervenções selecionadas e documentadas pelo enfermeiro responsável pelo cliente, constatamos uma evolução significativa face ao estudo realizado por Lamas (2012). No nosso estudo verificamos um nível de adequabilidade de 82,6% relativamente às intervenções selecionadas pelo

enfermeiro e 83,3% em relação ao que estava documentado. Este facto revela um maior conhecimento por parte dos enfermeiros do PPRQ em vigor na instituição.

Os resultados obtidos sugerem uma melhoria no que se refere à avaliação e monitorização do risco de queda através da EQM e evidenciam a importância da disponibilização do MUEQM. No entanto, consideramos importante referir que tal como a EQM, o MUEQM não dispõe de intervenções padrão permitindo ao profissional, após a identificação do risco, adotar as que considera mais pertinentes para cada situação. Estes instrumentos devem constituir guias que orientam o “*modus operandi*” dos enfermeiros. Paralelamente, os momentos formativos inseridos nas sessões de SCE traduziram-se em ganhos no conhecimento do PPRQ, promovendo a sua implementação.

Pensamos ser possível afirmar que a implementação do MSCEC traduziu-se em ganhos, não só para os clientes, mas também para os profissionais e para a instituição. Por via da SCE é possível assegurar a prestação de cuidados seguros e com qualidade, elevando-os a um nível de excelência.

À semelhança de Rocha (2014) consideramos que o projeto C-S2AFECARE-Q constitui um motor para a melhoria da qualidade dos cuidados, pelo empoderamento que proporciona aos profissionais de enfermagem. Neste sentido, ressaltamos a necessidade de se manterem as sessões de SCE (individuais e em grupo), uma vez que estas originam momentos de partilha e reflexão, troca de experiências, discussão e debate de assuntos da prática e do contexto clínico, pelo incremento da coesão da equipa, num ambiente formal e com limites claros de liberdade e responsabilidade.

Relativamente aos objetivos delineados no início deste relatório, julgamos que muito há ainda a fazer. Este trabalho não é o fim mas será o início de um longo processo de crescimento. Quanto aos objetivos planeados para o estudo estes foram atingidos e os resultados explicitados neste relatório.

Consideramos importante dar continuidade a este projeto, alargando-o a outras instituições e a outros contextos. Dada a pertinência da promoção da segurança do cliente através da prevenção da ocorrência de quedas, esperamos com o nosso estudo facultar contributos para a tomada da SCE como estratégia promotora da qualidade dos cuidados em saúde. A constante mudança em torno da prestação de cuidados de saúde exige uma procura incessante de novas respostas aos desafios com que nos deparamos diariamente. Neste sentido, este trabalho deve ser considerado como o início de uma nova etapa, que se projeta para alcançar cuidados mais seguros e mais eficientes, contribuindo para a satisfação do cliente e do profissional porque “*pessoas felizes, fazem mais, melhor e durante mais tempo*” (Jason Associates, 2012, p.233).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABRANTES, M. *Qualidade e satisfação - Opinião dos utilizadores de serviços de saúde hospitalares*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2012.

ABREU, W. Supervisão clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Sinais Vitais*, 2002, vol. 45, p. 53-57.

ABREU, W. *Supervisão, qualidade e ensinios clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau, 2003.

ABREU, W. *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau, 2007.

AGENCY FOR HEALTCARE RESEARCH & QUALITY. *Preventing Falls in Hospitals - A Toolkit for Improving Quality of Care*. Rockville: AHRQ, 2013.

ALMEIDA, C. *Risco de queda nas UCCI do distrito de Viseu: Estudo comparativo Escala de Morse e Escala de Downtown*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu, 2012.

ALMEIDA R, et al. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista Enfermagem Referência*. 2010. III Série, nº2, p. 163-172.

ALMEIDA, R.; ABREU, C.; MENDES, A. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência*. 2010, III Série, nº2, p. 28-35.

ANTÓNIO, N. e TEIXEIRA, A. *Gestão da Qualidade: de Deming ao Modelo de Excelência da EFQM*. Lisboa: Edições Sílabo, 2007.

BARBOSA, P. *Manual de Utilização da Escala de Quedas de Morse: Contributo para a Supervisão Clínica em Enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2013.

BARBOSA, P.; CARVALHO, L.; CRUZ, S. *Manual de Utilização da Escala de Quedas de Morse*. Porto: Escola Superior de Enfermagem Porto, 2013.

BARBOSA, P.; CARVALHO, L.; CRUZ, S. Escala de Queda de Morse: contributo para a implementação de um modelo de supervisão clínica enfermagem. *E-book - II Congresso Internacional de Supervisão Clínica: Livro de Comunicações & Conferências*, 2014, p. 95-101.

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, p. 610-616.

BERNARD, M. J. e GOODYEAR, R. *Fundamentals of Clinical Supervision*. 2ª Ed. Boston: Allyn and Bacon, 1998.

BERNARD, J. e GOODYEAR, R. *Fundamentals of clinical supervision*. Boston: Allyn and Bacon, 2004.

- BERWICK, D.; MCCANNON, C.; HACKBARTH AD. The 100000 Lives Campaign - setting a goal and a deadline for improving health care quality. *Journal of the American Medical Association*. 2006, p. 295-324.
- BRANCO, R. *O movimento da qualidade em Portugal*. Porto: Vida Económica, 2012.
- CALDEVILLA, M e COSTA, M. - Quedas dos idosos em internamento hospitalar: que passos para a enfermagem? *Revista de Investigação em Enfermagem*. 2009, nº19, p.25-28.
- CAMPOS, L. e CARNEIRO, AV. *A qualidade no PNS 2011-2016 [Em linha]*. Alto Comissariado da Saúde. Lisboa: 2010 [Consultado em 2014-12-04]. Disponível em <http://pns.dgs.pt/2010/07/30/ae-q/>
- CÁNOVAS, J. et al. Effectiveness of internal quality assurance programmes in improving clinical practice and reducing costs. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2009, nº15, p. 813-819.
- CAROLYN, M. e CLANCY, M. Evidence-Based Toolkit Helps Organizations Reduce Patient Falls. *Journal of Nursing Quality Care*, 2013, vol. 28, nº3, p. 195-197.
- CARAPETO, C. e FONSECA F. *Administração Pública: Modernização, Qualidade e Inovação*. 2ª ed. Lisboa: Sílabo, 2006.
- CAREY, K. e STEFOS, T. Measuring the cost of hospital adverse patient safety events. *Health Economics*, 2011, Vol. 20, p. 1417-1430.
- CENTER FOR DISEASE CONTROL. *Falls Among Older Adults: An Overview [Em linha]*. 2014 [Consultado em 2014-12-08]. Disponível em <http://www.cdc.gov/homeandrecreationalafety/Falls/adultfalls.html>
- CENTRO HOSPITALAR MÉDIO AVE. *Protocolo de prevenção quedas*. Famalicão, 2012.
- CENTRO HOSPITALAR MÉDIO AVE. [Em linha]. [Consultado em 2015-01-18]. Disponível em http://www.chma.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=380&Itemid=78
- CHANG, J. et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: Systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *British Medical Journal*, 2004.
- CHKS. *Programa de Acreditação Internacional para organizações prestadoras de cuidados de saúde*. 4ª Ed. CHKS, 2013.
- CIRCULAR NORMATIVA nº 08/DSPSM/DPCS (25/05/2007)
- CIRCULAR NORMATIVA nº 21/2011 (06/06/2011)
- CIRCULAR NORMATIVA nº 025/2013 (24/12/2013)
- CLANCY, C. Evidence-Based Toolkit Helps Organizations Reduce Patient Falls. *Journal of Nursing Care Quality*. 2013, vol. 28, nº3, p.195-197.
- 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.
- 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, p. 105-114.
- COSTA-DIAS, M. e FERREIRA, P. Escalas de avaliação de risco de quedas. *Revista de Enfermagem Referência*. 2014, série IV- nº2, p.153-161.
- COSTA-DIAS, M. et al. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, 2014, série IV, nº2, p. 7-17.
- COUTINHO, C. e LISBOA, E. Sociedade da informação, do conhecimento e da aprendizagem: desafios para educação no século XXI. *Revista de Educação*. 2011, vol. 18, nº1, p. 5-22.

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

CRUZ, S. A supervisão clínica em enfermagem como estratégia de qualidade no contexto da enfermagem avançada. *Servir*. 2008, vol. 56, nº 5, p. 113-118.

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

CRUZ, S. e CARVALHO, L. Portuguese version of the Manchester Clinical Supervision Scale[®]: the translation and validation process. *Journal of Educational Sciences & Psychology*, 2012, vol. 2, nº1, p. 123-131.

CRUZ, S.; CARVALHO, L.; SOUSA, P. Clinical supervision: priority strategy to a better health. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2013, vol. 112, p. 97 - 101.

CRUZ, S.; CARVALHO, L.; SOUSA, P. Improving Quality in the Patients' Risk of Fall Evaluation through Clinical Supervision. *International Journal of Information and Education Technology*, 2014, Vol. 4, nº 6, p. 526-530.

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

CUTCLIFFE, J. e LOEWE, L. A comparison of North American and Europe conceptualizations of clinical supervision. *Issues in Mental Health Nursing*, 2005, vol. 26, p. 112-118.

DECRETO-LEI nº 161/96. D.R. I Série-A. Nº 205 (96-09-04), p. 2959-2962. (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro)

DEPARTMENT OF HEALTH. The New NHS: Modern, dependable [Em linha]. United Kingdom: 1997 [Consultado em 2014-12-20] Disponível em http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4008869

DONABEDIAN, A. *An introduction to quality assurance in health care*. 1ª ed. Oxford: Oxford University Press, 2003.

EDWARDS, D. et al. Clinical Supervision and Burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 2006, vol. 15, nº 8, p. 1007-1015.

EDWARDS, C. e DEREK, L. *The Wiley International Handbook of Clinical Supervision* [Em linha]. Wiley-Blackwell, 2014 [Consultado em 2014-11-25]. Disponível em https://books.google.pt/books?id=zyXAAwAAQBAJ&pg=PT167&lpg=PT167&dq=The+Wiley+International+Handbook+of+Clinical+Supervision&source=bl&ots=BXC4TRhLjJ&sig=yDxD4KO_hpjuLJ9o19rXd8vAbvo&hl=pt-PT&sa=X&ei=z3TNVLMZHIu5Uc3mg7AJ&ved=0CD8Q6AEwBA#v=onepage&q=The%20Wiley%20International%20Handbook%20of%20Clinical%20Supervision&f=false

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO; CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE. *Supervisão Clínica para a segurança e qualidade dos cuidados - C-S2AFECARE-Q*. Porto: ESEP/CHMA, 2012.

ESPADA, C. e PEREIRA, M. Falls in elderly people living in the community: the health policies and strategies of prevention. *Journal of Nursing UFPE*, 2012, vol.6, nº5, p. 1226-1233.

FALENDER, C. e SHAFRANSKE, P. Competence in competency-based supervision practice: Construct and application. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2007, p. 232-240.

FERNANDES, A. e QUEIRÓS, P. Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, 2011, III Série, nº 4, p. 37-48.

- FHON, J. Et al. Prevalência de quedas de idosos em situação de fragilidade. *Revista Saúde Pública*. 2013, Vol. 47, suplemento 2, p. 266-273.
- FORTIN, M-F. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.
- FRAGATA, J. *Risco Clínico: complexidade e performance*. Coimbra: Edições Almedina, 2006.
- FRAGATA, J. e MARTINS, L. *O erro em medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Edições Almedina, 2008.
- FRAGATA, J. *Segurança dos Doentes - Uma Abordagem Prática*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, 2011.
- FRANKLIN, N. Clinical supervision in undergraduate nursing students: A review of the literature. *Journal of Business Education & Scholarship of Teaching*, 2013, vol. 7, nº 1, p. 34-42.
- FREDERICO, M. e LEITÃO, M. *Princípios de administração para enfermeiros*. Coimbra: Formasau, 1999.
- GARRIDO, S. *A Supervisão Clínica e a Qualidade de Vida dos Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, 2004.
- GARRIDO, A. Supervisão Clínica em Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2005, nº 12, p.27-34.
- GARRIDO, A.; SIMÕES, J.; PIRES, R. *Supervisão clínica em enfermagem: perspectivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008.
- GILLESPIE, L. et al. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, Issue 4, nº CD000340.
- GOMES, B. *Enfermagem de Reabilitação - Um contributo para a satisfação do utente*. Tese de Doutoramento, Instituto Superior de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2008.
- GOMES, P. A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação [em linha]. *Cadernos BAD*, 2004 [consultado em 2014-12-05]. Disponível em <http://eprints.rclis.org/10401/1/GomesBAD204.pdf>
- 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.
- HEALEY, F.; SCOBIE, S. *Slips, trips and falls in hospital: the 3rd report from the Patient Safety Observatory*. London: National Patient Safety Agency, 2007.
- HEINZE, C. et al. Psychometric evaluation of the Hendrich Fall Risk Model. *Journal of Advanced Nursing*. 2006, Vol. 53, nº 3, p. 327-332.
- HERON, J. *Helping the client: A Creative Practical Guide*. London: Sage, 1990.
- HENDRICH, A. et al. Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: a large concurrent case/control study of hospitalized patients. *Applied Nursing Research*. 2003, vol. 16, nº 1, p. 9-21.
- HENDRICH, A. Inpatient Falls: lessons from the field. *Patient Safety & Quality Healthcare*, 2006, p. 26-30.
- HITCHO, E., et al. Characteristics and Circumstances of Falls in a Hospital Setting - A Prospective Analysis. *Journal General Internal Medicine*. 2004, vol. 19, pp. 732-739.
- HONÓRIO, F.; PAIVA, A.; MARQUES, P. A restrição física da mobilidade - estudo sobre os aspetos ligados à sua utilização com fins terapêuticos. *Revista de Enfermagem Referência*. 2012, Série III, nº 6, p. 7-16.

- HYRKÄS, K.; APPELQVIST-SCHMIDLECHNER, K; HAATJA, R. Efficacy of clinical supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 2006, vol. 55, nº4, p. 521-35.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE: versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.
- INSTITUTE OF MEDICINE. *To err is human: building a safer health system* [Em linha]. Washington: 2000 [consultado em 2014-12-05]. Disponível em <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>.
- JASSON ASSOCIATES. *Your head: Human experience design*. Lisboa: Jasson Associates, 2012.
- JANSSON, B. et al. A small fraction of patients with repetitive injuries account for a large portion of medical costs. *European Journal of Public Health*. 2004, vol. 14, p. 161-167.
- JOINT COMISSION INTERNACIONAL. *Padrões de Acreditação da Joint Comission Internacional para Hospitais*. 5ª Edição. EUA: JCI, 2014.
- KOHN, LT. e CORRIGAN, JM.; DONALDSON, MS. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC, USA: National Academies Press, 2000.
- LADANY, N.; MORI, Y.; MEHR, K. Effective and Ineffective Supervision. *The Counseling Psychologist*, 2012, vol. 41, nº 28, p. 29-47.
- LAMAS, B. *Risco de Queda: Contributos para um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012.
- LAUS, A. et al. Perfil das quedas em pacientes hospitalizados. *Ciência Cuidado e Saúde*. 2014, vol. 13, nº4, p. 688-695.
- MAIA, T. e ABREU, W. *Supervisão clínica em enfermagem: relatório síntese do projeto de intervenção*. Matosinhos: Unidade Local de Saúde de Matosinhos, 2003.
- MARÔCO, J. *Análise estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: ReportNumber, 2010.
- MARTINS, A. et al. Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem? *Pensar Enfermagem*, 2008, Vol. 12, nº2, p. 52-61.
- MCGILL, L. Patient safety: a European Union priority. *Clinical Medicine*, 2009, vol. 9, nº2, p. 136-139.
- MORSE, J. et al. Characteristics of the fall-prone patient. *The Gerontologist*. 1987, vol. 27, p. 516-522.
- MORSE, J., et al. Development of a scale to identify the fall-prone patient. *Canadian journal on Ageing*. 1989, vol. 8, nº4, p. 366 - 377.
- MORSE, J., et al. A Prospective Study to Identify the Fall-Prone Patient. *Sm. Sri. Med*. 1989, vol. 28, nº1, p. 81-86.
- MORSE, J. The safety of safety research: the case of patient fall research. *Canada Journal of nursing research*, 2006, vol. 38, nº2, p. 73-88.
- MORSE, J. *Preventing Patient Falls*. 2ª Ed. New York: Springer Publishing Company, 2009.
- MYRICK, F. Preceptorship: A viable alternative clinical teaching strategy? *Journal of Advanced Nursing*, 1998, vol. 13, nº5, p. 588-591.
- NATIONAL COUNCIL FOR THE PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF NURSING & MIDWIFERY (NCPDNM). Discussion paper 1. *Clinical Supervision: a structured approach to best practice* [Em linha]. Dublin: 2008. [Consultado em 2014-11-29]. Disponível em <http://www.ncnm.ie/items/1299/85/3167984576%5CClinical%20Supervision%20Disc%20paper%202008.pdf>

NATIONAL HEALTH SERVICE. *A vision for the future: the nursing, midwifery and health visiting contribution to health care*. London: Department of Health, 1993.

NATIONAL HEALTH SERVICE. *Clinical supervision policy*. Leicestershire County and Rutland: National Health Service Primary Care Trust, 2009.

NIELSEN, H.; TULINIUS, C. Preventing burnout among general practitioners: is there a possible route. *Education for Primary Care*, 2009, vol. 20, p. 353-359.

NUNES, L. *Enunciado de posição relativo à perspectiva ética e deontológica da segurança dos clientes*. Ordem dos Enfermeiros, 2006.

NUNES, L. Entrevista a enfermeira Lucília Nunes, Presidente do Conselho de Enfermagem da O.E. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 2009, vol. 32, pp. 4-12.

NUNES, L. Significar padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: caminho estratégico de desenvolvimento. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 2011, nº 38, p. 90-95.

NUNES, R. *Regulação da saúde*. Porto: Vida Económica, 2009.

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, p. 122-130.

OLIVER, D.; HEALEY, F.; HAINES, T. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. *Clinical Geriatrics Medicine*. 2010, vol.26, nº4, p.645-692.

PEREIRA, R., et al. Quedas em idosos. *Sociedade Brasileira de geriatria e gerontologia*, 2001, p. 1-9.

PINA, S. M. Quedas em meio hospitalar. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. 2010, Vol. 36, p. 27-29.

PINHO, C. *Qualidade em saúde: Que trajetos de formação dos enfermeiros?* Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro, 2012.

PIRES, R. *Acompanhamento da atividade clínica dos enfermeiros: contributos para a definição de uma política organizacional*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, 2004.

PORTUGAL, Administração Central do Sistema De Saúde (ACSS). *Sistema de Classificação de doentes em grupos de diagnósticos homogéneos (GDH)* [Em linha]. Lisboa: 2006 [Consultado em 2014-09-12]. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Nacional_RR2006.pdf

PORTUGAL, Administração Central do Sistema De Saúde (ACSS). *Sistema de apoio à Prática de Enfermagem (SAPE)* [Em linha]. Lisboa: 2010 [Consultado em 2014-09-12]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.acs.min-saude.pt/dis/2010/10/01/sistema-de-apoio-a-pratica-de-enfermagem-sape/>>

PORTUGAL, Alto Comissariado da Saúde e Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2010-2016, Eixos Estratégicos - Qualidade em Saúde* [EM LINHA] Lisboa. 2010. [consultado em 2014-11-24]. Disponível em http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/qs_18-03-2011.pdf

PORTUGAL, Departamento da qualidade na saúde. *Estratégia nacional para a qualidade dos cuidados* [Em linha]. Lisboa [consultado em 2014-11-24] Disponível em <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude.aspx>

PORTUGAL, Direção Geral de Saúde. *Prevenção dos Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas* [Em linha]. 2008. [Consultado em 2014-12-20] Disponível em WWW:<URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010166.pdf>>

PORTUGAL, Departamento da Qualidade na Saúde. *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Direção Geral Saúde: 2011.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. Lisboa: 2011.

PORTUGAL, Direção Geral Da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016* [Em linha]. 2012 [consultado em 2014-12-08]. Disponível em http://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024_-_Qualidade_em_Saúde_2013-01-17_.pdf

PORTUGAL, Ministério da Saúde. *Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Nos 30 anos do SNS. Governação dos hospitais. Conclusões de um grupo de trabalho da ARSLVT* [Em linha]. 2009 [Consultado em 2015.12.11]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Events>>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - A qualidade dos cuidados e dos serviços*. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2010.

PORTUGAL, Serviços Partilhados Ministério da Saúde. *Hospitais do norte e centro são os primeiros a usar o SCLínico* [Em linha]. 2013 [Consultado em 2015-01-20] Disponível em <http://spms.min-saude.pt/blog/2013/10/24/hospitais-do-norte-e-centro-sao-os-primeiros-a-usar-o-sclinico/>

QUIGLEY, P. et al. Reducing serious injury from falls in two veterans' hospital medical-surgical units. *Journal of Nursing Care Quality*. 2009, vol. 24, nº1, p.33-41.

QUIVY, R. *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gravida, 2008.

RABIAIS, S.; NUNES, B.; CONTREIRAS, T. *ADELIA 2005 - Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada*. Lisboa: ONSA - Observatório Nacional de Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2006.

RAMOS, A. *Qualidade: Sistemas de Gestão da Qualidade*. 3ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2004.

RAND CORPORATION. *Improving Patient Safety in the EU*. Cambridge: RAND Europe, 2008.

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

REGO, G. *Gestão Empresarial nos Serviços Públicos: Uma aplicação ao sector da saúde*. 2ª Ed. Porto: Vida Económica, 2008.

REGO, G. *Gestão Empresarial nos Serviços Públicos: Uma aplicação ao sector da saúde*. 3ª Ed. Porto: Vida Económica, 2011.

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

RUBENSTEIN, L.Z. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing*. 2006, Vol. 35, Suplemento 2, p.37-41.

SANTOS, C. e CARVALHO L. The core competencies of the Portuguese supervisor's sign language. *Social and Behavioral Sciences*. 2012, p. 874 - 883.

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

SERAPIONI, M. Avaliação da Qualidade em Saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 2009, nº 85, p. 65-82.

SEVERINSSON, E. - Confirmation, meaning and self-awareness as core concepts of the nursing supervision model. *Nursing Ethics*. 2001, Vol. 8, nº 1, p. 36-44.

SHAW, CH. Evaluating accreditation. *International Journal of Quality in Healthcare*. 2003, Vol. 15, nº6, p.455-456.

SIQUEIRA, A. *Análise de estudos sobre a Morse Fall Scale: Revisão integrativa da Literatura*. Monografia. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

SOARES, M. e ALMEIDA, M. (2008). *Acidentes com macas e camas em estabelecimentos hospitalares, envolvendo a queda de doentes (Relatório n.º 319/08)*. Lisboa: Inspeção Geral das Atividades em Saúde, 2008.

SOUSA, P. Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Médica Portuguesa*. 2006, Vol. 19, p. 309-318.

SOUSA, P. et al. Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* [Em linha], Lisboa: 2008 [Consultado em 2014-12-04]. Disponível em <https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/vol.-tematico-7-2008-administracao-hospitalar/E-03-2008.pdf>

STEVENS, J., et al. The costs of fatal and nonfatal falls among older adults. *Injury Prevention*, 2006, vol. 12, nº 5, p.290-295.

TANAKA, B. et al. Incidence and risk factors of hospital falls on long-term care wards in Japan. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2012, vol.18, nº3, p. 572-577.

TERRANOVA-NIRENBERG, J. *A quantitative study investigating supervisory style, satisfaction with supervision and self-efficacy among female clinical training supervisees*. Tese de Doutoramento, Capella University, 2013.

TODD, C.; O'CONNOR, J. SKINNER, N. *Workforce Development TIPS (Theory Into Practice Strategies): A Resource Kit for the Alcohol and Other Drugs Field*. Adelaide, Australia: Flinders University, 2005.

UNITED KINGDOM. National Health Service. National Patient Safety Agency. *Slips, trips and falls in hospital: the third report from the patient safety observatory*. [Em linha] London: 2007 [Consultado em 2014-11-29]. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59821>.

UNITED KINGDOM. National Health Service. *The "How to guide" for reducing harm from falls*. [Em linha] London: 2009. [Consultado em 2014-11-29]. Disponível em: <http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/ashx/Asset.ashx?path=/Intervention-support/FALLSHow-to%20Guide%20v4.pdf>.

WALLBANK, S. e HATTON, S. Reducing burnout and stress: the effectiveness of clinical supervision. *Community Practitioner*, 2011 vol.84, nº7, pp.31-35.

WEAVER, S. et al. Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Startergy. *Annals of Internal Medicine*, 2013, Vol. 158, p. 369-374.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Falls* [Em linha]. 2012 [Consultado em 2015-01-05] Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en>

ANEXOS

ANEXO 1 - Questionário de avaliação do risco de queda

Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem

Supervisão Clínica e o Risco de Queda

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

O questionário que se segue está inserido num trabalho de investigação com vista à elaboração da dissertação de mestrado de Elsa Marina Ribeiro Lopes, estudante da Escola Superior de Enfermagem do Porto - Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem, integrado no Projeto C-S2AFECARE-Q - *Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados*, em desenvolvimento no CHMA em parceria com a Escola Superior de Enfermagem do Porto. Tendo por base a temática Risco de Queda – área sensível aos cuidados de enfermagem, pretende-se compreender se a existência de Supervisão Clínica em Enfermagem se traduz num aumento da qualidade e segurança dos cuidados e consequentemente em ganhos em saúde.

O questionário encontra-se estruturado em três partes:

1. Caracterização do utente;
2. Escala de Quedas de Morse;
3. Medidas adoptadas pelo enfermeiro face ao risco de queda.

Na primeira página irá encontrar no canto superior direito uma caixa de texto para codificação dos dados. O primeiro espaço está reservado a um código interno do investigador.

No segundo espaço solicito-lhe que coloque as iniciais do primeiro e último nome.

Exemplo: Se o seu Nome é Maria Inês Sousa

Código ____/____MS____

A sua participação é voluntária, sendo assegurado o anonimato e confidencialidade das suas respostas, bem como dos dados do doente envolvido nesta avaliação.

Os dados recolhidos neste questionário não têm como objectivo identificá-lo e/ou classificá-lo, tendo apenas utilidade estatística.

Obrigada pela colaboração,

Elsa Marina Ribeiro Lopes

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

Enfermeiro

Código

I Parte - Caracterização do Utente

Nº Cama

1. Data de Admissão ___/___/___ 2. Data de Preenchimento do Questionário ___/___/___ 3. Idade ___
4. Género Masculino ___ Feminino ___ 5. Diagnóstico de admissão _____
6. Necessidade de contenção física Sim ___ Não ___ 6.1. Se respondeu *Sim*, porquê? _____

II Parte - Escala de Queda de Morse

Avalie o risco de queda do utente através do preenchimento da *Escala de Queda de Morse* parametrizada no serviço no sistema informático Sclínico®, colocando um (x) no quadrado correspondente em cada um dos itens. No final contabilize os scores de cada item, obtendo o score total e classifique o risco de queda do utente (*Sem Risco, Baixo Risco, Alto Risco*). Refira também qual o risco de queda do utente na admissão (*Sem Risco, Baixo Risco, Alto Risco*) e o respetivo Score.

ITENS A AVALIAR	SCORE
1 – Antecedentes de queda (imediate ou nos últimos 3 meses)	
Sim <input type="checkbox"/>	25
Não <input type="checkbox"/>	0
2 – Diagnóstico Secundário	
Sim <input type="checkbox"/>	15
Não <input type="checkbox"/>	0
3 – Apoio para deambulação	
Nenhum/Apoiado/Acamado <input type="checkbox"/>	0
Canadianas/ Bengala/ Andarilho <input type="checkbox"/>	15
Apoia-se na mobília <input type="checkbox"/>	30
4 – Medicação e/ou heparina intravenosa	
Sim <input type="checkbox"/>	20
Não <input type="checkbox"/>	0
5 – Marcha	
Normal/Acamado/Cadeira de Rodas <input type="checkbox"/>	0
Desequilíbrio fácil <input type="checkbox"/>	10
Défice de marcha <input type="checkbox"/>	20
6 – Estado Mental	
Consciente das suas limitações <input type="checkbox"/>	0
Não consciente das suas limitações <input type="checkbox"/>	15

Risco de Queda na Admissão _____	
(SCORE _____)	
Sem Risco	0 - 24
Baixo Risco	25 - 50
Alto Risco	>50
SCORE TOTAL	

RISCO DE QUEDA _____	

Adaptado de *Morse Fall Scale*® em utilização no Sistema Informático SClínico®

III Parte - Medidas adoptadas pelo Enfermeiro face ao Risco de Queda

As afirmações que se seguem descrevem algumas das intervenções implementadas pelos enfermeiros para prevenir a queda. Assinale com um (x) a (s) intervenções que realiza para prevenir a queda do utente que se encontra a avaliar.

1. Manter grades da cama	
2. Gerir ambiente físico	
2.1. Campainha acessível à pessoa	
2.2. Luz de presença ligada durante a noite	
2.3. Bens pessoais acessíveis à pessoa	
2.4. Cama e/ou o cadeirão e/ou mesinha de cabeceira/refeição travados	
2.5. Cama e cadeira/cadeirão a uma altura que facilita à pessoa a sua utilização	
2.6. Colocado alteador de sanita para facilitar a utilização	
2.7. Pessoa com chinelos fechados e antiderrapantes	
2.8. Espaço que envolve a pessoa está amplo, sem obstáculos que dificultem a deambulação	
3. Identificar pessoa com pulseira de cor AZUL	
4. Supervisar as atividades da pessoa	
5. Limitar a atividade física segundo procedimento	
6. Conhecimento e Habilidades sobre o risco de queda e equipamento de prevenção	
6.1. Assistir a pessoa a identificar as condições de risco para a queda	
6.2. Orientar a pessoa para os fatores de risco de queda e as suas consequências	
6.3. Ensinar a pessoa sobre prevenção de queda	
6.4. Ensinar a pessoa sobre equipamento para a prevenção de queda	
6.5. Ensinar o prestador de cuidados/familiar/visita sobre prevenção de queda	
6.6. Instruir a pessoa sobre utilização de equipamento para prevenir a queda	
6.7. Treinar com a pessoa a utilização de equipamento para prevenir a queda	

Obrigada pela colaboração.

ANEXO 2 - Grelha de avaliação do risco de queda

Grelha de Avaliação do Risco de Queda Investigador

Código

/ /

I Parte - Caracterização do Utente

1. Data de Admissão: ___/___/___ 2. Data Preenchimento do Inquérito: ___/___/___ 3. Idade: _____
4. Género Masculino Feminino 5. Diagnóstico de Admissão: _____
6. Necessidade de contenção física: Sim Se respondeu *Sim*, porquê? _____
- Não _____

II Parte - Escala de Queda de Morse

ITENS A AVALIAR	SCORE
1 – Antecedentes de queda (imediate ou nos últimos 3 meses)	
Sim <input type="checkbox"/>	25
Não <input type="checkbox"/>	0
2 – Diagnóstico Secundário	
Sim <input type="checkbox"/>	15
Não <input type="checkbox"/>	0
3 – Apoio para deambulação	
Nenhum/Apoiado/Acamado <input type="checkbox"/>	0
Canadianas/ Bengala/ Andarilho <input type="checkbox"/>	15
Apoia-se na mobília <input type="checkbox"/>	30
4 – Medicação e/ou heparina intravenosa	
Sim <input type="checkbox"/>	20
Não <input type="checkbox"/>	0
5 – Marcha	
Normal/Acamado/Cadeira de Rodas <input type="checkbox"/>	0
Desequilíbrio fácil <input type="checkbox"/>	10
Défice de marcha <input type="checkbox"/>	20
6 – Estado Mental	
Consciente das suas limitações <input type="checkbox"/>	0
Não consciente das suas limitações <input type="checkbox"/>	15

Adaptado de *Morse Fall Scale*® em utilização no Sistema Informático SCLínico®

Registo do Investigador

Risco de Queda na Admissão: _____		
(SCORE: _____)		
Sem risco	0-24	SCORE TOTAL _____
Baixo Risco	25-50	
Alto Risco	>50	
Risco de Queda: _____		

Opção enfermeiro (observador/registos)	Investigador

III Parte - Medidas adoptadas pelo Enfermeiro face ao Risco de Queda

1. Manter grades da cama		
2. Gerir ambiente físico		
2.1. Campainha e luz de presença acessíveis à pessoa		
2.2. Luz de presença ligada durante a noite		
2.3. Bens pessoais acessíveis à pessoa		
2.4. Cama e/ou o cadeirão e/ou mesinha de cabeceira/refeição travados		
2.5. Cama e cadeira/cadeirão a uma altura que facilita à pessoa a sua utilização		
2.6. Colocado alheador de sanita para facilitar a utilização		
2.7. Pessoa com chinelos fechados e antiderrapantes		
2.8. Espaço que envolve a pessoa está amplo, sem obstáculos que dificultem a deambulação		
3. Identificar pessoa com pulseira de cor AZUL		
4. Supervisar a actividade da pessoa		
5. Limitar a actividade física segundo procedimento		
6. Conhecimento e Habilidades sobre risco de queda equipamento de prevenção		
6.1. Assistir a pessoa a identificar as condições de risco para a queda		
6.2. Orientar a pessoa para os fatores de risco de queda e as suas consequências		
6.3. Ensinar a pessoa sobre prevenção de queda		
6.4. Ensinar a pessoa sobre equipamento para a prevenção de queda		
6.5. Ensinar o prestador de cuidados/familiar/visita sobre prevenção de queda		
6.6. Instruir a pessoa sobre utilização de equipamento para prevenir a queda		
6.7. Treinar com a pessoa a utilização de equipamento para prevenir a queda		
Observações		

ANEXO 3 - Grelha de análise dos registos de enfermagem

Código ____/____/____

GRELHA DE ANÁLISE DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM (SClínico®)
INVESTIGADOR

Análise dos Registos – Foco de Enfermagem Queda	Sim	Não	N/A	Obs.
1. Intervenção <i>Monitorizar o risco de queda através da Escala de Queda de Morse</i> na admissão nas primeiras 24h pelo enfermeiro responsável pela admissão				
2. Frequência de monitorização adequada (48/48 horas no turno da manhã)				
3. Escala corretamente aplicada na admissão (Score)				
4. Escala corretamente aplicada na última avaliação (Score)				
5. Queda documentada (notas gerais, foco, notas médicas)				
6. Queda documentada corretamente no plano cuidado (Problema potencial/Problema real)				
7. Contenção de doentes devidamente documentada (Orientação DGS nº021/2011)				

ANEXO 4 - Pedido de autorização ao Conselho de Administração do CHMA para a realização do estudo



Exmo. Sr. Presidente
Conselho de Administração
Centro Hospitalar Médio Ave, E.P.E.
Largo Domingos Moreira
4780 - 371 Santo Tirso

Data: 20/01/2014

Assunto: Continuidade do Trabalho de Investigação: A Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados

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 o Centro Hospitalar do Médio Ave - EPE, passando agora à terceira fase de colheita de dados. Esta etapa consistirá num estudo comparativo com a primeira fase do estudo.

De acordo com o previamente estabelecido, é propósito da equipa de investigação realizar a colheita de dados no Serviço de Medicina da Unidade de Santo Tirso.

A colheita de dados que agora se vai iniciar está integrada em duas dissertações de mestrado:

- Avaliação do risco de queda como indicador de qualidade para a supervisão clínica:
 - Mestranda: Elsa Maria Ribeiro Lopes (Enfermeira do CHMA - EPE);
- Autocuidado como indicador de qualidade para a supervisão clínica:
 - Mestranda: Ana Mafalda Pinto Ferreira (Enfermeira do CHMA - EPE).

Os instrumentos de colheita de dados serão os mesmos que foram utilizados na primeira fase do estudo.

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.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'António Luís Carvalho', is written over a light blue circular stamp.

(António Luís Carvalho)

ANEXO 5 - Protocolo de prevenção de quedas em vigor no CHMA

	 <p style="text-align: center;">MANUAL DE PROCEDIMENTOS CHMA, EPE Edição nº 1 Revisão nº 5 Página 1 de 8</p>	<p style="text-align: center;">REGISTO DE QUEDAS</p>
---	--	---

1. Objectivos:

Identificar o risco de queda em todas as pessoas admitidas no serviço.

2. Âmbito:

Aplica-se a todas as pessoas internadas.

3. Descrição:

3.1 – A 1ª AVALIAÇÃO é sempre efectuada nas primeiras 24 h, pelo enfermeiro responsável da pessoa aquando da avaliação inicial;

3.2 – Avalia o risco de queda aplicando a Escala de Morse, registando no Sistema de Informação de Enfermagem (SIE);

3.3 – A frequência da reavaliação é de 48 / 48 h independentemente do score de avaliação obtido;

3.4 – Sempre que exista alteração da situação da pessoa, mudança de medicação que possa colocar a pessoa em risco de queda ou após uma queda, reavalia-se o risco de queda;



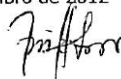

3.5 – O horário da reavaliação é planeado para o turno da manhã;

3.6 – De acordo com o resultado obtido implementam-se as intervenções previstas:

Escala de Morse

1. Antecedentes de queda (imediate ou nos últimos 3 meses)	Não = 0 Sim = 25
2. Diagnóstico secundário	Não = 0 Sim = 15
3. Apoio para deambulação	Nenhum, apoiado, acamado = 0 Canadianas, bengala, andarilho = 15 Apoia-se na mobília = 30
4. Medicação e/ou heparina intravenosa	Não = 0 Sim = 20
5. Marcha	Normal/acamado/cadeira de rodas = 0 Desequilíbrio fácil = 10 Défice de marcha = 20
6. Estado mental	Consciente das suas limitações = 0 Não consciente das suas limitações = 15

Nível de risco	Score	Orientações de Acção
Sem risco	0 - 24	Implementar as intervenções para o "Sem Risco (SIE)"
Baixo risco	25 - 50	Implementar as intervenções para o "Baixo Risco de quedas (SIE)"
Alto risco	> 50	Implementar as intervenções para o "Alto Risco de quedas (SIE)"

<p style="text-align: center;">Elaborado 09 de Setembro de 2010</p> 	<p style="text-align: center;">Revisto 06 de Setembro de 2012</p>  	<p style="text-align: center;">Aprovado Enf.ª Directora</p>  <hr/> <p style="text-align: center;">Deolinda Vale</p>
--	--	---

ANEXOS:

1 - ESCALA DE MORSE PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS

<p>1. Antecedentes de queda (imediatos ou nos últimos 3 meses)</p>	<p>0=Não Sem queda imediata ou nos últimos 3 meses.</p>	<p>25 = Sim Registo de queda no presente internamento ou se existir, antecedente de queda nos últimos 3 meses.</p>	
<p>2. Diagnóstico secundário</p>	<p>0 = Não Com um diagnóstico médico identificado no processo clínico.</p>	<p>15 = Sim Mais do que um diagnóstico médico identificado no processo clínico.</p>	
<p>3. Apoio para deambulação</p>	<p>0=Nenhum/apoiado/acamado A pessoa deambula sem ajuda de auxiliar de marcha (mesmo se assistido pelo enfermeiro), deambula em cadeira de rodas ou está acamado.</p>	<p>15=Canadianas/bengala/andador A pessoa deambula com ajuda de auxiliar de marcha (canadianas, muleta, bengala, andador, ...)</p>	<p>30 = Apoiar-se na mobília A pessoa deambula apoiando-se na mobília.</p>
<p>4. Medicação e/ou heparina intravenosa</p>	<p>0 = Não Sem terapia endovenosa em perfusão contínua</p>	<p>20 = Sim Terapia endovenosa em perfusão contínua e/ou heparina endovenosa.</p>	
<p>5. Marcha</p>	<p>0=Normal/acamado/cadeira de rodas A pessoa deambula com a cabeça erecta, sem hesitações, deambula em cadeira de rodas ou está acamado.</p>	<p>10 = Desequilíbrio fácil A pessoa caminha inclinada mas é capaz de erguer a cabeça e andar sem perder o equilíbrio, apoiando-se na mobília. Os passos são curtos e arrastam os pés.</p>	<p>20 = Défice de marcha A pessoa tem dificuldade em levantar-se da cadeira, realizando várias tentativas, balançando-se. A cabeça está inclinada e o campo de visão abrange só o chão. Caminha agarrada às mobílias ou amparado em pessoas (não consegue caminhar sem ajuda).</p>
<p>6. Estado mental</p>	<p>0=Consciente das suas limitações A pessoa está consciente das suas limitações.</p>	<p>15 = Não consciente das suas limitações A pessoa não está consciente das suas limitações.</p>	
			<p>Pontuação total</p>

Fonte: Janice Morse

2 - "CONSIDERAÇÕES DIAGNÓSTICAS"

2.1 - Versão CIPE 62

Queda: "Queda é um tipo de Auto Cuidado: Actividade Física com as características específicas: descida rápida do corpo de um nível superior para um nível mais baixo, devido a perda de equilíbrio corporal ou falta de capacidade de sustentar o peso do corpo em diferentes posições."

Sem Risco de Queda: Associar na atitude terapêutica "Sinais Vitais"	Associar esta intervenção	Monitorizar risco de queda através da Escala de Morse
Baixo Risco de Queda: Associar o foco Queda e o qualificador "baixo risco de"	Todas associadas	Monitorizar risco de queda através da Escala de Morse Gerir o ambiente físico Supervisar as actividades da pessoa
Alto Risco de Queda Associar o foco Queda e o qualificador "alto risco de"	Opcional	Manter grades da cama
	Sem necessidade de contenção física	Monitorizar risco de queda através da Escala de Morse Manter grades da cama Gerir o ambiente físico Supervisar as actividades da pessoa Identificar pessoa com pulseira de cor AZUL
	Com necessidade de contenção física	Monitorizar risco de queda através da Escala de Morse Manter grades da cama Gerir o ambiente físico Supervisar as actividades da pessoa Identificar pessoa com pulseira de cor AZUL Limitar actividade física segundo procedimento (Orientação da Direcção-Geral da Saúde nº 021/2011 de 06/06/2011)

Conhecimento é um tipo de Pensamento com as características específicas: Conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação.

Aprendizagem de Habilidades é um tipo de Aprendizagem com as características específicas: aquisição do domínio de atividades práticas associada a treino, prática e exercício.

Queda: Conhecimento sobre equipamentos de prevenção de quedas, Não Demonstrado	Ensinar sobre equipamento para prevenção de quedas Ensinar sobre prevenção de quedas Assistir a pessoa a identificar condições de risco para a queda
Queda: Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas, Não Demonstrado	Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas no domicílio
Queda: Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir queda, Não Demonstrada	Instruir o prestador de cuidados sobre utilização de equipamento para prevenção das quedas Treinar o prestador de cuidados na utilização de equipamento para prevenir as Quedas Assistir o prestador de cuidados a identificar condições de risco para a queda no domicílio
Queda: Aprendizagem de Habilidades para utilizar equipamento de prevenção de quedas, Não Demonstrada	Instruir a utilização de equipamento para prevenir as quedas Treinar a utilização de equipamento para prevenir as quedas Assistir a pessoa a identificar condições de risco para a queda

etq@chma.mim-saude.pt

2.2 - Versão 1 da CIPE”:

Cair: “Actividade executada pelo próprio com as características específicas: descida rápida do corpo de um nível superior para um nível mais baixo, devido a perda de equilíbrio corporal ou falta de capacidade de sustentar o peso do corpo em diferentes posições.”

Queda: “Evento ou episódio”

Sem Risco de Cair: Associar na atitude terapêutica “Sinais Vitais”	Associar esta intervenção	Monitorizar risco de queda através de instrumento de avaliação [Escala de Morse]
Baixo Risco de Cair: Associar o foco Queda e o qualificador “baixo risco de”	Todas associadas	Monitorizar risco de queda através de instrumento de avaliação [Escala de Morse] Gerir a segurança do ambiente
	Opcional	Adequar grades da cama
Alto Risco de Cair Associar o foco Queda e o qualificador “alto risco de”	Sem necessidade de contenção física	Monitorizar risco de queda através de instrumento de avaliação [Escala de Morse] Adequar grades da cama Gerir a segurança do ambiente Identificar o indivíduo com dispositivo [pulseira]
	Com necessidade de contenção física	Monitorizar risco de queda através de instrumento de avaliação [Escala de Morse] Adequar grades da cama Gerir a segurança do ambiente Identificar o indivíduo com dispositivo [pulseira] Imobilizar estrutura corporal (Orientação da Direcção-Geral da Saúde nº 021/2011 de 06/06/2011) Adequar dispositivo de imobilização

Conhecimento é um tipo de Pensamento com as características específicas: Conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação.

Aprendizagem de Habilidades é um tipo de Aprendizagem com as características específicas: aquisição do domínio de atividades práticas associada a treino, prática e exercício.

Potencialidade para desenvolver Conhecimento sobre prevenção da queda diminuído	Conhecimento sobre prevenção da queda em nível esperado	Ensinar sobre a prevenção de quedas
Oportunidade para desenvolver Aprendizagem de Capacidades sobre uso de dispositivos para prevenir queda diminuído	Aprendizagem de Capacidades sobre uso de dispositivos para prevenir queda em nível esperado	Ensinar indivíduo sobre dispositivos para prevenção da queda Ensinar medidas de segurança para prevenir queda Advogar medidas de segurança para prevenir queda Instruir indivíduo sobre uso de dispositivos para prevenir queda Treinar indivíduo sobre uso de dispositivos para prevenir queda Orientar sobre uso de dispositivo para prevenir queda
Potencialidade para desenvolver Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da queda diminuído	Conhecimento do prestador de cuidados Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da queda em nível esperado	Ensinar prestador de cuidados sobre prevenção da queda Ensinar prestador de cuidados sobre gerir a segurança do ambiente para prevenção queda Ensinar prestador de cuidados sobre dispositivos para prevenção da queda
Oportunidade para desenvolver Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para prevenir queda diminuído	Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para prevenir queda em nível esperado	Instruir Prestador de Cuidados sobre uso de dispositivos para prevenir queda Treinar Prestador de Cuidados sobre uso de dispositivos para prevenir queda

etq@chma.min-saude.pt

3 - CRITÉRIOS DE REGISTO

3.1 - Versão CIPE 62

- a) A primeira avaliação é efectuada aquando da avaliação inicial. Associar a intervenção à Atitude Terapêutica "Sinais Vitais". Após monitorizar o risco de queda através da Escala de Morse, vai-se obter um de 3 resultados possíveis: sem risco, baixo risco e alto risco.
- b) Aquando da avaliação da Escala de Morse, e no item "Diagnósticos Secundários", é verificada a documentação no processo clínico dos diagnósticos do doente que possam inferir no seu risco de queda. Assim, doenças/condições de saúde do doente tais como: Hipotensão postural, défices nutricionais, insónia, incontinência ou urgência, tonturas/ vertigens, alterações neurológicas, Acidente Vascular Cerebral, doenças crónicas como diabetes, hipertensão e outras que, mesmo medicadas e/ou controladas, possam, a qualquer momento, sofrer alterações que interfiram na probabilidade de queda, são consideradas como "Diagnósticos Secundários". Outros diagnósticos resolvidos, tais como Apendicectomia, não são considerados como diagnósticos secundários.
- c) Quando o resultado estiver no intervalo 0-24 (sem risco) não se associa o foco "Queda", apenas se planeia a monitorização do risco de queda através da Escala de Morse de 2/2 dias associada à Atitude Terapêutica SINAIS VITAIS.
- d) Quando o resultado é igual ou superior a 25 (baixo risco ou alto risco), associa-se o foco (Queda) ao processo de Enfermagem com as intervenções de Enfermagem adequadas à pessoa e de acordo com o definido na consideração diagnóstica. A necessidade de associar mais intervenções além das descritas como obrigatórias, fica dependente do juízo do enfermeiro.
- e) No baixo risco, o qualificador a associar é "baixo risco de".
- f) No alto risco, o qualificador é "alto risco de".
- g) Sempre que ocorra uma queda,
 - i. Se tiver foco associado de problema potencial (risco de), associa-se o problema real (queda/cair), sem qualificador (informa que ocorreu uma queda), e actualiza-se o status potencial.
 - ii. Se não tiver foco associado de problema potencial (risco de), associa-se o problema real (queda), sem qualificador (informa que ocorreu uma queda), e associa-se o status potencial (risco de) e as respectivas intervenções.
- h) O registo das consequências da queda é feito em nota geral. A notificação da queda vai ocorrer assim que esteja estabelecida a forma de o fazer.
- i) A pessoa com alto risco de queda está identificada com pulseira (de cor azul).

3.2 - Versão 1 da CIPE

- a) A primeira avaliação é efectuada aquando da avaliação inicial. Associar a intervenção à Atitude Terapêutica "Sinais Vitais". Após monitorizar o risco de queda através de instrumento de avaliação [Escala de Morse], vai-se obter um de 3 resultados possíveis: sem risco, baixo risco e alto risco.
- b) Aquando da avaliação da Escala de Morse, e no item "Diagnósticos Secundários", é verificada a documentação no processo clínico dos diagnósticos do doente que possam inferir no seu risco de queda. Assim, doenças/condições de saúde do doente tais como: Hipotensão postural, défices nutricionais, insónia, incontinência ou urgência, tonturas/ vertigens, alterações neurológicas, Acidente Vascular Cerebral, doenças crónicas como diabetes, hipertensão e outras que, mesmo medicadas e/ou controladas, possam, a qualquer momento, sofrer alterações que interfiram na probabilidade de queda, são consideradas como "Diagnósticos Secundários". Outros diagnósticos resolvidos, tais como Apendicectomia, não são considerados como diagnósticos secundários.
- c) Quando o resultado estiver no intervalo 0-24 (sem *risco*) não se associa o foco "Cair", apenas se planeia a "Monitorização do risco de queda através de instrumento de avaliação [Escala de Morse], de 2/2 dias, associada à Atitude Terapêutica SINAIS VITAIS.
- d) Quando o resultado é igual ou superior a 25 (baixo risco ou alto risco), associa-se o foco (Queda) ao processo de Enfermagem com as intervenções de Enfermagem adequadas à pessoa, e de acordo com o definido na consideração diagnóstica. A necessidade de associar mais intervenções além das descritas como obrigatórias, fica dependente do juízo do enfermeiro.
- e) Sempre que ocorra uma queda,
 - i. Se tiver foco associado de problema potencial (risco de), associa-se o problema real (Cair actual), sem qualificador (informa que ocorreu uma queda), e actualiza-se o status potencial.
 - ii. Se não tiver foco associado de problema potencial (risco de), associa-se o problema real (Cair actual), sem qualificador (informa que ocorreu uma queda), e associa-se o status potencial (risco de...) e as respectivas intervenções.
- f) O registo das consequências da queda é feito em diário de enfermagem. A notificação da queda vai ocorrer assim que esteja estabelecida a forma de o fazer.
- g) A pessoa com alto risco de queda está identificada com pulseira (de cor azul).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Morse, JM (1997) - *Preventing patient falls*; 2nd Edition. USA : California. Sage Publications.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2003) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 8*, 2ª Edição. Lisboa. Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2006) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 1*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.